

## **SEZIONE I: SETTORE SOCIO SANITARIO**

*In questa sezione vengono analizzate dettagliatamente le prestazioni socio assistenziali e sanitarie fornite dai Comuni, con particolare riferimento al dato numerico (riparto fondi, posti disponibili per assistenza ad anziani, liste di attesa, importo ticket). La sezione si configura come un “vademecum” riepilogativo, infatti per ogni argomento viene puntualmente riportato il riferimento legislativo. I criteri di compartecipazione ed il modello organizzativo sulla riforma dei servizi sociali sono due delle principali direttrici sulle quali orientare l'attività di confronto con gli enti locali. Relativamente ai Piani di Zona, invece, l'attività sindacale decentrata dovrà focalizzarsi sulla programmazione e attuazione dei Pdz con una particolare attenzione alla verifica degli impegni assunti e al monitoraggio dei risultati perseguiti.*

*A livello socio sanitario si riscontra una tendenza a concentrare gli aiuti alle famiglie tramite compartecipazione dei comuni alla spesa per gli anziani inseriti in strutture residenziali e semiresidenziali. Le Residenze sanitarie assistenziali non hanno visto il necessario potenziamento, nonostante la chiusura di oltre 3.000 posti letto per acuti. Il nuovo Piano di riordino della rete ospedaliera dovrà contenere precise indicazioni sul numero di posti letto in Rsa che si dovranno realizzare. Nel Lazio rispetto al fabbisogno di riferimento (circa 13.000) mancano 7.000 posti di Rsa. Per l'assistenza domiciliare integrata siamo lontani dai dati rilevati per il resto delle regioni italiane, e ad oggi l'unico atto è stato quello dell'approvazione del decreto sul fabbisogno regionale per singola Asl. Per quanto riguarda le case di riposo si sta assistendo all'emersione di strutture non adeguate che operano in condizioni con standard qualitativi del servizio assolutamente inadeguati. I centri diurni, ovvero i centri per anziani gestiti anche a livello comunale, rimangono il maggior punto d'incontro e di socializzazione per anziani autosufficienti. Per quanto riguarda i ticket sanitari il Lazio si allinea al resto delle regioni italiane con normativa invariata dal 2008.*

### **Settore socio-sanitario**

Dall'ultima Relazione dello Stato Sanitario del Paese che fa riferimento al periodo 2009/2010, il Ministero della Salute ha fornito anche i dati sulla condizione degli anziani ultrasessantacinquenni a livello nazionale che grazie ad un più sano stile di vita hanno raggiunto il 20,3% della popolazione italiana.

In particolare, si è avuto un notevole incremento della speranza di vita ed una forte diminuzione della mortalità data da malattie del sistema circolatorio (diminuzione pari al 60% dal 1980) e dei tumori (in diminuzione del 20% dagli anni 90). Il Sistema sanitario nazionale continua a provvedere alla prevenzione, cura e riabilitazione, nei casi più gravi per mezzo di ricoveri presso i presidi ospedalieri. In particolare negli ultimi anni si è provveduto al sostegno delle fasce più deboli, adottando misure economiche in favore dell'autonomia e permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti od incapaci, con l'obiettivo di curare l'anziano malato presso il proprio domicilio tramite l'assistenza domiciliare. I comuni, a tutela dei diritti della popolazione e d'intesa con Asl, provvedono nell'ambito delle risorse disponibili, a definire i Pdz (Piani di zona) sulla base di linee guida dettate dal Piano Nazionale e recepite a livello regionale. Nel caso di strutture residenziali e semiresidenziali il compito dei comuni è quello di rilasciare le autorizzazioni, provvedendo in caso di strutture già esistenti a fornire un'autorizzazione provvisoria che dovrà diventare definitiva al massimo nel tempo di cinque anni; di accreditare la struttura, stabilire le tariffe (Legge 328/2000). Sono previste diverse tipologie di assistenza e riabilitazione ai malati acuti presso strutture sanitarie (Riabilitazione acuta ed intensiva), mentre a livello locale i comuni intervengono nel sostegno alle famiglie per ricoveri presso strutture residenziali e semiresidenziali, l'assistenza domiciliare integrata (Adi) e Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa).

## RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali

Nascono con la finalità di fornire ospitalità e prestazioni sanitarie, socio-assistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di riabilitazione di tipo intensivo.

Tipologie di assistenza

RSA

Tipologia	Categoria	Note	Regioni
RSA per anziani	Anziani non autosufficienti		Tutte
	Demenze/ Alzheimer	Anche nuclei all'interno delle RSA	Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto.
RSA disabili	Disabili		Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
	Soggetti con disabilità prevalentemente di natura motoria	Modulo per pazienti che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento di recupero	Toscana
Altre tipologie di RSA	Centro residenziale per soggetti in stato vegetativo permanente	Anche moduli	Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto.
	Soggetti affetti da patologie psichiatriche		Basilicata, Friuli, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte e Puglia Valle d'Aosta.
	Malati oncologici	Modulo per malati oncologici in fase pre-terminale e terminale	Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sardegna, Toscana.
	Soggetti con problemi alcool-correlati		Basilicata, Friuli Venezia Giulia
	Unità o Servizi per le cure intermedie	Per pazienti ospedalizzati non dimissibili al domicilio o a rischio di ricovero inappropriato	Liguria, Toscana
	Soggetti affetti da AIDS		Piemonte
	Unità di assistenza prolungata (UAP)	Per pazienti in coma o stato vegetativo persistente, o con insufficienza respiratoria cronica, o con sclerosi multipla e altre malattie demielinizzanti del SNC.	Valle d'Aosta

Fonte: "Contributi Istat", n°4/2010, p. 37. Tratto da: Pesaresi F., Simoncelli M. "Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione", in Tendenze Nuove, n. 2/2008, Il Mulino Editore, 2008

L'offerta di posti letto per Rsa nel Lazio è aumentata nell'ultimo periodo di 600 unità per riconversione di posti letto per acuti. Un incremento che non soddisfa però il fabbisogno assistenziale stimato dai piani operativi di rientro (Decreto 17/2010 e decreto 113/2010) in 2.000 unità. La tabella che segue evidenzia numericamente le carenze.

**DATI RSA AGGIORNATI AL 3 marzo 2010 (Popolazione al 1.1.2009)**  
**Ricognizione effettuata dall'Area Autorizzazione, Accreditamento ed Attività ispettiva**

AZIENDA USL	Posti residenza attesi da standard (2,5% pop. > 75 anni) *	Posti residenza autorizzati e provvisoria mente accreditati	Saldo (B-C)	Posti residenza da processo di riconvers ione ex decreti 15/08 - 43/08 5/09 - 48/09 ed altri	Saldo D-E	Posti residenza ex art. 20 lavori conclusi (legge 67/88)**	Posti residen za autorizz ati	Posti residenza con parere favorevole alla realizzazione (ante legge 4/2003)	Totale (I +J)	Posti residen za ex art. 20 (legge 67/88) lavori in corso	Saldo (F-K)
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M
RM/A	1401	60	-1341	30	-1311		80	120	200		-1111
RM/B	1486	356	-1130		-1130		52	180	232		-898
RM/C	1508	40	-1468	30	-1438		0	41	41	32	-1397
RM/D	1253	383	-870	50	-820		0	474	474		-346
RM/E	1357	440	-917	210	-707		78	40	118	70	-589
RM/F	553	494	-59	56	-3		0	160	160	40	157
RM/G	923	744	-179	160	-19		100	95	195		176
RM/H	957	898	-59	20	-39	40	120	40	160	30	121
<b>Roma e Provincia</b>	<b>9438</b>	<b>3415</b>	<b>-6023</b>	<b>556</b>	<b>-5467</b>	<b>40</b>	<b>430</b>	<b>1150</b>	<b>1580</b>	<b>172</b>	<b>-4341</b>
VITERBO	826	723	-103		-103	56	50	140	190	80	87
RIETI	469	77	-392	0	-392		55	120	175	268	-217
LATINA	1084	180	-904	85	-819	120	140	440	580	60	-239
FROSINO NE	1255	753	-502		-502	20	261	120	381		-121
<b>TOTALE</b>	<b>13072</b>	<b>5148</b>	<b>-7924</b>	<b>641</b>	<b>-7283</b>	<b>236</b>	<b>936</b>	<b>1970</b>	<b>2906</b>	<b>580</b>	<b>-4918</b>

\*i posti residenza sono comprensivi di quelli in regime semiresidenziale (10% in accordo con la normativa vigente) \*\* n. 120 pr di Latina sono anche autorizzati

### **Il piano di riparto dei fondi per le RSA**

Dal 2007 i fondi per la gestione delle Rsa sono ripartiti al 50% tra Assessorato alla Salute e quello delle Politiche Sociali e famiglia. La ripartizione per l'anno 2012, ha previsto un impegno di spesa per il primo di oltre 51 milioni di euro, rispetto ai 46 milioni circa del 2010. Il budget assegnato alle strutture accreditate per l'anno 2012 di competenza dell'assessorato alla Salute è stato di 107,26 milioni rispetto ai 105 circa del 2011. I programmi operativi approvati con decreto commissariale 113/2010 per gli anni 2010-2011 avevano previsto un aumento di risorse per circa 10 milioni di euro a valere sull'intero fondo sanitario regionale.

Si riporta di seguito una tabella riassuntiva del piano di rientro per i comuni capoluogo del Lazio relativa alla partecipazione agli oneri per l'anno 2010.

<b>Comune</b>	<b>Importo in Euro</b>
Frosinone	328.840,58
Latina	128.548,16
Roma	26.589.049,01
Rieti	181.844,02
Viterbo	1.390.563,19

Determinazione 17/2011

Il Piano di rientro predisposto dalla Governatrice del Lazio prevedeva l'attivazione nel biennio 2011-2012 di circa 2.000 posti letto di Rsa mentre fino ad oggi ne sono stati attivati appena 200 (10%)

L'attuale dotazione di posti letto di Rsa nel Lazio è di circa 5.300, rispetto ad un fabbisogno che va oltre i 12.500 posti letto. Ne mancano, quindi, oltre 7.000 e solo a Roma il saldo è negativo per più di 5mila posti letto.

DECRETO 93 del 2012 DOTAZIONE POSTI LETTO RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ANNO 2012								
ASL	DENOMINAZIONE SOGGETTO EROGATORE	PL attesi da standard ( 2,5% pop.> 75 anni)	POSTI LETTO ACCREDITATI	SALDO PL	I°Livello	II Livello	III°Livello	BUDGET 2012
A	POLICLINICO ITALIA		60				60	1.290.906
	<b>TOT PL ASL RM A</b>	<b>1.401</b>	<b>60</b>	<b>- 1.341</b>			<b>60</b>	
B	VILLA LUCIA		56				56	1.032.725
B	VILLA TUSCOLANA		52				52	1.118.786
B	S. MICHELE ARCANGELO		63				63	1.032.725
B	MADONNA DEL DIVINO AMORE		50				50	1.075.755
B	ALESSANDRINO		55				55	1.183.331
B	APPIA FELICE		20				20	430.302
B	MENDICINI		20				20	430.302
B	CASTELLO DELLA QUIETE		40			40		753.678
	<b>TOT PL ASL RM B</b>	<b>1.486</b>	<b>356</b>	<b>- 1.130</b>		<b>40</b>	<b>316</b>	
C	TOTI		40				40	860.604
	<b>TOT PL ASL RM C</b>	<b>1.508</b>	<b>40</b>	<b>- 1.468</b>			<b>40</b>	
D	MERRY HOUSE		40				40	860.604
D	CORVIALE		60			40	20	1.183.980
D	VILLA DELLE MAGNOLIE		80			39	41	1.495.874
D	PARCO DELLE ROSE		86			36	50	1.623.302
D	PARCO DELLE ROSE ( Semires)		9				9	81.341
D	VILLA MARIA IMMACOLATA		68			34	34	1.372.140
D	VILLA GIULIA		40			40		753.678
	<b>TOT PL ASL RM D</b>	<b>1.253</b>	<b>383</b>	<b>- 870</b>		<b>189</b>	<b>194</b>	
E	ANCELLE BUON PASTORE		100				100	1.995.209
E	SANTA LUCIA		80				80	1.596.167
E	VILLA CHIARA		70				70	1.506.058
E	VILLA VERDE		60				60	1.290.906
E	San RaffaeleFlaminia ( ex V.MONICA)		60				60	1.290.906
E	DON ORIONE		70				70	1.506.058
E	SABTA FRABCESCA ROMA		60				60	1.290.906
E	SAN GIUSEPPE		81					1.738.048
E	NOSTRA SIGNORA DEL SACRO CUORE		87					1.857.259
	<b>TOT PL ASL RM E</b>	<b>1.357</b>	<b>581</b>	<b>- 749</b>			<b>500</b>	
F	MADONNA DEL ROSARIO		60				60	1.290.906
F	SANTO VOLTO		40				40	860.604
F	SAN LUIGI GONZAGA		111				111	2.093.866
F	LIVIA TIBERINA		35				35	753.029
F	RSA FLAMINIA ( EX SORATTE)		58				58	1.247.876
F	OASI TABOR		40			40		753.678
F	SAN RAFFAELE TREVIGNANO		56				56	1.204.846
F	BELLO SGUARDO		58			39	19	1.143.623
F	LE QUERCE		36				36	774.544
F	REGINA COELORUM		56					1.204.846
	<b>TOT PL ASL RM F</b>	<b>553</b>	<b>550</b>	<b>- 3</b>		<b>79</b>	<b>415</b>	
G	VALLE DEI CORSI A		76		76			1.155.329
G	VALLE DEI CORSI B		60			60		1.130.516
G	MEDICUS HOTEL MONTE RIPOLI		100			20	80	1.943.776
G	VILLA LUANA		120				120	2.263.639
G	GLI ANNALI		114		60	16	38	1.875.383
G	I.H.G.		120				120	2.263.639
G	I.H.G. (1° PADIGLIONE)		107					2.026.100
G	RIO OASI		94				94	1.875.496
G	ALBERGO AURORA		60				60	1.290.906
	<b>TOT PL ASL RM G</b>	<b>923</b>	<b>851</b>	<b>- 72</b>	<b>136</b>	<b>96</b>	<b>512</b>	
H	SAN RAFFAELE ROCCA DI PATA ( Mad del Tufo)		80				80	1.596.167
H	VILLA DELLE QUERCE		160				160	3.018.185
H	VILLA NINA		60				60	1.290.906
H	VILLA DEI PINI		80				80	1.596.167
H	CASA DEGLI ANGELI CUSTODI		100				100	1.995.209
H	VILLA GAIA		70				70	1.506.058
H	LA TERESIANA		80		60		20	1.311.144
H	S. GIOVANNI DI DIO		120				120	2.263.639
H	MATER DEI		90					1.795.688
H	SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI		68					1.355.092
	<b>TOT PL ASL RM H</b>	<b>957</b>	<b>908</b>	<b>- 99</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>690</b>	
	<b>TOTALE POSTI LETTO ASL ROMA E PROVINCIA</b>	<b>9.438</b>	<b>3.729</b>	<b>- 5.534</b>	<b>196</b>	<b>404</b>	<b>2.727</b>	
VT	VILLA IMMACOLATA		40		20	20	20	1.354.719
VT	L'ASSUNTA		60		20	20	20	1.144.390
VT	S.RITA		80		20	20	40	1.449.727
VT	PADRE LUIGI MONTI		120			120		2.026.100
VT	SORRENTINO		20				20	430.302
VT	VILLA ROSA		80		20	20	40	1.449.727
VT	GIOVANNI XXIII		60			20	40	1.237.443
VT	MYSOTIS		40			20	20	807.141
VT	RESIDENZA CIMINA		68			16	52	1.420.257
VT	VILLA SERENA		80		20	20	40	1.449.727
VT	VILLA BENEDETTA		35				35	753.029
	<b>TOT PL ASL VITERBO</b>	<b>826</b>	<b>723</b>	<b>- 103</b>	<b>120</b>	<b>276</b>	<b>327</b>	
RI	S.RUFINA		70				70	1.506.058
RI	S.RUFINA SEMIRESIDENZIALE		7				7	72.626
	<b>TOT PL ASL RM RIETI</b>	<b>469</b>	<b>77</b>	<b>- 392</b>			<b>77</b>	
LT	VILLA SILVANA		80				80	1.596.167
LT	VILLA CARLA		90				90	1.795.688
LT	VILLA CARLA SEMIRESIDENZIALE		10				10	103.751
LT	VILLA AZZURRA		28					565.258
	<b>TOT PL ASL LATINA</b>	<b>1.084</b>	<b>180</b>	<b>- 904</b>			<b>180</b>	
FR	S. ANTONIO		40			20	20	807.141
FR	S. GERMANO		110		12	98		1.832.332
FR	VILLA DEGLI ULIVI		120				120	2.263.639
FR	S. ELISABETTA		40				40	860.604
FR	S. MARIA		70			70		1.318.936
FR	MADONNA DELLE GRAZIE		95		20	64	11	1.635.858
FR	SALUS BROCCOSTELLA		20				20	430.302
FR	SALUS (ISOLA LIRI)		60			20	40	1.237.443
FR	INI CITTA' BIANCA		118				98	2.186.322
	<b>TOT PL ASL FROSINONE</b>	<b>1.225</b>	<b>673</b>	<b>- 502</b>	<b>32</b>	<b>292</b>	<b>349</b>	
	<b>TOTALE POSTI LETTO</b>	<b>13.072</b>	<b>5.382</b>	<b>- 7.690</b>	<b>348</b>	<b>972</b>	<b>3.660</b>	<b>107.267.094</b>

## Compartecipazione

In base alla normativa regionale vigente (Dgr 98/2007 e Dgr 173/2008), la diaria giornaliera per l'ospitalità in Rsa è ripartita al 50% tra Fondo Sanitario Nazionale ed assistito, con la eventuale compartecipazione del Comune di residenza per chi ne abbia diritto (la Regione Lazio rimborsa ai comuni l'80% delle spese effettivamente sostenute per l'integrazione della retta Rsa).

Possono ricevere un contributo alle spese sostenute tutti gli assistiti che presentano un Isee pari o inferiore 13mila euro annui. In particolare, gli utenti con handicap permanente grave, i soggetti con età superiore ai sessantacinque anni e con non autosufficienza fisica o psichica accertata dalle aziende sanitarie locali, possono utilizzare come Isee, di riferimento quello individuale, a prescindere dal numero dei componenti del proprio nucleo familiare (Dlgs 130/00, art. 3, comma 2-ter).

Tutti gli altri assistiti possono scegliere tra:

- l'Isee standard del nucleo familiare (cioè l'Isee nazionale — Dlgs 109/98).
- l'Isee, del nucleo estratto (Dlgs 130/00, art. 3, comma 2 e Dgr 98/2007)

Nell'Isee, non viene conteggiata la prima casa di proprietà dell'utente.

Lo stesso limite Isee di 13mila euro è valido per i maggiorenni a partire dal 05/02/2012 per l'accesso al contributo per strutture che accolgono soggetti disabili che necessitano di cure riabilitative. Il limite Isee è relativo al singolo assistito e non al nucleo familiare.

ASL RESIDENZA	Popolazione Lazio 1-1-2009	STRUTTURE	POSTI		PROGETTI *		UTENTI	
		N.	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti
RM A	482.369	7	321	0,67	739	1,53	337	0,70
RM B	690.712	5	240	0,35	948	1,37	494	0,72
RM C	537.747	8	544	1,01	682	1,27	388	0,72
RM D	560.600	10	494	0,88	649	1,16	326	0,58
RM E	519.429	6	346	0,67	651	1,25	354	0,68
RM F	307.987	2	41	0,13	100	0,32	49	0,16
RM G	476.586	2	56	0,12	149	0,31	98	0,21
RM H	534.605	4	148	0,28	431	0,81	198	0,37
VT	315.523	3	98	0,31	559	1,77	386	1,22
RI	159.018	0	0	0	9	0,06	6	0,04
LT	545.217	3	100	0,18	402	0,74	135	0,25
FR	496.917	2	64	0,13	30	0,06	19	0,04
<b>TOTALE</b>	<b>5.626.710</b>	<b>52</b>	<b>2.452</b>	<b>0,44</b>	<b>5.349</b>	<b>0,95</b>	<b>2.790</b>	<b>0,50</b>

### **L'attuale offerta di prestazioni ex art.26 L 833/78 in base a quanto deliberato con decreto commissariale n°17/2010.**

Con Dgr del 17 ottobre 2012, la Regione Lazio ha provveduto a sanare la discrepanza che si è venuta a creare rispetto alla normativa in materia per gli utenti che usufruiscono di dette prestazioni ma che alloggiano in strutture residenziali socio-sanitarie a proprie spese, stabilendo di detrarre dall'Isee l'importo versato fino al limite di 5.164,57 euro, così come stabilito dal Dpcm del 4 aprile 2001.

## Ticket

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza, il Dlgs 502/92 prevede che queste prestazioni siano rese dal Sistema sanitario nazionale in modo gratuito o con partecipazione.

Tutte le Regioni prevedono la compartecipazione alla spesa. Per quanto riguarda le esenzioni, vengono adottate le disposizioni a livello nazionale anche se qualche margine di autonomia è concesso per differenti condizioni reddituali, ulteriori tipologie di patologie e categorie di cittadini. Nelle tabelle seguenti vengono riepilogati i ticket applicati nel Lazio.

<b>Ticket per prestazioni specialistiche ambulatoriali 2011</b>	Importo per ricetta	Esenzioni (quelle previste a livello nazionale)
Lazio	€ 36,15	-Patologie croniche emalattie rare
Fonte: Agenas /Sanità Lazio	Si aggiungono:  -€ 15,00 per RMN e Tac, -€ 5,00 per FKT  -€ 4,00 per tutte le altre; prestazioni e pacchetti ambulatoriali -€ 10,00 quota fissa per pazienti non esenti (legge111/2011)	-Diagnosi precoce tumori (prestazioni diagnostiche in screening, mammografia per donne tra 45 e 69 anni ogni due anni, p test per donne tra 25 e 65 anni ogni tre anni, colonscopia per età superiore a 45 anni ogni 5 anni) ;
		-Invalidità: di guerra, per lavoro con ridotta capacità lavorativa (2/3), civili con indennità di accompagnamento, ciechi e sordomuti, vittime criminalità organizzata e terrorismo, infortunati sul lavoro, ex deportati;
		-Gravidanza: per accertare in fase preconcezionale difetti genetici, per accertare condizioni patologiche di madre e feto, per accertar eventuale rischio per il feto
		-Test HIV
		- Reddito: (< 6 anni e > 65 anni con reddito nucleo familiare non superiore ad €36.151,98; titolare pensione sociale e familiari a carico, disoccupati iscritti al collocamento con reddito nucleo familiare inferiore ad € 8.263,31 che sale a €11.362,35 con coniuge e di ulteriori € 516,46 per figlio a carico; titolari di pensione minima con reddito nucleo familiare inferiore ad € 8.263,31 che sale a € 11.362,35 con coniuge a carico e di ulteriori €516,46 per figlio a carico.
Il D.M. 11/12/2009 stabilisce che in tema di verifica delle esenzioni per reddito (con gli strumenti messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate per la verifica dei nuclei familiari con reddito non superiore ad € 36.151,98 e grazie all'INPS che indica i titolari di pensione al minimo ed i titolari di assegni sociali) sia il medico curante su indicazione dell'assistito ad indicare l'esenzione.  E' la ASL che rilascia il certificato provvisorio di esenzione, provvedendo in corso d'anno, alla verifica delle condizioni di esenzione per reddito.		

## Ticket pronto soccorso

	<b>Ticket</b>	<b>In quali casi</b>	<b>Categorie esenti</b>
<b>Lazio</b>	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero	Quota non dovuta dai < 14 anni non esenti E non esenti con traumatismi e avvelenamenti acuti

Fonte: Agenas

Per quanto riguarda i ticket di pronto soccorso, la Finanziaria 2007 ha stabilito che per i codici bianchi non seguiti da ricovero, i soggetti non esenti debbano un ticket in quota fissa pari a 25 euro. Sono esentati i minori di 14 anni e chi non usufruisce di esenzioni con traumatismi ed avvelenamenti. Tale indicazione è seguita da tutte le regioni ad eccezione della Basilicata che non prevede alcuna applicazione di ticket per il pronto soccorso, mentre la Provincia di Bolzano e la Campania applicano un ticket di 50 euro. In alcune regioni è prevista la compartecipazione per prestazioni diagnostiche, strumentali e terapeutiche in regime di pronto soccorso. Nella Provincia di Trento il ticket per le prestazioni di pronto soccorso sale a 35 euro per i non esenti.

## Ticket Sanitari Farmaci

Per quanto riguarda i farmaci, la tabella riassume le condizioni di compartecipazione e di esenzione totale e parziale. Le categorie di esenzione rimangono sostanzialmente quelle stabilite a livello nazionale, nel Lazio la compartecipazione alla spesa per l'acquisto di farmaci da parte dei non esentati varia da € 2,50 a € 4 a seconda del prezzo del farmaco. Analogamente per esenti parziali che sono chiamati a pagare da € 1 a € 2,50. Nessuna forma di compartecipazione è prevista per gli esenti totali. Il Ssn provvede inoltre a dispensare dietro presentazione di ricetta, i prodotti per intolleranze alimentari (alimenti senza glutine, apteici, lattini per infanti) ed il materiale sanitario per diabetici (strisce, siringhe, aghi, ecc).

Fonte: Federfarma.it

Normative regionali

	<b>Lazio</b> <b>Decreto n. 45 del 17 novembre 2008</b>
Compartecipazione	Prezzo superiore a € 5,00: €4,00/confez. Per non esentati €2,00/confez. Per esenti per malattie rare e croniche e per danneggiati non inclusi negli esenti totali per reddito e per categoria Prezzo inferiore a € 5,00: €2,50/confez. Per non esentati €1,00/confez. Per esenti per malattie rare e croniche e per danneggiati non inclusi negli esenti totali per reddito e per categoria
Esenzione	esenti parziali: Prezzo superiore a € 5,00: € 2,00/confezione Prezzo inferiore a € 5,00: € 1,00/confezione
	<b>Esenti totali</b>
malattie	croniche (es. parziale) rare (es. parziale)
invalidità	civili 100% con e senza indennità di accompagnamento civili da 67% a 99% civili < anni 18 ciechi



	sordomuti per lavoro da 80% a 100% per lavoro da 67% a 79% per lavoro da 1% a 66% per servizio categoria 1 e categ. Da 2 a 5 per servizio categoria 6-8 di guerra da categoria 1 a 5 di guerra da categoria 6 a 8
danneggiati	da vaccinazioni, trasfusioni obbligatorie (es. parziale) donatori d'organo
vittime	terrorismo, criminalità e stragi (no ticket)
detenuti, deportati, extracomunitari	detenuti ed internati. gli stranieri pagano la quota di compartecipazione e la differenza con il prezzo in base al tipo di esenzione.
età/reddito	E01: Soggetto con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare non superiore a Euro 36.151,98 E03: Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) di assegno (ex pensione) sociale
condizioni lavoro	E02: Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) della condizione di disoccupazione iscritto al collocamento con reddito familiare non superiore ad € 8263,31 che sale ad € 11362,05 in presenza del coniuge a carico e di € 516,46/figlio a carico  infortunati sul lavoro  obiettore di coscienza in servizio civile
pensione	E04: > 60 anni e pensione al minimo +familiari a carico + reddito < € 8.263,31 che sale a € 11.362,05 con coniuge a carico e si somma € 516,41 per ogni figlio
terapia	ossigeno gassoso e liquido
gravidanza	
legge	esenti legge 203/2000 (titolari pensione di guerra vitalizia per i farmaci di classe C ovvero con obbligo di ricetta medica

### **ADI: Assistenza Domiciliare Integrata**

Si individuano diverse modalità di assistenza domiciliare integrata

- *Cure Domiciliari Prestazionali*: sono caratterizzate da una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale di secondo livello e l'individuazione di un piano di assistenza multidisciplinare
- *Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello*: si rivolgono a pazienti che pur non presentando criticità di carattere acuto o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati che necessariamente si articolano sui 5 giorni/settimana (primo livello) o 6 giorni/settimana (secondo livello). Questa tipologia di cure domiciliari necessitano di un piano assistenziale individuale (Pai)
- *Cure Domiciliari Integrate di terzo livello*: assorbono quelle precedentemente definite come ospedalizzazione a domicilio e consistono in interventi professionali rivolti a soggetti che presentano bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche: pazienti terminali (oncologici e non), pazienti con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (sclerosi laterale amiotrofica, distrofia muscolare), pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo, pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza. Anche in

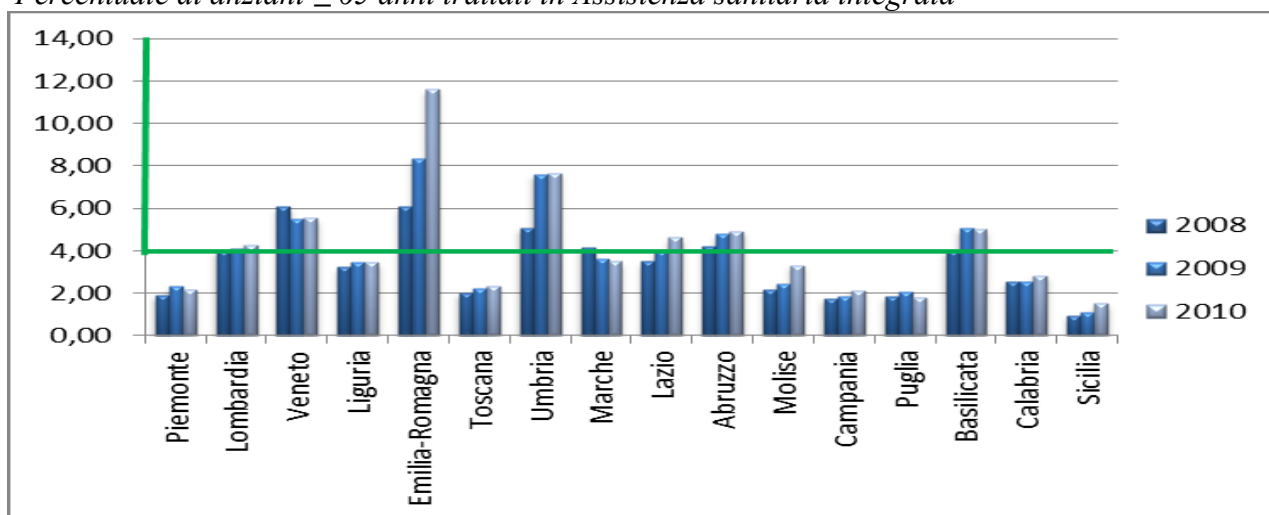
questo caso, presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura continuativo, sempre attraverso la presa in carico del Pua (Punto unico di accesso);

- *Cure domiciliari palliative a malati terminali*: sono rivolte a pazienti nella fase terminale della malattia e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, così come vengono definite dal Pai; per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di un'equipe dedicata. In questo caso, si tratta di interventi programmati che si articolano sui 7 giorni settimanali e per i quali è prevista la pronta disponibilità di intervento nelle 24 ore.

Gli anziani trattati in Adi sono principalmente donne (61,6%) di età compresa tra 70 e 90 anni circa, per le quali si combinano diverse patologie che necessitano di essere curate con diversi farmaci, limitate nelle attività del vivere quotidiano e con un certo deficit cognitivo, nel 37% dei casi costrette a letto.

Il trattamento in Adi, consente di conseguire notevoli vantaggi sia in termini di qualità della vita, data la permanenza dell'anziano nella propria abitazione, con la possibilità di svolgere, nei casi meno gravi, piccole azioni quotidiane nel proprio ambiente, sia sul piano affettivo. Il risultato è notevole anche in termini di spesa sanitaria con una riduzione del tasso di ospedalizzazione e di re-ospedalizzazione, durata della degenza in ospedale, tasso di istituzionalizzazione, consumo dei farmaci.

*Percentuale di anziani  $\geq 65$  anni trattati in Assistenza sanitaria integrata*



**Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (>= 65 anni), per ASL.  
Regione Lazio – Anno 2010**

Codice	Denominazione	Percentuale anziani trattati in ADI	Casi Trattati Anziani ADI	Popolazione residente nella ASL >=65 anni
	ITALIA	4,12	502.475	12.206.503
120	LAZIO	4,68	52.598	1.123.067
101	RM/A	3,75	3.991	106.477
102	RM/B	2,21	3.267	147.730
103	RM/C	2,16	2.559	118.255
104	RM/D	3,03	3.531	116.450
105	RM/E	4,75	5.372	112.978
106	RM/F	2,69	1.398	51.911
107	RM/G	7,97	6.442	80.864
108	RM/H	12,88	11.558	89.751
109	VITERBO	5,58	3.748	67.197
110	RIETI	4,77	1.732	36.325
111	LATINA	4,98	4.800	96.383
112	FROSINONE	4,25	4.200	98.746

*Elaborazioni:*

Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di statistica

*Fonti:*

Modello FLS21 - quadro H; Casi anziani trattati in ADI.

Rete di assistenza: Corrispondenze ASL-Comuni

Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio 2010 di età superiore o uguale a 65 anni

### **Centri diurni**

Il Centro Diurno è una struttura assistenziale intermedia, semiresidenziale, a valenza sanitaria e sociale indicata per l'anziano che presenta due condizioni:

- disabilità grave;
- disagio sociale.

Le caratteristiche del paziente per l'ammissione in Centro Diurno sono approssimativamente equivalenti a quelle relative all'ammissione in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa). L'anziano eleggibile al Centro diurno deve però poter contare, al proprio domicilio, su un'assistenza informale adeguata per il periodo notturno. Ha come caratteristica quella di integrare i servizi sanitari e quelli sociali. In affiancamento alle altre tipologie di assistenza al malato (Adi, Rsa, Centri diurni che accolgono malati meno gravi) queste strutture devono poter mantenere un collegamento con la rete assistenziale geriatrica ospedaliera.

Sinteticamente, servizi offerti dal centro diurno sono:

- Assistenza di carattere sociale. Oltre all'assistenza alla persona (igiene personale, bagno assistito) devono essere garantite:
  - attività motoria programmata
  - attività di animazione e di socializzazione, iniziative socioculturali, supporto sociale
  - attività formative-educazionali, rivolte ai familiari e ai *caregiver* sulle modalità di assistenza all'anziano;

- Assistenza di carattere sanitario:
  - assistenza infermieristica (somministrazione della terapia prescritta dal medico curante, rilievo di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, alvo e diuresi, rilievo del peso corporeo e dello stato nutrizionale, prevenzione e medicazione delle ferite e delle lesioni da pressione, gestione del catetere vescicale ecc.)
  - riabilitazione (fisiokinesiterapia, terapia occupazionale)
  - assistenza medica garantita dal medico di medicina generale
  - servizio podologico
- protocolli riguardanti il ricorso alla contenzione fisica concordati fra i vari operatori
- Assistenza di carattere sanitario:
  - il Centro Diurno non deve avere soltanto finalità di cura o di custodia, ma deve preparare e attuare programmi formali di prevenzione. Questi dovranno riguardare, per esempio, la scelta e la programmazione delle vaccinazioni, la prevenzione di sindromi geriatriche quali le cadute, l'incontinenza urinaria, la malnutrizione, il decondizionamento fisico, le lesioni da pressione, la depressione ecc.

Le finalità del centro diurno sono relative ad una alternativa al ricovero in Rsa nei casi meno gravi, ad un alleggerimento del carico assistenziale della famiglia, evitare ospedalizzazione incongrua o facilitare le dimissioni dai reparti ospedalieri. Alcuni studi dimostrano che gli anziani che frequentano strutture di questo tipo riescono a svolgere più facilmente le attività quotidiane con una buona motilità e con una diminuzione sia della depressione che della demenza.

Il Centro diurno è una struttura polivalente, di sostegno, di socializzazione, di aggregazione o di recupero rivolta alla generalità degli utenti. È collegato ed integrato con la rete dei servizi del territorio e, a seconda della sua tipologia, svolge attività di aggregazione culturale, educativa, ricreativa, sportiva, di terapia occupazionale finalizzate all'integrazione sociale. I Centri diurni per anziani, chiamati semplicemente Centri anziani, pur essendo in stretto collegamento con il Servizio sociale del Comune sono autogestiti e la loro organizzazione è funzionale al raggiungimento degli obiettivi di socializzazione e di aggregazione dell'anziano che diventa egli stesso risorsa del territorio.

Il centro anziani è un luogo di socializzazione e di incontro dedicato alle persone anziane ma ha anche lo scopo di favorire la vita di relazione e l'aggiornamento culturale degli anziani nel comune di residenza: è un servizio cosiddetto "alla porta del cittadino".

La Regione Lazio – Assessorato Politiche Sociali e Famiglia eroga contributi diretti ai comuni per la realizzazione di interventi per la qualificazione dei centri anziani comunali.

I progetti ammissibili possono riguardare:

- il miglioramento dell'autosufficienza ed il recupero psico-fisico della persona anziana;
- l'apprendimento dell'utilizzo delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla possibilità che offrono di entrare in contatto con le pubbliche amministrazioni erogatrici di servizi (Comuni, Asl, etc.)
- corsi informativi sulle problematiche sanitarie e sociali connesse con la terza età.

### Un accenno alle case di riposo

Le case di riposo comunali o convenzionate nel Lazio, stando ad una ricerca condotta da Auser, sono tra pubbliche e private pari a 201 di cui 84 solo a Roma. La necessità di accudire anziani autosufficienti e non, ha portato lo sviluppo di numerose strutture che vedono un notevole guadagno (con rette mensili che variano da 800 a 2.500 euro mensili) per servizi offerti spesso da personale non qualificato con condizioni di malnutrizione degli ospiti e somministrazione di farmaci scaduti in strutture non a norma. Nell'ottica della necessità di provvedere ad un riordino della condizione, la Giunta regionale all'inizio del 2011 ha approvato la Deliberazione n. 17 sui: "Requisiti in deroga ai requisiti integrativi previsti dalla Dgr 1305/2004, Sezione III - Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, ai sensi dell'articolo 14, comma 4 della Lr 41/2003".

La nuova Delibera NON HA DEROGATO tutti i requisiti integrativi previsti dalla Dgr 1305/2004 ma solo i requisiti strutturali e quelli relativi alle figure professionali. Il 10 febbraio 2011 era la data stabilita per l'adeguamento di tutte le case di riposo ai requisiti per il rilascio delle autorizzazioni.

<b>Territorio</b>	<b>Numero strutture residenziali</b>
<b>Comune di Roma</b>	84
Province di:	
<b>Frosinone</b>	19
<b>Latina</b>	10
<b>Rieti</b>	9
<b>Roma</b>	60
<b>Viterbo</b>	19

Per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa delle famiglie per anziani assistiti in case di riposo comunali, la determinazione di ottobre 2012 indica il riparto a Roma Capitale e ai Distretti Socio-Assistenziali del Lazio dei fondi destinati alle Case di riposo comunali per anziani. L'impegno di spesa per l'esercizio finanziario 2012 è di 2 milioni di euro.

In particolare si assegna a Roma capitale un totale di 800 mila euro ed 1,2 milioni di euro rimanenti vengono ripartiti tra i comuni capofila dei vari distretti.

La Dgr 202/2011 indica i criteri di riparto dei fondi ai Comuni stabilendo di assegnare il 90% in base alla popolazione residente ed il 10% su superficie territoriale. La popolazione a cui si fa riferimento è quella anziana di età superiore a 65 anni. Le richieste di contributo dovevano essere presentate entro fine novembre 2012, presso le sedi dei Comuni Capofila di Distretto Socio Assistenziale di ciascun ambito territoriale.

## Liste di attesa

Dopo anni di piano di rientro, sono diminuiti quantità e qualità dei servizi sanitari con conseguente aumento delle liste di attesa .

PRESTAZIONE	tempi di attesa per ASL di riferimento ottobre 2012					N° Distretti Monitorati	N° Distretti che rispettano i tempi
	ASL	Tempi Minimi	ASL	Tempi max	Tempi previsti		
<b>Mammografia</b>	LATINA	6 gg	RM F	218 gg	60 gg	30	17
<b>RM della Colonna*</b>	RM B	109 gg	RM H	149 gg	60 gg	6	0
<b>Ecografia Addome sup.</b>	RM E	6 gg	RM F	188 gg	60 gg	34	8
<b>Ecografia del capo</b>	RIETI	18 gg	RM D	286 gg	60 gg	40	5
<b>Ecodoppler</b>	RIETI	26 gg	RM B	224 gg	60 gg	30	2
<b>ecodopplergrafia</b>	RIETI	25 gg	RM A	228 gg	60 gg	34	2
<b>TAC del capo</b>	FR	8 gg	RM C	135 gg	60 gg	23	16
<b>TAC rachide</b>	RM B	11 gg	RM F	106 gg	60 gg	17	14
<b>ECG</b>	RM E	3 gg	LATINA	248 gg	60 gg	45	30
<b>ECG Holter</b>	RIETI	18 gg	FR	221 gg	60 gg	26	6
<b>Visita cardiologica</b>	RM	8 gg	LATINA	244 gg	30 gg	45	20
<b>Visita oculistica</b>	LATINA	4 gg	LATINA	174 gg	30 gg	45	20
<b>Visista Ortopedica</b>	RMA G	6 gg	LATINA	128 gg	30 gg	46	24

L'impossibilità per i cittadini di accedere alle prestazioni del Ssn ha visto aumentare la spesa sanitaria privata nella Regione Lazio per circa 3 miliardi di euro nel 2012. Il combinato disposto liste di attesa e aumento dei ticket per la specialistica ambulatoriale, sta causando la riduzione delle prestazioni garantite dal servizio pubblico a vantaggio delle tante strutture private.