

Settore Studi, Documentazione e Ricerca

Sezione Legislativa

Aggiornamento Legislativo

Aprile 2002

POLITICHE SOCIALI

MINISTERO DELL'INTERNO DECRETO 4 febbraio 2002

Determinazione per l'anno 2002 degli importi delle pensioni, degli assegni e delle indennità a favore dei mutilati ed invalidi civili, ciechi civili e sordomuti nonché dei limiti di reddito prescritti per la concessione delle provvidenze stesse. (*G.U. n. 53 del 04.03.2002*)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 novembre 2001, n. 1737

Legge regionale 10 maggio 2001, n. 10, art. 96. Criteri e modalità per la concessione di contributi per il completamento delle comunità alloggio per portatori di handicap per gli anni 2001 e 2002. Stanziamento di lire 500.000.000 su ciascun bilancio per gli esercizi finanziari 2001 e 2002. Capitolo 42146. (*Regione Lazio B.U. n. 8 del 20.03.2002*)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 15 febbraio 2002

Organizzazione interna del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga. (*G.U. n. 67 del 20.03.2002*)

SANITA'

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 12 dicembre 2001

Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. (Vedi supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 34 del 9 febbraio 2002). (*Regione Lazio B.U. n. 7 del 09.03.2002*)

DIPARTIMENTO INTERVENTI SOCIO-SANITARI EDUCATIVI PER LA QUALITA' DELLA VITA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE 28 gennaio 2002, n. 11

Legge 21 maggio 1998, n. 162. Interventi a favore dei disabili in situazione di particolare gravità. Deliberazione di Giunta regionale n. 1669 del 18 luglio 2000. Modifiche alla determinazione n. 175 del 18 giugno 2001 concernente il piano di riparto anno 2000. Cap. 42154, esercizio finanziario 2001. (*Regione Lazio B.U. n. 7 del 09.03.2002*)

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERAZIONE 21 dicembre 2001

Fondo sanitario nazionale 2001 - Parte corrente - Ripartizione tra le regioni di somme accantonate per l'anno 2001 per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria, ai sensi dell'art. 72, legge n. 448/1998. (Deliberazione n. 119/2001). (*G.U. n. 67 del 20.03.2002*)

PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE 7 febbraio 2002, n. 376

Proposta di legge regionale 7 febbraio 2002, n. 376, adottata dalla Giunta regionale con delib. n. 2043 del 21 dicembre 2001, concernente: Norme in materia di ordinamento del Servizio Sanitario Regionale. (*Regione Lazio B.U. n. 8 del 20.03.2002*)

PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE 7 febbraio 2002, n. 375

Proposta di legge regionale 7 febbraio 2002, n. 375, adottato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 1999 del 21 dicembre 2001, concernente: Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali. (*Regione Lazio B.U. n. 8 del 20.03.2002*)

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERAZIONE 21 dicembre 2001

Fondo sanitario nazionale 2000 - Parte corrente - Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale. (Art. 33, legge 6 marzo 1998, n. 40). (Deliberazione n. 117/2001). (*G.U. n. 67 del 20.03.2002*)

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERAZIONE 21 dicembre 2001

Fondo sanitario nazionale 2001 - parte corrente - integrazione fondo sanitario 1999. (Deliberazione n. 115/2001). (*G.U. n. 68 del 21.03.2002*)

IMMIGRAZIONE

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 21 febbraio 2002

Cessione di alloggi ai profughi di cui alla legge 4 marzo 1952, n. 137, in applicazione dell'art. 45, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388. (*G.U. n. 54 del 05.03.2002*)

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 12 marzo 2002

Determinazione per l'anno 2002 di un'ulteriore quota massima di ingresso di lavoratori stagionali stranieri non comunitari e di una quota massima di ingresso di lavoratori stranieri non comunitari per lavoro autonomo. (*G.U. n. 63 del 15.03.2002*)

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 4 febbraio 2002

Determinazione della quota massima di ingresso di lavoratori stagionali stranieri non comunitari per l'anno 2002. (*Regione Lazio B.U. n. 7 del 09.03.2002*)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 20 marzo 2002

Dichiarazione dello stato di emergenza per fronteggiare l'eccezionale afflusso di extracomunitari. (*G.U. n. 68 del 21.03.2002*)

RICERCA E FORMAZIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2002, n. 139

Attuazione del programma operativo della Regione Lazio da realizzare con il contributo del Fondo Sociale Europeo per l'anno 2001. Misure A2, C1, C2, D1, D2, D4. Avviso pubblico Obiettivo 3. (*Regione Lazio B.U. n. 6 del 28.02.2002 – Suppl. Ordinario n. 6*)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2002, n. 184

Avviso pubblico per la presentazione di azioni di ristrutturazione degli enti di formazione professionale. Decreto n. 173 del 30 maggio 2001 del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale. (*Regione Lazio B.U. n. 6 del 28.02.2002 – Suppl. Ordinario n. 6*)

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 27 dicembre 2001

Cofinanziamento statale, a carico del Fondo di rotazione ex lege n. 183/1987 dell'iniziativa comunitaria EQUAL Annualità 2002. (*Regione Lazio B.U. n. 7 del 09.03.2002*)

ISTRUZIONE

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

DECRETO 10 gennaio 2002, n. 38

Regolamento recante riordino della disciplina delle scuole di cui alla legge 11 ottobre 1986, n. 697, adottato in attuazione dell'articolo 17, comma 96, lettera a), della legge 15 maggio 1997, n. 127. (*G.U. n. 69 del 22.03.2002*)

FAMIGLIA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 18 gennaio 2002, n. 34

Regolamento recante modifiche al decreto del Ministro per la solidarietà sociale 25 maggio 2001, n. 337, in materia di assegni di maternità e per i nuclei familiari con tre figli minori. (*G.U. n. 63 del 15.03.2002*)

COMUNE DI ROMA

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE N. 10 DEL 24.01.2002

Indirizzi per l'istituzione nell'anno 2002 di un contributo a favore delle madri in stato di bisogno denominato "Mamma Card".

PARI OPPORTUNITA'

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2002, n. 185

P.O.R. Obiettivo 3. Promozione della partecipazione femminile al mercato del lavoro, Misura E1, azione di sostegno per consentire l'accesso e la permanenza delle donne nel mercato del lavoro e nelle attività di formazione. (*Regione Lazio B.U. n. 8 del 20.03.2002*)

NOTE GIURIDICHE

Sperimentazione di un modello organizzativo per il trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio.

(Deliberazione della Giunta Regionale 21.12.2001, n. 2031)

Premessa

Il Provvedimento legislativo in oggetto, (segnalato su questa rubrica v. ag. leg. marzo 2002) prevede una fase di sperimentazione della durata di un anno a decorrere dal 1° gennaio 2002, alla quale prenderanno parte strutture pubbliche e private attualmente convenzionate con la Regione Lazio, tra le quali troviamo la nostra **Caritas Diocesana di Roma**, per il **trattamento a domicilio e presso case alloggio delle persone con AIDS**.

Preliminarmente, all'inizio del sistema basato **sull'accreditamento** ("l'atto attraverso il quale, a conclusione di un procedimento valutativo, le strutture autorizzate, pubbliche o private, e i professionisti che ne facciano richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo a erogare prestazione sanitarie e sociosanitarie per conto del Ssn" D.lgs 502/92, successivamente la legge

328/00 ha previsto che l'utilizzo dell'accREDITAMENTO possa essere esteso a tutti i servizi sociali), è stato ritenuto opportuno introdurre una fase di sperimentazione della durata di un anno. In questa fase le strutture che prendono parte alla sperimentazione sono inserite in un apposito elenco regionale di strutture provvisoriamente accreditate e già precedentemente convenzionate.

Obbiettivi della sperimentazione sono:

- A. Individuazione dei requisiti necessari alla autorizzazione all'esercizio delle attività di trattamento a domicilio per le persone con AIDS, e di ulteriori requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale;
- B. verifica dei requisiti e degli indicatori individuali;
- C. indicazione degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e di risultati raggiunti.

Modello organizzativo

Il trattamento a domicilio (**TAD**) per le persone con AIDS, attivo nella Regione Lazio dal 1993 (DGR 7549/92 e successive modifiche), negli anni si è caratterizzato come un insieme di procedure sanitarie ed infermieristiche complesse, nella maggioranza dei casi, il modello cosiddetto di "ospedalizzazione a domicilio" si è dimostrato il più appropriato per gestire la attività di TAD. In alcuni casi, il TAD si è avvicinato più al modello di "assistenza domiciliare integrata" nel quale più enti assistenziali e figure professionali, secondo le proprie competenze, hanno concorso alla realizzazione del programma assistenziale individuale sul paziente.

La presenza delle case alloggio per pazienti con AIDS, offrendo assistenza sanitaria integrata da supporti socio-assistenziali, ha permesso inoltre di **assistere e sostenere le persone più emarginate e bisognose con difficoltà di gestione clinica, ma più in generale di vita**. Le nuove ed efficaci terapie antiretrovirali introdotte in Italia a partire dalla fine del 1996, hanno modificato la storia naturale della malattia da HIV, aumentando le aspettative di sopravvivenza delle persone con AIDS. Tuttavia, non tutti i pazienti hanno potuto beneficiare di tali trattamenti, e, se per molti il miglioramento delle condizioni cliniche ha determinato il ritorno alle attività quotidiane, e quindi il miglioramento della qualità della vita, in altri, l'impatto delle terapie sulle condizioni di salute e di vita è stato limitato. Infatti, per le persone con malattia avanzata l'uso delle attuali terapie ha comportato la cronicizzazione di una malattia fortemente disabilitante, e **quindi il prolungamento della sopravvivenza ha significato il prolungamento del periodo di disabilità**.

In altri casi, è stato registrato che il ritorno all'autonomia ha determinato il ripresentarsi di problematiche di **ordine sociale** e l'acuirsi di situazioni di **estremo disagio ed emarginazione**. Infine, sono emerse "nuove" tipologie di malati, nei quali l'AIDS viene ad associarsi ad altre patologie croniche quali la, malattia mentale, la malattia neurologica, l'epatite cronica virale, la tossicomania. Risulta necessario quindi, affrontare il problema con modelli di assistenza alternativa al ricovero ospedaliero, che affrontino in maniera globale, multidisciplinare ed individualizzata l'assistenza alle persone con AIDS e che rispondano adeguatamente alla "nuove" necessità assistenziale delle persone malate.

Obiettivi

Gli obiettivi che il **modello organizzativo** si propone sono i seguenti:

1. definire un modello organizzativo assistenziale globale per persone con AIDS, secondo un approccio multidisciplinare;
2. adeguare le forme di assistenza alternative all'ospedalizzazione, in considerazione delle modificate caratteristiche della malattia da HIV, successive alla introduzione delle terapie antiretrovirali di combinazione;
3. garantire alla persona con AIDS i livelli essenziali di assistenza qualificata, non solo di tipo sanitario;
4. definire le competenze, le modalità di intervento ed interazione delle singole strutture accreditate per l'erogazione di TAD;

5. definire le modalità di collegamento ed integrazione tra i servizi che erogano assistenza sanitaria e quelli che espletano interventi di tipo socio-assistenziale;
6. promuovere il maggiore coinvolgimento e la partecipazione dei servizi sanitari territoriali nonché dei medici di medicina generale nell'assistenza al paziente con AIDS;
7. introdurre parametri di valutazione e verifica periodica, nonché indicatori di qualità relativi alle attività svolte;
8. garantire l'elevata qualificazione professionale del personale operante, mediante una continua e mirata formazione.

Generalità

Il Trattamento a Domicilio (TAD) per persone con AIDS, consiste nell'espletamento di prestazioni sanitarie e assistenziali a domicilio del paziente. Il TAD sarà espletato da personale medico-infermieristico specializzato delle strutture accreditate sia pubbliche che private. Le strutture in questione, opereranno in stretta collaborazione con i medici infettivologi curanti il paziente, ed autorizzati dai Centri di Coordinamento per i Trattamenti a Domicilio (**CCTAD**). Ai fini dell'erogazione del TAD, il territorio della Regione Lazio viene convenzionalmente suddiviso in 11 aree corrispondenti ai territori delle ASL. L'ente pubblico o privato che chiede l'accreditamento per il TAD, dovrà specificare il territorio/i territori entro i quali intende operare, facendo riferimento ai territori di competenza delle ASL della Regione Lazio. Le persone con AIDS, che necessitano di TAD, prive di domicilio o di un nucleo familiare di riferimento o con gravi conflittualità familiari, riceveranno l'assistenza presso le **case alloggio accreditate**, dove unitamente all'assistenza sanitaria il paziente potrà usufruire di una **specializzata assistenza psicologica e sociale** ai fini del superamento delle condizioni di disagio che lo hanno condotto in casa alloggio.

Pazienti destinatari del TAD

Hanno diritto al TAD (fermo restando quanto stabilito dalla L.135/90) i pazienti affetti da AIDS e patologie correlate, per i quali sia possibile **la dimissione dall'ospedale** purché **residenti** nella Regione Lazio, il TAD può essere esteso ad altre tipologie di pazienti con malattia da HIV, i quali soffrano di condizioni cliniche compromesse a causa di grave immunodeficienza o di altre patologie.

Condizioni per l'erogazione del TAD :

- impossibilità di raggiungere autonomamente le strutture ospedaliere o per rispettare quanto previsto da follow-up della malattia da HIV;
- incapacità di soddisfare i propri bisogni assistenziali.

Per l'erogazione del TAD a domicilio è richiesta la presenza di un familiare;

Ai fini dell'accoglienza in case alloggio, dovranno essere documentate dai servizi sociali dei Centri di Riferimento AIDS (**CRAIDS**), **le condizioni di estremo disagio , tali da impedire la prosecuzione delle terapie a domicilio del paziente**

Doveroso rilevare, che per tutti i paziente il tipo di assistenza dovrà essere multidisciplinare prevedere l'azione congiunta dei servizi sanitari territoriali competenti per la patologia specifica, seppur associata alla presenza della malattia da HIV, sofferta dal paziente, inoltre, da ribadire che la persona affetta da HIV ha diritto ad essere curata presso qualsiasi contesto sanitario – assistenziale.

Strutture coinvolte

Le strutture coinvolte sono le Unità operative per il TAD (**UTD**) e **Case alloggio**, le quali eseguiranno le prestazioni medico-infermieristiche a domicilio o presso le Case alloggio da personale delle strutture accreditate, secondo quanto stabilito dai criteri per l'accreditamento, sotto la responsabilità del medico della struttura accreditata.

Il coordinamento delle UTD è di competenza dei Centri di Coordinamento per i Trattamenti a domicilio (**CCTAD**). Il coordinamento delle **Case alloggio** sarà a cura del **CCTAD di Roma**, già

attivo presso l'Istituto per le Malattie Infettive “ **Lazzaro Spallanzani** “ (per le competenti funzioni del CCTAD e del CCTAD di Roma, si rimanda al DGR 2031/2001).

Modalità di accesso al TAD a domicilio

La segnalazione al **CCTAD**, della necessità del TAD a domicilio spetterà al medico infettivologo curante il paziente, che opera presso uno dei reparti di Malattie Infettive abilitati alla diagnosi e cura dell'infezione da HIV, **almeno tre giorni lavorativi prima della dimissione ospedaliera dello stesso**, previa compilazione della modulistica predisposta, nella quale verranno riportate la diagnosi di dimissione, le prestazioni da effettuare a domicilio e la motivazione della richiesta a domicilio. Entro e primi due giorni feriali dalla ricezione della comunicazione, il CCTAD fornisce al responsabile del reparto l'ammissibilità al TAD e l'elenco delle strutture che in quel territorio svolgono il servizio per permettere al paziente di esercitare il diritto di scelta, successivamente il medico infettivologo contatterà l'**UTD** prescelta, per la definizione del **piano assistenziale individualizzato** (per le modalità di erogazione del TAD e per i contenuti e criteri del piano si rimanda al DGR 2031/2001).

Modalità di accesso al TAD presso Case alloggio

L'accoglienza presso le Case alloggio va riservata alle persone in **situazione sociale precaria**, prive di un proprio domicilio o di supporto familiare, oppure isolati dal nucleo familiare in quanto questo non è in grado di assisterli. Al pari delle richieste di attivazione del TAD, la segnalazione della necessità di **ingresso in Casa alloggio** al **CCTAD** di Roma, spetterà al medico infettivologo curante il paziente, che opera presso uno dei reparti di Malattie Infettive abilitati alla diagnosi e cura dell'infezione da HIV, o in regime di consulenza presso Istituti penitenziari, previa compilazione della modulistica predisposta, sulla scheda di richiesta verranno riportate la diagnosi di dimissione, le prestazioni da effettuare a domicilio e la motivazione della richiesta. Alla scheda suindicata dovrà essere allegata la documentazione relativa alle problematiche sociali (scheda sociale) e la scheda per la valutazione clinica, ai fini dell'inserimento del paziente nella **lista d'attesa**.

Il CCTAD di Roma, valutata la completezza della documentazione e l'idoneità della segnalazione, provvede all'inserimento del paziente nella lista di attesa, la quale viene compilata secondo criteri che, oltre a quello cronologico, prendono in considerazione il livello dei bisogni sia sanitari che sociali dei pazienti. In relazione alla gravità delle condizioni cliniche e sociali documentate, i pazienti vengono collocati nella lista di attesa in classi differenti (A, B, C), per consentire l'ingresso prioritario in casa alloggio alle persone con maggiori necessità assistenziali (**lista di attesa differenziata**). Analogamente con quanto previsto per il TAD, per ogni paziente candidato all'ingresso in casa alloggio dovrà essere stilato un **piano assistenziale individualizzato** (per le modalità di erogazione del TAD presso Case alloggio e per i contenuti e criteri del piano si rimanda al DGR 2031/2001). L'accoglienza in casa alloggio, può essere erogata solo previo consenso scritto da parte del paziente che sia stato messo a conoscenza completa ed esauriente del piano assistenziale.

Servizio integrativo di assistenza attenuata

Nei confronti delle persone che, pur godendo di autosufficienza fisica ma non di autonomia e che ad una valutazione del **CCTAD** risultino incapaci di mantenere un livello costante di continuità terapeutica, rischiando, quindi un repentino deterioramento della condizioni fisiche, le **case alloggio** potranno predisporre, anche in una struttura abitativa distinta, un **Servizio integrativo di assistenza attenuata** al fine di garantire :

- la continuità assistenziale in soggetti che altrimenti non sarebbero in grado autonomamente di badare a se stessi;

- l'adesione alla terapia quando il paziente non è in grado di aderire se non con l'accudimento quotidiano da parte di operatori;
- la gestione delle patologie pregresse all'infezione da HIV quando determinano il riemergere di problematiche divenute ormai croniche.

Il TAD, sia a domicilio che presso Case alloggio, può essere interrotto a causa della necessità di un ricovero ordinario, in questo caso il TAD deve intendersi temporaneamente sospeso per riattivarsi automaticamente alla dimissione del paziente.

Qualora le condizioni del paziente si modifichino, il TAD a domicilio che presso case alloggio potrà essere interrotto previa autorizzazione del CCTAD.

Il CCTAD di Roma ha rilevato che sono sempre più frequenti le richieste di TAD/Case alloggio per pazienti affetti da patologie psichiatriche. Pertanto, in tali casi, ad ogni richiesta di TAD/Case alloggio, dovrà essere allegata una relazione dello psichiatra medico curante della persona, nella quale, venga chiaramente espressa l'idoneità all'inserimento del paziente nel contesto familiare e/o comunitario.

Pazienti stranieri temporaneamente presenti in Italia

Il TAD sia domicilio che presso case alloggio è garantito anche ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso di soggiorno in Italia.

Agli stranieri di cui sopra viene rilasciato, da una struttura sanitaria pubblica, un tesserino con codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) che consente l'identificazione del soggetto e le prestazioni effettuate. In considerazione della malattia grave che necessita di cure essenziali ancorché continuative, le prestazioni assistenziali allo straniero dovranno essere garantite fintanto che persista l'esigenza o che venga regolarizzato il soggiorno in Italia.

Detenuti. Regime di alternativa alla detenzione

In conformità ai dispositivi di legge (L. 231/99, L. 193/00, D.I. 21.10.99, L. 419/98) è previsto che Giudice possa disporre **misure alternative alla detenzione** per le persone con AIDS o affette da grave deficienza immunitaria. Le persone di cui sopra, potranno ricevere il TAD sia presso il proprio domicilio che presso case alloggio.

Dipendenze

Dai dati forniti dall'Agenzia di Sanità Pubblica, si evince che, per l'anno 2000, l'11,6% delle nuove infezioni da HIV ed il 32% delle persone con AIDS conclamato e costituito da tossicodipendenti. In considerazione di ciò, **il programma terapeutico** (ivi compreso quello che prevede la somministrazione del metadone) per le persone tossicodipendenti affette da HIV e da AIDS conclamato, debba comunque essere predisposto dal serb competente per territorio e in stretta collaborazione con i sanitari che seguono il paziente. Il serb competente per territorio avrà altresì, il compito di elaborare il programma terapeutico per le persone che, oltre ad essere affette da HIV/AIDS, sono anche **alcoldipendenti**.

Ricoveri presso case alloggio fuori regione

In fase di sperimentazione è consentito a pazienti con AIDS, inseriti in lista di attesa, l'ingresso in case alloggio convenzionate e/o accreditate ubicate al di fuori del territorio regionale.

Consenso informato

L'attivazione del TAD a domicilio o l'ingresso in casa alloggio sono soggetti al consenso scritto della persona assistita, relativo al servizio proposto e al piano assistenziale concordato. In alcun modo i servizi di cui sopra, potranno essere attivati in caso di parere contrario dell'assistito.

