

LA GIUNTA REGIONALE

- visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- visto l'articolo 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” il quale stabilisce che la Regione autonoma Valle d'Aosta provvede al finanziamento del Servizio sanitario nazionale senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa attribuiti e, ad integrazione, le risorse dei propri bilanci;
- visto il decreto ministeriale 22 luglio 1996 “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe”;
- visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159 “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)” e successive modificazioni e integrazioni;
- visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” ed in particolare:
 - a) l'articolo 15 “Assistenza specialistica ambulatoriale”;
 - b) l'articolo 16 “Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”, in particolare il comma 5 recante “*Le prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C al presente decreto*”;
 - c) l'allegato 4 “Nomenclatore specialistica” che riporta, tra le altre, le prestazioni di specialistica ambulatoriale annesse alle specialità di odontoiatria e le relative note di erogazione;
 - d) l'allegato 4C “criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche”;
 - e) l'allegato 4D “Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità, indicazioni di appropriatezza prescrittiva” relative alle prestazioni di cui all'allegato 4;
 - f) l'articolo 64 “Norme finali e transitorie” che, al comma 2, prevede che le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 4, entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto concernente la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni e che dalla medesima data siano abrogati il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante “*Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza*”

ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale” e il decreto ministeriale 22 luglio 1996, recante “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe”;

- dato atto che il sopraccitato allegato 4C al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 prevede che:
 - a) siano garantiti a tutti i cittadini:
 - la prima visita odontoiatrica, comprese la radiografia endorale e l'eventuale rimozione di corpo estraneo, 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);
 - b) l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia limitata all'assistenza odontoiatrica e protesica, con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico, a determinate categorie di soggetti:
 - cittadini in età evolutiva (0-14 anni);
 - cittadini in condizioni di particolare vulnerabilità, sanitaria e/o sociale;
 - c) le prestazioni di assistenza odontoiatrica e protesica garantite a ciascuna delle categorie di soggetti siano quelle associate alle seguenti condizioni di erogabilità: “generalità della popolazione”, “0-14 anni”, “vulnerabilità sanitaria” e “vulnerabilità sociale”, descritte nell'allegato 4C ed elencate nell'allegato 4D al D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- viste le leggi regionali 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario e per il miglioramento della qualità dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione” e 25 ottobre 2010, n. 34 “Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013”, tuttora vigente;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2014, n. 1902 “Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) resi dal Servizio sanitario regionale (SSR) ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e dell'art. 34 della legge 724/1994. Revoca della DGR 931/2014”;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2015, n. 62 “Aggiornamento, a decorrere dal 1° marzo 2015, del tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1452 del 19 maggio 2006 e successive modificazioni”;
- valutato di mantenere il sopraccitato tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali fino all'adozione del decreto interministeriale di cui all'articolo 64, comma 2, del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

- dato atto che, in applicazione delle disposizioni recate dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, occorre:
 1. modificare la sopracitata deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2014, n. 1902 concernente i livelli essenziali di assistenza cosiddetti superiori (ovvero quelli garantiti dal SSR in aggiunta a quelli garantiti dal SSN) in quanto alcune delle prestazioni già previste nei livelli essenziali di assistenza superiori garantiti dalla Regione autonoma Valle d'Aosta sono ora comprese nei LEA nazionali, come indicato di seguito:
 - a) le parole “e, per quanto riguarda la sola assistenza odontoiatrica di cui ai punti 3.1, 3.2 e 3.3, quelle contraddistinte con i codici 89.7.6, 23.20.1, 23.20.2, 23.49.1, 23.71.1, 23.71.2, 96.54.2, 23.01, 23.09, 23.11 e 23.19 del vigente tariffario regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio” del punto 3 del deliberato sono soppresse;
 - b) i punti 3.1, 3.2 e 3.3 del deliberato sono soppresi;
 - c) il punto 6.1 (Contributo spese per protesi dentarie e cure ortodontiche) dell'allegato 3 è soppresso; conseguentemente le parole “di cui ai punti 6.1 e 6.2” del punto 6 (Prestazioni assistenziali) dell'allegato 3 sono sostituite dalle seguenti: “ di cui al punto 6.2”;
 2. definire le condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o di vulnerabilità sociale, cui associare il diritto di accesso alle correlate prestazioni di assistenza odontoiatrica e protesica a carico del SSR;
- preso atto che l'allegato 4C del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 riconosce la vulnerabilità sanitaria almeno ai soggetti affetti dalle seguenti gravi patologie:
 1. in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso trapianto di cornea);
 2. con stati di immunodeficienza grave;
 3. con cardiopatie congenite cianogene;
 4. con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
 5. con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene;
- dato atto che, con riguardo alla vulnerabilità sociale, il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 demanda alle Regioni:
 - la scelta degli strumenti atti a valutare la condizione socio-economica (ad esempio indicatore ISEE) e dei criteri per selezionare le fasce di popolazione in condizione di vulnerabilità sociale a cui garantire le prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore tariffario;
 - di identificare eventualmente “cluster” di soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale e socio-sanitaria cui garantire alcune prestazioni gratuite ed altre con una compartecipazione alla spesa;

- ritenuto quindi necessario definire le categorie di vulnerabilità sanitaria, sociale e socio-sanitaria e approvare direttive all'Azienda U.S.L. relative all'assistenza odontoiatrica in Valle d'Aosta e in particolare relativamente ai criteri organizzativi per garantire:
 - l'accesso alle cure odontoiatriche a tutti gli aventi diritto;
 - i percorsi di presa in carico degli assistiti e in particolare degli utenti diversamente abili;
 - l'erogazione di prestazioni odontoiatriche urgenti per tutta la popolazione;
 - l'accesso alle prime visite odontoiatriche entro 30 giorni;
 - le modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compreso un percorso distinto per le relative visite;
 - l'assunzione della spesa per i manufatti protesici in favore di soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale;
- vista la nota in data 4 febbraio 2016, n. 3806 trasmessa all'Azienda USL della Valle d'Aosta dalla struttura regionale competente in materia di sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario, recante indicazioni relative all'applicazione del decreto del Ministero della salute 9 dicembre 2015 in materia di condizioni di erogabilità e appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali, con particolare riferimento alle prestazioni odontoiatriche;
- vista la nota prot. n. 53324 del 14 giugno 2017, a firma del direttore di area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, nella quale si quantificava in 20 ore settimanali di specialistica ambulatoriale un primo fabbisogno di attività odontoiatrica per l'applicazione del DPCM del 12 gennaio 2017, il quale, con una tariffa oraria di Euro 39,40 lordo azienda, comporterebbe una spesa annua presunta di Euro 40.976,00;
- ritenuto:
 - di fare riferimento alla spesa storica dell'anno 2016, computata in Euro 180.000,00 circa, per i rimborsi per protesi dentarie e cure ortodontiche;
 - di considerare l'aumento di spesa atteso dalla Commissione permanente per l'individuazione delle tariffe della specialistica ambulatoriale e della protesica, per l'inserimento dell'assistenza odontoiatrica nei nuovi Lea nazionali, pari a Euro 77.289.664, il quale parametrato al coefficiente regionale di 0,0021 comporta per la Valle d'Aosta un aumento pari a Euro 162.308,30 per le prestazioni di base definite a livello nazionale;
 - che l'aumento del numero di potenziali fruitori del servizio sanitario regionale per le prestazioni odontoiatriche, in particolare di coloro che si trovano in situazione di vulnerabilità sanitaria, sociale e socio-sanitaria, nonché della tipologia di prestazioni erogate, produca un aumento della spesa che l'Azienda USL dovrà sostenere per garantire le prestazioni previste dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
 - che per rispondere alle esigenze di cui ai punti precedenti sia necessario, per l'Azienda USL, reperire almeno un altro odontoiatra, il cui costo annuo è

stato stimato, da parte dei competenti uffici dell'Azienda stessa in Euro 90.000,00 circa;

- che la spesa per gli anni 2018-2019, benché difficilmente quantificabile, non supererà, a regime, Euro 430.000,00 annui, fatte salve eventuali ulteriori valutazioni compiute in sede di applicazione del decreto stesso e della presente deliberazione;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1853 in data 28 dicembre 2017 concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2018/2020 e delle connesse disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dal Dirigente della Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Luigi BERTSCHY;

ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

- 1) di approvare le condizioni di erogabilità delle prestazioni di assistenza odontoiatrica e protesica garantite dal Servizio sanitario regionale (SSR), riportate nell'Allegato A alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di approvare l'elenco delle prestazioni di assistenza protesica garantite per ciascuna classe di beneficiari, così come elencato nell'allegato B della presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;
- 3) di approvare le direttive all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta relative alle modalità di accesso all'assistenza odontoiatrica in Valle d'Aosta riportate nell'allegato C alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;
- 4) di modificare le parti sotto specificate della deliberazione della Giunta regionale n. 1902 in data 30 dicembre 2014 come segue:
 - a) le parole "e, per quanto riguarda la sola assistenza odontoiatrica di cui ai punti 3.1, 3.2 e 3.3, quelle contraddistinte con i codici 89.7.6, 23.20.1, 23.20.2, 23.49.1, 23.71.1, 23.71.2, 96.54.2, 23.01, 23.09, 23.11 e 23.19 del vigente tariffario regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio" del punto 3 del deliberato sono soppresse;
 - b) i punti 3.1, 3.2 e 3.3 del deliberato sono soppresi;
 - c) il punto 6.1 (Contributo spese per protesi dentarie e cure ortodontiche) dell'allegato 3 è soppresso; conseguentemente le parole "di cui ai punti 6.1 e 6.2" del punto 6 (Prestazioni assistenziali) dell'allegato 3 sono sostituite dalle seguenti: " di cui al punto 6.2";
- 5) di mantenere per l'erogazione delle prestazioni specialistiche approvate dalla presente

deliberazione le tariffe attualmente in vigore approvate con deliberazione della Giunta regionale 62/2015 fino all'adozione del decreto interministeriale di cui all'articolo 64, comma 2, del decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 che definirà le nuove tariffe;

- 6) di stabilire che le disposizioni previste dalla presente deliberazione, relativamente alle parti di nuova introduzione, si applichino a decorrere dal 1° maggio 2018, fatto salvo quanto previsto ai punti 10 e 11 e che entro tale data l'Azienda USL provveda all'adeguamento dei sistemi informativi al fine di permettere la prescrizione delle prestazioni, ai sensi della presente deliberazione, con riferimento ai soggetti aventi diritto;
- 7) di dare atto che, sulla base di quanto evidenziato in premessa, la spesa annua per l'organizzazione dell'assistenza odontoiatrica e protesica, benché non quantificabile in modo puntuale, sia stimabile non superiore a Euro 430.000,00;
- 8) di stabilire che l'Azienda USL provveda alla copertura della spesa di cui al punto 7, definita dalla presente deliberazione, nell'ambito del trasferimento ordinario per l'erogazione dei LEA, senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
- 9) di rimandare all'esito dell'analisi dell'impatto economico e organizzativo della presente deliberazione sul sistema sanitario regionale, da effettuarsi a cura dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, entro 18 mesi dall'entrata in vigore della presente deliberazione, le previsioni finanziarie e l'adozione di eventuali criteri più articolati per l'individuazione di ulteriori condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale;
- 10) di stabilire che l'Azienda USL entro 180 giorni dall'approvazione della presente deliberazione, definisca i criteri organizzativi per garantire:
 - i percorsi di presa in carico degli assistiti e in particolare degli utenti diversamente abili;
 - la riorganizzazione dell'erogazione di prestazioni odontoiatriche urgenti per tutta la popolazione;
 - l'accesso alle prime visite odontoiatriche entro 30 giorni, compresa un'adeguata informativa agli utenti sul diritto alla prestazione secondo la propria condizione;
 - le modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compreso un percorso distinto per le relative visite;
- 11) di stabilire che l'assunzione della spesa da parte dell'Azienda USL, per i manufatti protesici in favore dei soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale, decorrerà dal 1° giugno 2018 e che fino a tale data resteranno valide le modalità di rimborso previste nella deliberazione della Giunta regionale n. 1902 in data 30 dicembre 2014;
- 12) di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza;
- 13) di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta;
- 14) di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata sul sito internet della Regione autonoma Valle d'Aosta all'indirizzo: www.regione.vda.it.

Condizioni di erogabilità delle prestazioni di assistenza odontoiatrica garantite dal Servizio Sanitario Regionale (SSR)

Art. 1 Prestazioni odontoiatriche

1. Le prestazioni di assistenza odontoiatrica a carico del Servizio sanitario regionale (SSR) sono limitate, ai sensi dell'allegato 4C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, a programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (0-14 anni), all'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità sociale e sanitaria e ad alcune prestazioni per la popolazione generale, con esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.
2. A tutti i cittadini è garantito il trattamento delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto) per il trattamento delle infezioni acute, emorragie o dolore acuto, la prima visita odontostomatologica, anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale e la chiusura di fistola orosinusale immediata e/o complicata.
3. Alla popolazione in età evolutiva sono garantite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica riportate nell'allegato 4 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, associate alla condizione di erogabilità "0-14 anni".
4. Ai soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità sociale e/o sanitaria, le cui caratteristiche, per quanto riguarda i soggetti residenti nella Regione autonoma Valle d'Aosta, sono definite nei successivi articoli 3, 4 e 5, sono garantite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica riportate nell'allegato 4 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 associate alle rispettive condizioni.
5. Per la fornitura delle protesi dentarie (apparecchi mobili, fissi e ortopedico-funzionali), i cui costi di produzione, ai sensi dell'allegato 4 C del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, sono interamente a carico degli assistiti identificati nei successivi articoli 4 e 5, l'Azienda USL si convenziona con i laboratori odontotecnici di cui all'art. 3 dell'allegato C alla presente deliberazione.
6. L'Azienda USL si fa carico dei costi di produzione delle protesi degli assistiti residenti in condizione di vulnerabilità sociale come definita all'articolo 3, prescritte nell'ambito dell'assistenza protesica e realizzate nei laboratori odontotecnici di cui al precedente punto 5, a partire da un singolo elemento fino ad un massimo di due emiarcate, ogni 4 anni solari.

Art. 2 Beneficiari

1. Tutti i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale, inclusi quelli che non rientrano nelle categorie di protezione (età evolutiva e condizioni di vulnerabilità sociale e/o sanitaria), hanno diritto alle seguenti prestazioni di odontoiatria identificate nell'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017 con la condizione di erogabilità di cui alla **nota 2** (generalità della popolazione):
 - a. Trattamento delle urgenze odontostomatologiche;

- b. Prima visita odontostomatologica, anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale (nella visita sono comprese la radiografia endorale e l'eventuale rimozione di corpo estraneo);
 - c. Chiusura di fistola orosinusale immediata e/o complicata.
2. I soggetti minori di età (0-14 anni) iscritti al Servizio sanitario nazionale hanno diritto alle prestazioni di odontoiatria identificate nell'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017 con le condizioni di erogabilità di cui alle **note 3, 8 e 10**, e **note 4 e 11** solo per gli eventi traumatici.
 3. I soggetti residenti in Valle d'Aosta nelle condizioni di vulnerabilità sociale definite al successivo articolo 3, hanno diritto alle prestazioni di odontoiatria identificate nell'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017 con le condizioni di erogabilità di cui alle **note 3, 4, 5, 8 e 11** e con la **nota 9** con ulteriori condizioni.
 4. I soggetti residenti in Valle d'Aosta nelle condizioni di vulnerabilità sanitaria o socio-sanitaria definite ai successivi articoli 4 e 5, hanno diritto alle prestazioni di odontoiatria identificate nell'allegato 4 con le condizioni di erogabilità di cui alle **note 3, 4, 5, 6, 8 e 11** e alle **note 7 e 9** con ulteriori condizioni.
 5. Per i soggetti residenti in Valle d'Aosta e domiciliati in altre Regioni, l'accesso alle prestazioni di cui trattasi è subordinato alla preventiva autorizzazione rilasciata dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, previa verifica delle condizioni di vulnerabilità sanitaria o socio-sanitaria definite dalla presente deliberazione.
 6. Per i soggetti residenti in altre regioni, domiciliati in Valle d'Aosta e iscritti al SSR, l'accesso alle prestazioni di cui trattasi è subordinato alla preventiva autorizzazione dell'ASL di residenza che verifica le condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o di vulnerabilità sociale definite dalla Regione di residenza.

Art. 3 Vulnerabilità sociale

1. E' riconosciuta la condizione di vulnerabilità sociale ai soggetti residenti in Valle d'Aosta e iscritti al Servizio sanitario regionale in possesso dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) ai sensi del D.P.C.M. 159/2013, ordinario e in corso di validità, inferiore a Euro 10.000,00.
2. Ai soggetti di cui al comma 1 è assegnato il codice regionale IS01 (ISEE ordinario inferiore a Euro 10.000), identificativo della vulnerabilità sociale per l'accesso all'assistenza odontoiatrica. Tale codice è valido fino al 31 marzo successivo alla scadenza dell'attestazione ISEE.

Art. 4 Vulnerabilità sanitaria

1. La vulnerabilità sanitaria è riconosciuta ai soggetti affetti da patologia grave, espressamente individuata dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e/o da altre malattie o condizioni cliniche che potrebbero essere aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti, individuate al comma 2.
2. Per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche, le patologie gravi e/o le

condizioni cliniche rilevanti sono elencate nei prospetti sottostanti e devono, in alcuni casi, essere accompagnate da altre condizioni, come indicato nelle tabelle:

a. Patologia grave

	Patologia grave	Codice esenzione	Altre condizioni necessarie
1	in attesa di trapianto (escluso trapianto di cornea)	050	fino al trapianto
2	post trapianto (escluso trapianto di cornea)	052	fino a 5 anni post trapianto
3	stati di immunodeficienza grave	020	
4	cardiopatie congenite cianogene	0A02 / 0C02 relativo alla patologia	Relazione clinica da parte di medico cardiologo del SSN e grado di invalidità □2/3
5	patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive	048	Relazione clinica da parte di medico di specialista del SSN
6	con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene	RDG020 RDG030 RDG040	

b. Altre malattie o condizioni cliniche

	Altre malattie o condizioni cliniche	Codice esenzione	Altre condizioni necessarie
7	Anoressia nervosa, bulimia	005.307.1 005.307.51	Certificazione del medico specialista del SSN per branca attestante che la patologia odontoiatrica non trattata potrebbe aggravare le condizioni cliniche
8	Demenze	011	
9	Diabete giovanile (fino a 18 anni)	013.250	
10	Tossicodipendenza (escluso alcool dipendenza)	014.304	
11	Epilessia, compresa sindrome di Lennox Gastaut	017.345 RF0130	
12	Alzheimer	029	
13	Psicosi e disturbi del comportamento	044	
14	Sindrome di Down	065	
15	Malattie rare ai sensi dell'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017	Relativo codice	
16	Invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza (L. 289/90)	C04	

Art. 5 Soggetti in condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria

È riconosciuta la condizione di vulnerabilità socio-sanitaria e quindi l'accesso alle prestazioni previste per i soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria, alle persone aventi entrambi questi requisiti:

- uno dei seguenti codici di esenzione: C01, C02, C03, C05, C06, G01, L01, L02, S01, S02, attestanti la condizione di invalidità civile > 2/3 o grave handicap, invalido di guerra o del lavoro o per servizio, cieco assoluto, sordomuto (art.6, comma 1 del D.M. 01/02/1991);
- il codice regionale IS02 (ISEE ordinario compreso tra 10.000 e 25.000 Euro), attestante il livello di vulnerabilità sociale.

Art. 6 Compartecipazione alla spesa sanitaria

La compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito è determinata come segue:

1	Vulnerabilità sociale	Nessuna compartecipazione alla spesa
2	Vulnerabilità sanitaria	Nessuna compartecipazione alla spesa
3	Vulnerabilità socio-sanitaria	Nessuna compartecipazione alla spesa
4	Minori 0-14 anni	Compartecipazione alla spesa secondo la normativa vigente, con le modalità previste per la generalità delle prestazioni specialistiche
5	Generalità della popolazione	

Allegato B alla deliberazione della Giunta regionale n. 268 in data 12 marzo 2018

Tabella riassuntiva delle prestazioni di assistenza odontoiatrica garantite dal Servizio sanitario regionale per ciascuna tipologia di beneficiari, ai sensi della condizione di erogabilità identificata dal DPCM 12 gennaio 2017.

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Popolazione generale	Minori di età	vulnerabilità sociale	vulnerabilità sanitaria e socio-sanitaria
22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	2	X			
22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	2	X			
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	3		X	X	X
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia	3		X	X	X
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		X	X	X
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	4		X ¹	X	X
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	4		X ¹	X	X
23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	5			X	X
23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	5			X	X
23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso rilevazione impronte	5			X	X

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Popolazione generale	Minori di età	vulnerabilità sociale	vulnerabilità sanitaria e socio-sanitaria
23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	5			X	X
23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	5			X	X
23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	5			X	X
23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	6				X
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)	5			X	X
23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	5			X	X
23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	7				X ²
23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	7				X ²
23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	8		X	X	X
23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	8		X	X	X

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Popolazione generale	Minori di età	vulnerabilità sociale	vulnerabilità sanitaria e socio-sanitaria
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	11		X ¹	X	X
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	6				X
23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	11		X	X	X
23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	5			X	X
23.72.3	PULPOTOMIA	6				X
23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	6				X
24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1)	8		X	X	X
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		X	X	X
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	X			
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		X	X	X
24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	5			X	X

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Popolazione generale	Minori di età	vulnerabilità sociale	vulnerabilità sanitaria e socio-sanitaria
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	6				X
24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	3		X	X	X
24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	8		X	X	X
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	9			X ³	X ³
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	9			X ³	X ³
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	9			X ³	X ³
24.80.2	RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	8		X	X	X
24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	5			X	X
89.7B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	2	X			
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	3		X	X	X
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	10		X		
97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	8		X	X	X
97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	6				X
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI	3		X	X	X

CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Popolazione generale	Minori di età	vulnerabilità sociale	vulnerabilità sanitaria e socio-sanitaria
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			X	X
99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	10		X		

Note alle condizioni di erogabilità

¹ solo per eventi traumatici

² in caso di sindrome algica e disfunzionale ATM

³ indice IOTN = 4/5

**Direttive all'Azienda U.S.L. relative alle modalità di accesso all'assistenza
odontoiatrica in Valle d'Aosta**

Art. 1 Modalità di accesso generali

1. in urgenza: l'accesso è diretto ed è gestito dal Pronto soccorso. Nel caso in cui risulti necessario un secondo e/o terzo appuntamento nei giorni successivi presso l'ambulatorio ospedaliero di odontoiatria, al fine di assicurare una corretta gestione dell'urgenza odontoiatrica, la struttura aziendale competente prenota gli accessi dell'utente presso l'ambulatorio ospedaliero senza ulteriore compartecipazione alla spesa oltre a quella già addebitata in caso di eventuale codice bianco assegnato dal pronto soccorso;
2. prima visita: anche senza prescrizione medica del medico di assistenza primaria, ma subordinata alla prenotazione presso gli sportelli CUP o CUP telefonico. La prescrizione relativa a tale accesso sarà successivamente predisposta dal medico specialista in odontoiatria che prende in carico il paziente. E' raccomandata la corretta informazione alla popolazione generale circa il diritto alla sola prima visita a carico del SSN e non anche ai trattamenti;
3. visita per assistenza protesica: accesso limitato ai soggetti minori o alle categorie di vulnerabilità identificate nell'allegato A alla presente deliberazione, senza prescrizione medica, ma subordinato alla prenotazione presso gli sportelli CUP o CUP telefonico;
4. punti di erogazione delle prestazioni: presso l'ambulatorio ospedaliero o presso gli ambulatori territoriali, secondo specifici protocolli predisposti dall'Azienda USL della Valle d'Aosta;
5. compartecipazione alla spesa: è quella prevista per le prestazioni specialistiche, secondo quanto specificato nell'articolo 6 dell'allegato A;
6. l'erogazione delle cure odontoiatriche può avvenire, a esclusivo giudizio dello specialista odontoiatra del SSR, anche con la modalità di ricovero ordinario o in day surgery, nel cui caso non è dovuta alcuna compartecipazione alla spesa.

Art. 2 Assistenza in condizioni di vulnerabilità sociale e/o sanitaria

1. All'atto della prenotazione della prima visita presso il CUP, l'utente deve essere adeguatamente informato in merito al diritto ad ulteriori prestazioni dopo la prima visita solo se in possesso di attestazione di vulnerabilità sanitaria e/o sociale.
2. Per l'erogazione delle ulteriori prestazioni previste in base alla propria condizione, l'utente deve presentarsi munito della documentazione necessaria ad attestare l'eventuale vulnerabilità:
 - a. sociale: tessera sanitaria e possesso del codice IS01, già assegnato dalla struttura competente dell'Azienda U.S.L.;
 - b. sanitaria: tessera sanitaria e possesso del codice di esenzione per patologia e lettera di invio/certificazione del medico specialista SSN attestante le altre condizioni necessarie, eccetto in presenza di malattie rare ai sensi

dell'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e per invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza (L. 289/90);

- c. socio-sanitaria: tessera sanitaria, possesso del codice IS02 e possesso di uno dei seguenti codici di esenzione C01, C02, C03, C05, C06, G01, L01, L02, S01, S02, attestanti la condizione di invalidità civile > 2/3 o grave handicap, invalido di guerra o del lavoro o per servizio, cieco assoluto, sordomuto (art.6, comma 1 del D.M. 01/02/1991).
3. Per tutti coloro che hanno diritto a successive prestazioni, la prima visita è obbligatoria, in quanto necessaria all'elaborazione del piano di cura, alla prescrizione delle successive prestazioni, fino a un massimo di 4 per accesso, e alla prenotazione degli accessi successivi. Ogni singolo accesso determina il pagamento della quota di compartecipazione della spesa, se dovuta, da parte dell'utente.
 4. Il piano di cura deve concludersi entro 12 mesi dalla prima prestazione del piano stesso, con l'eccezione dell'ortodonzia che deve concludersi entro 24 mesi dalla prima prestazione.
 5. Le condizioni soggettive che danno diritto all'accesso e alla definizione dell'eventuale compartecipazione alla spesa sono quelle in atto alla prima visita. La variazione delle condizioni economiche e cliniche dell'utente durante il periodo di validità del piano di cura non determina alcuna rivalutazione del piano stesso.
 6. Nel trattamento ortodontico di durata biennale, il piano di cura ha valenza annuale; di conseguenza le condizioni soggettive devono essere rivalutate con tale cadenza. L'entità della compartecipazione alla spesa dovrà quindi essere ridefinita facendo riferimento alle condizioni soggettive presenti all'avvio del nuovo piano terapeutico. Qualora venisse superato il limite di ISEE stabilito per la vulnerabilità sociale, il trattamento ortodontico proseguirà fino alla conclusione, ma il paziente sarà tenuto al pagamento per intero della prestazione sanitaria del nuovo piano di cura.

Art. 3 Assistenza protesica

L'Azienda USL:

1. definisce i criteri organizzativi per garantire che i percorsi di accesso alle visite relative all'assistenza protesica siano diversi da quelli di accesso alle prime visite odontoiatriche;
2. definisce i requisiti e i criteri per individuare i Laboratori Odontotecnici con cui convenzionarsi per la fornitura delle protesi dentarie (apparecchi mobili, fissi e ortopedico-funzionali) con oneri predeterminati;
3. definisce la composizione della commissione aziendale che controlla e verifica il possesso dei requisiti organizzativi, umani e strumentali dei laboratori di cui al punto 2 e il mantenimento degli stessi nel tempo;
4. si convenziona con i laboratori odontotecnici individuati dalla commissione di cui sopra e inseriti in un apposito albo aziendale che tenga conto delle caratteristiche specifiche di ciascuno e preveda criteri di aggiornamento dello stesso, sia per l'inserimento di nuovi laboratori sia per la sostituzione di quelli che cessino, per qualsiasi motivo, il servizio di fornitura delle protesi;

5. all'atto della convenzione con i laboratori odontotecnici, stabilisce anche le tariffe che gli utenti devono corrispondere direttamente alle strutture;
6. definisce e applica le modalità per farsi carico, nei confronti degli assistiti residenti in condizione di vulnerabilità sociale, dei costi di produzione delle protesi prescritte nell'ambito dell'assistenza protesica e realizzate nei laboratori odontotecnici convenzionati, a partire da un singolo elemento fino ad un massimo di due emiarcate, ogni 4 anni solari.