

D.P.C.M. 14 febbraio 2001 [\(1\)](#).

Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.

[\(1\)](#) Pubblicato nella Gazz. Uff. 6 giugno 2001, n. 129.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'art. 2, comma 1, lettera *n*), della [legge 30 novembre 1998, n. 419](#), laddove è prevista l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie di alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale;

Visto l'art. [3-septies](#) del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modifiche e integrazioni, in cui è prevista la tipologia delle prestazioni socio-sanitarie e l'ambito dell'atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi ai sensi del citato art. [2, comma 1, lettera n](#)), della [legge n. 419 del 1998](#);

Visto il [decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998](#), recante «Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», con particolare riguardo alla parte relativa all'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale;

Visto l'art. [8, commi 1 e 4](#) della [legge 15 marzo 1997, n. 59](#), e successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'art. [3](#) del [decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#);

Considerata, quindi, l'esigenza di assicurare l'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione socio-sanitaria;

Vista l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 21 dicembre 2000;

Visto il parere della Conferenza Stato-città ed autonomie locali unificata con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 21 dicembre 2000;

Consultate le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. [3, comma 3](#), del [decreto legislativo 16 marzo 1992, n. 266](#);

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri nella riunione del 26 gennaio 2001;

Sulla proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della solidarietà sociale;

Decreta:

1. Atto di indirizzo e coordinamento.

1. È approvato il seguente atto di indirizzo e coordinamento.

2. Tipologia delle prestazioni.

1. L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

2. Le prestazioni socio-sanitarie di cui all'*art. 3-septies del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)*, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata.

3. Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

a) funzioni psicofisiche;

b) natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;

c) modalità di partecipazione alla vita sociale;

d) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

4. L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;

b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;

c) la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

5. La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

3. Definizioni.

1. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

2. Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria 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. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:

a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;

b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;

c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;

d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;

e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;

f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

3. Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'[art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992](#), e successive modifiche e integrazioni,

tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, *handicap*, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

4. Principi di programmazione e di organizzazione delle attività.

1. La regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata. A tal fine si avvale del concerto della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui all'art. 2, comma 2-*bis*, del [decreto legislativo n. 502 del 1992](#), e successive modifiche e integrazioni, o di altri organismi consultivi equivalenti previsti dalla legislazione regionale.

La regione con il concorso della stessa Conferenza, svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale.

La programmazione degli interventi socio-sanitari avviene secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale.

2. Al fine di favorire l'integrazione con i servizi di assistenza primaria e con le altre prestazioni socio-sanitarie, la programmazione dei servizi e delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria rientra nel Programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3-*quater*, comma 3, del [decreto legislativo n. 502 del 1992](#), e successive modifiche e integrazioni. I comuni adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini per consentirne l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni.

3. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. La regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.

5. Criteri di finanziamento.

1. Le regioni, nella ripartizione delle risorse del Fondo per il servizio sanitario regionale con il concorso della Conferenza di cui all'art. 3, comma 1, tengono conto delle finalità del presente provvedimento, sulla base di indicatori demografici ed epidemiologici, nonché delle differenti configurazioni territoriali e ambientali.

2. La regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal [decreto legislativo n. 124 del 1998](#) e per quelle sociali dal [decreto legislativo n. 109 del 1998](#) e successive modifiche e integrazioni.

6. Norma di garanzia per le regioni a statuto speciale e per le province autonome.

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono alle finalità del presente atto di indirizzo e coordinamento nell'ambito delle proprie competenze, secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti.

Tabella

(prevista dall'art. 4, comma 1)

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

Area	Prestazioni-Funzioni	Fonte legislativa	Criteri di finanziamento (% di attribuzione della spesa)
Materno infantile	1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative	L. 29 luglio 1975, n. 405	100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
	2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione	L. 22 maggio 1978, n. 194	100% a carico del SSN

volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche

3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni

Interventi di sostegno per situazione di disagio di disadattamento o di devianza

Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi

4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi

Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali

[L. 28 agosto 1997, n. 285](#)
Leggi regionali

[L. 15 febbraio 1996, n. 66](#)
[L. 3 agosto 1998, n. 269](#)
[D.M. 24 aprile 2000](#): P.O. Materno Infantile

100% a carico del SSN le prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie. 100% a carico dei Comuni le prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale ai minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia. 100% a carico dei Comuni l'accoglienza in comunità educative o familiari.

100% a carico del SSN

100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsabilità minimale. 100% a carico del SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico.

100% a carico del SSN le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica. 70% a carico del SSN e 30% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali. 40% a carico del SSN e 60% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza ai disabili gravi privi del sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente. 100% a carico dei Comuni l'assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e

Disabili

1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minoranze fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica

L. 23 dicembre 1978, n. 833 - art. 26
Provvedimento 7 maggio 1998: linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione

2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia

[L. 5 febbraio 1992, n. 104](#)
[L. 21 maggio 1998, n. 162](#)
Leggi regionali

Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative	<p>1. Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia</p>	<p>Linee Guida emanate dal Ministero della Sanità del 31 marzo 1994 L. 11 marzo 1988, n. 67 L. n. 451/1998 D.Lgs. n. 229/1999 D.P.R. 23 luglio 1998: Piano Sanitario 1998/2000 Leggi e Piani regionali</p>	<p>lavorativo. 100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera, il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.</p>
	2. Assistenza domiciliare integrata	P.O. Anziani	<p>100% a carico del SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione. 50% a carico del SSN e 50% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza tutelare. 100% a carico dei Comuni l'aiuto domestico e familiare. 100% a carico del SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative e i trattamenti specialistici, compreso il periodo della disassuefazione in comunità terapeutica. 100% a carico dei Comuni i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza.</p>
Dipendenze da droga, alcool e farmaci	<p>1. Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale</p>	<p>D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 L. 18 febbraio 1999, n. 45 Accordo Stato-Regioni 21 gennaio 1999</p>	
Patologie psichiatriche	<p>1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale</p>	<p>D.P.R. 10 novembre 1999: P.O. Tutela della salute mentale 1999/2000</p>	100% a carico del SSN
	<p>2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo</p>		<p>Nella fase di lungoassistenza, ripartizione della spesa tra ASL e Comuni secondo quote fissate a livello regionale prevedendo, nei parametri di ripartizione, una quota</p>

<p>Patologie per infezione da HIV</p>	<p>1. Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali</p>	<p><u>L. n. 135/1990</u> <u>D.P.R. 8 marzo 2000:</u> P.O. AIDS</p>	<p>minima di concorso alla spesa non inferiore al 30% e non superiore al 70%, fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale. 100% a carico del SSN nella fase intensiva ed estensiva. Ripartizione della spesa tra ASL e Comuni in misura non inferiore al 30% per ognuno nella fase di lungoassistenza, fatta salva la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in base a criteri stabiliti dalla Regione. 100% a carico dei Comuni, fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.</p>
	<p>2. Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo</p>		
<p>Pazienti terminali</p>	<p>1. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale</p>	<p>L. 28 febbraio 1999, n. 39</p>	<p>100% a carico del SSN</p>
