

DECRETO PRESIDENTE REPUBBLICA 24 dicembre 1992⁽¹⁾

Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria

(G.U. n. 153, 2 luglio 1993, Serie Generale)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'[art. 6, comma 1, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 novembre 1992, n. 438](#), che demanda al Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, la definizione entro il 30 novembre 1992 dei livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1° gennaio 1993;

Ritenuto che nella individuazione dei livelli di assistenza si debba tenere conto di principi e criteri di cui all'[art. 1, comma 1, lettera g\), della legge 23 ottobre 1992, n. 421](#);

Vista la legge finanziaria per il 1993, in corso di pubblicazione, per quanto riguarda l'entità del fondo sanitario nazionale;

Preso atto che l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano non è intervenuta nel termine fissato;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 23 dicembre 1992;

Sulla proposta del Ministro della sanità;

Decreta:

[Articolo unico]

1. I livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1° gennaio 1993 sono definiti nell'[allegato 1](#) che forma parte integrante del presente decreto.

2. Le prestazioni e le attività connesse ai livelli uniformi di assistenza sono soggette ai vincoli previsti dalle disposizioni legislative vigenti. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Allegato 1

Parte I

LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA

1. Premessa.

I livelli di assistenza si configurano come definizione degli obiettivi che il Servizio sanitario nazionale assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento. La fissazione dei livelli di assistenza assicura certezza di obiettivi sanitari nel rispetto delle compatibilità finanziarie, in un quadro pienamente rispettoso dell'autonomia organizzativa e gestionale riservata alle regioni.

In relazione a ciò i livelli di assistenza vengono di seguito definiti negli elementi sottospecificati:

gli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale (macrolivello), deve conseguire, ovvero quale specifica quota di bisogno sanitario della popolazione mira a soddisfare;

l'insieme delle attività/prestazioni connesse al conseguimento degli obiettivi definiti, da effettuare in coerenza con le scelte organizzative adottate da

ciascuna regione, conformemente alle disposizioni legislative in materia;
il parametro capitaro di finanziamento fissato in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria, in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento;

un insieme di indicatori specifici, elaborabili in base a dati già rilevati dai sistemi informativi attivi (SIS, SECEDAS, INAIL, ecc.) per le diverse funzioni sviluppate da ciascun livello, individuati sulla base degli obiettivi via via definiti, orientati a consentire la verifica del grado di conseguimento degli obiettivi stessi e, conseguentemente, a periodiche revisioni della formulazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria.

2. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

2.1. Obiettivo del livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso mediante la profilassi delle malattie infettive e diffuse; il controllo dei fattori di rischio presenti nel territorio; il controllo dei fattori di rischio collettivi ed individuali presenti negli ambienti di vita e di lavoro; la profilassi veterinaria necessaria per la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffuse e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi e per la salvaguardia dell'ambiente; il controllo degli alimenti e delle bevande, sia di origine animale che vegetale, nei momenti di produzione, lavorazione, deposito, trasporto e distribuzione degli stessi.

2.2. Il livello è realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di prevenzione collettiva di seguito elencate.

a) Profilassi delle malattie infettive e diffuse:

vaccinazioni secondo normativa vigente e nell'ambito di interventi e campagne di prevenzione collettiva autorizzati con atti formali dalle regioni;

interventi di profilassi internazionale;

controllo delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai.

b) Tutela dell'ambiente fisico:

controllo inquinamento atmosferico ed acustico;

controllo sugli impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani;

controllo sulla detenzione e sullo smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi;

controllo sulla qualità delle acque destinate al consumo umano;

controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico;

controllo delle acque di balneazione;

controllo degli scarichi civili, produttivi e sanitari.

c) Tutela igienico-sanitaria dell'ambiente di vita e di lavoro:

controllo delle condizioni igienico-sanitarie negli ambienti di vita collettiva;

controllo sulle macchine, apparecchi ed impianti soggetti ad autorizzazione od omologazione;

accertamento dell'idoneità igienica degli alloggi;

evidenziazione di stati morbosi e delle relative complicanze nelle comunità scolastiche;

corretto inserimento scolastico di alunni disabili;

certificazioni sanitarie, ai fini preventivi e di tutela della salute pubblica previsti da disposizioni di legge;

visite preventive e periodiche sui lavoratori esposti a rischi tabellati, come previsto dalla normativa vigente;

controllo sull'effettuazione delle visite preventive e periodiche per gli altri lavoratori esposti a rischio tabellato;

controllo ispettivo nei casi di infortuni sul lavoro mortali e gravi;

controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi prima dell'immissione sul mercato;

controllo delle attività produttive che comportino la utilizzazione di biotecnologie;

controllo delle industrie ad alto rischio di incidenti rilevanti;

controllo delle aziende industriali ed artigiane;

controllo delle sorgenti di radiazioni ionizzanti installate e/o utilizzate negli ambienti di lavoro, controllo dei lavoratori esposti, degli scarichi e delle matrici ambientali;

controllo della produzione di cosmetici;
controllo della produzione e impiego di gas tossici;
controllo sul commercio e la vendita di presidi sanitari e di fitofarmaci;
controllo finalizzato alla formulazione del parere preventivo sull'impatto ambientale dei piani di insediamento industriale e civile e dei progetti di nuovi impianti;
controllo sulle attività agricole, forestali e della pesca;
espletamento dei compiti di polizia mortuaria;
raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici.

d) Sanità pubblica veterinaria:

attuazione di piani di risanamento delle malattie pianificate (tubercolosi, brucellosi, leucosi);
attuazione di piani di profilassi contro il carbonchio e la rabbia, limitatamente alle zone endemiche;
attuazione dei piani di eradicazione contro la peste suina classica, la peste suina africana, la pleuropolmonite contagiosa e la brucellosi ovo-caprina;
monitoraggio della pleuropolmonite contagiosa bovina e della peste suina classica;
sorveglianza epidemiologica delle malattie esotiche;
vigilanza veterinaria permanente;
vigilanza e lotta al randagismo per il controllo della popolazione canina;
vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento;
vigilanza preventiva e permanente sugli impianti e concentramenti di animali, nonché sulla trasformazione e risanamento dei sottoprodotti, avanzi e rifiuti di origine animale, anche in relazione all'ambiente;
vigilanza sui farmaci per uso veterinario;
vigilanza sulla fecondazione artificiale e sulla riproduzione animale;
vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi.

e) Tutela igienico-sanitaria degli alimenti:

controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande;
ricerca di residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti;
controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti della prima infanzia;
campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.

2.3. Indicatori di verifica:

numero dei casi di tetano/100.000 abitanti;
numero dei casi di tossinfezione alimentare/100.000 abitanti;
numero dei casi di salmonellosi/100.000 abitanti;
numero dei casi di epatite A/100.000 abitanti;
numero dei casi di infortunio sul lavoro con prognosi superiore ai tre giorni/addetti per settore di attività economica;
numero di malattie professionali/addetti per settore di attività economica;
numero medio dei campioni di acque di balneazione disponibili/punti di campionamento prefissati;
numero degli allevamenti controllati per l'attuazione dei piani di eradicazione, profilassi o monitoraggio/totale degli allevamenti;
prevalenza e incidenza di allevamenti infetti/totale degli allevamenti.

2.4. Parametro capitaro di finanziamento.

(Il parametro capitaro di finanziamento non è stato ammesso al "visto" della Corte dei conti).

3. Assistenza sanitaria di base.

3.1. Obiettivo della assistenza sanitaria di base è quello di promuovere la salute, mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento a favore dei

cittadini aventi titolo, ivi compresi i soggetti in età evolutiva.

3.2. Il livello di assistenza sanitaria di base si articola nei livelli analitici di seguito elencati.

3.2.1. Il livello di medicina generale, pediatria di libera scelta e guardia medica è costituito dal complesso delle attività e prestazioni di seguito elencate:

visita medica ambulatoriale;

visita medica domiciliare in caso di impossibilità dell'assistito ad accedere all'ambulatorio del medico curante;

visita occasionale in caso di necessità in località diversa da quella di residenza;

consulto con il medico specialista, in sede ambulatoriale o domiciliare, anche mediante l'accesso presso gli istituti di ricovero in fase di accettazione, degenza o dimissione del paziente;

rilascio della certificazione medica obbligatoria ai sensi della vigente legislazione;

prescrizione di farmaci e di prestazioni di assistenza integrativa;

richiesta di visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio ed altre prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale;

proposta di ricovero in strutture di degenza, anche a ciclo diurno;

proposta di invio a cure termali;

definizione e gestione del piano di trattamento individuale domiciliare di pazienti non deambulanti ed anziani;

visita medica ambulatoriale o domiciliare, a seguito di richieste aventi carattere di urgenza ed emergenza nell'arco delle ore notturne (20.00-08.00) e nei giorni prefestivi e festivi, con eventuale prescrizione di farmaci, proposta di ricovero o certificazione di malattia strettamente collegate all'intervento effettuato.

Vincoli.

Ai sensi dell'[art. 6, commi 2 e 3 della legge 14 novembre 1992, n. 438](#), sono tenuti al versamento di una quota fissa individuale annua nella misura di L. 85.000 per l'assistenza medica di base, i soggetti che:

a) appartengono ad un nucleo familiare costituito da un unico componente ed avente un reddito complessivo per l'anno precedente superiore a L. 30.000.000;

b) appartengono ad un nucleo familiare costituito da due componenti ed avente un reddito complessivo per l'anno precedente superiore a L. 42.000.000;

c) appartengono ad un nucleo familiare costituito da tre componenti ed avente un reddito complessivo per l'anno precedente superiore a L. 50.000.000;

d) ai fini dell'obbligo di versamento della quota fissa annuale, il limite di reddito di cui alla lettera c) è aumentato di L. 5.000.000 per ciascun componente aggiuntivo del nucleo familiare.

Le modalità per l'accertamento delle condizioni di reddito dei soggetti di cui sopra e per il versamento della quota fissa annuale, sono determinate a norma dell'[art. 6, comma 4, della citata legge 14 novembre 1992, n. 438](#).

3.2.2. Il livello di assistenza farmaceutica è costituito dalle attività di seguito elencate:

fornitura dei farmaci, contemplati dal Prontuario terapeutico nazionale, attraverso le farmacie convenzionate o, in casi particolari previsti da specifiche normative, attraverso presidi e servizi delle U.S.L. appositamente abilitati;

garanzia di accesso gratuito ai farmaci "salvavita", definiti da apposito elenco ufficiale;

garanzia di accesso gratuito ai farmaci necessari per la terapia delle patologie esentate dalla partecipazione alla spesa, nelle modalità previste dalla normativa vigente.

Vincoli.

A norma dell'[art. 6, comma 4, della legge 14 novembre 1992, n. 438](#), a decorrere dal 1° gennaio 1993, l'assistenza farmaceutica erogabile a totale carico del Servizio sanitario nazionale nei confronti dei soggetti di cui all'[art. 3, comma 1, lettere b\), c\) e d\), del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382](#), convertito dalla [legge 25 gennaio 1990, n. 8](#), è garantita entro un limite massimo di n. 16 ricette.

I soggetti interessati sono dotati, secondo modalità fissate dalle regioni e dalle

province autonome, di contrassegni autoadesivi in numero corrispondente a quello delle ricette concesse in esenzione dal pagamento della quota fissa sulla singola prescrizione e della quota di partecipazione alla spesa farmaceutica. Il modello dei contrassegni è definito dal Ministro della sanità d'intesa con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, avendo riguardo all'esigenza di assicurare elementi di personalizzazione dei contrassegni stessi nonché dimensioni e caratteristiche di stampa idonee all'impiego dei lettori ottici automatici.

I contrassegni hanno validità annuale e non possono essere utilizzati oltre la scadenza del periodo di validità.

Per l'anno 1993 i contrassegni possono essere utilizzati fino al 31 dicembre.

I contrassegni hanno carattere strettamente personale e debbono essere utilizzati esclusivamente in favore del titolare del blocchetto stesso.

Esaurita la disponibilità dei contrassegni autoadesivi, i soggetti sopra individuati, sono tenuti a corrispondere la quota fissa sulle singole prescrizioni e la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica nei limiti previsti dalla legislazione vigente.

Ferme restando le disposizioni vigenti in materia di indicazione della esenzione da parte del medico, ai fini del godimento dell'esenzione, le ricette debbono essere corredate di uno dei suddetti contrassegni, la cui applicazione costituisce elemento necessario per l'imputazione al Servizio sanitario nazionale dell'importo lordo della ricetta.

Per i successivi controlli di competenza delle unità sanitarie locali, le farmacie trasmettono a queste ultime le ricette munite dei contrassegni autoadesivi in separata evidenza.

Le regioni e le province autonome possono prevedere, disciplinandone le modalità, particolari casi di deroga al limite suddetto ed individuare, in via sperimentale, modalità di applicazione del limite di cui alla [legge 14 novembre 1992, n. 438](#) diverse da quelle sopraindicate, fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa indicati dalla stessa legge.

Le regioni e le province autonome, sulla base dei fabbisogni accertati, provvedono all'approvvigionamento dei contrassegni, con oneri a proprio carico, avvalendosi dei servizi dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, secondo modalità da concordare con l'Istituto medesimo sulla base di tariffe definite dalla commissione di cui all'[art. 18 della legge 13 luglio 1966, n. 559](#).

3.2.3. Il livello di assistenza territoriale e domiciliare è costituito dalle attività di seguito elencate:

trattamento individuale domiciliare di pazienti non deambulanti ed anziani.

3.3. Indicatori di verifica:

numero di medici di medicina generale/popolazione di età uguale o superiore ai 14 anni;

numero di medici pediatri/popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni;

numero di punti di guardia medica/popolazione;

numero di ore totali di attività di guardia medica/popolazione;

numero di interventi domiciliari di guardia medica/popolazione;

spesa media farmaceutica, al lordo del ticket, per abitante;

rapporto spesa farmaceutica extra-ospedaliera/spesa per medicina di base;

incidenza percentuale importo ticket/importo lordo;

numero ricette/abitante;

numero ricette esenti ticket/numero ricette totali;

numero pazienti trattati a domicilio/totale assistiti.

3.4. Parametro capitaro di finanziamento.

(Il parametro capitaro di finanziamento non è stato ammesso al "visto" della Corte dei conti).

4. Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale.

4.1. Obiettivo del livello è accertare e trattare in sede ambulatoriale o territoriale e semiresidenziale le condizioni morbose e le inabilità mediante interventi specialistici di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo in favore dei cittadini

aventi titolo, ivi compresi quelli volti alla tutela della salute materno-infantile, nonché alla prevenzione, diagnosi e terapia del disagio psichico e degli stati di tossicodipendenza.

4.2. Il livello si articola nei livelli analitici di seguito elencati.

4.2.1. Il livello di assistenza specialistica è realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di seguito elencate:

visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali previste dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

attività di consultorio materno-infantile.

4.2.2. Il livello di assistenza ai tossicodipendenti è costituito da visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio previste dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate: mediante i SERT;

in regime semiresidenziale presso le comunità terapeutiche.

4.2.3. Il livello di assistenza psichiatrica territoriale è costituito dal complesso degli interventi specialistici erogati:

mediante i servizi territoriali psichiatrici;

in regime semiresidenziale.

4.2.4. Il livello di assistenza riabilitativa territoriale è costituito dal complesso delle attività di seguito elencate:

assistenza in regime semiresidenziale in favore di disabili fisici;

erogazione delle prestazioni di cui all'art. 26, comma 1, della legge n. 833 in regime ambulatoriale e semiresidenziale, anche in favore di anziani;

assistenza protesica attraverso la garanzia di fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel Nomenclatore delle protesi alle categorie di soggetti aventi titolo, con i limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente;

erogazione alle categorie di soggetti autorizzati di prestazioni idrotermali, limitatamente al solo aspetto terapeutico, con i limiti e le modalità previste dalla normativa vigente;

4.2.5. Il livello di assistenza integrativa è realizzato attraverso il complesso di attività di seguito elencate:

fornitura dei prodotti dietetici e dei presidi sanitari alle categorie di soggetti aventi titolo, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa vigente.

4.3. Indicatori di verifica:

numero ambulatori e poliambulatori pubblici e privati/popolazione;

numero medici dipendenti/popolazione;

numero medici privati per branca/popolazione;

numero visite prestazioni in ambulatori e poliambulatori pubblici e privati per branca/ popolazione;

numero consultori familiari/popolazione;

numero donne in età feconda/consultorio;

numero SERT/popolazione;

numero personale/SERT;

numero utenti/SERT;

numero utenti HIV positivi/SERT;

numero deceduti/utenti SERT;

numero di casi trattati in strutture semi-residenziali di riabilitazione per anno popolazione generale;

spesa per termalismo/abitanti;

spesa per assistenza protesica/abitanti.

4.4. Parametro capitaro di finanziamento.

(Il parametro capitaro di finanziamento non è stato ammesso al "visto" della Corte dei conti).

5. Assistenza ospedaliera.

5.1. Obiettivo dell'assistenza ospedaliera è quello di garantire a tutti i soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale, l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari per trattare: condizioni patologiche indifferibili che necessitino di interventi

diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e o domiciliare, nonché condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera.

5.2. L'assistenza ospedaliera è erogata gratuitamente, secondo le seguenti modalità di accesso:

in forma di ricovero di urgenza ed emergenza;

in forma di ricovero ordinario programmato o di assistenza a ciclo diurno (day-hospital);

in forma di ospedalizzazione domiciliare;

i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati negli istituti di ricovero pubblici e nelle case di cura private nei casi e secondo le modalità espressamente previste dalle leggi dello Stato.

Il livello uniforme di assistenza ospedaliera è assicurato attraverso la erogazione di prestazioni sanitarie propriamente dette, prestazioni alberghiere e attività di informazione, così come di seguito specificato:

visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica e terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente e compatibili con il livello di dotazione tecnologica del Servizio sanitario nazionale;

interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza od emergenza medica e trasporto in ospedale, coordinato da centrale operativa collegata al sistema del numero telefonico unico 118;

condizioni di ospitalità alberghiera soddisfacenti per gli utenti, ivi compresa la garanzia di accesso alla struttura di ricovero nelle ore consentite per i familiari;

l'informazione costante, corretta ed esauriente rivolta al paziente, in merito alle sue condizioni di salute ed al significato, ai rischi ed alle eventuali alternative rispetto alle procedure diagnostiche-terapeutiche; il libero accesso alla struttura di ricovero per il medico di medicina generale e per il pediatra di libera scelta; il rilascio da parte dei sanitari di relazioni e consigli terapeutici all'atto della dimissione;

il controllo sistematico della qualità del servizio ospedaliero prestato, assicurato attraverso la istituzione obbligatoria nei presidi ospedalieri del nucleo operativo ospedaliero per la promozione e la valutazione della qualità tecnico-scientifica ed umana dei servizi e delle prestazioni ospedaliere, con il compito di avviare, coordinare e monitorare sistematiche attività di valutazione della qualità dell'assistenza prestata.

5.3. Indicatori di verifica:

rapporto fra posti-letto e popolazione, aggregato e distinto per discipline, classificato in pubblico, privato;

degenza media per aree funzionali omogenee;

tasso di utilizzazione medio per aree funzionali omogenee;

numero di ricoveri/mille abitanti.

5.4. Parametro capitaro di finanziamento.

(Il parametro capitaro di finanziamento non è stato ammesso al "visto" della Corte dei conti).

6. Assistenza residenziale sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati.

6.1. Obiettivo del livello è promuovere, mediante trattamenti sanitari in regime residenziale, il recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti, il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, degli anziani, nonché la prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche.

6.2. Il livello si articola nei livelli analitici di seguito elencati:

6.2.1. Il livello di assistenza psichiatrica residua (ex osp. psych.) è realizzato attraverso il complesso di attività di seguito elencate:

visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica e terapeutica in favore di pazienti psichiatrici degenti in ospedali psichiatrici.

6.2.2. Il livello di assistenza residenziale agli anziani è realizzato attraverso il

complesso di attività di seguito elencate:

assistenza sanitaria di base ad anziani degenti in strutture residenziali.

6.2.3. Il livello di assistenza residenziale ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche è realizzato attraverso il complesso di attività di seguito elencate: assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche.

6.2.4. Il livello di assistenza residenziale ai disabili psichici è erogato attraverso il complesso di attività di seguito elencate:

assistenza sanitaria di base a disabili psichici in regime residenziale.

6.2.5. Il livello di assistenza residenziale ai disabili fisici è erogato attraverso il complesso di attività di seguito elencate:

assistenza sanitaria di base a disabili fisici in regime residenziale.

6.2.6. Il livello di assistenza riabilitativa residenziale ex art. 26 è erogato attraverso il complesso di attività di seguito elencate:

assistenza riabilitativa ai disabili fisici, psichici e sensoriali in regime residenziale presso appositi centri di riabilitazione.

6.3. Indicatori di verifica:

numero di posti in strutture residenziali di riabilitazione/popolazione generale;

numero di casi trattati per anno in strutture residenziali di riabilitazione/popolazione generale.

6.4. Parametro capitaro di finanziamento.

(Il parametro capitaro di finanziamento non è stato ammesso al "visto" della Corte dei conti).

7. Attività di supporto alla organizzazione assistenziale.

L'erogazione delle prestazioni ed attività contemplate dai livelli di assistenza presuppone l'organizzazione di servizi generali e di management. (Il parametro capitaro di finanziamento non è stato ammesso al "visto" della Corte dei conti).

Parametro di finanziamento capitaro globale lordo: L. 1.504.410.

Parte II

SOGGETTI ASSISTIBILI

I soggetti assistibili dal Servizio sanitario nazionale possono essere:

cittadini italiani;

cittadini stranieri.

A) Cittadini italiani.

I cittadini italiani aventi diritto all'assistenza sanitaria erogata dal Servizio sanitario nazionale sono:

a) i cittadini italiani iscritti al Servizio sanitario nazionale che si trovano nelle seguenti condizioni:

1) i residenti in Italia. Ad essi sono equiparati i rifugiati politici e gli apolidi;

2) i lavoratori italiani con attività di lavoro all'estero;

3) i lavoratori frontalieri:

in Paesi CEE convenzionati;

in Paesi non convenzionati;

4) i dipendenti pubblici in servizio all'estero in zona di confine;

5) i lavoratori italiani con sede di lavoro in Italia e residenza all'estero;

6) i militari di leva;

7) i detenuti;

b) i cittadini italiani non iscritti al Servizio sanitario nazionale che si trovano nelle seguenti condizioni:

1) i titolari di pensione italiana residenti all'estero in ambito CEE o in Paesi convenzionati, che rientrano temporaneamente in Italia;

2) i titolari di pensione italiana residenti in Paesi non convenzionati che rientrano temporaneamente in Italia;

3) emigrati che rientrano temporaneamente in Italia;

4) dipendenti da organizzazioni internazionali (FAO - NATO - ONU - OIL ecc.), da ambasciate ed uffici consolari o da Stati esteri (Stato della Città del Vaticano,

SMOM), residenti in Italia;

c) il personale navigante marittimo e dell'aviazione civile.

B) Cittadini stranieri.

I cittadini stranieri aventi diritto all'assistenza sanitaria erogata dal Servizio sanitario nazionale, con le limitazioni e le modalità appresso indicate, sono:

a) i cittadini stranieri assistiti in base a convenzioni internazionali di sicurezza sociale:

1) provenienti da Paesi CEE:

residenti nel territorio nazionale;

presenti nel territorio nazionale;

2) provenienti da Paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità:

residenti nel territorio nazionale;

presenti nel territorio nazionale;

b) i cittadini stranieri residenti in Italia che si trovano nelle seguenti condizioni:

1) lavoratori:

con rapporto di lavoro disciplinato dalla legge italiana;

dipendenti da organizzazioni internazionali;

2) disoccupati iscritti nelle liste di collocamento:

comunitari;

extracomunitari;

3) iscritti volontariamente al Servizio sanitario nazionale ai sensi della [legge 29 febbraio 1980, n. 33 \(art. 5\)](#);

c) i lavoratori frontalieri:

1) residenti in Italia con attività di lavoro all'estero;

2) residenti all'estero con attività di lavoro in Italia;

d) gli stranieri presenti in Italia:

1) turisti;

2) profughi;

3) nomadi;

4) titolari di pensione italiana;

5) studenti stranieri;

6) persone alla pari;

e) il personale navigante marittimo dell'aviazione civile.

In merito alle singole posizioni valgono le seguenti indicazioni:

A) Cittadini italiani.

a) Cittadini italiani iscritti al Servizio sanitario nazionale:

1) residenti in Italia.

Rientrano in detta generale categoria:

i cittadini con attività lavorativa;

i cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'[art. 63 della legge n. 833/1978](#);

gli assistiti dal Servizio sanitario nazionale con oneri a carico delle istituzioni estere di Paesi convenzionati.

Alle categorie suindicate sono assicurati i livelli di assistenza sanitaria indicati nella parte I;

2) lavoratori italiani temporaneamente all'estero per motivi di lavoro.

Durante la permanenza all'estero, l'assistenza sanitaria è garantita nei limiti, forme e modalità previsti dal [decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618](#).

In occasione di rientri temporanei sul territorio nazionale, l'assistenza sanitaria spetta come indicato al precedente punto 1 con esclusione dell'assistenza di medicina generale in forma diretta, ai sensi dell'[art. 7 della legge n. 526/1982](#). L'assistenza di medicina generale è comunque assicurata sotto forma di visite occasionali.

L'assistenza sopra indicata spetta, altresì, ai lavoratori italiani distaccati all'estero, anche nel caso che conservino la residenza anagrafica in Italia, ai sensi del [decreto-legge 31 luglio 1987, n. 317](#), convertito dalla [legge 3 ottobre 1987, n. 398](#);

3) lavoratori frontalieri (Austria, ex Jugoslavia, S. Marino, Principato di Monaco); in Paesi della CEE e Paesi convenzionati.

Sono assistiti con oneri a carico degli Stati esteri di occupazione, sono iscritti negli elenchi dell'unità sanitaria locale di residenza ed hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nella parte I;

in Paesi extra CEE (Svizzera).

Sono iscritti negli elenchi dell'unità sanitaria locale di residenza come "frontalieri" ai sensi della [legge n. 302/1969](#) ed hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nella parte I. In casi particolari, le prestazioni urgenti per eventi verificatisi in Svizzera, sono rimborsate ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica n. 618/1980](#);

4) dipendenti pubblici in servizio all'estero in zona di confine.

Sono assistiti ai sensi dell'[art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica n. 618/1980](#) e con le modalità di cui al [decreto-legge 2 luglio 1982, n. 402](#), convertito dalla [legge 3 settembre 1982, n. 627](#). Possono optare per l'assistenza sanitaria assicurata ai cittadini residenti nel territorio dell'unità sanitaria locale limitrofa al confine;

5) lavoratori italiani con sede di lavoro in Italia e residenza all'estero.

Va premesso che a questi lavoratori non si applicano le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 618/1980 in quanto l'attività lavorativa si svolge in Italia.

Hanno diritto ai livelli di assistenza di cui alla parte I, con esclusione dell'assistenza di medicina generale in forma diretta in quanto residenti all'estero e, quindi, impossibilitati ad effettuare la scelta del medico di fiducia.

L'assistenza di medicina generale è comunque assicurata sotto forma di visite occasionali;

6) militari di leva.

I militari di leva sono assistiti a cura e a carico del Servizio sanitario militare, tranne che per le prestazioni che non possono essere assicurate dalle strutture sanitarie del Servizio stesso.

In tal caso le prestazioni sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

Durante i periodi di rientro temporaneo nel comune di residenza, l'assistenza di medicina generale è assicurata in forma indiretta (visite occasionali pagate dal militare e rimborsate dal Servizio sanitario nazionale);

7) detenuti.

I detenuti sono assistiti a cura e a carico del Servizio sanitario penitenziario, tranne che per le prestazioni che non possono essere assicurate dalle strutture sanitarie del Servizio stesso.

In tal caso le prestazioni sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

Durante gli eventuali periodi di rientro temporaneo nel comune di residenza, l'assistenza di medicina generale è assicurata in forma indiretta (visite occasionali pagate dal detenuto e rimborsate dal Servizio sanitario nazionale).

b) Cittadini italiani non iscritti al Servizio sanitario nazionale:

1) i cittadini titolari di pensione italiana, residenti all'estero o in ambito CEE o in Paesi convenzionati che rientrano temporaneamente in Italia.

Sono assistiti dalle istituzioni estere di residenza per le prestazioni urgenti per malattia, infortunio e maternità, con oneri a carico delle istituzioni estere, tramite modello E 111 e similari;

2) cittadini titolari di pensione italiana, residenti in Paesi non convenzionati che rientrano temporaneamente in Italia.

Al presente la materia non è disciplinata. Per analogia, vanno assicurate le prestazioni vigenti di malattia, infortunio e maternità in relazione ad eventi insorti nel periodo di permanenza sul territorio nazionale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale;

3) emigrati che rientrano temporaneamente in Italia.

Si considerano emigrati coloro che hanno lasciato il territorio italiano per motivi di lavoro all'estero e ivi abbiano fissato definitivamente la propria residenza.

Ai sensi dell'[art. 19 della legge n. 833/1978](#) gli emigrati hanno diritto di accedere

ai servizi di assistenza dell'unità sanitaria locale di temporanea residenza. L'assistenza sanitaria è assicurata a carico del Servizio sanitario nazionale per un periodo massimo di giorni novanta dal rientro temporaneo in Italia, limitatamente alle prestazioni urgenti ospedaliere di malattia, infortunio e maternità;

4) cittadini italiani residenti all'estero che rientrano temporaneamente in Italia. Hanno diritto alle prestazioni ospedaliere urgenti, con oneri a loro carico salvo che non versino in condizioni di indigenza. In quest'ultima eventualità l'onere è a carico del Servizio sanitario nazionale:

5) cittadini residenti in Italia:
dipendenti da Organizzazioni internazionali.

I dipendenti da Organizzazioni internazionali sono da suddividersi in due categorie:

dipendenti a statuto internazionale con rapporto disciplinato dai regolamenti delle organizzazioni medesime;

dipendenti a statuto locale, con rapporto di lavoro disciplinato dalla legislazione italiana.

I dipendenti a Statuto internazionale, che non sono stati esentati dal regime di sicurezza sociale italiano in base a specifici accordi internazionali, sono iscritti obbligatoriamente al Servizio sanitario nazionale e sono tenuti al versamento del contributo di malattia ai sensi dell'[art. 3-bis del decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678](#), convertito dalla legge 2 gennaio 1982, n. 12 e successive modifiche ed integrazioni. Agli stessi sono assicurati i livelli di assistenza sanitaria di cui alla parte I.

In caso di esenzione dal regime di sicurezza sociale italiano per effetto di specifici accordi internazionali, ai dipendenti in questione sono garantite le prestazioni ospedaliere urgenti per malattia, infortunio e maternità erogate dal Servizio sanitario nazionale, con oneri a loro carico.

I dipendenti a Statuto locale sono obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale e, di conseguenza, hanno diritto ai livelli assistenziali di cui alla parte I;

dipendenti dallo Stato della Città del Vaticano e dallo SMOM.

Hanno facoltà di iscriversi al Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto ministeriale 8 ottobre 1986. In tal caso hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nella parte I.

In caso di non iscrizione al Servizio sanitario nazionale, le prestazioni sono erogate a loro carico;

dipendenti da ambasciate ed uffici consolari.

In base alla Convenzione di Vienna sono esentati dal sistema di sicurezza sociale italiano, tranne che non siano dipendenti a statuto locale nel qual caso si applicano le disposizioni sopra riportate.

c) Personale navigante e dell'aviazione civile:

1) personale di volo.

Il personale di volo di cui all'[art. 732 del Codice della navigazione](#), in costanza di rapporto di lavoro regolato dai contratti collettivi, è sottoposto a regime di assistenza speciale ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica n. 620/1980](#);

2) personale marittimo.

Il personale marittimo di cui all'[art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica n. 620/1980](#) è sottoposto alla stessa normativa di cui al precedente punto 1. Nelle situazioni per le quali è prevista l'assistenza sanitaria da parte delle Unità sanitarie locali, il personale marittimo ha diritto alle prestazioni previste per la generalità dei cittadini.

B) Cittadini stranieri.

a) Stranieri assistiti in base a convenzioni internazionali di sicurezza sociale:

1) provenienti da Paesi CEE e residenti in Italia.

Hanno diritto alle stesse prestazioni spettanti ai cittadini italiani sul territorio nazionale.

Limitatamente ai cittadini stranieri per i quali è previsto il pagamento a forfait (pensionati e familiari residenti in Italia di lavoratore occupato in ambito CEE) è assicurato anche il trasferimento per cure, in regime di assistenza diretta e indiretta;

2) provenienti da Paesi CEE e presenti sul territorio italiano.

Hanno diritto alle stesse prestazioni indicate sui moduli comunitari rilasciati dalle istituzioni competenti, purchè comprese nella parte I;

3) provenienti da Paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità e residenti in Italia.

Hanno diritto alle stesse prestazioni spettanti al cittadino italiano sul territorio nazionale;

4) provenienti da Paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità e presenti sul territorio italiano.

Hanno diritto alle stesse prestazioni indicate sui moduli convenzionali rilasciati dalle istituzioni competenti, purchè comprese nella parte I;

5) assistiti in base a trattati internazionali; Convenzione europea di assistenza sociale e medica ([legge n. 385/1958](#)) - Carta sociale europea ([legge n. 929/1965](#)) - Apolidi ([legge n. 306/1962](#)) - Rifugiati politici ([legge n. 722/1954](#)).

I soggetti tutelati dalle convenzioni sopraindicate, provenienti dai Paesi sottoscrittori e privi di risorse economiche sufficienti:

se residenti in Italia possono chiedere l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale senza pagamento dei contributi di malattia. In tale caso hanno diritto a tutte le prestazioni sanitarie garantite alla generalità dei cittadini sul territorio italiano.

Ai cittadini appartenenti ad uno degli Stati membri della CEE è consentito altresì il trasferimento per cure in regime di assistenza diretta e indiretta in ambito CEE;

se in soggiorno temporaneo in Italia: hanno diritto gratuitamente alle sole prestazioni ospedaliere urgenti di malattia, infortunio e maternità.

b) Stranieri residenti in Italia:

1) lavoratori:

con rapporto di lavoro disciplinato dalla legge italiana.

Sono obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale, con diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nella parte I.

Se si tratta di lavoratori di Paesi CEE, spetta anche il trasferimento per cure, sia in forma diretta secondo regolamenti comunitari, sia in forma indiretta ai sensi del decreto ministeriale 3 novembre 1989.

Se si tratta di lavoratori cittadini di Paesi extra CEE, spetta il trasferimento per cure solo in forma indiretta:

dipendenti da organizzazioni internazionali (FAO - NATO - ONU - OIL ecc.) o da Stati esteri (Stato della Città del Vaticano - SMOM);

se dipendenti a statuto internazionale, con rapporto di lavoro disciplinato dai regolamenti delle organizzazioni medesime: sono iscritti obbligatoriamente al Servizio sanitario nazionale e sono tenuti al versamento dei contributi di malattia ai sensi dell'[art. 3-bis del decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678](#), convertito dalla legge 2 gennaio 1982, n. 12 e successive modifiche e integrazioni, salvo che non siano esentati dal regime di sicurezza sociale italiano in base a specifici accordi internazionali. Hanno diritto ai livelli assistenziali di cui alla parte I.

In caso di esenzione dal regime di sicurezza italiano per effetto di specifici accordi, agli stessi sono garantite le prestazioni ospedaliere urgenti per malattia, infortunio e maternità erogate dalle unità sanitarie locali con oneri a carico degli interessati:

se dipendenti a statuto locale, con rapporto di lavoro disciplinato dalla legislazione italiana: sono obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale e di conseguenza hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria di cui alla parte I. Hanno altresì diritto al trasferimento per cure in forma indiretta e, se cittadini di uno Stato membro della CEE, anche in forma diretta; dipendenti dello Stato della Città del Vaticano e dello SMOM.

Se sono residenti in Italia possono iscriversi al Servizio sanitario nazionale ai

sensi del decreto ministeriale 8 ottobre 1986. In questo caso hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria di cui alla parte I, nonché al trasferimento per cure in ambito comunitario se cittadini di uno Stato membro della CEE;

2) disoccupati iscritti nelle liste di collocamento:
disoccupati comunitari.

Sono equiparati ai lavoratori italiani disoccupati iscritti nelle liste di disoccupazione per quanto attiene all'assicurazione obbligatoria contro le malattie presso il Servizio sanitario nazionale ed al relativo obbligo contributivo di cui all'[art. 63 della legge n. 833/1978](#). Di conseguenza hanno diritto a tutte le prestazioni spettanti al cittadino italiano residente;
disoccupati extracomunitari.

Sono equiparati ai cittadini italiani non occupati iscritti nelle liste di collocamento per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia ed al relativo obbligo contributivo di cui all'[art. 63 della legge n. 833/1978](#). La copertura assistenziale non comprende il trasferimento per cure in ambito comunitario, garantito invece al cittadino italiano;

3) iscritti volontariamente al Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 5 della legge n. 33/1980.

Si tratta di soggetti che sono in regola con il permesso di soggiorno, sono residenti in Italia e non essendo soggetti ad alcun titolo all'obbligo contributivo per l'assicurazione di malattia, chiedono l'iscrizione facoltativa al Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 5 della legge n. 33/1980.

Hanno diritto alle prestazioni sanitarie spettanti ai cittadini italiani unicamente sul territorio nazionale. Sono escluse le prestazioni in forma indiretta all'estero.

c) Stranieri frontalieri:

1) residenti in Italia, con attività lavorativa all'estero:

appartenenti a Paesi della CEE o convenzionati, con attività lavorativa all'estero in un Paese CEE o convenzionato.

Hanno diritto alle stesse prestazioni dei cittadini italiani. L'onere dell'assistenza è a carico del Paese dove viene svolta l'attività lavorativa mediante rimborso a forfait o al costo. È assicurato il trasferimento per cure sia in regime di assistenza diretta che indiretta.

L'evento di malattia che si verifica nel territorio di occupazione è coperto direttamente dalle istituzioni locali.

Agli stessi soggetti che svolgono attività lavorativa in un Paese extra CEE viene garantita l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale ai sensi della [legge n. 302/1969](#), a parità di condizioni con il frontaliere italiano;

appartenenti a Paesi extra CEE, con attività lavorativa nei Paesi confinanti con l'Italia.

A questi soggetti non può essere riconosciuta l'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale in quanto non ricadono sotto la disciplina della [legge n. 302/1969](#). La parità di diritto con i lavoratori italiani può essere riconosciuta solo per l'attività di lavoro esercitata in Italia ovvero in caso di distacco o di missione all'estero.

Hanno la facoltà di iscriversi al Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 5 della legge n. 33/1980, con il diritto ai livelli assistenziali correlati a tale iscrizione garantiti sul territorio nazionale;

2) residenti all'estero, con attività lavorativa in Italia:

appartenenti a Paesi CEE o Stati convenzionati.

Hanno diritto, sul territorio di residenza all'estero, all'assistenza sanitaria indicata sul modulo convenzionale;

appartenenti a paesi extra CEE.

Hanno diritto sul territorio italiano a tutte le prestazioni spettanti ai cittadini italiani, con esclusione dell'assistenza di medicina generale in forma diretta.

L'assistenza di medicina generale è fornita attraverso il sistema delle visite occasionali.

d) Stranieri presenti in Italia.

Rientrano in questo raggruppamento le seguenti categorie di persone:

- 1) i turisti;
- 2) i profughi;
- 3) i nomadi;
- 4) i titolari di pensione italiana;
- 5) gli studenti stranieri;
- 6) le persone alla pari.

I turisti, i profughi e i nomadi hanno diritto unicamente alle prestazioni ospedaliere urgenti per malattia, infortunio e maternità, con oneri a loro carico in base alle rette di degenza e alle tariffe per le prestazioni ospedaliere che non richiedono ricovero, determinate annualmente dal Ministero della sanità.

In caso di insolvenza, le unità sanitarie locali devono rivolgersi al Ministero dell'interno per il rimborso, tramite le competenti Prefetture.

Per i profughi in attesa di riconoscimento della qualifica, raccolti negli appositi centri predisposti dai Ministeri competenti, l'assistenza sanitaria necessaria in relazione alla condizione di salute dei profughi stessi, viene erogata dalle unità sanitarie locali o da altre strutture sanitarie di associazioni ed enti morali, con oneri a carico del Dipartimento della protezione civile.

Ai titolari di pensione italiana sono garantite gratuitamente le prestazioni urgenti per malattia, infortuni e maternità.

Per gli studenti stranieri è prevista all'atto dell'ingresso in Italia l'assicurazione obbligatoria per le prestazioni ospedaliere urgenti, mediante pagamento del premio assicurativo della apposita polizza tipo con l'INA, prevista dalla convenzione sottoscritta dai Ministeri dell'interno e della Sanità con il medesimo Istituto assicuratore.

Qualora gli studenti assumano la residenza in Italia, possono chiedere l'iscrizione facoltativa ai sensi dell'art. 5 della legge n. 33/1980, con il versamento di un contributo ridotto.

Ai sensi dell'accordo europeo sul collocamento alla pari, approvato dal Consiglio d'Europa il 24 novembre 1969 e ratificato con [legge n. 304/1973](#), le persone alla pari possono essere iscritte facoltativamente al Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 5 della legge n. 33/1980. La domanda di iscrizione deve essere presentata, entro dieci giorni dal collocamento presso la famiglia, dal membro della famiglia che ha sottoscritto l'accordo di cui all'art. 6 della richiamata convenzione europea. Il contributo di malattia è a carico del predetto membro della famiglia.

e) Personale navigante marittimo e dell'aviazione civile:

1) personale di volo.

Il personale di volo di cui all'[art. 732 del Codice della navigazione](#), in costanza di rapporto di lavoro regolato dai contratti collettivi, è sottoposto a regime di assistenza speciale ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica n. 620/1980](#);

2) personale marittimo.

Il personale marittimo, individuato dall'[art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica n. 620/1980](#), è sottoposto alla stessa normativa del personale di volo.

Nelle situazioni per le quali è assistito dalle unità sanitarie locali, ha diritto alle prestazioni previste per la generalità dei cittadini.

Familiari a carico.

Ai familiari a carico delle categorie sopraindicate, per quanto concerne l'assistenza sanitaria, si applicano le disposizioni di cui all'[art. 4 del decreto-legge 2 luglio 1982, n. 402](#), convertito dalla [legge 3 settembre 1982, n. 627](#).

Note:

[\(1\)](#)La Corte costituzionale, con sentenza 31 marzo 1994, n. 116, ha annullato il presente decreto.

