

L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria

Tiziano Vecchiato

Perché un atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria

Il decreto legislativo n. 229/99 (decreto Bindi di riforma sanitaria ter) ha disciplinato in modo nuovo l'integrazione sociosanitaria. La precedente norma risale al 1985 e si riferisce al decreto della Presidenza del Consiglio 8 agosto '85 *Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, più noto come decreto Craxi.

La normativa precedente

Nell'art. 1 si precisava che «le attività a rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali di cui all'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo,

in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti».

Nell'art. 6 si specificava che «rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul fondo sanitario nazionale, i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'art. 1». Si diceva inoltre che le prestazioni erogate in queste strutture dovevano essere dirette in via esclusiva o prevalente a funzioni inerenti la riabilitazione e rieducazione funzionale, il recupero fisico-psichico dei malati mentali, la cura e/o recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti e che nessun onere doveva essere imputato sul fondo sanitario nazionale per il reinserimento sociale e lavorativo delle persone di cui sopra.

Per quanto riguarda gli anziani, si specificava che l'imputazione degli oneri a carico del fondo sanitario poteva essere fatta «limitatamente agli stati morbose non curabili a domicilio».

I deficit culturali e tecnici di questa impostazione sono oggi evidenti. Risentono di una cultura ancora centrata sul primato dell'assistenza ospedaliera e residenziale e quindi poco capace di guardare ai contenuti tecnici delle prestazioni, alla loro complessità, alla personalizzazione dei processi assistenziali, che non è meccanicamente riconducibile ai contesti (ospedale, residenza, centro diurno, domicilio...) in cui l'assistenza viene erogata.

Oggi c'è più capacità di riconoscere e valutare la natura e complessità delle funzioni sanitarie, anche indipendentemente dai contenitori tecnici (residenziali, intermedi e domiciliari) in cui esse vengono erogate, perché sempre più il riferimento per inquadrare i problemi è la natura dei bisogni a cui gli interventi sono chiamati a dare risposta.

Gli sviluppi, soprattutto negli anni recenti, dell'assistenza distrettuale nelle sue diverse forme ha reso più evidenti le valenze sanitarie, sociosanitarie e sociali degli interventi, i loro indici di complessità, le funzioni autonome e complementari dei servizi, evidenziando, anche ai non addetti ai lavori, che la presa

**La natura
dei bisogni
viene prima
dei contenitori
attraverso cui
si danno le risposte**

in carico dei problemi deve partire dall'analisi dei bisogni, della persona e della famiglia, e non dal sistema di offerta, concentrandosi sulla capacità di integrare funzioni professionali diverse nei progetti assistenziali personalizzati.

Questi problemi sono stati affrontati in modo nuovo nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, dove si afferma che «l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. Essa incide sulla continuità assistenziale, investe i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica», e nel d. legisl. n. 229/99, dove si definiscono prestazioni sociosanitarie «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione».

**Distinzione
tra prestazioni
sanitarie
a rilevanza sociale
e sociali a rilevanza
sanitaria**

Le prestazioni sociosanitarie comprendono (art. 3 septies, comma 3):

«a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute».

Le prime richiedono un maggiore onere a carico del fondo sanitario, maggiori costi quindi per le aziende sanitarie, e copertura dei restanti costi da parte dei comuni. Le seconde richiedono un maggiore impegno dei comuni e minori oneri per le aziende sanitarie. Le difficoltà nascono ogni volta che non si sa come definire e quantificare la prevalenza sanitaria o sociale e il conseguente impegno professionale ed economico a carico delle aziende sanitarie e dei comuni.

Prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria

Nell'ambito del primo gruppo di prestazioni integrate (sanitarie a rilevanza sociale) sono ricomprese anche le prestazioni che il d. legisl. n. 229/99 chiama «*prestazioni ad elevata integrazione sanitaria*», cioè caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria.

Il decreto dice che queste ultime sono a totale carico del fondo sanitario e devono essere assicurate dalle aziende sanitarie locali. In questo modo si è pensato di superare le incertezze e i conflitti di competenze che rallentano o paralizzano le decisioni e di meglio tutelare i soggetti deboli, che il Piano sanitario nazionale 1998-2000 aveva indicato come una delle priorità delle politiche per la salute.

I perché di questa scelta sono facili da rilevare nell'esperienza quotidiana di molte persone e famiglie con gravi bisogni, che richiedono elevata integrazione sociosanitaria (anziani cronici non autosufficienti, malati mentali, disabili, persone con problemi di dipendenza, persone nella fase terminale della vita).

Spesso essi non hanno risposte per le incertezze sui centri di responsabilità e sulle conseguenti fonti di finanziamento. Il decreto Bindi risolve alla radice queste questioni, prevedendo che, proprio in ragione della particolare gravità di questi bisogni, è necessario dare risposte certe alle persone con maggiori difficoltà. Il modo per farlo è di inquadrare questa tipologia di interventi nei livelli essenziali di assistenza sanitaria e quindi a totale carico del fondo sanitario nazionale.

In mancanza dell'atto di indirizzo e coordinamento, che dovrebbe indicare le tipologie di prestazioni sociosanitarie e i criteri per quantificare i loro costi a carico delle aziende sanitarie e i comuni, il decreto è destinato a rimanere sostanzialmente inattuato, pregiudicando le garanzie, che pure sono dichiarate nel d. legisl. n. 229/99.

**I rischi
in mancanza
dell'atto
di indirizzo**

Lo scopo principale dell'atto di indirizzo

Uno dei principali scopi dell'atto di indirizzo è quello di chiarire quali sono le prestazioni sociosanitarie e in quale misura esse devono essere finanziate dal fondo sanitario nazionale e dal fondo sociale dei comuni.

Più in particolare, il comma 3 dell'art. 3 septies precisa che l'atto di indirizzo e coordinamento, da emanarsi su proposta del Ministro della sanità e dal Ministro per la solidarietà sociale, deve dare risposte a quattro questioni:

Questioni cui l'atto deve rispondere

- le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui alle precedenti lettere a) e b) dell'art. 3 septies, comma 2, cioè le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;

- i criteri di finanziamento delle une e delle altre, specificando le quote a carico delle unità sanitarie locali e dei comuni;

- le prestazioni a elevata integrazione sanitaria, che, per la particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, devono essere assicurate dalle aziende sanitarie e ricomprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, cioè a totale carico del fondo sanitario nazionale;

- i criteri e le condizioni per definire i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario, esplicitando cioè come i comuni possono garantire un corrispondente finanziamento dei livelli di assistenza sociosanitaria per la parte di propria competenza.

Per quali bisogni sono richieste prestazioni sociosanitarie

I bisogni per i quali sono richieste prestazioni e interventi sociosanitari sono di diversa natura e riguardano l'area materno-infantile, le persone anziane, disabili, con patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, le persone con patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Come si può notare, sono bisogni riconducibili alle aree che il Piano sanitario nazionale 1998-2000 aveva indicato nell'obiettivo IV «*Tutela dei soggetti deboli*» e per le quali aveva indicato come priorità la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi attraverso un particolare impegno di integrazione degli interventi.

L'impegno di promuovere la tutela dei soggetti deboli dovrebbe infatti trovare espressione nei progetti obiettivo, nelle linee guida, nei percorsi diagnostici e terapeutici, nelle valutazioni multiprofessionali, con una costante attenzione alle implicazioni etiche delle decisioni. Questo è più evidente se si considerano le disfunzioni connesse al sistema tariffario, che incentiva le prestazioni più remunerative, esponendo le persone più bisognose di assistenza continuativa e meno capaci di far valere i loro diritti al rischio di dimissioni precoci, a ricoveri ripetuti e spesso dannosi, alla mancanza di cure primarie, all'assenza di continuità assistenziale, a gravi carichi assistenziali che penalizzano soprattutto le famiglie che si prendono cura dei loro problemi, senza avere adeguato sostegno da parte dei servizi.

Eccessivi carichi assistenziali gravano sulle famiglie con persone affette da patologia cronica

Consapevole di queste difficoltà il Consiglio Superiore di Sanità ha recentemente evidenziato in un suo documento come «Le famiglie con persone affette da patologia cronica sostengono carichi assistenziali a volte molto gravi, derivanti dal lavoro di cura, dalla continuità dell'impegno, dall'intensità emotiva del confronto con la sofferenza e la morte. Spesso esse sono lasciate sole a sostenere responsabilità che, pur derivanti dai legami affettivi e parentali, non possono essere viste come una questione privata, da gestire nel solo ambito dei rapporti familiari.

Esse hanno bisogno e diritto di essere aiutate, e sostenute per convivere positivamente con la cronicità; a questo scopo dovrebbero poter contare sull'aiuto dei servizi sanitari e socio-assistenziali e sul sostegno di altre persone che, a titolo di volontariato e di solidarietà sociale, condividano i problemi della persona malata e della sua famiglia.

Questo può avvenire più facilmente facendo prendere coscienza delle responsabilità reciproche, ra-

**Responsabilità
che sono
delle famiglie, ma
anche dei servizi**

dicare nei comuni diritti e doveri di solidarietà. Si tratta cioè di investire sul piano culturale per allargare le responsabilizzazioni: dallo spazio familiare verso spazi più ampi di natura interpersonale e sociale.

Le situazioni familiari sono molto diversificate. Spesso le contraddizioni e le esperienze di conflitto all'interno della famiglia, tenuto conto anche dell'attuale condizione dei nuclei familiari, rendono più difficoltose la gratuità e la reciprocità proprie dei legami familiari, riducono la percezione del dovere di aiuto, fanno sembrare opzionale l'impegno di tutela dei soggetti più deboli.

A fronte dei doveri della famiglia vanno però resi espliciti anche i doveri che i servizi hanno nei suoi confronti, sotto forma di protocolli operativi e linee guida finalizzate a qualificare il lavoro domiciliare, mettendolo in grado di dare risposte ai bisogni di tutti i suoi destinatari: la persona con patologia cronica e chi si prende cura di lei.

In particolare va evitato che lo scarso impegno dei servizi, la frammentazione delle prestazioni, le mancate integrazioni delle responsabilità e delle risorse professionali diventino ragione o alibi per la resa di chi non si sente più in grado di gestire carichi assistenziali molto gravosi.

La mancata assistenza dei servizi sanitari può alimentare questi atteggiamenti, venendo meno ai compiti istituzionali, oltre che professionali, del servizio e di quanti operano al suo interno»¹.

Chi si sta occupando dell'atto di indirizzo e con quali ipotesi di lavoro

Se ne stava occupando la Commissione costituita lo scorso autunno dal ministro Bindi, con l'incarico di predisporre i diversi documenti attuativi del d. legisl. n. 229/99 (non solo quindi l'atto di indirizzo).

¹ Dal documento del Consiglio Superiore di Sanità, elaborato dal gruppo di lavoro sulle questioni etiche nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, aprile 1999; pubblicato nel n. 1/99 di «Politiche sociali».

Se ne è occupato anche un gruppo di lavoro costituito presso il Ministero per la solidarietà sociale che ha prodotto un documento (gennaio 2000), che, a partire dai principi generali, indica gli strumenti istituzionali e organizzativi per l'integrazione, con riferimento ai rapporti istituzionali tra comuni e aziende sanitarie, agli strumenti di rapporto organizzativo tra servizi diversi e propone un modello di relazione tra prestazioni sanitarie e sociali con i relativi criteri di finanziamento.

Due ipotesi di documento con indirizzi diversi

Dopo la formazione del governo Amato di fatto la Commissione del Ministero della sanità per l'attuazione del d. legisl. n. 229/99 ha smesso di funzionare e non si sa che fine faranno le bozze dei documenti da essa predisposti. In particolare la commissione aveva predisposto due ipotesi di atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, ispirate a logiche diverse e per alcuni aspetti in conflitto tra loro: la prima nasce con l'obiettivo di regolamentare solo le prestazioni a elevata integrazione sanitaria, la seconda fa proprie interamente le indicazioni dell'art. 3 septies comma 3, cercando di dare risposta organica ai quattro punti sopra indicati.

Una eventuale mancata emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (che avrebbe dovuto essere approvato entro il mese di ottobre 1999) rende di fatto inapplicabile il d. legisl. n. 229/99 per i contenuti che qui ci interessano.

Regolamentare solo l'elevata integrazione sociosanitaria?

Attualmente se ne sta occupando la sottosegretaria Grazia Labate a cui il ministro Veronesi ha delegato tutta la materia *«programmazione sanitaria»*, senza avvalersi della commissione a suo tempo istituita. L'elaborazione si sta misurando con le due ipotesi sopra descritte e cioè: a) regolamentare solo l'elevata integrazione sociosanitaria; b) regolamentare l'intera materia.

Mentre nel primo caso avremmo un atto di indirizzo circoscritto su alcune prestazioni, quelle a elevata integrazione ricomprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, nel secondo caso sarebbero disponibili condizioni giuridiche per differenziare tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni a elevata integrazione sa-

**Il legame
con la riforma
dei servizi sociali
non è ragione
valida
per attendere**

nitaria, indicando le tipologie e i relativi costi a carico delle aziende sanitarie e dei comuni.

Le ragioni per la *prima soluzione* si basano su una motivazione di ordine generale che può essere così sintetizzata: visto che è ancora in discussione la proposta di legge quadro sugli interventi e servizi sociali non è opportuno predisporre un atto di indirizzo organico, che potrebbe essere redatto successivamente all'approvazione definitiva di quella legge, tenendo conto di quanto essa dirà in tema di integrazione sociosanitaria.

La proposta di legge quadro sugli interventi e servizi sociali è stata approvata dalla Camera dei deputati il 31 maggio scorso, dopo un lungo iter parlamentare. Attualmente è all'esame del Senato. Se il Senato non procederà a una rapida approvazione del testo verranno a mancare i tempi tecnici perché la Camera possa ridiscuterlo e approvarlo definitivamente. I parlamentari che lo stanno discutendo sanno che se saranno apportati emendamenti sostanziali la legge non potrà completare il suo iter. In ragione di questa possibilità la maggioranza e l'opposizione stanno impostando le loro strategie di discussione parlamentare. I parlamentari sanno anche che si tratta di una legge attesa da trent'anni senza che i precedenti parlamenti fossero riusciti ad approvarla.

La giustificazione portata per la prima soluzione non è quindi tecnica ma politica. Chi sostiene questa tesi dovrebbe sapere che nel testo licenziato dalla Camera è stato tolto l'unico articolo che trattava il tema dell'integrazione sociosanitaria e che così la disciplinava:

«1. Fermo restando quanto stabilito in materia di integrazione socio-sanitaria dal decreto legislativo adottato in attuazione dell'articolo 2 della legge 30 novembre 1998, n. 419, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sono individuate le prestazioni da ricondurre alla tipologia delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

**Il testo approvato
alla Camera
chiarisce già
quanto serve**

2. La regione disciplina le modalità organizzative e i criteri di finanziamento dell'integrazione socio-sanitaria nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 4 e dall'articolo 8, comma 3, lettera a).

3. I comuni e le aziende unità sanitarie locali adottano, nel rispetto delle specifiche competenze organizzative e finanziarie, programmi coordinati e forme di gestione integrata»².

In questo modo la proposta di legge quadro faceva interamente propri i contenuti della delega e del successivo decreto legislativo n. 229/99, senza esporre la materia a ulteriori lungaggini e incertezze. La discussione parlamentare, anche per questa ragione, ha ritenuto inutile questo articolo che riproduceva un testo di legge già approvato. La Camera lo ha infatti soppresso e sostituito con il secondo comma dell'art. 22 del disegno di legge n. 4641 in discussione al Senato:

«Ferme restando le competenze del servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione sociosanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale...» e al comma 3 dello stesso articolo si precisa che va comunque garantita l'erogazione delle seguenti prestazioni sociali:

- «a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

² Art. 27 sull'integrazione socio-sanitaria, testo unificato della Commissione Affari sociali: *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario».

Una soluzione limitata per ridurre gli oneri a carico del fondo sanitario?

Visto che le ragioni di un rinvio non sono giuridicamente sostenibili, si potrebbe pensare che chi sostiene l'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di primo tipo (limitato all'elevata integrazione) pensi in questo modo di ridurre al massimo gli oneri per il fondo sanitario nazionale, facendo rientrare nella fattispecie dell'elevata integrazione solo situazioni ben circoscritte, sapendo che questa soluzione avrebbe il pieno consenso delle regioni, alle prese con i loro deficit, e che guardano a questo atto come a un onere aggiuntivo, anche se le stime non giustificano questa preoccupazione.

L'adozione della prima soluzione potrebbe cioè essere in contrasto con quanto previsto dal d. legisl. n. 229/99, che aveva voluto garantire una maggiore tutela ai soggetti deboli, e, se così fosse, di fatto si configurerebbe come un sabotaggio al decreto da parte delle forze politiche che lo hanno voluto. Su queste motivazioni si spiega il dissenso interno alla commissione che avrebbe dovuto predisporre l'atto di indirizzo e la preoccupazione esterna di molte organizzazioni di volontariato impegnate nella tutela dei soggetti deboli e dei loro diritti.

Le ragioni a sostegno di un atto di indirizzo organico

Le ragioni della *seconda soluzione*³ sono legate all'effettiva attuazione dell'art. 3 septies del d. legisl. n. 229/99. L'intera materia è difficile da disciplinare, anche perché si dovrebbero rimettere in discussione varie prestazioni di cui non si conoscono prove di efficacia e definire in modo nuovo il rapporto tra prestazioni e processi assistenziali, sapendo che spesso sono i secondi la condizione necessaria per assicurare personalizzazione, continuità ed efficacia al lavoro di cura.

³ Si veda l'ipotesi n. 2 a pag. 25.

**L'impostazione
della seconda
ipotesi di atto
di indirizzo**

L'approvazione di un atto di indirizzo organico dovrebbe cioè dare risposte a tutti i bisogni che richiedono integrazione sociosanitaria. L'eventuale successiva approvazione della legge quadro sui servizi sociali non farebbe altro che aggiungere condizioni tecniche, gestionali e finanziarie per meglio servire le persone, le famiglie, le comunità locali per quanto attiene all'intera area dei servizi sociali.

La seconda ipotesi di atto di indirizzo cerca di dare risposta alle seguenti domande: come garantire un'analisi integrata e personalizzata dei bisogni, come disciplinare le diverse tipologie di interventi, come ripartire il loro finanziamento, come gli enti locali possono garantire per quanto di loro competenza i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria. Su quest'ultimo argomento, per la parte sanitaria, già il d. legisl. n. 229/99 prevede al comma 6 dell'art. 3 septies che «la regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza».

Per quanto riguarda l'analisi dei bisogni si fa riferimento alla necessità di considerare quattro dimensioni: le funzioni psicofisiche, le limitazioni all'autonomia, le possibilità di partecipazione alla vita sociale, i fattori di contesto ambientale che incidono nella risposta al bisogno, ricavandone elementi utili per individuare le aree di integrazione.

Nel momento in cui si affrontano i problemi propri dell'elevata integrazione si propone di attribuire ad essa tutte le prestazioni della fase di post-acuzie intensiva, indipendentemente dalla struttura operativa implicata e dalle risorse, professionali e di altra natura, utilizzate, con particolare riferimento alle funzioni psicofisiche e alle limitazioni dell'autonomia, aggiungendo che «Sono pure da considerare prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria quelle rivolte a persone in età evolutiva con patologie congenite o acquisite e quelle rivolte ad adulti con patologie croniche a responsività minimale, tra le quali sono ricomprese le

demenze, i comi apallici e le patologie in fase terminale»⁴.

Per quanto riguarda infine la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria si propone che i comuni concordino in ambito quantomeno distrettuale livelli uniformi di finanziamento tali da garantire soglie universalistiche di risposta ai bisogni, anticipando in questo modo quello che dovranno fare su più larga scala una volta che sarà approvata definitivamente la legge quadro sugli interventi e servizi sociali. Comunque già oggi ci sono esperienze intercomunali orientate in questa direzione nei casi in cui, con accordo di programma, sono state definite le modalità di finanziamento dei piani di zona dei servizi alle persone.

Se si considera che questa materia non è oggetto di particolare attenzione politica e che nel prossimo autunno il dibattito si concentrerà sulla legge finanziaria, i tempi dell'emanazione dell'atto di indirizzo sono incerti e per ora non prevedibili.

Nel dibattito, infine, non è ancora stato dato lo spazio dovuto agli enti locali e agli organismi che li rappresentano in sede nazionale, alle organizzazioni che si occupano di disabilità, di salute mentale, di dipendenze, di malati cronici non autosufficienti, di chi rappresenta le famiglie con gravi carichi assistenziali, del volontariato attivo nei servizi alle persone, di quanti operano per la tutela dei soggetti deboli in ambito civile e religioso. È quindi necessario che questi interlocutori siano ascoltati o che comunque facciano sentire la loro voce in tempo utile per facilitare scelte coerenti con quanto previsto dal decreto legislativo n. 229/99 e che i ministeri competenti ne tengano conto.

**E' necessario che i
soggetti interessati
facciano sentire
la propria voce
a tutela
dei soggetti deboli**

⁴ Si veda l'articolo 4, ipotesi 2.

Allegato 1

Il Dlgs n. 229/99 affronta l'integrazione sociosanitaria in diversi articoli. Quello più direttamente collegato a quanto esposto è il seguente:

Art. 3-septies - Integrazione sociosanitaria

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani

nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 *quinquies*, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Allegato 2: bozze di atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria

Ipotesi n. 1

Schema di Atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in tema di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria

Art. 1 - Delimitazione dell'oggetto e definizioni

1. I servizi e le relative prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3-septies si qualificano come prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria in ragione:

- a) dell'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza;
- b) dell'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza;
- c) della preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza.

2. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3-septies, comma 4 comprendono le attività assistenziali rivolte a

categorie di soggetti e a particolari aree di bisogno comprese nell'area materno-infantile, tutela della salute delle persone anziane, delle persone con patologie psichiatriche, dipendenza da alcool, droga o farmaci, infezioni da Hiv, inabilità e disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative e in condizioni terminali.

3. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria possono essere erogate a domicilio, a livello ambulatoriale o in ambiente residenziale, a ciclo diurno o continuativo, secondo il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, del rispetto della dignità della persona umana e dell'autonomia individuale e familiare.

4. I servizi e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono inclusi nei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 1, commi 3, 6 e 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 2 - Tipologia delle prestazioni

1. Le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, di cui alla Tabella a, si inseriscono nelle diverse fasi del processo assistenziale e comprendono:

a) trattamenti intensivi, effettuati in sede ospedaliera, residenziale extraospedaliera, e laddove possibile, a domicilio, di tipo diagnostico, di cura e recupero, caratterizzati da tempi definiti, e dalla prevalenza di funzioni terapeutiche e riabilitative;

b) trattamenti estensivi o intermedi, caratterizzati da minor intensità dell'impegno terapeutico e riabilitativo, effettuati in sede ospedaliera, a domicilio in sede residenziale extraospedaliera, a fini della prosecuzione del processo riabilitativo, con un programma assistenziale di medio periodo;

c) trattamenti di lungo assistenza o mantenimento, effettuati, nell'ambito di un programma di lungo periodo, a domicilio o in sede residenziale extraospedaliera, per prevenire o limitare gli esiti del deterioramento e ai fini della miglior qualità di vita acquisibile.

Art. 3 - Programmazione

1. La regione, al fine di garantire l'erogazione, da parte delle aziende sanitarie, delle prestazioni di cui al presente Atto, si avvale dell'organismo di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Il distretto assicura l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria in forma ambulatoriale, domiciliare e residenziale a ciclo diurno e continuativo attraverso le attività previste al comma 2 dell'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, garantendo la continuità assistenziale tra assisten-

za ospedaliera e distrettuale, nonché il coordinamento funzionale e, ove consentito dalla normativa nazionale e regionale, strutturale dei diversi fattori produttivi, ivi comprese le prestazioni sociali a carico del comune, tramite l'organizzazione dipartimentale dei servizi.

3. Al fine di favorire l'integrazione con i servizi di assistenza primaria e con le altre prestazioni sociosanitarie, la programmazione dei servizi e delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria rientra nel Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater, comma 3.

4. L'individuazione delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria efficaci e appropriate per soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari richiede la valutazione multiprofessionale del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.

Art. 4 - Finanziamento e remunerazione

1. Sino alla definizione, con atto di indirizzo e coordinamento, dei criteri per l'individuazione e la remunerazione delle prestazioni sanitarie a rilievo sociale e delle prestazioni sociali a rilievo sanitario, la remunerazione dei soggetti erogatori di prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, è effettuata dalle aziende unità sanitarie locali, sulla base di tariffe regionali che tengano conto dell'intensità di assistenza richiesta dai soggetti assistiti, nonché delle funzioni assistenziali di cui all'articolo 8-sexies, comma 2, lettere a) e b), secondo un ammontare predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

2. La regione definisce le modalità per la compartecipazione dei cittadini e degli utenti alla spesa per le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, fermi restando i seguenti principi:

a) la partecipazione alla spesa è esclusa per i trattamenti intensivi di cui all'articolo 3;

b) per i trattamenti estensivi il concorso è effettuato nelle forme previste dal decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124;

c) per i trattamenti di lungo assistenza il concorso alla spesa è riferito ai costi della componente sociale ovvero ai costi di carattere alberghiero e di mantenimento della persona.

3. Il concorso alla spesa da parte del cittadino e dell'utente per le attività di cui alle lettere b) e c) del comma 3 non può comunque superare il 60% del reddito della persona assistita o, nel caso in cui la stessa sia titolare dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 e alla legge 27 maggio 1970, n. 382, l'ammontare di tale indennità.

Prestazioni e servizi sociosanitari a elevata integrazione sanitaria

Prestazioni	Criteri finanziari
<i>Materno-Infantile</i>	
Tutte le prestazioni preventive, terapeutiche e riabilitative collegate alla L. 29 luglio 1975 n. 405 (consultori familiari) e alla L. 22 maggio 1978 n. 194 (interruzione volontaria della gravidanza)	A carico del Servizio sanitario nazionale
<i>Disabili (minorati fisici, psichici e sensoriali)</i>	
Prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali di natura riabilitativa e socio-riabilitativa	A carico del Servizio sanitario nazionale il trattamento intensivo ed estensivo (fatto salvo l'applicazione del d. legisl. 124/98) Concorso alla spesa da parte del cittadino per la lungoassistenza e prestazioni socio-riabilitative secondo i criteri dell'art. 5, comma 3, lettera c)
<i>Anziani</i>	
Prestazioni domiciliari (Adi), ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali (Rsa)	A carico del Servizio sanitario nazionale il trattamento intensivo ed estensivo (fatto salvo l'applicazione del D.lgs 124/98) Concorso alla spesa da parte del cittadino per la lungoassistenza, secondo i criteri dell'art. 5, comma 3, lettera c)
Prestazioni sanitarie terapeutiche e riabilitative nella residenzialità protetta a ciclo diurno e continuativo	A carico del Servizio sanitario nazionale il costo del personale medico, infermieristico, riabilitativo e 1/3 dei costi di gestione
<i>Tossicodipendenze</i>	
Prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare e residenziale, di riabilitazione (Sert e comunità terapeutiche per la dissuefazione della dipendenza)	Tutto a carico del Servizio sanitario nazionale A carico della L. 45/99 i programmi di reinserimento sociale e lavorativo
<i>Salute mentale</i>	
Prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, ospedaliero, residenziale e semiresidenziale	A carico del Servizio sanitario nazionale il trattamento intensivo ed estensivo (fatta salva l'applicazione del d. legisl. 124/98) Concorso alla spesa da parte del cittadino per la lungoassistenza secondo i criteri dell'art. 5, comma 3, lettera c)
<i>Aids</i>	
Prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare (Adi), ospedaliero, residenziale, extra-ospedaliero	Tutto a carico del Servizio sanitario nazionale
<i>Malattie oncologiche</i>	
Trattamenti ospedalieri, cure palliative, trattamenti domiciliari (Adi) e residenziali (Hospice)	Tutto a carico del Servizio sanitario nazionale

Ipotesi n. 2

Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria

Art. 1 - Criteri per definire la tipologia delle prestazioni sociosanitarie

1. Le prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 3 septies del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, l'intensità assistenziale, la durata media dell'intervento e la sua complessità.

2. Ai fini della determinazione della natura del bisogno il sistema di classificazione deve correlare i bisogni stessi alle aree funzionali inerenti:

- a) le funzioni psicofisiche;
- b) la natura delle attività del soggetto e le relative limitazioni;
- c) le modalità di partecipazione alla vita sociale,
- d) i fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

La maggiore interazione tra gli interventi sanitari e sociali avviene nell'area critica di integrazione afferente alle aree funzionali di cui alle lettere c) e d).

3. L'intensità assistenziale è definita in base al posizionamento delle attività previste nel progetto personalizzato in una delle seguenti fasi:

a) *la fase intensiva*, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, elevato quanto a complessità e durata, relativa alla post-acuzie e alla lungoassistenza, erogata con modalità operative residenziali, intermedie o domiciliari, basate su un programma personalizzato;

b) *la fase estensiva*, caratterizzata da una minore complessità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale personalizzato di medio o lungo periodo.

c) *la fase di lungoassistenza*, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, sulla base di un progetto personalizzato.

4. La durata media dell'intervento assistenziale è determinata sulla base di linee guida emanate dal Ministero della sanità, anche a seguito di sperimentazioni gestionali.

5. La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati, professionali e di altra natura, e alla loro articolazione sotto forma di prestazioni o di processi assistenziali indicati nel progetto personalizzato.

6. In base ai suddetti criteri il progetto personalizzato definisce quali tra le prestazioni ivi previste, rientrino nelle tipologie di cui alle lettere a) e b) dell'art. 3 septies del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, indicando altresì: la natura del bisogno, i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le responsabilità professionali e di servizio, le risorse di cui al successivo art. 7, i tempi, le modalità di integrazione degli interventi, i fattori di continuità assistenziale, le modalità di verifica.

Art. 2 - Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

1. Indipendentemente dall'applicazione dei criteri di cui all'art. 1, sono comunque da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale tutte quelle attinenti alle aree di cui all'art. 3 septies comma 4 del decreto legislativo n. 229/1999 che siano previste dal nomenclatore tariffario ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi-residenziali.

Art. 3 - Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

1. Indipendentemente dall'applicazione dei criteri di cui all'art. 1, sono comunque da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:

a) gli interventi di sostegno, anche di natura economica, non ricompresi nel progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;

b) gli interventi di accoglienza, con impegno sanitario di moderata intensità, presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia;

c) gli interventi, anche di natura economica, non ricompresi nel progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, atti a favorire l'inserimento sociale e lavorativo di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza.

Art. 4 - Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria

1. Sono da considerare prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, di cui all'art. 3 septies, comma 4 del d. legisl. n. 229/99, tutte le prestazioni attribuite alla fase di post-acuzie intensiva, indipendentemente dalla struttura operativa implicata e dalle risorse, professionali e di altra natura, utilizzate, con particolare riferimento alle funzioni psicofisiche e alle limitazioni, di cui al precedente art. 1 comma 2 lettere a) e b).

2. Sono pure da considerare prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria quelle rivolte a persone in età evolutiva con patologie congenite o acquisite e quelle rivolte ad adulti con patologie croniche a re-

sponsività minimale, tra le quali sono ricomprese le demenze, i comi apallici e le patologie in fase terminale, in quanto riconducibili alla fattispecie di lungoassistenza, di cui al precedente art. 1, comma 3, lettere a) e c).

Art. 5 - Livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

1. La definizione dei livelli uniformi di assistenza è effettuata tenendo conto della necessità di:

a) razionalizzare e armonizzare le procedure per la ripartizione delle risorse finanziarie ed evitare sovrapposizioni e diseconomie nell'allocazione delle risorse;

b) garantire che gli stanziamenti delle regioni a favore degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi delle attività territoriali di cui all'art. 3 quater comma 3 del decreto legislativo n. 229/99, al fine di realizzare un sistema di progressiva perequazione della spesa in ambito nazionale.

Art. 6 - Criteri di finanziamento

1. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono erogate dalle aziende sanitarie a livello distrettuale sulla base del programma delle attività territoriali di cui all'art. 3 quater comma 3 del decreto legislativo n. 229/99 e sono a carico del fondo sanitario, per la parte relativa alle risorse sanitarie, e dei comuni, per la parte relativa alle risorse sociali. Il relativo finanziamento è definito tenendo conto, per la parte relativa alle risorse sanitarie, degli indirizzi regionali di cui all'art. 3 septies, comma 6, del decreto legislativo n. 229/1999, e, per la parte relativa alle risorse sociali, dei livelli uniformi di assistenza di cui all'art. 3 septies, comma 3, del medesimo decreto.

2. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario fino al limite della durata media indicata nelle linee guida di cui al precedente art. 1 comma 4.

3. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono erogate dai comuni, in ambito distrettuale, con modalità atte a garantire livelli concordati di assistenza sociale, sulla base di parametri di convergenza stabiliti in sede regionale, tali da garantire soglie universalistiche di risposta ai bisogni. Tali prestazioni sono a carico dei comuni.

4. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che nel programma personalizzato sono imputate alle fasi estensiva e di lungo assistenza sono quantificate, come specificato nel successivo art. 7, sulla base delle risorse professionali e di altra natura impiegate e per esse può essere previsto un concorso alla spesa a carico dell'utente. Tale partecipazione non può comunque esse-

re superiore al 60% del reddito della persona interessata, fatte salve eventuali esenzioni stabilite dal redditometro; per gli invalidi al 100% detta partecipazione non può superare l'assegno di accompagnamento, salvo diversa determinazione del Comune sulla base del livello di reddito della persona interessata.

5. In attuazione dell'art. 3 septies, comma 6 del d. legisl. n. 229/99, le Regioni, nella ripartizione delle risorse finanziarie, devono tenere conto della consistenza della popolazione, della sua composizione per età e sesso, dei tassi di mortalità, della prevalenza di cronicità di lunga durata, delle differenti configurazioni territoriali e ambientali. Tali criteri devono essere applicati dalle regioni tenendo conto dei bacini di utenza delle aziende sanitarie e, nell'ambito di ciascuna azienda sanitaria, dell'articolazione in distretti, definendo il volume massimo di prestazioni, distinte per tipologie di assistenza, che i distretti si impegnano ad assicurare, in relazione ai programmi delle attività territoriali.

Art. 7 - Ripartizione dei costi di rilievo sanitario e sociale

1. Ai sensi dell'art. 3 septies comma 6 del decreto legislativo n. 229/99, l'azienda sanitaria, tenendo conto dell'entità complessiva del finanziamento per le prestazioni sociosanitarie, destina le risorse alle diverse aree di bisogno, tenendo conto della complessità dei processi assistenziali, sulla base di indici di carico assistenziale definiti dalle regioni.

2. Per le fasi estensiva e di lungoassistenza non intensiva, i costi di cui ai precedenti articoli 2 e 3, sono ripartiti tra fondo sanitario e fondo a carico dei comuni, sulla base della complessità del processo assistenziale, tenendo conto: delle risorse umane impiegate, della loro composizione quantitativa e qualitativa, delle tecnologie utilizzate, della tipologia e quantità di prestazioni e della durata del processo assistenziale.