



OGGETTO: DGR del 16 agosto 2017 n. 1299 recante “Assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica: aggiornamento a seguito dell’approvazione del DPCM 12 gennaio 2017”: determinazioni.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si estendono le categorie di esenzione e le relative prestazioni erogabili afferenti all’assistenza specialistica ambulatoriale della branca cod. 35 Odontostomatologia.

Il relatore riferisce quanto segue.

A seguito dell’adozione del DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), di cui all’articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” con cui si stabiliscono i nuovi livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e in particolare all’Allegato 4C “Criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche”, la Regione del Veneto ha proceduto ad una rivisitazione sistematica in materia di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica esitata nella deliberazione n. 1299 del 16 agosto 2017, e nelle successive specifiche di cui alle delibere n. 2109 del 19 dicembre 2017 e n. 323 del 21 marzo 2018.

In particolare, in attesa dell’adozione del decreto interministeriale di cui all’articolo 64 comma 2 del DPCM 12 gennaio 2017, sono state adottate, con DGR n. 323/2018, le tariffe relative alle prestazioni della branca cod. 35 Odontostomatologia.

Le prestazioni della branca succitata correlate a note di accesso, salvo le prestazioni con nota 2, sono prestazioni LEA limitatamente alle tre categorie sotto elencate, come riportato nell’Allegato 4C del DPCM 12 gennaio 2017:

- età evolutiva (da zero a quattordici anni di età),
- vulnerabilità sanitaria,
- vulnerabilità sociale.

Per equità, si ritiene opportuno estendere la categoria ‘vulnerabilità sanitaria’ ai soggetti non vedenti, codice di esenzione 3N1, e sordomuti, codice di esenzione 3S1, nonché la categoria ‘vulnerabilità sociale’ ai soggetti titolari del codice di esenzione 7R2 (cittadini di età inferiore ai sei anni o superiore ai sessantacinque anni, purché appartenenti ad un nucleo familiare avente un reddito complessivo lordo riferito all’anno precedente non superiore a € 36.151,98).

Con il presente provvedimento si propone che anche per i soggetti ricompresi nella categoria “vulnerabilità sociale” le prestazioni contrassegnate dalle note 6, 7 e 8, come sotto riportate, siano erogate in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa:

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota allegato 4D DPCM 12 gennaio 2017
23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	6
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	6



23.72.3	PULPOTOMIA	6
23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	6
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso alveoloplastica. Per emiarcata	6
97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	6
23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	7
23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	7
23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	8
23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	8
24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1)	8
24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2	8
24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	8
24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	8
24.80.2	RIMOZIONE FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	8
97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	8

Per quanto riguarda i soggetti in età evolutiva, considerata la necessità di dare continuità ai trattamenti ortodontici identificati dalla nota 9 di cui all'Allegato 4D DPCM 12 gennaio 2017, si propone di erogare in regime di esenzione anche la prestazione con codice 24.80.3 con nota 5 di seguito riportata:

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota allegato 4D DPCM 12 gennaio 2017
24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICOSTABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	5

Si propone che le prestazioni con codice 23.20.1 e 23.20.2 con nota 4, come meglio sotto specificate, possano essere erogate in regime di esenzione ai soggetti in età evolutiva.

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota allegato 4D DPCM 12 gennaio 2017
---------------	--------------------	---



23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	4
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	4

Per consentire il completamento del ciclo di cure nel caso di intervento ortodontico, si propone di eliminare la dicitura “per massimo 6 mesi” dalla prestazione 24.70.1 e di eliminare la dicitura “per massimo 6 mesi e non ripetibile” dalla prestazione 24.70.2, e di inserire la dicitura “per ciascun anno di cura” in entrambe le prestazioni:

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota allegato 4D DPCM 12 gennaio 2017
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per ciascun anno di cura.	9
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per ciascun anno di cura	9

Le estensioni sopra descritte comportano una rimodulazione dei numeri delle note del DPCM 12 gennaio 2017. Tali modifiche e la legenda che le riassume vengono riportate nell'**Allegato A** che costituisce parte integrante della presente delibera.

Si propone, inoltre, di erogare in regime di esenzione le prestazioni con caratteristiche di urgenza odontostomatologica (patologie odontoiatriche che richiedono trattamento immediato con accesso diretto) correlate dalla nota 2 e riportate nella tabella sottostante, alla generalità della popolazione residente in Veneto.

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota allegato 4D DPCM 12 gennaio 2017
22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	2
22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	2
24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali per frattura, Otturazione dentaria provv. con cementi temporanei (tratt.infezioni acute, emorragie, dolore acuto,fratture)	2
89.8B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	2

All'interno della branca cod. 35 Odontostomatologia sono presenti anche prestazioni prive di nota e riconducibili sia alla Chirurgia Maxillo facciale che ad altre branche (Chirurgia generale, Otorinolaringoiatria, Diagnostica per immagini, Ortopedia), precisate nella seguente tabella:



CODICE	DESCRIZIONE
24.00.1	GENGIVECTOMIA. (per gruppo di 4 denti). Incluso: innesto libero o pedunculato
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO
24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA. Asportazione di epulidi. Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)
* 25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA
25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE
* 27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglosso (06.09)
* 27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO
27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa biopsia del labbro e delle ghiandole salivari
27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE. Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)
27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO
27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DEL CAVO ORALE
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE. Sezione del frenulo labiale. Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)
76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE. Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DELLE OSSA FACCIALI. Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE. Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti
76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco
* 76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DELLE OSSA FACCIALI. Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale
* 76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE
* 81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)



87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. NON ASSOCIABILE A Prima visita odontostomatologica (89.8B.6)
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO.
89.01.X	VISITA MAXILLOFACCIALE DI CONTROLLO.
89.8B.2	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
89.8B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione

Le prestazioni presenti nella tabella su riportata e contrassegnate dall'asterisco sono di nuova introduzione e, quindi, non presenti nel Nomenclatore Nazionale approvato con Decreto Ministeriale 22 luglio 1996. Pertanto, poiché tali prestazioni rientrano nella branca cod. 35 Odontostomatologia, già interamente recepita con DGR n. 1299 del 16 agosto 2017 s.m.i., e non presentano nota di accesso, si propone che vengano contrassegnate dalla lettera/nota K nel Nomenclatore Tariffario Regionale e siano soggette alle regole generali proprie della specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni della branca cod. 35 Odontostomatologia contrassegnate dalla nota numerica (di accesso) non sono erogabili come LEA ai soggetti che non rientrano nelle tre categorie identificate dal DPCM 12 gennaio 2017, pertanto i cittadini potranno accedere a dette prestazioni solo tramite l'istituto della libera professione aziendale.

Fanno eccezione le prestazioni erogabili in regime di urgenza, contrassegnate dalla nota 2, la cui erogazione viene quindi garantita in esenzione ai cittadini residenti in Veneto e previo pagamento del ticket più quota fissa, se dovuta, al resto della popolazione non residente in Veneto.

Alla luce delle proposte di modifiche apportate con il presente provvedimento non risulta più necessario utilizzare 3 diversi codici di esenzione per la popolazione 0 – 14 anni, in quanto gli stessi erano legati alle diverse note di erogabilità. Pertanto si propone di utilizzare per l'età evolutiva il codice di esenzione 6B1 quale codice unico.

Le modifiche sopra rappresentate vengono riassunte negli **Allegati A e B**, che costituiscono parte integrante della presente delibera e sostituiscono integralmente rispettivamente l'Allegato A della DGR n. 1299/2017 e l'Allegato B così come modificato dalla DGR n. 2109/2017.

E' stato stimato che la spesa annua da sostenere per poter erogare in regime di esenzione le prestazioni della branca cod. 35 Odontostomatologia, come sopra dettagliato, ammonta a € 100.000,00. Tali oneri trovano copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che sono assegnate annualmente alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale con appositi provvedimenti della Giunta Regionale e sono erogati attraverso Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.

Infine, alla luce delle proposte innovative in ambito d'urgenza odontostomatologica di cui al presente provvedimento, si ritiene opportuno avviare una sperimentazione, della durata di un anno, avente ad oggetto l'attivazione di una struttura ambulatoriale dedicata alle urgenze odontostomatologiche ad accesso diretto per i giorni festivi e prefestivi H24 presso l'Azienda ULSS 8 Berica. La sperimentazione potrà essere prorogata di un altro anno a seguito della valutazione positiva dell'attività e previa trasmissione di una relazione sull'attività svolta nei primi nove mesi da trasmettere alla Direzione Programmazione Sanitaria – LEA entro il 30 aprile 2021.

Si stima che la spesa annua per attuare tale sperimentazione sia pari a € 180.000,00. Tali oneri troveranno copertura nelle risorse per i finanziamenti della GSA che saranno erogati attraverso Azienda Zero ai sensi dell'art. 2, comma 4 della Legge Regionale n. 19/2016, e che per il presente provvedimento risultano afferenti al capitolo 103285 nell'ambito del bilancio di previsione 2020-2022, di cui alla linea di spesa cod. 0274 denominata 'Sperimentazione azienda Ulss 8 urgenze odontostomatologiche' di cui, per l'anno 2020, al succitato Decreto n. 14/2020. Si incarica il Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria – LEA di attivare, con proprio provvedimento, la relativa linea di spesa GSA a favore dell'Azienda ULSS 8 Berica secondo le specifiche ivi previste, per l'anno 2020 e per l'anno 2021.



Si propone che le indicazioni operative oggetto del presente atto abbiano decorrenza dal 1 luglio 2020.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Visto il Decreto Ministeriale 22 luglio 1996

Visto il DPCM 12 gennaio 2017;

Vista la Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016;

Vista la DGR n. 1299/2017;

Vista la DGR n. 2109/2017;

Vista la DGR n. 323/2018;

Vista la DGR n. 114/2020;

Visto il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 14 del 6 febbraio 2020;

Visto l'art. 2, comma 2 lett. o), della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

DELIBERA

1. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di approvare le nuove modalità di accesso alle prestazioni e la rimodulazione delle note di erogabilità di cui all'**Allegato A**, parte costitutiva della stessa, e da considerarsi integralmente sostitutivo dell'Allegato A della DGR del 16 agosto 2017 n. 1299 ss.mm.ii.;
3. di mantenere le tariffe attualmente vigenti fino all'adozione del decreto interministeriale di cui all'art. 64 Norme transitorie del DPCM 12 gennaio 2017;
4. di approvare l'aggiornamento dei requisiti di accesso, delle condizioni di erogabilità e delle modalità di erogazione delle prestazioni odontoiatriche da garantire con oneri a carico del SSR, di cui all'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento, da considerarsi integralmente sostitutivo dell'Allegato B della DGR del 19 dicembre 2017 n. 2109;
5. di demandare al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale l'adozione di ulteriori indicazioni applicative di dettaglio rispetto ai necessari adeguamenti delle disposizioni contenute negli **Allegati A e B** della presente delibera e la correzione di eventuali errori materiali con proprio decreto;
6. di dare atto che gli oneri relativi all'erogazione in regime di esenzione delle prestazioni della branca cod. 35 Odontostomatologia, che come in premessa dettagliato ammontano a € 100.000,00, trovano



copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che sono assegnate annualmente alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale con appositi provvedimenti della Giunta Regionale e sono erogati attraverso Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.;

7. di approvare l'avvio di una sperimentazione presso l'Azienda ULSS 8 Berica avente ad oggetto l'attivazione di una struttura ambulatoriale dedicata alle urgenze odontostomatologiche ad accesso diretto per i giorni festivi e prefestivi H24, per la durata di un anno, prorogabile per il medesimo periodo in relazione ai risultati positivi raggiunti e previa trasmissione di una relazione sull'attività svolta nei primi nove mesi da inviare alla Direzione Programmazione Sanitaria – LEA;
8. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria – LEA di attivare, con proprio atto, il finanziamento relativo all'anno 2020, pari a € 180.000,00, con imputazione a carico delle risorse per finanziamenti della GSA che saranno erogati attraverso Azienda Zero ai sensi dell'art. 2, comma 4 della Legge Regionale n. 19/2016, e che per il presente provvedimento risultano afferenti al capitolo 103285 nell'ambito del bilancio regionale di previsione 2020-2022, linea di spesa cod. 0274 denominata 'Sperimentazione azienda Ulss 8 urgenze odontostomatologiche' come disposto, per l'anno 2020, nel Decreto n. 14/2020, a favore dell'Azienda ULSS 8 Berica, secondo le modalità stabilite con successivo atto, per realizzare quanto disposto nel punto precedente; per l'anno 2021, con decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, si provvederà alla copertura finanziaria della citata linea di spesa, per un importo massimo pari a € 180.000,00, utilizzando le risorse che saranno messe a disposizione per i finanziamenti della GSA dal bilancio di previsione dell'anno di riferimento;
9. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria – LEA dell'esecuzione del presente provvedimento;
10. di dare atto che la spesa di cui si avvia il finanziamento con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. n. 1/2011;
11. di disporre che le indicazioni operative oggetto del presente atto abbiano decorrenza dal 1 luglio 2020;
12. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Avv. Mario Caramel





nota regionale	CODICE	DESCRIZIONE	Nota di erogabilità	Tariffa
	22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	2	€ 70,40
	22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	2	€ 70,40
	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	3	€ 13,40
	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità, sutura e anestesia	3	€ 19,70
	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia	3	€ 36,40
	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione e incappucciamento diretto della polpa	3	€ 22,90
	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI Incluso: otturazione e incappucciamento diretto della polpa	3	€ 42,20
	23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	5	€ 70,40
	23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	5	€ 38,40
	23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte	5	€ 34,90
	23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRECTO IN TERAPIA PROTESICA	5	€ 63,10
	23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	5	€ 63,10
	23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	5	€ 18,70
	23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	5	€ 87,80
	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (per arcata)	5	€ 142,10
	23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale. Incluso: eventuali attacchi di precisione (per arcata)	5	€ 89,50
	23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	7b	€ 34,10
	23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	7b	€ 17,90
	23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	3	€ 12,70



nota regionale	CODICE	DESCRIZIONE	Nota di erogabilità	Tariffa
	23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	3	€ 12,70
	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	11	€ 38,80
	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	5	€ 63,20
	23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	11	€ 17,60
	23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	5	€ 38,40
	23.72.3	PULPOTOMIA	5	€ 45,50
	23.73	APICECTOMIA Incluso: Otturazione retrograda	5	€ 53,00
N	24.00.1	GENGIVECTOMIA (per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o pedunculato		€ 32,60
	24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: applicazione di materiale autologo, osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARADONTALE (24.20.1)	3	€ 103,70
	24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARADONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2	3	€ 103,70
N	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA		€ 34,40
N	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO		€ 34,40
	24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura, Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei (trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, fratture)	2	€ 25,30
	24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	3	€ 69,10
N	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi. Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)		€ 34,40
	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	5	€ 27,80
	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	5	€ 24,60
	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	3	€ 60,90
	24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	3	€ 41,80
	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per ciascun anno di cura.	9	€ 135,20
	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI Escluso: Contenzione. Per ciascun anno di cura.	9	€ 135,20
	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	9	€ 29,50



nota regionale	CODICE	DESCRIZIONE	Nota di erogabilità	Tariffa
	24.80.2	RIMOZIONE FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	3	€ 16,50
	24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	3	€ 17,90
K H E	25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA		€ 26,40
N	25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)		€ 19,90
N E	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione dei calcoli del dotto salivare		€ 27,20
N E	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE		€ 28,50
N E	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE		€ 19,40
K	27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma). Escluso: drenaggio del tratto tireoglosso (06.09)		€ 57,10
K	27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)		€ 10,70
N E	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO		€ 19,00
N E	27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari		€ 34,40
N	27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO		€ 68,20
N	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: sezione del frenulo labiale (27.91)		€ 19,90
N	27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO		€ 68,20
N E	27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE		€ 27,50
N E	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO		€ 26,20
N E	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE		€ 26,20
N	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale. Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)		€ 19,90
N	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia		€ 33,80
N H	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI. Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari		€ 126,80
N	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti		€ 27,80
N E	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE		€ 30,70
N E	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso Farmaco		€ 30,70



nota regionale	CODICE	DESCRIZIONE	Nota di erogabilità	Tariffa
K	76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI. Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale.		€ 16,50
K H	76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE		€ 170,40
K	81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96		€ 34,40
N E	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)		€ 22,80
N E	87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.8B.6)		€ 6,90
N	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO.		€ 17,90
N	89.01.X	VISITA MAXILLOFACCIALE DI CONTROLLO.		
N	89.8B.2	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		€ 24,20
N	89.8B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca senza incisione		€ 24,20
	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	3	€ 12,00
	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE Per elemento	10	€ 5,20
	97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	3	€ 11,90
H	97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	5	€ 16,50
	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI	3	€ 17,00
	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata	5	€ 15,50
	99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	10	€ 17,00



NOTA	condizione erogabilità	DESCRIZIONE
nota 2	condizione erogabilità	prestazione da erogare alla generalità della popolazione con codice di esenzione 6U1
nota 3	condizione erogabilità	a) Da 0 a 14 anni b) Condizioni di vulnerabilità sanitaria c) Condizioni di vulnerabilità sociale
nota 5	condizione erogabilità	a) Condizioni di vulnerabilità sanitaria b) Condizioni di vulnerabilità sociale
nota 7b	condizione erogabilità	a) Condizioni di vulnerabilità sanitaria b) Condizioni di vulnerabilità sociale In caso di sindrome algica e disfunzione dell'articolazione temporo mandibolare
nota 9	condizione erogabilità	a) Condizioni di vulnerabilità sanitaria (indice IOTN 4° o 5°) da 0 a 14 anni b) Condizioni di vulnerabilità sociale (indice IOTN 4° o 5°) da 0 a 14 anni
nota 10	condizione erogabilità	da 0 a 14 anni
nota 11	condizione erogabilità	a) Condizioni di vulnerabilità sanitaria b) Condizioni di vulnerabilità sociale c) Da 0 a 14 anni solo in caso di evento traumatico



**EROGABILITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI ODONTOIATRIA (LEA)****Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica**

Le prestazioni di odontostomatologia, così come identificate nell'Allegato A della presente delibera sono erogabili ai residenti in Veneto con o senza la partecipazione alla spesa sanitaria in base alle note presenti nel medesimo allegato limitatamente alle categorie dei soggetti sottoelencate:

- soggetti in età evolutiva, limitatamente ai programmi di tutela della salute odontoiatrica;
- soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria;
- soggetti affetti da patologie odontoiatriche che richiedono trattamento immediato con accesso diretto.

Si ricorda che non vi è nessuna compartecipazione da parte della Regione al costo delle protesi e degli apparecchi (costo del manufatto) che sono a carico degli assistiti. Salvo per tutti i cittadini residenti in Veneto, aventi un'età uguale o superiore ai 65 anni e appartenenti ad un nucleo familiare avente un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98, un contributo per il confezionamento di protesi dentarie pari a € 200,00 per arcata superiore e a € 200,00 per arcata inferiore, ripetibile ogni 4 anni.

Le ricette di odontostomatologia possono contenere un massimo di 4 prescrizioni.

Programmi di tutela della salute in età evolutiva

I Programmi di Tutela della salute in età evolutiva tutelano la salute in campo odontoiatrico in termini di prevenzione e trattamento dalla nascita fino a tutto il quattordicesimo anno di età compreso. Alla luce della rimodulazione delle note di erogabilità stabilita dal presente provvedimento ed esplicitata nell'allegato A, non è più necessario utilizzare codici diversi per la popolazione in età evolutiva, pertanto i soggetti 0 – 14 anni accederanno alle prestazioni con nota di erogabilità 3, 9, 10, 11 utilizzando il codice di esenzione 6B1.

Gli utenti in età evolutiva (0 – 14) possono comunque accedere alle rimanenti prestazioni con pagamento del ticket ed eventuale quota fissa.

Vulnerabilità sociale

I soggetti con vulnerabilità sociale possono accedere alle prestazioni contrassegnate con note 3, 5, 7b e 11 apponendo il codice di esenzione di cui sono titolari, senza oneri di compartecipazione alla spesa sanitaria.

Tra i soggetti identificati come vulnerabili sociali, la Regione Veneto identifica anche i propri residenti di età compresa tra 7 e 64 anni, ed i loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11.362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico.

Gli assistiti interessati dovranno presentare al Distretto di appartenenza l'autocertificazione dichiarando, sotto la propria responsabilità, l'appartenenza ad un nucleo familiare fiscale come sopra precisato (il reddito è rilevabile dai modelli attestanti i redditi percepiti: CUD, Unico e 730). Il Distretto rilascerà l'attestato di esenzione per cure odontoiatriche 6R0 che darà titolo alle prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione secondo le modalità del primo capoverso del presente paragrafo, fermo restando che i costi delle protesi e degli apparecchi (manufatti) sono a carico degli assistiti. L'assistito dovrà essere in possesso dell'attestato 6R0 al momento della prescrizione ed il prescrittore provvederà a trascrivere il codice di esenzione in ricetta secondo le vigenti disposizioni.



Possono accedere anche i cittadini di età inferiore agli anni 6 o superiore agli anni 65, purché appartenenti ad un nucleo familiare fiscale avente un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98 (codice 7R2).

Tabella 1 – codici di esenzione e di accesso per vulnerabilità sociale

Codice esenzione	DESCRIZIONE SINTETICA
7R2	Soggetti di età inferiore agli anni 6 o superiore agli anni 65, purché appartenenti ad un nucleo familiare fiscale avente un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98
7R3	Disoccupati ed i loro familiari a carico purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11,362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico.(Esenti per disoccupazione)
7R4	Soggetti di età superiore ai sessantacinque anni beneficiari di assegno (ex pensione) sociale e i loro familiari a carico (Esenti per assegno sociale)
7R5	Soggetti di età superiore ai 60 anni titolari di pensione al minimo ed i loro familiari a carico purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11,362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico
6R0	Soggetti ed i loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11,362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico, di età compresa tra 7 e 64 anni - solo residenti in Veneto
7RQ Codice di solo accesso	Soggetti con reddito annuo complessivo lordo del nucleo familiare fiscale inferiore a € 29.000,00

I titolari di codice 7RQ potranno accedere alle prestazioni odontoiatriche previo pagamento del ticket.

Vulnerabilità sanitaria

I soggetti con vulnerabilità sanitaria individuati nella successiva tabella 2 possono accedere alle prestazioni contrassegnate con nota 3, 5, 7b, e 11 apponendo il codice di esenzione di cui sono titolari, senza oneri di compartecipazione alla spesa sanitaria.

I residenti in Regione Veneto titolari dei codice di esenzione per malattie croniche e invalidanti: 014, 044 e affetti da malattie rare, possono accedere alle cure odontoiatriche, secondo quanto stabilito nel capoverso precedente. Pertanto nella impegnativa dovrà essere apposto dal prescrittore il relativo codice di esenzione.



Tabella 2 - codici di esenzione e di accesso per vulnerabilità sanitaria

	DESCRIZIONE SINTETICA	Criteri per esenzione
050	Soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmoni, fegato, pancreas, midollo)	Prestazioni appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
052	Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, intestino, pancreas, midollo)	Prestazioni appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
048	Neoplasie maligne in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive	Prestazioni appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
014	Dipendenze da sostanze stupefacenti, psicotrope e alcool (solo residenti in Veneto)	Prestazioni appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
020	Infezione da HIV	Prestazioni appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
051	Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	Prestazioni appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
Codice della malattia rara	Soggetti affetti da malattia rara ex D.M. 279/2001 in presenza di gravi pregiudizi per lo sviluppo e la funzione dell'apparato odontoiatrico connessi al quadro clinico della malattia rara diagnosticata. (solo residenti in Veneto)	Diritto alle prestazioni odontoiatriche previste dal piano terapeutico redatto dal competente Centro Regionale di Riferimento per la malattia rara in oggetto
044	Psicosi gravi (solo residenti in Veneto)	Accesso per le prestazioni connesse alle condizioni di base (es. traumatismo dentale da autolesionismo)



021	Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A.) classe III e IV	Prestazioni appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.
-----	---	---

La Regione Veneto ritiene opportuno individuare alcune categorie protette che possono accedere alle cure odontoiatriche seguendo le medesime modalità di accesso e di esenzione dei soggetti con vulnerabilità sanitaria.

Le categorie di cui alla successiva tabella 3 possono accedere alle prestazioni contrassegnate con nota 3, 5, 7b, e 11 apponendo il codice di esenzione di cui sono titolari, senza oneri di compartecipazione alla spesa sanitaria. Nella impegnativa dovrà essere apposto il relativo codice di esenzione

Tabella 3 - codici di esenzione e di accesso per categorie protette

Codice esenzione	DESCRIZIONE SINTETICA
3C1	Gli invalidi civili al 100% di invalidità con o senza indennità di accompagnamento (ex. art. 6 co. 1 lett. "d" ed "e" del D.M. 01.02.1991)
3C2	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa >2/3 – dal 67% al 99% di invalidità – (ex art. 6 co. 1 lett. d del DM. 01.02.1991)
3C3	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 co. 6 del D.lgs. 124/1998)
3G1	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1 alla 5 titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex. art 6 co. 1 lett. a del D.M. 01.02.1991) e perseguitati politici italiani antifascisti o razziali e loro familiari superstiti, titolari di assegno vitalizio di benemerenzza.
3G2	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 alla 8 (ex. art. 6 co. 2 lett. a del D.M. 01.02.1991)
3L1	I grandi invalidi del lavoro – dal 80% al 100% di invalidità – (ex. art. 6 co. 1 lett. b del D.M. 01.02.1991)
3M1	Gli invalidi per cause di servizio di I categoria – titolari di specifica pensione – (ex art. 6 co. 1 lett. c. del D.M. 01.02.1991)
3N1	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi – con eventuale correzione – riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili – ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. f del D.M. 01.02.1991)
3S1	Sordomuti (da intendersi coloro che sonon colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) – ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. F del D.M. 01.02.1991 – (ex art. 7 L.n.482/68 come modificato dalla L. n. 68/99)
3T1	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.2.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile e a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. (ex art.1 co.5 lett. D del D.Lgs 124/1998)
3V1	Vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità permanente pari o superiore all' 80% in base alla L. n. 302/90 – come modificata dalla L.n. 206/2004 – (ex art 5 co. 6 del D. Lgs 124/1998); vittime "del dovere e categorie equiparate" con invalidità permanente pari o superiore all'80% individuate dalla L. n. 266/2005 art. 1, c.



	563 e 564 e dal D.P.R. n. 243 del 07/07/2006.
3V2	Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata inv. < 80%
6D1	Soggetti disabili in situazione di gravità così come definita dall'art. 3, co. 3, L. n. 104/92

Popolazione generale

Tutti i soggetti, anche la popolazione in età evolutiva (0 – 14 anni), possono accedere alle prestazioni contrassegnate con nota n. 2 apponendo il codice di accesso 6U1.

Ai fini di una precoce diagnosi di patologie neoplastiche, per la visita odontoiatrica si devono rispettare i tempi di attesa di cui alla L.R. 30/2016 art. 38, nonché le indicazioni del Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 recepito con DGR del 23 aprile 2019 n. 479; mentre le rimanenti prestazioni (27.00.1, 27.00.2, 24.19.1) dovranno essere erogate nei tempi propri delle condizioni cliniche del paziente e comunque non oltre le 48 ore.

Mancata presentazione a seduta di piano di trattamento

Nei casi di trattamenti pianificati mediante più sedute, la prescrizione e la riscossione del ticket deve essere effettuata anticipatamente secondo quanto disposto dall'art.1 comma 1 del D. Lgs. 124/98.

Così come previsto dalla D.G.R. 600/2007 ss.mm.ii. il paziente è tenuto a comunicare con congruo anticipo l'impossibilità di presentarsi all'appuntamento in tal caso, salvo diverse indicazioni cliniche, l'appuntamento dovrà essere erogato/fissato entro un massimo di 90 giorni dall'avvenuta comunicazione, così pure nel caso di mancata disdetta per motivi di forza maggiore, che devono essere opportunamente documentati dall'interessato.

Si ribadisce l'importanza della puntuale informazione agli utenti, che deve essere completa anche con riguardo ai suddetti doveri dell'utente, con particolare riferimento alla perdita degli appuntamenti successivi alla mancata disdetta e ai conseguenti oneri a carico del paziente. L'art. 38 della Legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30, infatti, dispone che "l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente Nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria".

Le prestazioni della branca cod. 35 Odontostomatologia contrassegnate dalla nota numerica (di accesso) non sono erogabili ai soggetti che non rientrano nelle tre categorie identificate dal DPCM 12 gennaio 2017 come LEA, pertanto i cittadini potranno accedere a dette prestazioni solo tramite l'istituto della libera professione secondo tariffa aziendale.



Tabella 4 - condizioni di esenzione e di accesso

Codice	Condizione	Prestazioni in esenzione dalla spesa sanitaria	Codice da riportare in ricetta SSN di odontoiatria
6B1	0-14 anni età evolutiva	Nota 3, 9, 10 e 11	6B1
6B4	Soggetti affetti da patologie croniche invalidanti non espressamente elencate non presente tabella con concomitante vulnerabilità sociale	Nota 3, 5, 7b, e 11	6B4
050	Soggetti in attesa di trapianto	Nota 3, 5, 7b, e 11	050
014	Dipendenze da sostanze stupefacenti, psicotrope e alcool (solo residenti in Veneto)	Nota 3, 5, 7b, e 11	014
051	Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	Nota 3, 5, 7b, e 11	051
052	Soggetti sottoposti a trapianto (escluso trapianto di cornea)	Nota 3, 5, 7b, e 11	052
048	Pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive	Nota 3, 5, 7b, e 11	048
020	Infezione da HIV	Nota 3, 5, 7b, e 11	020
021	Patologia cardiovascolari gravi Insufficienza Cardiaca Tipi NYHA III e IV (cvod. 021) Patologia cardiovascolari gravi Insufficienza Cardiaca Tipi NYHA III e IV	Nota 3, 5, 7b, e 11	621
044	Psicosi gravi (solo residenti in Veneto)	Nota 3, 5, 7b, e 11	044
cod Malattie Rare	Malattie rare (solo residenti in Veneto)	Nota 3, 5, 7b, e 11	cod Malattie Rare
6D1	Disabili gravi art. 3 c.3L-104/92	Nota 3, 5, 7b, e 11	6D1
3C1	Invalidi civili 100%	Nota 3, 5, 7b, e 11	3C1
3C2	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa >2/3 – dal 67% al 99% di invalidità – (ex art. 6 co. 1 lett. d del DM. 01.02.1991)	Nota 3, 5, 7b, e 11	3C2



3C3	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 co. 6 del D.lgs. 124/1998)	Nota 3, 5, 7b, e 11	3C3
3G1	Invalidi di guerra categorie da 1 a 5	Nota 3, 5, 7b, e 11	3G1
3G2	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 alla 8 (ex. Art. 6co.2 lett.a del D.M. 01.02.1991)	Nota 3, 5, 7b, e 11	3G2
3L1	I grandi invalidi del lavoro – dal 80% al 100% di invalidità – (ex. art. 6 co. 1 lett. b del D.M. 01.02.1991)	Nota 3, 5, 7b, e 11	3L1
3M1	Gli invalidi per cause di servizio di I categoria – titolari di specifica pensione – (ex art. 6 co. 1 lett. c. del D.M. 01.02.1991)	Nota 3, 5, 7b, e 11	3M1
3N1	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi – con eventuale correzione – riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili – ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. f del D.M. 01.02.1991)	Nota 3, 5, 7b, e 11	3N1
3S1	Sordomuti (da intendersi coloro che non sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) – ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. F del D.M. 01.02.1991 – (ex art. 7 L.n.482/68 come modificato dalla L. n. 68/99)	Nota 3, 5, 7b, e 11	3S1
3T1	Pazienti in possesso di esenzione in base alla legge 210/1992	Nota 3, 5, 7b, e 11	3T1
3V1	Vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità permanente pari o superiore all' 80% in base alla L. n. 302/90 – come modificata dalla L.n. 206/2004 – (ex art 5 co. 6 del D. Lgs 124/1998); vittime “del dovere e categorie equiparate” con invalidità permanente pari o superiore all'80% individuate dalla L. n. 266/2005 art. 1, c. 563 e 564 e dal D.P.R. n. 243 del 07/07/2006.	Nota 3, 5, 7b, e 11	3V1
3V2	Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata inv. < 80%	Nota 3, 5, 7b, e 11	3V2



7R2	Cittadini di età inferiore agli anni 6 o superiore agli anni 65, purché appartenenti ad un nucleo familiare fiscale avente un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98	Nota 3, 5, 7b, e 11	7R2
7R3	Cittadini disoccupati ed i loro familiari a carico purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11,362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico.(Esenti per disoccupazione)	Nota 3, 5, 7b, e 11	7R3
7R4	Cittadini di età superiore ai sessantacinque anni beneficiari di assegno (ex pensione) sociale e i loro familiari a carico (Esenti per assegno sociale)	Nota 3, 5, 7b, e 11	7R4
7R5	Cittadini di età superiore ai sessanta anni titolari di pensione al minimo ed i loro familiari a carico purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11,362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico	Nota 3, 5, 7b, e 11	7R5
6R0	Cittadini ed i loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31 aumentato a € 11,362,05 in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di € 516,46 per ogni figlio a carico, di età compresa tra 7 e 64 anni	Nota 3, 5, 7b, e 11	6R0
6U1	Urgenze odontostomatologiche	Nota 2	6U1
7RQ (codice di solo accesso)	Nucleo fam. fiscale < 29.000	Nota 3, 5, 7b, e 11	7RQ

