Bur n. 85 del 01/09/2017

(Codice interno: 352087)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1299 del 16 agosto 2017

Assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica: aggiornamento a seguito dell'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Con la presente deliberazione si provvede alla revisione del quadro assistenziale e delle condizioni di erogabilità delle prestazioni in oggetto ed alla ridefinizione del regime di accesso per reddito.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue:

Con deliberazioni della Giunta regionale n. 2227 del 9 agosto 2002 e n. 2519 del 4 agosto 2009, la Regione del Veneto ha definito i requisiti per l'accesso, le modalità di erogazione e le condizioni cliniche e di prescrivibilità per le prestazioni di odontoiatria erogate dal Servizio Sanitario Regionale .

A seguito dell'emanazione del DPCM 12.01.2017 "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', si ritiene opportuno rivedere in maniera sistematica la materia, sebbene l'articolo 64 del DPCM succitato rimandi ad un decreto interministeriale l'efficacia del DPCM stesso per la parte del Nomenclatore Nazionale e dei relativi allegati, compreso quindi l'allegato 4C.

Alla luce del nuovo quadro normativo e ravvisata l'opportunità di aggiornare il livello di assistenza in materia di odontoiatria, si propone di adottare esclusivamente le prestazioni della branca odontostomatologica (branca 35) di cui all'allegato 4 del DPCM 12.01.2017, riportate integralmente nell'**Allegato A** della presente delibera che costituisce parte integrante della stessa. Nel dettaglio, l'**Allegato A** sostituisce in toto le prestazioni specialistiche di branca 35 - odontostomatologia del Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui al Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 47 del 22 maggio 2013, come modificato dalla DGR n. 2058 del 3 gennaio 2014, a decorrere dal 1 gennaio 2018.

Con riferimento alle tariffe delle prestazioni della branca odontostomatologia, si intendono valide le tariffe approvate dal Ministero della Salute al 1° gennaio 2018, salvo mantenere le attuali tariffe fino all'adozione del decreto interministeriale di cui all'art. 64 - Norme transitorie del DPCM 12.01.2017.

Inoltre, in linea con le disposizioni nazionali di cui al DPCM succitato, si propone che l'assistenza odontoiatrica sia estesa a tutti i cittadini a carico del SSN che rientrano nelle seguenti fattispecie:

- programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva;
- assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità sanitaria e sociale.

Programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva

I programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva sono rivolti ai soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni e prevedono:

- visita odontoiatrica senza limitazione di frequenza;
- prestazioni riguardanti estrazioni, chirurgia parodontale, chirurgia orale ricostruttiva, ablazione del tartaro, incappucciamento indiretto della polpa;
- trattamenti ortondontici limitatamente ai minori con patologia ortognatodontiche a maggior rischio (grado 5° e 4° dell'indice IOTN) che versano in condizioni di vulnerabilità sanitarie o sociale.

Vulnerabilità sanitaria

L'assistenza odontoiatrica e protesica è garantita anche a quei soggetti che versano in condizioni di vulnerabilità sanitaria.

La vulnerabilità sanitaria identifica particolari condizioni di tipo sanitario, che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche che devono essere riconosciute ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere seriamente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi "quoad vitam" del soggetto. In tale ottica sono state individuate le seguenti condizioni:

- pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso il trapianto di cornea);
- pazienti con stati di immunodeficienza grave;
- pazienti con cardiopatie congenite cianogene;
- 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;
- pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene;
- soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici.

Altresì è estesa la medesima assistenza odontoiatrica ai cittadini residenti in Veneto affetti dalle seguenti patologie:

- psicosi gravi;
- dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool;
- malattia rara in presenza di gravi pregiudizi per lo sviluppo e la funzione dell'apparato odontoiatrico connessi al quadro clinico della malattia rara diagnosticata.

I soggetti affetti da altre patologie o condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica, potranno accedere alle cure odontoiatriche, solo se la condizione patologica stessa risulta associata a una concomitante condizione di vulnerabilità sociale, identificati con il codice di esenzione 6B4.

Nell'ambito della vulnerabilità sanitaria rientrano anche quei soggetti appartenenti a particolari categorie protette, dettagliate nell'**Allegato B** della presente deliberache ne costituisce parte integrante della stessa. Si precisa che i soggetti non autosufficienti identificati tra le categorie protette di cui all'**Allegato B** della presente delibera residenti presso centro servizi per anziani non autosufficienti e disabili, devono beneficiare almeno una volta all'anno della visita dell'igienista dentale e che tale prestazione è erogata in regime di esenzione.

Vulnerabilità sociale

La vulnerabilità sociale può essere definita come quella condizione di svantaggio sociale ed economico, correlata di norma a condizioni di marginalità o esclusione sociale che impedisce di fatto l'accesso alle cure odontoiatriche oltre che per una scarsa sensibilità ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto per gli elevati costi da sostenere presso le strutture odontoiatriche private. Pertanto tra le condizioni di vulnerabilità sociale si possono individuare tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure è ostacolato o impedito:

- situazione di esclusione sociale (indigenza);
- situazione di povertà;
- situazione di reddito medio basso.

Ciò posto si propone d'individuare nelle sottocitate categorie i soggetti che rientrano nella vulnerabilità sociale:

- i titolari di esenzione 7R3 (esenti per disoccupazione e loro familiari a carico);
- i titolari di esenzione 7R4 (esenti per assegno sociale e loro familiari a carico);
- i titolari di esenzione 7R5 (pensione al minimo e loro famigliari a carico);
- i titolari del codice 7RQ (riduzione parziale della quota fissa sulla ricetta SSR) così come individuati dalla DGR Veneto 5 agosto 2011, n. 1380.

È inoltre introdotta una nuova condizione economica di esenzione per reddito e istituito il relativo codice di esenzione solo per le cure odontoiatriche (6R0), con riferimento agli iscritti al SSR veneto residenti in Regione, 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.

Popolazione generale

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nelle categorie sopra descritte (tutela età evolutiva e condizione di vulnerabilità sanitaria e sociale), devono essere comunque garantite:

- la visita odontoiatrica: anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;
- il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto): per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto (compresa pulpotomia, molaggio di irregolarità smalto dentinali conseguente a frattura).

Il codice di accesso da riportare sull'impegnativa per accedere a dette prestazioni è 6U1, fatto salvo quanto già disposto per i soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni, per i quali è previsto, per prestazioni urgenti in caso di evento traumatico, il codice 6B3 in esenzione.

Si propone, quindi, di approvare gli **Allegati A e B**, che sono parte integrante della presente delibera, dove sono identificati nell'**Allegato A**: le prestazioni e le note di erogabilità e nell'**Allegato B:** isoggetti, i codici di esenzione e di accesso e le prime indicazioni operative.

Il presente provvedimento entra in vigore a decorrere dal 1° gennaio 2018, pertanto si precisa che tutte le prestazioni prescritte e quelle già prenotate prima dell'entrata in vigore del presente provvedimento continuano a sottostare al regime precedente individuato dalle delibere n. 2227 del 9 agosto 2002 e n. 2519 del 4 agosto 2009, e comunque non oltre il 31 marzo 2018.

Per tutti i cittadini residenti in Veneto, aventi un'età superiore ai 64 anni e appartenenti ad un nucleo familiare avente un reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98, si propone un contributo per anno per il confezionamento di protesi dentarie pari a € 200,00 per arcata superiore e a € 200,00 per arcata inferiore, ripetibile ogni 4 anni.

Tutto ciò premesso, si propone di identificare all'interno dell'intero budget dell'attività specialistica esclusivamente ambulatoriale per l'anno 2018 un budget complessivo di € 8.000.000,00 per la branca 35 - odontostomatologia. Poiché un'accurata disamina sul volume delle attività delle macro aree porta ad affermare che le strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere, IRCCS e AULSS) risultano in grado di soddisfare progressivamente l'intero fabbisogno di prestazioni di medicina di laboratorio, come riportato nella DGR 1923 del 2015, e, dunque, tale compensazione andrà ad incidere sul budget assegnato ai privati accreditati esclusivamente ambulatoriali di medicina di laboratorio ovvero branca 03.

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 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;

Vista la DGR n. 492/2002;

Vista la DGR n. 2227/2002;

Vista la DGR n. 3972/2002;

Vista la DGR n. 1361 del 7.5.2004;

Vista la DGR n. 4047 del 22.12.2004;

Vista la DGR n. 2519/2009;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017;

Visto l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di dare atto che le premesse al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante;

2. di approvare l'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, che aggiorna e sostituisce integralmente le prestazioni specialistiche di branca 35 odontostomatologia del Nomenclatore Tariffario Reginale dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui al Decreto del Direttore Generale Sanità e Sociale n. 47 del 22 maggio 2013, come modificato dalla DGR

2058 del 3.1.2014, a decorrere dal 1° gennaio 2018;

3. di adottare le tariffe proposte dal Ministero della Salute in vigore dal 1° gennaio 2018 per le prestazioni specialistiche di branca 35 odontostomatologia di cui al punto 2, salvo mantenere le attuali tariffe fino all'adozione del decreto interministeriale di cui all'art. 64 - Norme transitorie del DPCM 12.01.2017;

4. di approvare l'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento, che aggiorna i requisiti di accesso, le condizioni di erogabilità e le modalità di erogazione delle prestazioni odontoiatriche da garantire con oneri a carico del SSR;

5. di considerare totalmente sostituito il precedente Allegato 1 di cui alla DGR n. 2227/2002 e successive modifiche e integrazioni;

6. di dare atto che tutte le precedenti disposizioni il cui contenuto risultasse in contrasto con quanto disposto con il presente provvedimento devono ritenersi inefficaci e abrogate;

7. di demandare al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale l'adozione di ulteriori indicazione applicative di dettaglio rispetto ai necessari adeguamenti delle disposizioni contenute negli **Allegati A** e **B** della presente delibera;

8. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'attuazione del presente provvedimento;

9. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

10. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione e che la sua efficacia decorrerà dal 1° gennaio 2018.