

**INDIRIZZI INTERPRETATIVI E APPLICATIVI SU ALCUNI ASPETTI DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA DI CUI AL DPCM 29 NOVEMBRE 2002**

**1. Prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale:** l'esclusione delle prestazioni dai livelli di assistenza operata dall'allegato 2A del DPCM riguarda esclusivamente l'ambito della specialistica ambulatoriale (2E) vale a dire l'attività (codificata dal d.m. 22 luglio 1996 e dai nomenclatori regionali) svolta dai "presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale" (secondo la definizione delle Linee guida per le attività di riabilitazione di cui all'Accordo Governo-Regioni del 7 maggio 1998). L'esclusione non riguarda l'eventuale ricorso a detti trattamenti 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 dei livelli 2G (assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare) e 2H (assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale).

**2. Prevenzione collettiva:** ci si riferisce in particolare ai problemi applicativi delle seguenti due linee prestazionali:

- il controllo della salute dei minori e adolescenti e informazione in relazione alla loro collocazione al lavoro (l.n. 977/1967 e succ. mod.);
- la valutazione della idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge (D.Lgs. n. 626/94).

Al riguardo è stato segnalato che il Ministero del lavoro, con circolare 17. 1. 2001, n. 11/2001, ha fornito chiarimenti circa le visite sanitarie ai minori ed agli apprendisti, precisando che:

1. gli accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro, ai fini della valutazione dell'idoneità alla mansione specifica,
2. gli accertamenti periodici di controllo dello stato di salute dei lavoratori per esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica,

sono effettuati o dal medico competente (quando l'attività svolta rientra tra quelle soggette a sorveglianza sanitaria) o dal medico del SSN (per le altre attività) a cura e spese del datore di lavoro. Pertanto, nei confronti dei minori, sia gli accertamenti preventivi che gli accertamenti periodici di idoneità alla mansione specifica non sono inclusi nei LEA (pur essendo di competenza del SSN per le attività non soggette a sorveglianza sanitaria).

Per quanto riguarda gli apprendisti maggiorenni (che svolgono attività non soggetta a sorveglianza sanitaria), la sola norma di riferimento sancisce l'obbligo di "una visita medica preventiva gratuita presso la struttura pubblica territorialmente competente"; quando gli apprendisti maggiorenni svolgono attività soggette a sorveglianza sanitaria, all'obbligo della suddetta visita medica preventiva, si aggiunge l'obbligo di una visita del medico competente ex D.Lgs. n. 626/1994. Rimangono di competenza del SSN, dunque, le visite mediche preventive gratuite per l'idoneità alla mansione specifica degli apprendisti maggiorenni.

**3. Area dell'integrazione socio-sanitaria:** l'allegato 1C del DPCM, riporta una "tabella riepilogativa" delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale e delle prestazioni in cui le componenti sanitaria e sociale non sono distinguibili.

Tale allegato, confermando lo schema concettuale e le tipologie prestazionali previste dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 299 e dal DPCM del 14 febbraio 2001, fissa i Livelli Essenziali di Assistenza da garantire a carico del Servizio Sanitario Nazionale, anche attraverso la precisazione puntuale delle percentuali di costi da far gravare sul suddetto Servizio.

Per quanto riguarda la quota a carico del Comune o dell'assistito, è opportuno chiarire che il valore percentuale indicato dalla tabella si riferisce esclusivamente alla prestazione a fianco della quale è riportato (e che contiene l'indicazione "cfr. % colonna a fianco).

Ciò premesso, relativamente ad alcuni quesiti pervenuti, si precisa quanto segue:

- a. Aiuto infermieristico: le prestazioni di aiuto infermieristico indicate alla lett. e) nell'ambito dell'Assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come prestazioni infermieristiche a domicilio), ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale;
- b. AIDS: laddove l'allegato 1C indica come destinatari delle prestazioni le "persone affette da AIDS", vuol fare riferimento, con una formulazione impropriamente restrittiva, alle "persone con patologie per infezioni da HIV", così come previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001; per quanto riguarda l'attività sanitaria e sociosanitaria in regime residenziale, la tabella deve essere interpretata, conformemente a quanto previsto dal DPCM, nel senso che le cure ed i trattamenti farmacologici nella fase intensiva ed estensiva sono a totale carico del SSN mentre, nella fase di lungoassistenza, la retta (tariffa) è posta a carico del SSN per il 70% ed a carico dell'utente o del Comune per il restante 30%. Tale ultima quota, come è evidente, non rappresenta una "partecipazione alla spesa per i trattamenti farmacologici" come ipotizzato da taluno, bensì l'onere corrispondente alle prestazioni sociali ed assistenziali, incluse quelle cd. "alberghiere".
- c. Disabili: per quanto riguarda l'attività sanitaria e socio-sanitaria in regime residenziale nell'ambito di programmi riabilitativi a favore dei disabili, il DPCM sui LEA deve essere interpretato nel senso che le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica sono a totale carico del SSN, mentre, nella fase di lungoassistenza, se il ricorso alla residenzialità è motivato dalla gravità (disabili gravi) la retta (tariffa) è posta a carico del SSN per il 70% ed a carico dell'utente o del Comune per il restante 30%.  
Nel caso in cui il ricorso alla residenzialità sia motivato dalla mancanza di sostegno familiare, le quote sono fissate rispettivamente nel 40% (SSN) e nel 60% (utente o Comune).

L'allegato n.5 prevede che, quale maggior livello assistenziale regionale, la quota del 40% (SSN) possa essere portata al 50%.

**4. Medicine non convenzionali** si precisa quanto segue:

- l'esclusione della chiropratica, come medicina non convenzionale, non riguarda la prestazione di manipolazione della colonna vertebrale così come indicata nel DM 26 luglio 1996;
- l'esclusione dell'agopuntura dai LEA comporta l'esclusione dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale anche della prestazione "99.92 altra agopuntura" della branca di anestesia; rimane inclusa, perché esplicitamente richiamata, la prestazione "99.91 agopuntura per anestesia"; la prestazione "93.35 agopuntura con moxa revulsivante", della branca di medicina fisica, è esclusa in quanto richiamata dalla lett. f) dell'allegato 1A del DPCM;

**5. *Accertamenti per la tutela della maternità per mansioni lavorative a rischio***: l'art. 17 del D.Lgs. n. 151/2001 prevede che il servizio ispettivo del Ministero del lavoro possa disporre l'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in gravidanza, sulla base di accertamento medico, avvalendosi dei competenti organi del SSN ai sensi degli articoli 2 e 7 del D.Lgs. n. 502/1992. Gli "accertamenti" non ulteriormente specificati, rientrano tra le attività di "Tutela della salute delle lavoratrici madri" elencate nel livello della prevenzione collettiva.

**6. *Fisioterapia ad assicurati INAIL***: le prestazioni escluse dai LEA, qualora prescritte da medici dell'Istituto a favore di infortunati sul lavoro e tecnopatici o autorizzate dall'Istituto stesso, debbono essere poste a carico dell'INAIL.