



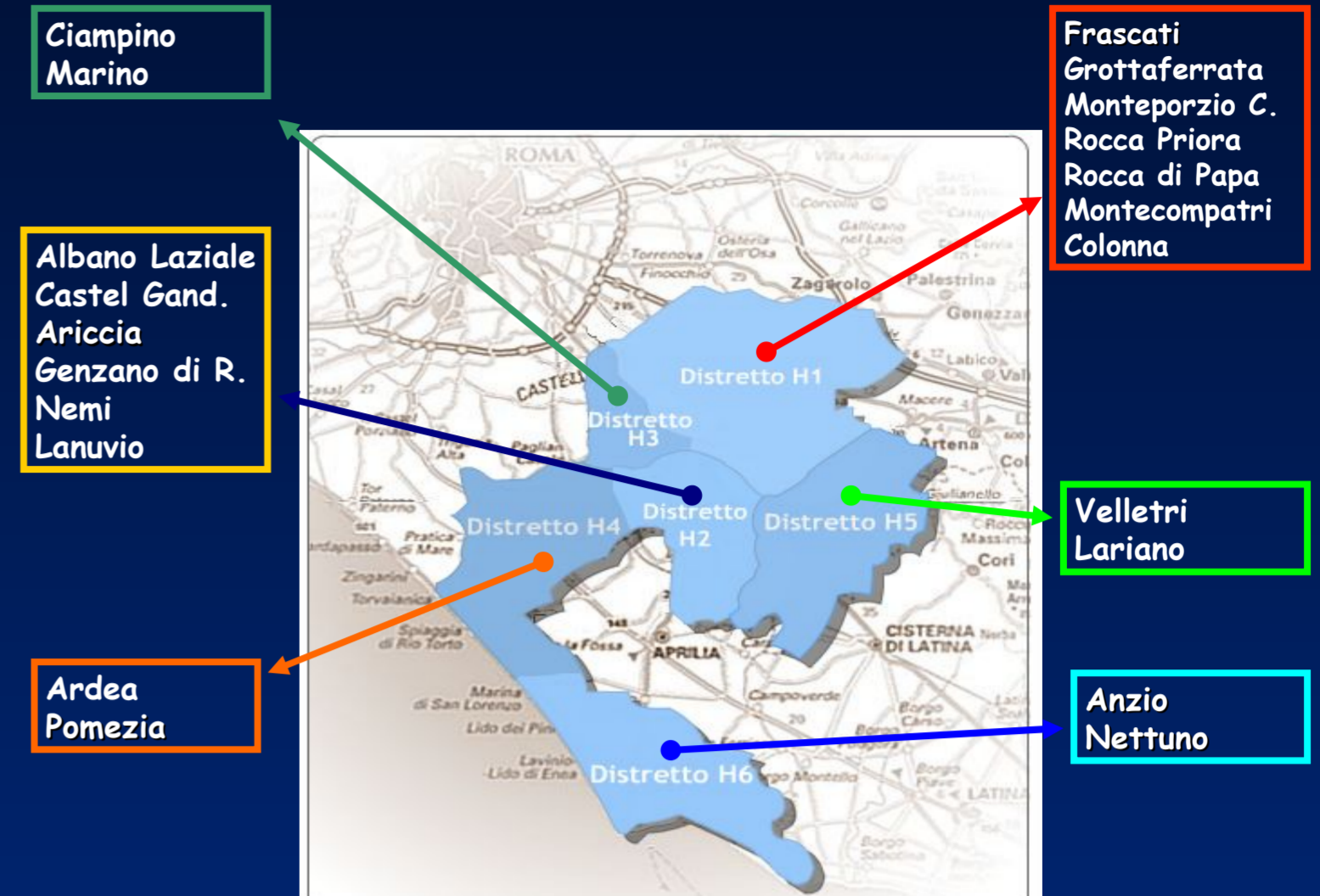
Introduzione

Negli ultimi decenni si è assistito ad un progressivo allungamento della speranza di vita con conseguente aumento della popolazione con più di 65 anni.

Questa ampia fascia di popolazione esprime bisogni assistenziali differenziati e complessi che richiedono la necessità che i servizi sociali, assistenziali, sanitari e socio sanitari si colleghino ed integrino tra di loro per fornire risposte articolate e differenziate, adeguate alle esigenze di ciascun anziano. E' sempre più evidente come la "risposta" a questi bisogni così articolati non possa più essere rappresentata dal "ricovero" presso strutture di tipologia riconducibile al classico "Presidio Ospedaliero" che ha rappresentato ed ancora viene ritenuto impropriamente da gran parte della popolazione il principale punto di riferimento e di risposta ai bisogni di salute.

Oggi l'obiettivo principale da perseguire consiste invece nello sviluppare il più possibile i servizi territoriali rivolti agli anziani, per rafforzare l'autonomia individuale allo scopo di prevenire la non autosufficienza mantenendo quanto più possibile la persona nel proprio contesto familiare, nella propria casa, assicurando quando necessario, assistenza qualificata nel luogo più appropriato: a domicilio, in strutture socio assistenziali, in strutture socio sanitarie e in strutture sanitarie.

La ASL RMH



Strutture sanitarie e sociosanitarie nella ASL Rm H

Il territorio della ASL RomaH presenta numerose **strutture sanitarie e socio sanitarie** con una **offerta globale di 3148 posti letto**: di questi **1212 sono pubblici** (1052 posti per acuti e 160 di riabilitazione), **1936 sono invece i posti privati** provvisoriamente accreditati (la gran parte, circa 1020 posti, dedicati alla riabilitazione ed alla lungodegenza).

L'offerta complessiva delle R.S.A. è di **908 posti** residenza tutti in strutture private provvisoriamente accreditate.

Le Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private sono complessivamente:

- 9 Presidi Ospedalieri organizzati su poli;
- 1 ospedale classificato;
- 9 case di cura;
- 12 R.S.A.;
- 4 istituti di riabilitazione ex art.26;
- 3 hospice (di cui solo uno pubblico)

La ASL RMH si estende su un territorio comprendente 21 comuni e nasce nel 1994 dalla fusione di 6 USL estremamente diversificate e dotate di nuclei abitativi particolari.

La maggior parte dei comuni già all'epoca dell'accorpamento presentava una popolazione superiore ai 30.000 abitanti, era dotata di grande autonomia e di caratteristiche peculiari che facevano assumere ciascuno un ruolo di leadership. Per citarne solo alcuni: Velletri nel settore dell'agricoltura, Ciampino per la vicinanza a Roma e la presenza dell'aeroporto, Pomezia con il suo polo industriale, Anzio per la vocazione turistica, Frascati e Marino per le numerose attività di ristorazione, Castel Gandolfo per la presenza della residenza papale ed il lago.

Vi è poi da aggiungere che diversi comuni vantavano sul proprio territorio, oltre a strutture ambulatoriali, anche un presidio ospedaliero ritenuto punto di riferimento per l'assistenza, elemento del tessuto urbano e sociale ritenuto indissolubile e come tale strenuamente difeso da ogni ipotesi di ridimensionamento e cambiamento. Le valutazioni espresse fanno facilmente intuire quanto i comuni fossero difficilmente riconducibili sotto un coordinamento "sanitario" di tipo centrale derivante dalla costituzione della Azienda USL RMH.

Ancora oggi infatti, nelle varie realtà sanitarie distrettuali ad oltre quindici anni di distanza dall'accorpamento delle USL, si rilevano alcune situazioni di non uniformità ed omogeneità di procedure tutt'ora retaggio di precedenti modalità operative difficili da superare.

Anche il personale, proprio per le caratteristiche di forte autonomia descritte, risulta ancora molto legato al proprio comune e malvolentieri si mostra disponibile al trasferimento in sedi distanti anche pochi chilometri dalla sede lavorativa originaria. Il territorio, suddiviso in 6 distretti socio sanitari copre una **superficie di 723 Kmq** con una popolazione residente pari a **534.605 abitanti** (261.023 maschi e 273.582 femmine) che registra un forte aumento durante il periodo estivo.

Normativa

Normativa nazionale strutture socio - assistenziali

Legge 8 novembre 2000 n. 328

"legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali": sottolinea il principio di coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari, e precisa la necessità di una concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali che partecipano alla realizzazione della rete di servizi (ASL per le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del SSN e Comuni, titolari delle Funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali).

Ai Comuni spetta l'esercizio delle attività di programmazione, organizzazione della rete dei servizi e quindi provvedono al rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento.

DPCM 21 maggio 2001 n.308

Regolamento concernente i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della Legge 8 novembre 2000 n.328

Normativa nazionale strutture socio - sanitarie

D.lgs. 30 dicembre 1992 n.502 "riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992 n.421"

D.lgs. 7 dicembre 1993 n.517 "modificazioni al D.lgs. 30 dicembre 1992 n.502 recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992 n.421"

DPR 14 gennaio 1997 "approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"

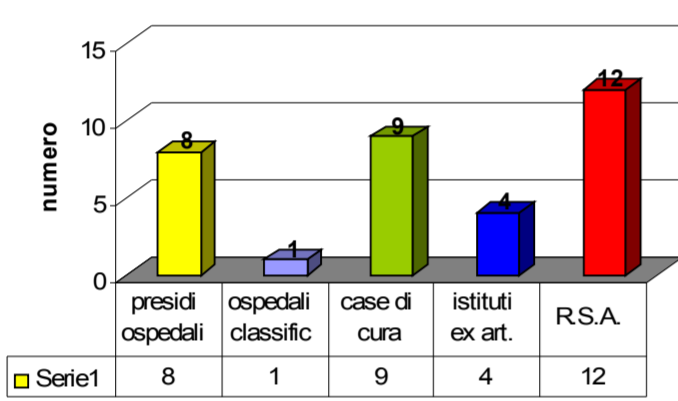
D.lgs. 19 giugno 1999 n.229 "norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998 n.419"

Strutture socio-assistenziali nella ASL Rm H

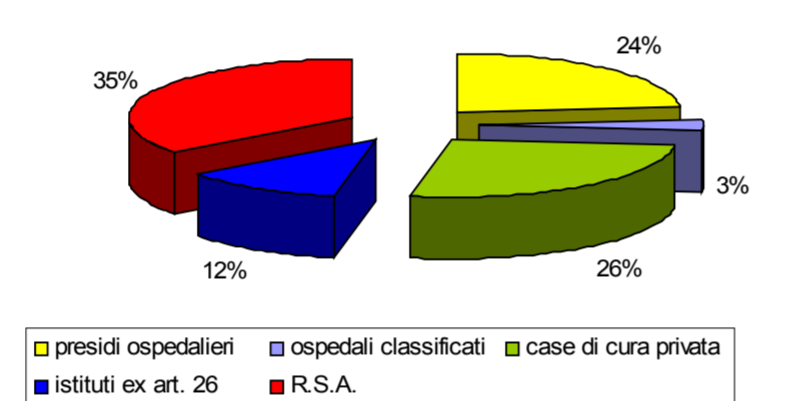
Una delle caratteristiche peculiari del territorio risiede nella cospicua presenza di **strutture socio assistenziali** dislocate in modo non uniforme e che assommano a **circa 160** rappresentate solo in parte da strutture ad alta recettività ed articolazione (circa 40 case di riposo).

La maggior parte delle rimanenti è costituita da case famiglia e comunità alloggio (per anziani o per disabili) tutte strutture a bassa recettività e complessità, allocate in civili abitazioni. La dislocazione di tali strutture sul territorio appare poi non uniforme.

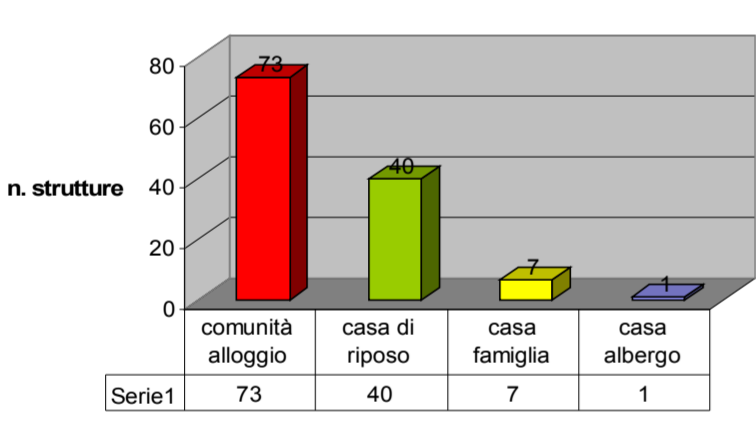
strutture sanitarie provv.te accreditate



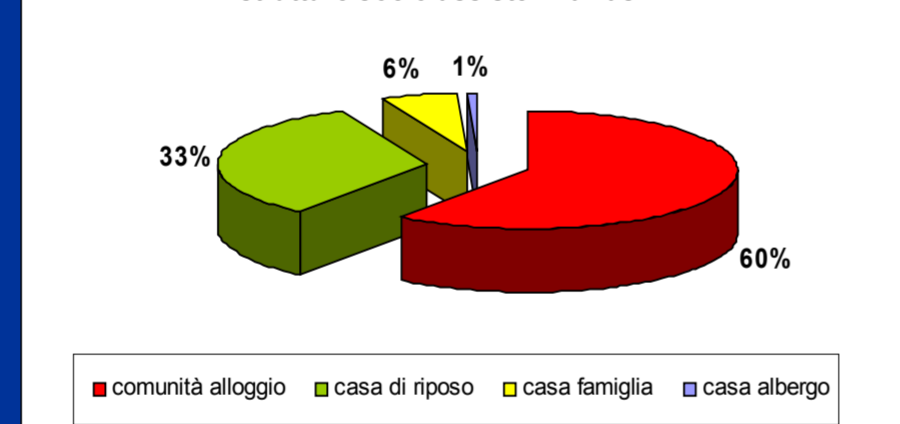
strutture sanitarie provv.te accreditate



strutture socio assistenziali



strutture socio assistenziali asl rmh

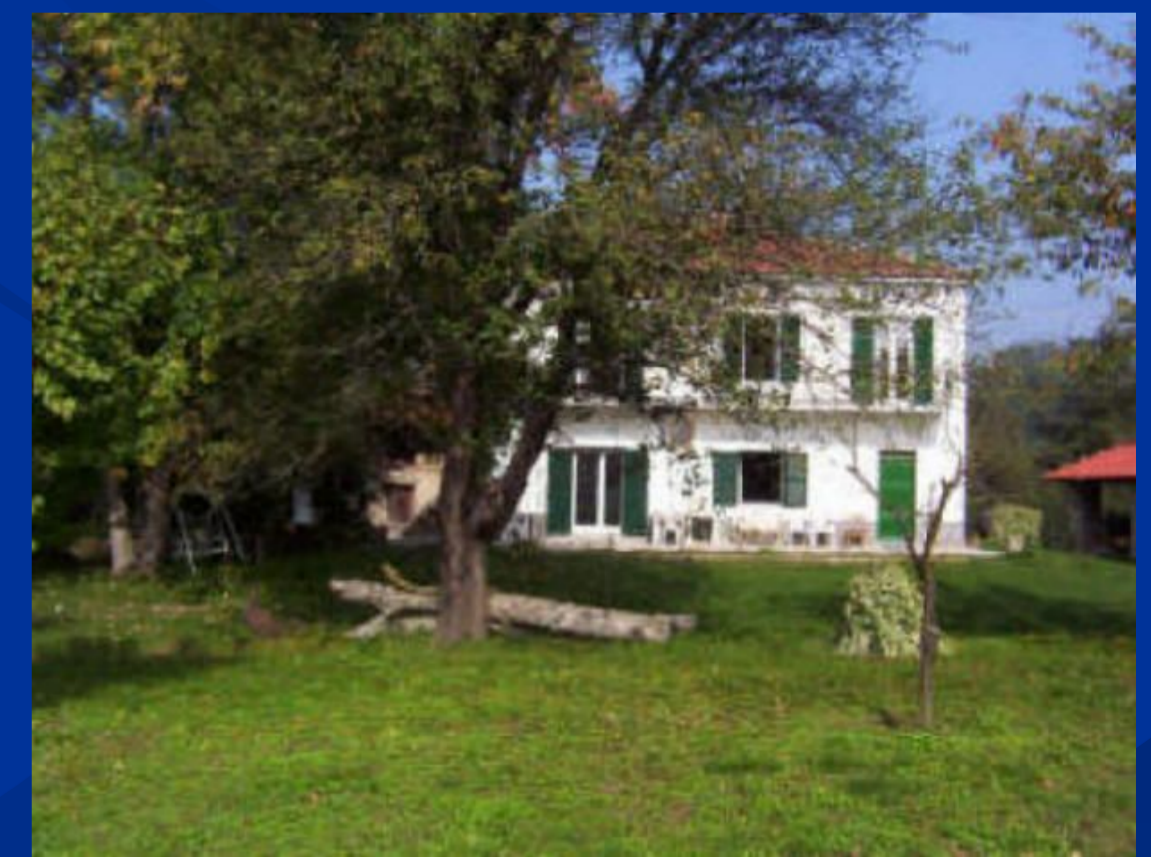


Criticità riscontrate

Gran parte delle **strutture socio assistenziali** è ubicata nel distretto H5 (Comuni di Velletri e Lariano). Tale situazione è probabilmente fortemente favorita dal basso costo delle abitazioni rispetto ad altre cittadine vicine ed ancor più rispetto alla capitale. Si assiste pertanto ad un fenomeno di "migrazione" di anziani da cittadine limitrofe ed anche da Roma. Nel corso di interventi di vigilanza sono state riscontrate alcune criticità. A fronte delle situazioni legittime dove spesso vengono comunque inseriti **ospiti non adeguati** alla tipologia della struttura (ospitalità ammissibile in strutture socio sanitarie o sanitarie), si rilevano talora situazioni caratterizzate dalla presenza di **abitazioni senza alcuna autorizzazione** e impropriamente adibite ad attività socio - assistenziali per anziani e disabili. In tali casi ne deriva **una assistenza inadeguata**, sotto il profilo qualitativo e quantitativo e spesso non garantita durante le ore notturne. Le ulteriori criticità consistono nella presenza di **un numero di ospiti superiore** a quello autorizzato con il conseguente improprio utilizzo di **ambienti privi di requisiti igienico sanitari**, posti anche nei sottotetti o in seminterrati e internati. La allocazione delle strutture in zone tranquille, ricche di verde, prive di traffico ed a ridotto inquinamento, rappresenta certamente una condizione auspicabile; tuttavia ciò comporta l'oggettiva difficoltà per i familiari degli ospiti di riuscire ad assicurare l'adeguata presenza e continuità ai propri congiunti, che si trovano sradicati dal loro ambiente e lontani dai loro cari, inoltre la frequente ubicazione dei villini in zone agricole, distanti dal contesto urbano e spesso non dotate di adeguati servizi di collegamento, accentua la **condizione di isolamento** impedendo il mantenimento di relazioni stabili e lo svolgimento di quelle normali attività quotidiane utili a conservare residue condizioni di autonomia.

Quanto descritto fa rilevare l'importanza dei servizi di collegamento che i Comuni devono preventivare in situazioni di tale sviluppo.

Per la **RSA** caratterizzata dalla articolazione strutturale e funzionale, nelle Aree della residenzialità, della valutazione e delle terapie, della socializzazione, generali e di supporto si è riscontrato che l'area della residenzialità ha conservato l'impronta della struttura sanitaria originaria con stanze a 4 letti e arredi di tipo "ospedaliero" **non consentendo agli ospiti "la personalizzazione" delle stanze prevista dalla normativa**. Spesso si riscontra **una "contrazione" degli ambienti** destinati alla R.S.A a favore di quelli per la casa di cura. Occorre poi sottolineare la presenza di ambienti (es. cucine di nucleo), previsti fra i requisiti minimi, **non rispondenti alle reali esigenze di gestione degli ospiti e pertanto non utilizzati**.



Conclusioni



Nel corso di interventi di vigilanza sono state riscontrate diverse criticità come: presenza di ospiti incompatibili con la tipologia della struttura autorizzata; strutture prive di autorizzazione e di requisiti igienico sanitari impropriamente adibite ad attività socio-assistenziali o sanitarie per anziani e disabili. Relativamente alla casa di riposo, a fronte di un corposo quadro normativo, l'applicazione dello stesso e l'emanazione dei provvedimenti successivi previsti e di competenza comunale stentano a venire alla luce. Sul territorio della ASL Rm H fra le 12 R.S.A. (nessuna struttura pubblica) presenti, solo tre si presentano come strutture autonome esclusivamente dedicate a RSA mentre le altre sono integrate in complessi assistenziali e derivano dalla riconversione della lungodegenza. Occorre poi sottolineare fra i requisiti minimi previsti dalla normativa in vigore e precedente la presenza di ambienti non pienamente rispondenti alle esigenze pratiche di gestione degli ospiti. Da quanto rappresentato emerge la necessità della coprogettazione, come momento di elaborazione sinergica fra le risorse culturali coinvolte (asl, regioni, associazioni, progettisti, etc.) teso allo sviluppo e realizzazione di un modello assistenziale in grado di fornire risposte adeguate ai reali bisogni espressi dagli anziani.