

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO

DISPOSIZIONI NAZIONALI

D.Lgs. n. 502/92	Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
D.Lgs. n. 229/99	Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30.11.1998, n. 419
L. n. 405/01	Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 18.09.2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria
Conferenza Stato-Regioni 22.11.01	Accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 1 del Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni
DPCM del 29.11.01	Definizione dei livelli essenziali di assistenza
DM del 12.12.01	Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria
DPCM del 16.04.02	Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa
DPCM del 28.11.03	Modifica del D.P.C.M. 29.11.2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", in materia di certificazioni
DPCM del 05.03.07	Modifica del D.P.C.M. 29.11.2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

DISPOSIZIONI REGIONALI

DGRV n. 492 del 08.03.02	Entrata in vigore del DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" - Prime disposizioni applicative
DGRV n. 2227 del 09.08.02	DPCM 29.11.2001: Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Disposizioni applicative. Secondo provvedimento
DGRV n. 2736 del 30.09.02	DGR del 9.8.2002, n. 2227 "DPCM 29.11.2001: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Disposizioni applicative». Secondo provvedimento". Differimento termine
DGRV n. 3972 del 30.12.02	Definizione dei livelli essenziali di assistenza - Disposizioni applicative. Terzo provvedimento
DGRV n. 489 del 05.03.04	DPCM 29.11.2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", modificato con DPCM 28.11.2003. Disposizioni applicative
DGRV n. 1361 del 07.05.04	Determinazione della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale, di laboratorio di analisi e di diagnostica per immagini
DGRV n. 4047 del 22.12.04	DGR n. 1361 del 07.05.2004 "Determinazione della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale, di laboratorio di analisi e di diagnostica per immagini". Aggiornamento
DGRV n. 4304 del 29.12.04	Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: aggiornamento tariffe di cui alla DGR n. 486 del 5.3.2004
DGRV n. 61 del 21.01.05	Deliberazioni nn. 4302 e 4304 del 29.12.2004 relative all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: disposizioni applicative
DGRV n. 917 del 28.03.06	Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: aggiornamento tariffe di cui alla DGR n. 61 del 21.01.2005
DGRV n. 1433 del 15.05.07	DPCM 29.11.2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", modificato con DPCM 05.03.2007. Disposizioni applicative
DGRV n. 2812 del 11.09.07	Inserimento del Day Service Ambulatoriale nei livelli essenziali di assistenza. Integrazione della DGR n. 492 dell'8.03.2002 e della DGR n. 2227 del 09.08.2002
DGRV n. 2519 del 04.08.09	DGR n. 2227 del 09.08.2002 "DPCM 29.11.2001: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento". Modifiche dell'allegato n. 1

CIRCOLARI ESPLICATIVE REGIONALI

n. 11034 del 26.02.02	Entrata in vigore del DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
n. 14849 del 19.03.02	DGR n. 492 dell'8.3.2002 "Entrata in vigore del DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Attuazione
n. 32155 del 27.06.02	DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Disposizioni applicative
n. 37466 del 31.07.02	"Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Ulteriori disposizioni applicative
n. 44441 del 20.09.02	DGR n. 2227 del 9.8.2002: "DPCM 29.11.2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento". Medicina Fisica Riabilitativa ambulatoriale - Schema tipo del "modulo/ricetta aggiuntivo"
n. 4557 del 29.09.02	DGR del 9.8.2002, n. 2227 "DPCM 29.11.2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento". Differimento termine
n. 47405 del 09.10.02	DGR n. 2227 del 9.8.2002 avente ad oggetto "DPCM 29.11.2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento". Indicazioni operative
n. 48914 del 17.10.02	DGR n. 2227 del 9.8.2002 avente ad oggetto "DPCM 29.11.2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento
n. 50212 del 24.10.02	DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" Disposizioni applicative. Secondo provvedimento. Medicina Fisica Riabilitativa ambulatoriale Trasmissione Decreto 000002 del 24.10.2002 e ulteriori indicazioni applicative
n. 55335 del 26.11.02	Livelli essenziali di assistenza ex DGR n. 2227/2002: prestazioni specialistiche ambulatoriali risposte ad alcuni quesiti di carattere generale
n. 57495 del 06.12.02	DPCM 29.11.2002 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" - Mobilità sanitaria
n. 937 del 10.01.03	DGR n. 3972 del 30.12.2002. "DPCM 29.11.2002 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» - Disposizioni applicative. Terzo provvedimento
n. 12190 del 06.03.03	Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Prestazioni di Medicina Fisica Riabilitativa ambulatoriale - DGR n. 2227/02
n. 167616 del 09.03.04	DPCM 29.11.2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", modificato con DPCM 28.11.2003. Disposizioni applicative
n. 129405 del 23.02.05	DGR n. 4304 del 29.12.2004 e DGR n. 61 del 21.01.2005 - indicazioni tecnico-operative
n. 275563 del 16.05.07	DGR n. 1433 del 15.05.2007 "DPCM 29.11.2001 recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», modificato con DPCM 05.03.2007. Disposizioni applicative"
n. 521844 del 21.09.07	DGR n. 2812 dell'11.09.2007 "Inserimento del Day Service Ambulatoriale nei livelli essenziali di assistenza. Integrazione della DGR n. 492 del 08.03.2002 e della DGR n. 2227 del 09.08.2002"
n. 494321 del 09.09.09	DGR n. 2519 del 04.08.2009: "Deliberazione della Giunta regionale n. 2227 del 09.08.2002 "DPCM 29.11.2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento". Modifiche dell'allegato n. 1"



PRESTAZIONI INCLUSE NEI LEA

Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 05.03.2007

Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza:

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie**
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali**
- C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro**
- D. Sanità pubblica veterinaria**
- E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale**
- F. Attività di prevenzione rivolte alla persona:**
 - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
 - programmi di diagnosi precoce
- G. Servizio medico-legale**

ASSISTENZA DISTRETTUALE

- A. Assistenza sanitaria di base:**
 - medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
 - continuità assistenziale notturna e festiva
 - guardia medica turistica (su determinazione della Regione)
- B. Attività di emergenza sanitaria territoriale**
- C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali**
 - fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347
 - fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate
- D. Assistenza integrativa**
 - fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
 - fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito
- E. Assistenza specialistica ambulatoriale**
 - prestazioni terapeutiche e riabilitative
 - diagnostica strumentale e di laboratorio
- F. Assistenza protesica**
 - fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
- G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare**
 - assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane in relazione al livello di non autosufficienza
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

I. Assistenza termale

- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

ASSISTENZA OSPEDALIERA

A. pronto soccorso

B. trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero in regime ordinario, inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie

C. ricovero diurno (day hospital e day surgery)

D. Day Service Ambulatoriale

E. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)

F. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali

G. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

H. attività di ricerca e reperimento di cellule staminali presso Registri e banche nazionali ed estere

I. attività ospedaliera di emergenza/urgenza

Nell'ambito delle tre macroaree precedenti è inclusa l'assistenza specifica rivolta a particolari categorie di cittadini, ovvero erogata in condizioni particolari:

- **Invalidi**
prestazioni sanitarie previste dai rispettivi ordinamenti alla data di entrata in vigore della Legge n. 833/1978
- **Soggetti affetti da malattie rare**
prestazioni di assistenza sanitaria finalizzate alla diagnosi, al trattamento ed al monitoraggio della malattia ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- **Soggetti affetti da fibrosi cistica**
fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico, compresi i supplementi nutrizionali



- **Nefropatici cronici in trattamento dialitico**
rimborso spese di trasporto al centro dialisi
altre provvidenze a favore dei dializzati (su determinazione regionale)
- **Soggetti affetti da diabete mellito**
fornitura gratuita di ulteriori presidi diagnostici e terapeutici
- **Soggetti affetti da morbo di Hansen**
fornitura gratuita di accertamenti diagnostici e farmaci specifici
spese di viaggio per l'esecuzione del trattamento
- **Cittadini residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero**
assistenza sanitaria autorizzata

PRESTAZIONI PARZIALMENTE ESCLUSE DAI LEA

Sono erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, specificate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2227 del 09.08.02. Per queste prestazioni si rimanda ai rispettivi fascicoli.

- **assistenza odontoiatrica**
- **densitometria ossea** limitatamente ai soggetti che presentino determinati fattori di rischio
- **medicina fisica riabilitativa ambulatoriale:** l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti ovvero a specifiche modalità di erogazione
- **chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri** erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto od occhiali

PRESTAZIONI TOTALMENTE ESCLUSE DAI LEA

- A. **chirurgia estetica** non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite
- B. **circoncisione rituale maschile**
- C. **medicines non convenzionali** (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate).
L'esclusione della chiropratica non riguarda la prestazione di manipolazione della colonna vertebrale.
L'esclusione dell'agopuntura riguarda le prestazioni 99.92 ("altra agopuntura") e 93.35 ("agopuntura con moxa revulsivante"). Rimane inclusa la prestazione 99.91 ("agopuntura per anestesia").
- D. **vaccinazioni non obbligatorie** in occasione di soggiorni all'estero
- E. **certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio,** non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, **con esclusione delle:**
 1. *certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico, rilasciate dal medico di medicina generale ai sensi dell'art. 31 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 2000 e dal pediatra di libera scelta ai sensi dell'art. 28 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 272 del 2000;*



2. *certificazioni di idoneità di minori e disabili alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche;*
3. *certificazione di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori ai sensi della Legge 4 maggio 1983, n. 184;*
4. *certificazioni di idoneità al servizio civile fino all'entrata in vigore dell'art. 9, comma 5, del Decreto Legislativo 5 aprile 2002, n. 77.*

F. le seguenti **prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale**: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, trazione scheletrica, ionoforesi, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea.

L'esclusione dai LEA riguarda esclusivamente l'ambito della specialistica ambulatoriale, vale a dire l'attività svolta dai "presidi ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale".

L'esclusione non riguarda l'eventuale ricorso nell'ambito di un progetto riabilitativo individuale eseguito dai "centri ambulatoriali di riabilitazione", dalle Residenze Sanitarie Assistenziali, dalle "strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale" e dai "centri socio-riabilitativi", ovvero al domicilio nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Le prestazioni escluse dai LEA, qualora prescritte da medici dell'INAIL, a favore di infortunati del lavoro e tecnopatici o autorizzate dall'Istituto stesso, debbono essere poste a carico dell'INAIL.



CHIRURGIA REFRAITTIVA

CONDIZIONI PER L'EROGAZIONE NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2007,
pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 104 del 07.05.2007

- 1. Anisometropia superiore a 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametrope con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.**
- 2. Astigmatismo uguale o superiore a 4 diottrie.**
- 3. Ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi.**
- 4. PTK per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva.**
- 5. Esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.**

La certificazione di intolleranza all'uso di lente a contatto, ove richiesta, dovrà essere rilasciata da una struttura pubblica diversa da quella che esegue l'intervento e corredata da documentazione anche fotografica.



DENSITOMETRIA OSSEA

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1433 del 15.05.2007
Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – Disposizioni applicative

A decorrere dal 1° novembre 2002 tutti i tipi di densitometria ossea sono parzialmente inclusi nei L.E.A. limitatamente ai cittadini residenti nel Veneto, e quindi soggetti alla partecipazione alla spesa (ticket) solo nelle seguenti condizioni:

PER I SOGGETTI DI OGNI ETÀ, DI SESSO FEMMINILE E MASCHILE

1. Precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali;

2. Riscontro radiologico di osteoporosi;

3. Terapie croniche (attuate o previste):

- a. corticosteroidi sistemici (per più di 3 mesi a posologie ≥ 5 mg/die di equivalente prednisonico)
- b. levotiroxina (a dosi soppressive)
- c. antiepilettici
- d. anticoagulanti (eparina)
- e. immunosoppressori
- f. antiretrovirali
- g. sali di litio
- h. agonisti del GnRH
- i. chemioterapia in età pediatrica (la chemioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori)
- j. radioterapia in età pediatrica (la radioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori);

4. Patologie a rischio di osteoporosi:

- a. malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito di tipo 1)
- b. rachitismi/osteomalacia
- c. sindromi da denutrizione, compresa l'anorexia nervosa e le sindromi correlate
- d. celiachia e sindromi da malassorbimento
- e. malattie infiammatorie intestinali croniche severe
- f. epatopatie croniche colestatiche
- g. fibrosi cistica
- h. insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefrotubulopatie croniche e ipercalciuria idiopatica
- i. emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi)
- j. artrite reumatoide (incluso Morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche
- k. patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico
- l. trapianto d'organo
- m. allettamento e immobilizzazioni prolungate (>3 mesi)
- n. paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

LIMITATAMENTE ALLE DONNE IN MENOPAUSA

1. anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore a 75 anni;

2. menopausa prima di 45 anni;

3. magrezza: indice di massa corporea ≤ 19 kg/m²;



LA DENSITOMETRIA E' INOLTRE INDICATA IN PRESENZA DI

1. 3 o più fattori di rischio minori per le donne in menopausa:

- a. età superiore a 65 anni
- b. anamnesi familiare per severa osteoporosi
- c. periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale
- d. inadeguato apporto di calcio (>1200 mg/die)
- e. fumo >20 sigarette/die
- f. abuso alcolico (>60 g/die di alcool)

2. 3 o più fattori di rischio per gli uomini di età superiore a 60 anni:

- a. anamnesi familiare per severa osteoporosi
- b. magrezza: indice di massa corporea ≤ 19 kg/m²
- c. inadeguato apporto di calcio (<1200 mg/die)
- d. fumo >20 sigarette/die
- e. abuso alcolico (>60 g/die di alcool)

Un controllo densitometrico è giustificato solo dopo un intervallo superiore a 18 mesi.

Le prestazioni che rimangono escluse dai LEA continuano ad essere erogate dai presidi specialistici pubblici, con messa a carico dell'utente dell'intero importo tariffario previsto dal vigente Nomenclatore Tariffario (seconda colonna).



MEDICINA FISICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE

Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)
disposizioni applicative ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale
n. 2227 del 09.08.2002 e delle successive note esplicative

A DECORRERE DAL 1° NOVEMBRE 2002 I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA DI MEDICINA FISICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE PREVEDONO SPECIFICHE DISPOSIZIONI RELATIVAMENTE A:

- 1. Prestazioni escluse dai LEA**
- 2. Elettroterapia antalgica, laserterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia**
- 3. Aspetti generali dell'erogabilità delle prestazioni**
- 4. Priorità degli accessi alle prestazioni**

Il pagamento della quota di partecipazione alla spesa è determinato in euro 20,50 per la visita specialistica (fisiatrice o altro) più la quota relativa ai trattamenti, fino a un massimo ulteriore di euro 36,15 (quale tetto massimo previsto dalla normativa vigente). In caso di prescrizione di un numero di prestazioni superiore a 60, va versata la corrispondente quota aggiuntiva di partecipazione alla spesa.

LE PRESTAZIONI ESCLUSE DAI LEA POSSONO ESSERE EROGATE, MA CON MESSA A CARICO DELL'UTENTE DELL'INTERO IMPORTO TARIFFARIO PREVISTO DALLA SECONDA COLONNA DEL VIGENTE NOMENCLATORE TARIFFARIO.

È ESCLUSA DAI LEA LA PRESTAZIONE "MASSOTERAPIA DISTRETTUALE" (CODICE 93.39.1), MENTRE CONTINUA AD ESSERE EROGABILE LA PRESTAZIONE "MASSOTERAPIA CONNETTIVO RIFLESSOGENA" (CODICE 93.40.1).

LE PRESTAZIONI DI MESOTERAPIA CONTINUANO AD ESSERE EROGATE MA ESCLUSIVAMENTE A SCOPO ANTALGICO O DECONTRATTURANTE O ANTIFLOGISTICO, CON TALI INDICAZIONI ESPLICITAMENTE RIPORTATE NELLA PRESCRIZIONE.



MEDICINA FISICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE

PRESTAZIONI ESCLUSE DAI LEA

Sono state escluse dai livelli essenziali di assistenza 14 prestazioni. Esse non possono essere erogate a carico del Fondo Sanitario Regionale, ma solo a carico intero dell'assistito, a prescindere da qualunque esenzione per patologia, invalidità o reddito.

Le prestazioni escluse sono:

Codice	Prestazione
93.31.1	Esercizio assistito in acqua (individuale)
93.31.2	Esercizio assistito in acqua (di gruppo)
93.31.3	Idromassoterapia
93.33.1	Ginnastica vascolare in acqua (individuale)
93.33.2	Ginnastica vascolare in acqua (di gruppo)
93.34.1	Diatermia ad onde corte e microonde
93.35.1	Agopuntura con moxa revulsivante
93.35.4	Ipertermia NAS
93.39.1	Massoterapia distrettuale
93.39.3	Pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente
93.43.1	Trazione scheletrica
99.27.1	Ionoforesi - sostituisce prest. 99.27
99.88	Fotoforesi terapeutica
99.92	Altra agopuntura. Escluso quella con moxa revulsivante (93.35.1)



MEDICINA FISICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE

ELETTROTHERAPIA ANTALGICA
LASERTERAPIA ANTALGICA
ULTRASUONOTERAPIA
MESOTERAPIA

Rimangono nei livelli essenziali di assistenza a carico del Fondo Sanitario Regionale, solo se prescritte dallo specialista con le modalità riportate in seguito, **purché sussistano le seguenti patologie con limitazioni funzionali**:

- lesioni traumatiche di plessi e/o tronchi nervosi
- interventi di protesizzazione articolare
- artroscopie
- esiti di fratture e/o lussazioni
- periartriti o tendinopatie acute con evidente compromissione motoria
- artropatie degenerative (ad esempio gonartrosi, coxartrosi... ecc.) in fase di acuzie flogistica con riduzione della funzione motoria dell'arto a causa della riacutizzazione
- esiti di interventi all'apparato locomotore (ad es. tenorrafia, miorafhia... ecc.)
- dorsolombalgia acuta con significativa limitazione delle attività quotidiane e/o lavorative
- cervicobrachialgia acuta o lombosciatalgia acuta con irritazione/compressione radicolare (ad es. da ernia discale)

Queste prestazioni sono invece **escluse dai LEA per i cittadini non residenti in Veneto**, che possono comunque usufruirne purché a loro completo carico.

MEDICINA FISICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE

ASPETTI GENERALI DELL'EROGABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

L'accesso alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, comprese quelle di cui al punto 2, deve avvenire su richiesta del Medico di Medicina Generale, del Pediatra di Libera Scelta o dello Specialista di altra branca che invia il paziente alla valutazione fisiatrica, con prescrizione su ricettario regionale utilizzando la formula di "visita fisiatrica ed eventuale ciclo di riabilitazione" con la specifica **urgente** (o di classe A), **sollecita** (o di classe B) o **senza nessuna specifica** (o di classe C).

Presso il presidio specialistico spetta allo specialista fisiatra (o altro) provvedere a:

- 1. effettuazione della visita fisiatrica**
- 2. stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo**
- 3. prescrizione su ricettario regionale delle prestazioni eventualmente ritenute necessarie, da effettuarsi presso il medesimo presidio specialistico* (in modo che lo specialista possa direttamente, o tramite la sua équipe, monitorare gli effetti delle cure sul paziente)**

** Relativamente alle Aziende ULSS, l'unicità del presidio deve essere intesa come la complessiva rete erogativa pubblica, anche se dislocata nei diversi punti dell'ambito territoriale di competenza.*

Alcune prestazioni di Medicina fisica e Riabilitazione attualmente sono erogate anche da strutture non fisiatriche. Per l'accesso a tali prestazioni, il medico prescrittore formula su ricettario regionale la corrispondente richiesta di "visita per eventuale trattamento", indicando la specialità richiesta. Lo specialista individuato attua la stessa procedura di cui sopra, *prescrivendo* però le relative prestazioni *su ricettario regionale*. Ad esempio, qualora si ritenga utile la mesoterapia, il medico potrà prescrivere sia la "visita fisiatrica per eventuale trattamento", sia la "visita antalgica per eventuale trattamento", in quanto tale prestazione, nell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 10, viene eseguita non solo dalle strutture fisiatriche, ma anche dalle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione.

Possono essere prescritti direttamente dal medico curante (MMG, PLS, specialista pubblico) solo gli accertamenti specialistici semplici con finalità diagnostiche (ad es. elettromiografia e artrocentesi) e che non hanno finalità riabilitative.

Qualora il paziente, pur in possesso di richiesta di visita specialistica formulata su ricettario regionale opti di effettuare la visita in libera professione da un medico operante all'interno del presidio pubblico o privato accreditato, potrà successivamente rientrare nel circuito del SSR per fruire delle prestazioni con oneri a carico dello stesso, purché queste ultime vengano effettuate nel medesimo presidio, pubblico o privato accreditato, ove opera il medico che ha eseguito la visita.

In tal caso la prescrizione delle prestazioni sul ricettario regionale, da parte del medico che ha eseguito la visita in libera professione o da altro medico dell'équipe, potrà avvenire senza l'ulteriore effettuazione, e quindi l'addebito, della visita prescritta sul ricettario regionale (la cui richiesta andrà comunque allegata alla prescrizione delle prestazioni).

Diversamente, qualora il paziente si rivolga, per la visita specialistica, a medici che non operano per conto del Servizio Sanitario Regionale, la fruizione delle prestazioni, con oneri a carico dello stesso, non potrà avvenire se non a seguito della presa in carico del paziente da parte di uno specialista operante in struttura pubblica o privata accreditata che, a seguito di richiesta formulata su ricettario regionale, effettuerà una nuova visita (addebitando al paziente il ticket se dovuto) e provvederà alla compilazione della ricetta regionale confermando o meno i trattamenti consigliati.

MEDICINA FISICA RIABILITATIVA AMBULATORIALE

PRIORITÀ DEGLI ACCESSI ALLE PRESTAZIONI

Classe A: Visita Fisiatrica Urgente

Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un piccolo arco di tempo, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità, da eseguirsi **entro 10 giorni**.

Le disabilità per le quali si può chiedere questa classe di priorità sono le seguenti:

1) DISABILITÀ NEUROLOGICHE

- ESITI DI ICTUS: 1° accesso al massimo entro i sei mesi dall'esordio.
- POLINEUROPATIE PERIFERICHE (ad esempio Guillain-Barré): entro il primo mese dalla dimissione dal Reparto Ospedaliero che ha formulato la diagnosi.
- LESIONI TRAUMATICHE NEUROLOGICHE CENTRALI E PERIFERICHE: entro il primo mese dalla dimissione da un Reparto Ospedaliero o dal trauma.
- ESITI DI INTERVENTO NEUROCHIRURGICO: entro un mese dalla dimissione

2) DISABILITÀ OSTEOARTICOLARI

- INTERVENTI DI PROTESIZZAZIONE ARTICOLARE: entro il primo mese dall'intervento.
- ARTROSCOPIE ARTICOLARI: entro 20 giorni dall'intervento.
- ESITO DI FRATTURA E/O LUSSAZIONE: entro 15 giorni dalla dimissione o dalla rimozione dell'apparecchio gessato.
- PERIARTRITI O TENDINOPATIE ACUTE CON LIMITAZIONE MOTORIA: entro un mese dall'esordio.
- ARTRITI E ARTROPATIE DEGENERATIVE (ad esempio gonartrosi, coxartrosi... ecc.) IN FASE DI **IMPORTANTE RIACUTIZZAZIONE "FLOGISTICA" CON RIDUZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA DELL'ARTO CONSEGUENTE ALLA RIACUTIZZAZIONE**: entro un mese dall'esordio della riacutizzazione.
- TRAUMI ARTICOLARI DISTORSIVI DEGLI **ARTI**, CHE SIANO STATI IMMOBILIZZATI: entro 15 giorni dalla rimozione del mezzo di immobilizzazione.
- TRAUMI VERTEBRALI CON FRATTURA E/O LUSSAZIONE VERTEBRALE O CON DEFICIT SENSITIVO - MOTORI (ad esempio TRAUMA DISTORSIVO CERVICALE COMPLICATO) : entro 30 giorni dalla dimissione dal Reparto Ospedaliero (**NB: i formicolii non sono deficit**).
- ESITI DI INTERVENTI ALL'APPARATO LOCOMOTORE (ad esempio TENORRAFIE, MIORRAFIE... ecc.): entro 15 giorni dall'intervento o dalla rimozione del tutore.

3) DISABILITÀ RESPIRATORIE

- NEL PRE E NEL POST INTERVENTO DI CHIRURGIA TORACICA: entro un mese dall'intervento.

Classe B: Visita Fisiatrica Sollecita

prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità, da eseguirsi **entro 30 giorni**.

Le disabilità per le quali si può chiedere questa classe di priorità sono le seguenti:

1) DISABILITÀ NEUROLOGICHE

- MONONEUROPATIE PERIFERICHE (ad esempio la paralisi periferica del VII°): entro il primo mese dall'esordio.
- SCLEROSI MULTIPLA: dopo una poussée con accentuazione dei deficit funzionali.

2) DISABILITÀ OSTEOARTICOLARI

- DORSOLOMBALGIA ACUTA CON IMPORTANTE LIMITAZIONE DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE E/O LAVORATIVE: entro 30 giorni dall'esordio.



- CERVICOBRAHIALGIA ACUTA O LOMBOSCIATALGIA ACUTA **CON COMPRESSIONE RADICOLARE E DEFICIT SENSITIVO-MOTORI PERIFERICI** (ad esempio l'ernia discale): entro il primo mese dall'esordio.
- TRAUMA DISTORSIVO CERVICALE SEMPLICE: solo se infortunio sul lavoro e 1° accesso al Servizio.

3) **DISABILITÀ RESPIRATORIE**

PATOLOGIE RESPIRATORIE CRONICHE RIACUTIZZATE (ad esempio la BPCO riacutizzata): entro 15 giorni dall'episodio di riacutizzazione.

4) **OGNI CASO DI DIMISSIONE DA UN REPARTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE CHE NECESSITI DI PROSECUZIONE AMBULATORIALE DEL PROGETTO RIABILITATIVO**

5) **DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA (si raccomanda l'attuazione di ambulatori dedicati)**

Classe C: Visita Fisiatrica

prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità, da eseguirsi **entro 180 giorni**.

Le disabilità attribuibili a questa classe di priorità sono le seguenti:

1) **DISABILITÀ NEUROLOGICHE**

tutte le patologie che hanno superato l'anno dall'insorgenza

2) **DISABILITÀ OSTEOARTICOLARI**

tutte le patologie inemendabili (croniche) in fase non flogistica pur con riduzione della funzione motoria/articolare:

- esiti di intervento di protesizzazione (dopo un anno dall'intervento)
- esiti di frattura e/o lussazione (dopo un anno dall'intervento)
- artrite ed artropatia degenerativa (ad esempio artrosi vertebrale, coxartrosi, gonartrosi, ecc.)
- esiti di intervento dell'apparato locomotore (ad un anno dall'intervento)

3) **DISABILITÀ RESPIRATORIE**

patologie respiratorie cronicizzate.

CLASSI DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE (codice 56)

Tenendo presente che in Riabilitazione più che al tempo di attesa per il ricovero si deve tener conto dell'appropriatezza, per evitare un aumento del tasso di ospedalizzazione si ritiene che debbano considerarsi appropriate solo le disabilità/menomazioni facenti riferimento alle classi A, B, e C.

CLASSE A:

disabilità neurologiche e ortopediche entro 30 giorni dalla dimissione da un reparto per acuti.

CLASSE B:

disabilità neurologiche e ortopediche che presentano riacutizzazione della sintomatologia o che necessitano di controlli periodici della funzionalità globale.

CLASSE C:

disabilità inemendabili (croniche) ad esempio le patologie artroreumatiche, in cui la gravità delle menomazioni ingeneranti la limitazione di attività, o la concomitante presenza di altre menomazioni o condizioni influenzanti lo stato di salute del paziente, gli impediscano di accedere ambulatorialmente ad una struttura specialistica di riabilitazione. In ogni caso non possono occupare più del 10% della dotazione dei posti letto.



MANUTENZIONE E SOSTITUZIONE DI COMPONENTI ESTERNE DI IMPIANTI COCLEARI NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2007,
pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 104 del 07.05.2007

- 1) **Manutenzione, riparazione o sostituzione di antenna semplice**
(cod. 21.45.92.103)
- 2) **Manutenzione, riparazione o sostituzione di magnete**
(cod. 21.45.92.106)
- 3) **Manutenzione, riparazione o sostituzione di microfono**
(cod. 21.45.92.109)
- 4) **Manutenzione, riparazione o sostituzione di Speech processor**
(cod. 21.45.92.112)
- 5) **Manutenzione, riparazione o sostituzione di cavetto**
(cod. 21.45.92.115)

Nel caso in cui le suddette prestazioni siano insufficienti, su certificazione dello specialista, ad assicurare la perfetta funzionalità della componente esterna dell'impianto cocleare, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'integrale sostituzione della componente stessa da parte della struttura sanitaria che ha eseguito l'impianto ovvero delle strutture a tal fine individuate dalla Regione. La prestazione è individuata come "sostituzione integrale di esoprotesi" (cod. 21.45.18.003).

MEDICINA SPORTIVA

DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Disposizioni applicative ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 2227 del 09.08.2002 e successive integrazioni

A decorrere **dal 23 settembre 2002** le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva sono erogabili ai soggetti di **età inferiore ai 18 anni residenti in Veneto** a totale carico del Fondo Sanitario Regionale senza alcuna partecipazione alla spesa, quale livello assistenziale aggiuntivo a carico della Regione.

A decorrere **dal 20 marzo 2004** tale esenzione viene estesa anche ai **disabili** e agli **accertamenti diagnostici specifici aggiuntivi (previsti per alcune discipline sportive)**.

Prestazione	Tariffa in Euro					
	<i>Residenti nel Veneto e non residenti nel Veneto nelle condizioni di cui alla circolare n. 643/1996 (domicilio diverso per motivate ragioni di tesseramento sportivo)</i>			<i>Non residenti nel Veneto</i>		
	disabili	minori di anni 18	maggiori di anni 18	disabili	minori di anni 18	maggiori di anni 18
Certificati per gli sport agonistici di cui alla Tabella A del DM 18.02.1982	0,00	0,00	29,00	0,00	29,00	29,00
Certificati per gli sport agonistici di cui alla Tabella B del DM 18.02.1982 con test di Masters	0,00	0,00	62,00	0,00	62,00	62,00
Certificati per gli sport agonistici di cui alla Tabella B del DM 18.02.1982 con test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	0,00	0,00	102,00	0,00	102,00	102,00
Accertamenti diagnostici specifici aggiuntivi (previsti per alcuni sport)	0,00	0,00	Ticket	0,00	ticket	ticket
Accertamenti diagnostici ulteriori	0,00	ticket	ticket	0,00	ticket	ticket



PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ODONTOIATRICHE

Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)
Disposizioni applicative ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale
n. 2227 del 09.08.2002, delle successive note esplicative e della
Deliberazione della Giunta Regionale n. 2519 del 04.08.2009

A DECORRERE DAL 1° NOVEMBRE 2002 I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA PREVEDONO L'ASSISTENZA TERAPEUTICA LIMITATAMENTE A TRE DIVERSE CATEGORIE DI UTENZA:

- 1. Programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva**
- 2. Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità**
- 3. Urgenze infettive antalgiche per tutti**

PER QUESTE TRE CATEGORIE IL NUMERO MASSIMO DI PRESTAZIONI PER RICETTA È DETERMINATO IN 4.

La partecipazione alla spesa per il trattamento ortodontico annuo è fissata in euro 160,00. Per i trattamenti ortodontici, le spese di laboratorio e le spese di materiale sono a carico dell'utente.

SONO A CARICO COMPLETO DELL'ASSISTITO (CHE DOVRÀ VERSARE QUINDI L'INTERO IMPORTO TARIFFARIO PREVISTO NELLA SECONDA COLONNA, SENZA APPLICAZIONE DEL TETTO MASSIMO), A PRESCINDERE DA QUALUNQUE ESENZIONE PER REDDITO, PATOLOGIA O INVALIDITÀ, LE PRESTAZIONI EROGATE A:

- 1. CITTADINI NON COMPRESI FRA LE CATEGORIE DI CUI SOPRA (NO-LEA)**
- 2. CITTADINI NON RESIDENTI NEL VENETO, ANCHE SE COMPRESI NELLE CATEGORIE DI CUI SOPRA**

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA
**PROGRAMMI DI TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA
IN ETÀ EVOLUTIVA**

Codice di accesso: **6B1**

SOGGETTI: TUTTI I SOGGETTI DI ETÀ COMPRESA FRA 0 E 16 ANNI CON I SEGUENTI OBIETTIVI:

1. Prevenzione e trattamento della carie
2. Terapia ortodontica
3. Terapia non chirurgica delle parodontopatie
4. Monitoraggio malocclusioni e correzione di patologie ortognatodontiche a maggior rischio per i soggetti in età evolutiva

PRESTAZIONI INCLUSE NEI LEA:

1. Prevenzione:

	Codice	Descrizione	Tariffa
Fluoroprofilassi sistemica e topica			
Istruzione e motivazione di igiene orale			
Igiene orale professionale			
Sigillatura denti permanenti	96.54.2	Sigillatura dei solchi e delle fossette	4,15

2. Diagnostica:

	Codice	Descrizione	Tariffa
Visita odontoiatrica	89.7B.5	Prima visita odontostomatologica	20,50
	89.01.E	Visita odontostomatologica di controllo	14,25
Biopsie ed esame citologico di tessuti patologici	24.11	Biopsia della gengiva	15,10
	24.12	Biopsia dell'alveolo	15,10
	25.01	Biopsia [Agobiopsia] della lingua	21,10
	26.11	Biopsia [Agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare	15,85
	27.21	Biopsia del palato osseo	15,10
	27.23	Biopsia del labbro	15,10
Radiografia endorale	27.24	Biopsia della bocca, struttura non specificata	15,10
	87.12.2	Altra radiografia dentaria	6,65
Ortopantomografia	87.11.2	Radiografia con occlusale di arcata dentaria	10,10
Teleradiografia del cranio in laterale e/o frontale	87.11.3	Ortopanoramica delle arcate dentarie	27,90
Cefalometria	87.12.1	Teleradiografia del cranio	11,15
Modelli di studio			
Rilievo impronte	23.43.7	Confezionamento modello arcate dentarie	34,20
Esecuzione diapositive			
Piano di trattamento			
Analisi dello spazio			

3. Malattia cariosa e sequele:

	Codice	Descrizione	Tariffa
Otturazione elemento settore posteriore permanente	23.20.1	Ricostruzione di dente mediante otturazione (fino a 2 superfici)	20,10
Otturazione elemento settore posteriore deciduo			
Otturazione elemento settore anteriore permanente	23.20.2	Ricostruzione di dente mediante otturazione (a tre o più superfici)	37,70

Otturazione elemento settore anteriore deciduo	23.20.3	Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei di carie	15,65
Terapia canalare elementi permanenti monoradicoliati	23.71.1	Terapia canalare in dente monoradicolato	37,70
Terapia canalare elementi permanenti multiradicoliati	23.71.2	Terapia canalare in dente pluriradicolato	57,75
	23.71.3	Medicazioni intermedie nelle cure canalari	4,05
Chirurgia estrattiva			
Avulsione elemento deciduo	23.01	Estrazione di dente deciduo	12,55
	23.11	Estrazione di radice residua	17,60
Avulsione elemento permanente	23.09	Estrazione di dente permanente	17,60
	23.11	Estrazione di radice residua	17,60
Estrazione chirurgica di elemento permanente incluso	23.19	Altra estrazione chirurgica di dente	33,15

4. Ortognatodonzia, limitatamente all'età fino ai 12 anni:

	Codice	Descrizione	Tariffa
Visita a tutti i bambini di 6 anni indipendentemente dal sospetto diagnostico di malocclusione	89.7B.5	Prima visita odontostomatologica	20,50
	89.01.E	Visita odontostomatologica di controllo	14,25
Eventuali accertamenti diagnostici conseguenti	87.12.2	Altra radiografia dentaria	6,65
	87.11.2	Radiografia con occlusale di arcata dentaria	10,10
	23.43.7	Confezionamento modello arcate dentarie	34,20
Terapia discrepanze trasversali prime e seconde classi	24.70.1	Trattamento ortodontico con apparecchi mobili	173,00
	24.70.2	Trattamento ortodontico con apparecchi fissi	173,00
	24.70.3	Trattamento ortodontico con apparecchi ortopedico funzionali	173,00
	23.49.1	Altra riparazione dentaria. Molaggio selettivo dei denti (per seduta)	17,60
Terapia intercettiva delle seconde classi prime divisioni con overjet maggiore di 5 mm	24.80.1	Riparazione di apparecchio ortodontico	32,40
	24.80.2	Rimozione ferule o di brackets ortodontici	15,60
	23.43.6	Placca di svincolo. Placca di riposizionamento mandibolare	31,30
	99.97.1	Splintaggio per gruppo di quattro denti	14,50

5. Trattamento non chirurgico delle parodontopatie:

	Codice	Descrizione	Tariffa
Ablazione tartaro	96.54.1	Ablazione tartaro	10,50
Terapia gengiviti e parodontiti	96.54.3	Cura stomatite, gengivite, alveolite	6,30
Levigatura radici (per sestante)	24.39.1	Levigatura delle radici	25,15
Molaggi selettivi	23.49.1	Altra riparazione dentaria. Molaggio selettivo dei denti (per seduta)	17,60



LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA
ASSISTENZA ODONTOIATRICA E PROTESICA
AI SOGGETTI VULNERABILI

Codici di accesso: **vari**

TUTTE LE PRESTAZIONI PREVISTE DAL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE

SOGGETTI APPARTENENTI AI SEGUENTI GRUPPI:

6R1	Soggetti appartenenti a nuclei familiari con situazione economica equivalente (ISEE), ai sensi del DPCM n. 242/2001, non superiore a euro 8.500,00
021	Patologie cardiovascolari gravi: Insufficienza cardiaca (tipo NYHA III, IV)
044	Psicopatie gravi: Psicosi
052 053 020	Deficit immunologici Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo) Soggetti sottoposti a trapianto di cornea Infezione da HIV
048	Neoplasie orali o sistemiche: Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne
014	Tossicodipendenze: Tossicodipendenze da droga e alcol
3V1 3V2	Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
3T1	I danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati
3M1	Gli invalidi per cause di servizio di I categoria
3L1	I grandi invalidi del lavoro
3C1 3C3	Gli invalidi civili al 100%
3G1 3G2	I pensionati di guerra titolari di pensioni vitalizie
6D1	Soggetti disabili in situazione di gravità così come definita dall'art. 3, comma 3, Legge 104/92
	Soggetti affetti da una malattia rara per la quale sia riconosciuto, ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124, il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni erogate. L'accesso alle cure è consentito ai soggetti in possesso della certificazione di malattia rara rilasciata dal Centro di Riferimento per le malattie rare competente e del corrispondente attestato di esenzione rilasciato dall'Azienda ULSS di residenza. Le cure sono garantite in presenza di gravi pregiudizi per lo sviluppo e la funzione dell'apparato ortodontico connessi al quadro clinico della malattia rara diagnosticata, in conformità al piano terapeutico redatto dal Centro di Riferimento per le malattie rare della Regione Veneto che ha in cura il paziente.

Per usufruire delle prestazioni odontoiatriche in qualità di soggetto vulnerabile per motivi di reddito (6R1), l'interessato è tenuto a depositare presso l'Azienda ULSS di appartenenza copia dell'attestazione ISEE rilasciata dall'INPS, dal Comune di residenza o dai CAAF accreditati dalla Regione.



LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA **URGENZE INFETTIVE ANTALGICHE PER TUTTI**

Codice di accesso: **6U1**

SOGGETTI: I CITTADINI CHE NON RIENTRANO NELLE ALTRE DUE CATEGORIE

Lo specialista deve evidenziare sulla ricetta la condizione di urgenza infettivo antalgica che motiva l'accesso al trattamento indicando la relativa diagnosi.

DEFINIZIONE DI URGENZA: TUTTE LE PATOLOGIE ODONTOIATRICHE CONSEGUENTI A

1. Lesioni cariose della dentizione decidua e permanente
2. Lesioni cariose con coinvolgimento pulpare e non
3. Lesioni da patologia parodontale
4. Lesioni traumatiche dei tessuti molli e duri del cavo orale

PRESTAZIONI EROGABILI:

1. Terapia traumi dei tessuti molli
2. Terapia traumi dentali
3. Trattamento infezioni acute odontogene e parodontali
4. Terapia pulpite acuta
5. Trattamento dell'emorragia intraorale
6. Avulsione di elemento dentario deciduo o permanente
7. Avulsione di residuo radicolare deciduo o permanente
8. Terapia carie penetrante e non

PRESTAZIONI INCLUSE NEI LEA:

Codice	Descrizione	Tariffa
89.7B.5	Prima visita odontostomatologica	20,50
89.01	Visita odontostomatologica di controllo	14,25
23.01	Estrazione di dente deciduo	12,55
23.09	Estrazione di dente permanente	17,60
23.11	Estrazione di radice residua	17,60
23.19	Altra estrazione chirurgica di dente	33,15
23.20.1	Ricostruzione di dente mediante otturazione (fino a due superfici)	20,10
23.20.2	Ricostruzione di dente mediante otturazione (a tre o più superfici)	37,70
23.20.3	Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei di carie	15,65
23.43.3	Inserzione di protesi provvisoria	17,60
23.49.1	Altra riparazione dentaria	17,60
23.71.1	Terapia canalare in dente monoradicolato	37,70
23.71.2	Terapia canalare in dente pluriradicolato	57,75
23.71.3	Medicazioni intermedie nelle cure canalari	4,05
24.00.1	Gengivectomia	30,20
24.20.1	Gengivoplastica	62,75
24.39.1	Levigatura delle radici (per sestante)	25,15
96.54.1	Ablazione tartaro. Da 0-14 anni	10,50
96.54.3	Terapia delle gengiviti e parodontiti	6,30
97.35	Rimozione di protesi dentale	6,95
99.97.1	Splintaggio per gruppo di 4 denti	14,50
99.97.2	Trattamenti per applicazione di protesi rimovibile (ribasatura)	14,50
87.12.2	Radiografia endorale	6,65
87.11.2	Radiografia con occlusale di arcata dentaria	10,10
87.11.3	Ortopanoramica delle arcate dentarie	27,90

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA **CODICI DI ACCESSO E DI ESENZIONE**

Per il "percorso odontoiatrico" le DGRV n. 1361 del 07.05.2004 e n. 4047 del 22.12.2004 hanno individuato specificatamente dei codici di accesso e di esenzione che vanno obbligatoriamente riportati nelle ricette emesse dagli specialisti odontoiatri, limitatamente agli utenti che rientrano nei livelli essenziali di assistenza.

Si tratta di **codici di accesso** quando l'utente accede all'odontoiatria e, in assenza di esenzioni dalla partecipazione alla spesa, è soggetto al pagamento del ticket.

Si tratta di **codici di esenzione** quando l'utente, oltre al diritto di accesso all'odontoiatria, ha un'esenzione dalla partecipazione alla spesa che lo rende esente dal pagamento del ticket. Agli esenti per reddito, al codice di accesso e di esenzione si aggiunge lo specifico codice:

- **7R2:** per reddito ed età
- **7R3:** per disoccupazione e familiari a carico
- **7R4:** per assegno (ex pensione) sociale e familiari a carico
- **7R5:** per pensione al minimo e familiari a carico

Si possono quindi individuare le seguenti fattispecie:

PROGRAMMI DI TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA IN ETÀ EVOLUTIVA

Codice di accesso (utente "LEA" ma non esente)	Ticket	Codice di esenzione (utente "LEA" ed esente)	Ticket
6B1	Max 36,15 ogni 4 prestazioni	6B17R2	0
		6B17R3	0
		6B17R4	0
		6B17R5	0

ASSISTENZA ODONTOIATRICA E PROTESICA AI SOGGETTI VULNERABILI

Codice di accesso (utente "LEA" ma non esente)	Ticket	Codice di esenzione (utente "LEA" ed esente)	Ticket
6R1	Max 36,15 ogni 4 prestazioni	6R17R2	0
		6R17R3	0
		6R17R4	0
		6R17R5	0
6D1	Max 36,15 ogni 4 prestazioni	6D17R2	0
		6D17R3	0
		6D17R4	0
		6D17R5	0
021	Max 36,15 ogni 4 prestazioni	0217R2	0
		0217R3	0
		0217R4	0
		0217R5	0
044	Max 36,15 ogni 4 prestazioni	0447R2	0
		0447R3	0
		0447R4	0
		0447R5	0



/	/	052	0
/	/	053	0
/	/	020	0
/	/	048	0
/	/	014	0
/	/	3V1	0
/	/	3V2	0
/	/	3T1	0
/	/	3M1	0
/	/	3L1	0
/	/	3C1	0
/	/	3C3	0
/	/	3G1	0
/	/	3G2	0
/	/	Codici delle malattie rare previste	0

URGENZE INFETTIVO ANTALGICHE

Codice di accesso (utente "LEA" ma non esente)	Ticket	Codice di esenzione (utente "LEA" ed esente)	Ticket
6U1	Max 36,15 ogni 4 prestazioni	6U17R2	0
		6U17R3	0
		6U17R4	0
		6U17R5	0

**DELIBERA GIUNTA REGIONALE DEL VENETO N. 2227 DEL 9.08.2002
LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

