



Associazione Senza Limiti - onlus
Milano, via dei Carracci, 2
Tel.024984678 -Fax 1782275993
[Senzalimiti.onlus@tiscali.it@](mailto:Senzalimiti.onlus@tiscali.it)

MANUALE

PER IL DIRITTO ALLE CURE E ALL'ASSISTENZA SOCIALE DELLE PERSONE MALATE CRONICHE NON AUTOSUFFICIENTI

Questo “dossier” è consigliato a:

- Cittadini utenti del Servizio Sanitario Nazionale
- Famiglie con persone a carico, malate croniche non autosufficienti
- Associazioni e movimenti per la difesa dei diritti
- Sindacati

INDICE:

CAPITOLO PRIMO	<i>Adepiimenti per la presa in carico delle persone anziane con malattie croniche</i>	pag. 6
CAPITOLO SECONDO	<i>Il ricovero ospedaliero e Il rifiuto delle dimissioni “selvagge”</i>	pag. 7
CAPITOLO TERZO	<i>Le cure domiciliari</i>	pag. 11
CAPITOLO QUARTO	<i>L’assistenza della badante e il riconoscimento dell’invalidità</i>	pag. 14
CAPITOLO QUINTO	<i>L’amministratore di sostegno e l’ufficio di protezione giuridica</i>	pag. 16
CAPITOLO SESTO	<i>L’assistenza delle persone non autosufficienti nelle RESIDENZE</i>	pag. 20
CAPITOLO SETTIMO	<i>Indicazioni operative</i>	pag. 24
CAPITOLO OTTAVO	<i>Il ricorso al giudice</i>	pag. 26
CAPITOLO NONO	<i>Salute mentale e diritti di cittadinanza sociale</i>	pag. 27

"Supplemento al numero 222-224 di Medicina Democratica autorizzazione del Tribunale di Milano n. 23 del 19 gennaio 1977
Direttore responsabile: Fulvio Aurora

PERCHE' UN MANUALE?

Molte persone, in una percentuale consistente, si trovano in una condizione di non autosufficienza a causa di una grave patologia contratta o di un'altrettanto grave disabilità dalla nascita o acquisita nel corso degli anni.

La nostra Costituzione (in particolare gli articoli 32 e 38) stabilisce che lo Stato, nelle sue articolazioni se ne deve far carico. Molte leggi lo precisano. In altri termini queste persone hanno diritto ad essere curate, riabilitate, assistite in relazione alla loro condizione. Sempre le leggi stabiliscono se la prestazione o le prestazioni che ricevono sono gratuite (pagate dalla fiscalità generale) o se è previsto un esborso secondo la loro condizione economica.

Non sempre è così, non sempre vengono date le dovute risposte. Non è facile da parte delle stesse persone o dei loro famigliari, o comunque da coloro che le sostengono, conoscere i diritti che di cui sono portatori e quindi sapere quali sono le procedure per ottenerli. Ci vuole un aiuto, ci vogliono delle indicazioni, ci vuole qualcuno che spieghi che cosa si deve fare.

Questo Manuale vuole rispondere a questa esigenza.

In un periodo di crisi economica, le risorse finanziarie per fare fronte ai bisogni sanitari e sociali vengono gravemente ridotte senza peraltro intaccare il profitto e le rendite. Nessun provvedimento viene adottato per favorire una migliore equità e redistribuzione delle ricchezze. Questa situazione spiega perché anziani e persone non autosufficienti vengono a volte abbandonate o poco curate.

In questo manuale non andremo ad indagare sulle cause che portano alla non autosufficienza anche se possiamo considerarla spesso come il frutto della condizione sociale o lavorativa. Pensiamo che con degli interventi di protezione e di prevenzione questa condizione potrebbe essere, in alcuni casi evitata e in altre alleviate.

La nostra intenzione è quella di dare informazioni aggiornate che derivano dalla conoscenza delle leggi e delle normative in materia e di trasmettere degli strumenti utili per ottenere tempestivamente le giuste risposte in termini di servizi e di assistenza.

Non è per nulla facile orientarsi nell'ambito sanitario e sociale, sapere esattamente a quale porta bussare, sapere quali sono gli ambiti di competenza di ciascun ente, a quali obblighi sono tenuti. Si parla di continuità assistenziale, di integrazione tra l'ospedale e il territorio, ma nella realtà l'intero sistema è frammentato e troppo spesso gli stessi operatori non agiscono per favorire un percorso di cura che va seguito nelle varie fasi: dall'acuzie alla riabilitazione.

Facciamo infine presente che un manuale da solo non basta, anche se preciso e più possibile esauriente..La nostra associazione, formata da volontari (dei diritti) rimane a disposizione, per rispondere alle domande dei singoli, per dare consigli, per organizzare eventi di discussione e di approfondimento. Naturalmente c'è a disposizione un sito internet nel quale vi sono molte altre informazioni che possono essere utili e che può essere consultato: www.senzalimitationlus.it

Una raccomandazione importante: si consideri che nei rapporti con la pubblica amministrazione, con enti e istituti di qualsiasi genere. ciò che conta non solo le parole dette, ma quelle scritte sottoscritte e firmate.

E ricordiamo che: "siamo cittadini e non sudditi".

I DIRITTI DELLE PERSONE MALATE CRONICHE NON AUTOSUFFICIENTI (conoscenza, cura, riabilitazione, assistenza)

(NB: il manuale è fondato sulla legislazione nazionale e sulla normativa della Regione Lombardia)

Tutti i cittadini hanno diritto alle cure, qualunque siano “le cause, la fenomenologia, e la durata delle malattie” (cfr articolo 2 punto 3 legge 23 dicembre 1978 n. 833)

La vicenda di una signora con Alzheimer

Una signora viene nella nostra sede. E' visibilmente turbata. Ci racconta di sua madre. Malata di Alzheimer. Ci dice ciò che le è capitato, negli ultimi mesi di vita. La signora e i familiari abitano in una casa a schiera. Alla madre è assegnata una stanza al piano di sopra. La malattia della madre si fa sentire. Di frequente, il suo comportamento è scomposto ed è controllato con difficoltà dai familiari.

Si impone una riflessione sul modo di andare avanti. I familiari ritengono che si debba provvedere al ricovero della mamma. A tale riguardo, la figlia si reca in una Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A. della città. Parla della malattia della madre ad un medico. Sa che nella stessa R.S.A. è in funzione un “nucleo Alzheimer”.

Chiede se è possibile ricoverare la madre. Le dicono di no, perché i posti-letto sono tutti occupati. Le dicono di provare altrove. A tale riguardo, la informano che in una località della provincia di Novara (regione Piemonte) è stata aperta, di recente, una nuova R.S.A.

Le suggeriscono di avanzare la richiesta di ricovero in quella struttura. La signora si reca nella cittadina indicata. Dista una quarantina di chilometri. Compie una visita nella R.S.A. in questione. Fa presente al personale dedicato all'accoglienza la necessità di ricovero della mamma. Le dicono che c'è posto. Può essere ricoverata. Il ricovero della mamma avviene dopo qualche giorno.

La figlia non abbandona la mamma. Trascorre una buona parte del tempo con lei. La soluzione del ricovero comporta un notevole dispendio di energie per il viaggio, oltre all'onere della retta (90 euro/al giorno). A casa, i familiari tirano un momentaneo respiro di sollievo. Ma, presto si affacciano nuovi guai. La mamma, dopo qualche settimana di permanenza in R.S.A., sarà affetta da piaghe di compressione (decubito). La R.S.A., che da poco tempo è entrata in esercizio, lascia trasparire le sue carenze di dotazione e di organizzazione.

La mamma, a seguito di tale affezione, verrà ricoverata e assistita in ospedale, per due volte di seguito. La signora, nella nostra sede, con le lacrime agli occhi, conclude la sua narrativa sulla sorte della mamma. Tutto è avvenuto dal mese di settembre al mese di dicembre dello scorso anno. Prima di Natale, la mamma è venuta meno.

SEQUENZA

RICOVERO OSPEDALIERO – DIAGNOSI

0

ALTRI TIPI DI VISITA CON DIAGNOSI

DEFINIZIONE-CERTIFICAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

RICHIESTA DI INVALIDITA' E DI ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO

DIMISSIONI DALL'OSPEDALE CONSENSUALI O RIFIUTO DELLE DIMISSIONI

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

RICHIESTA – NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

PASSAGGIO IN RIABILITAZIONE (se del caso)

RICOVERO AL DOMICILIO ADI (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA) (verifica dell'assistenza)

0

RICOVERO IN RSA (RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE) (verifica dell'assistenza e verifica economica)

CAPITOLO PRIMO

Adempimenti per la presa in carico delle persone anziane con malattie croniche

Con i sentimenti di vicinanza umana e di cordoglio alla famiglia da noi conosciuta, traiamo lo spunto per tracciare il **quadro dei principali adempimenti** di protezione delle persone con malattie croniche. Indichiamo, di seguito, i principali provvedimenti necessari alla loro **“presa in carico”** da parte delle istituzioni pubbliche territoriali.

1. La persona da assistere è **malata cronica**. L'assistenza compete, in primis, al Distretto dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale – A.S.S.T. (ex-A.S.L.). Chi cura gli interessi del malato, all'insorgere della malattia, con il referto rilasciato dal Medico di Medicina Generale (medico curante della persona assistita) è tenuta a recarsi **all'ufficio fragilità** del Distretto.
2. In questo ufficio, è in funzione una équipe denominata **Unità di Valutazione Multidimensionale**, composta da un medico, da un infermiere professionale e da un'assistente sociale. La persona viene visitata dalla équipe per una **valutazione multidimensionale**, a seguito della quale si propone l'attuazione di un **piano di assistenza individuale**.
3. Il piano può prevedere l'attuazione **dell'Assistenza Domiciliare integrata-A.D.I (di competenza del Distretto A.S.S.T o del Servizio di Assistenza Domiciliare – S.A.D.** (di competenza del Comune) o l'intervento contestuale di entrambi i Servizi.
4. Mentre è in atto l'assistenza domiciliare, il medico curante viene sollecitato dal caregiver (familiare che cura gli interessi della persona malata) ad inoltrare all'I.N.P.S. la domanda di riconoscimento del **grado di invalidità**. L'invalidità civile viene riconosciuta dalla **Commissione Medica** del Distretto A.S.S.T. (ex- Distretto A.S.L.), sottoponendo a visita la persona malata.
5. Le persone affette dalla malattia di Alzheimer, o di altre gravi malattie croniche, vengono riconosciute **invalidi al cento per cento** e, in quanto incapaci di compiere autonomamente le azioni quotidiane della vita (senza l'aiuto continuativo di una persona accudente), esse hanno il diritto di percepire **l'Indennità di accompagnamento**.
6. Per la tutela dei suoi interessi, la persona fragile ha bisogno di una adeguata **protezione giuridica**. Questa problematica viene affrontata, preferibilmente, da un parente stretto, inoltrando una formale istanza al **Giudice Tutelare**, che opera presso la sezione del Tribunale Civile, competente per territorio.
7. Il Giudice Tutelare, a tale proposito, dopo avere attentamente esaminato il caso, emette un decreto di nomina dell'**Amministratore di Sostegno**, a beneficio della persona tutelata.
8. La persona fragile, dal momento in cui viene assistita a domicilio con il servizio SAD, o in centri diurni o in residenze a ciclo continuativo, viene chiamata dal Comune di residenza a concorrere al costo del servizio prestato. Il concorso viene calibrato sulla cosiddetta **prova dei mezzi (certificazione I.S.E.E - Indicatore della Situazione Economica Equivalente)**. L'Amministratore di sostegno (o, in carenza di nomina, il parente che cura gli interessi della persona assistita) deve rivolgersi ad un C.A.F. per istruire la prima parte della **Dichiarazione Sostitutiva Unica** e quindi ottenere la certificazione I.S.E.E., che dovrà esibire, in caso di necessità, al Comune.
9. Il concorso al costo del servizio (la retta) è particolarmente oneroso nel caso in cui la persona anziana malata cronica venga ricoverata in una Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A. La certificazione I.S.E.E. costituisce la base di tale concorso. Quando, con l'I.S.E.E. la persona dimostra

di non essere in grado di pagare per intero la retta, **il Comune di provenienza** (di residenza della persona prima del ricovero) è **tenuto ad integrarla**.

Questi sono i principali **adempimenti**, necessari alla presa in carico delle persone con malattie croniche, non autosufficienti. Non abbiamo la pretesa di indicarli tutti, esaustivamente. Andando oltre a quanto abbiamo elencato, possiamo aggiungere che, nel caso di **ricovero ospedaliero**, si affacciano altre esigenze di tutela delle persone con malattie croniche. Per tali persone, le dimissioni dall'ospedale devono essere mirate alla **continuità assistenziale**. Ovvero, devono essere attuate senza che venga buttata addosso esclusivamente ai familiari la cura del parente infermo. Perché, come già abbiamo ricordato, la cura deve continuare nel contesto di un Piano di Assistenza Individuale.

CAPITOLO SECONDO

Il ricovero ospedaliero e il rifiuto delle dimissioni "selvagge"

Raccogliamo la testimonianza di una signora.

Il padre è anziano, malato cronico. Assai di frequente, viene ricoverato in ospedale. Il ricovero, ogni volta, è motivato dalle ricorrenti affezioni acute, che si innestano sulla cronicità degli organi vitali.

In genere, il ricovero ha la durata di alcuni giorni, una settimana, o poco più.

Ogni volta, il medico di turno, il giorno prima del termine del ricovero, impone alla figlia di "lasciar libero il posto letto".

Questa volta, la signora, all'atto della richiesta del medico si rivolge alla nostra associazione.

Ci descrive il quadro clinico del padre, della sua gravità e dei suoi bisogni assistenziali. Nonostante la sua personale dedizione vede che non le è possibile farvi fronte con il solo aiuto familiare.

Il suo accento critico si ferma sul modo di fare del reparto ospedaliero. Non condivide l'ottica degli operatori sanitari del reparto.

Capisce l'esigenza dell'ospedale di accogliere altre persone malate ma non tollera che il padre, in tal modo, con il suo evidente bisogno di continuità assistenziale, venga posto esclusivamente sulle "sue spalle".

Condividendo la sua apprensione e gli accenti critici, le forniamo gli elementi giuridici ed operativi previsti dall'attuale assetto, da porre in contrasto alla prassi del presidio ospedaliero.

Parliamo della responsabilità del presidio ospedaliero, e sottolineiamo che, nella pratica della "dimissione selvaggia", la responsabilità dell'atto non sia tanto da ascrivere a questo o a quel primario (buono o cattivo), quanto a chi dirige l'insieme dell'organizzazione ospedaliera.

Bisogna fare in modo che il padre sia trattenuto nel reparto ospedaliero fin tanto che non sarà valutato, con la necessaria urgenza, il suo bisogno, semplice o complesso, di continuità assistenziale.

Per rendere fattibile il trattenimento del padre nel reparto ospedaliero, sottoponiamo alla signora un modello di lettera da inviare (raccomandata RR o PEC o protocollata nel luogo cui è indirizzata) alla dirigenza dell'ospedale, che, di seguito riproduciamo letteralmente. Con questa lettera la Signora notifica la sua opposizione alle dimissioni fintanto che la continuità della cura non è concreta e adeguata alle necessità del paziente.

**Al Direttore Generale
dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale – A.S.S.T.
presidio ospedaliero di _____**

**Al direttore Sanitario
Della Azienda Socio Sanitaria Territoriale – A.S.S.T
Presidio ospedaliero di**

**Al Direttore Generale
Dell’Agenzia Territoriale della Salute (AST)
Via.....**

**Al Sindaco
Del Comune di**

**p.c. Al Presidente della Giunta Regionale della Lombardia (lettera semplice)
via.....
MILANO**

**p.c. Alla Associazione “Senza Limiti – onlus” (lettera semplice)
Via dei Carracci, 2
20149 MILANO**

Oggetto: opposizione alle dimissioni

**Io _____ sottoscritto/a _____ abitante
in _____ via _____ n. _____,**

**visto l’art.41 della legge 12 febbraio 1968, n.132, che prevede il ricorso contro le dimissioni
e tenuto conto che la legge 23 ottobre 1985, n.595, nonché il decreto legislativo 30 dicembre
1992, n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni ed opposizioni in materia di
sanità,**

nella veste di parente (o in veste di amministratore di sostegno) del (della) signor (signora)

**attualmente ricoverato/ta e curato/ta nel presidio ospedaliero di _____,
facente capo al polo ospedaliero di codesta spettabile Azienda Socio Sanitaria Territoriale –
A.S.S.T.,**

chiedo che non venga dimesso/a

per i seguenti motivi.

- 1.- La persona ricoverata, non è autosufficiente, è gravemente malata e non è sempre capace di programmare il proprio futuro.**
- 2.- Io non sono in grado di fornire le necessarie cure alla persona di cui si tratta e non intendo assumere oneri di competenza del Servizio Sanitario.**

Faccio presente che le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, sono dovute anche alle persone anziane, malate croniche, non autosufficienti, senza limiti di durata, ai sensi delle leggi, che di seguito vengono richiamate:

- 4 agosto 1955, n. 692**

- **12 febbraio 1968, n. 132, art.29**
- **17 agosto 1974, n. 386**
- **13 maggio 1978, n. 180**
- **23 dicembre 1978, n. 833, art.2.**

Altresi, in materia, mi permetto segnalare i seguenti pronunciamenti giurisprudenziali:

- **La sentenza della prima sezione civile della Corte di Cassazione n. 10150/1996**
- **La sentenza del Consiglio di Stato, pronunciata in sede giurisdizionale, n. 3377/2003**
- **La sentenza della quarta sezione penale della Corte di Cassazione n. 8254 del 2 marzo 2011, nella quale si richiamano i medici al rispetto del codice deontologico, con l'imprescindibile vincolo di tutela della salute del paziente, nell'atto della dimissione ospedaliera.**

Vi significo che io sottoscritto/a continuerò a fornire al/alla paziente tutto il possibile sostegno materiale e morale, compatibilmente con i miei impegni familiari e di lavoro.

Nel caso in cui codesta Direzione Generale proponga il trasferimento della persona ricoverata in altra struttura sanitaria o sociosanitaria, chiedo che essa sia individuata nell'Ambito Territoriale di appartenenza della persona medesima.

Inoltre, richiedo che vengano applicate le norme sul consenso informato.

Infine, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241, chiedo che mi venga resa una risposta scritta.

Ringrazio e porgo distinti saluti.

(data _____)

(Firma _____)

(fotocopia della carta d'identità di chi sottoscrive la lettera)

Vediamo ora quali sono le offerte di servizio che garantiscono la continuità assistenziale e cioè:

**Con le cure domiciliari? Con un successivo ricovero in un istituto di riabilitazione?
Con il ricovero in una struttura protetta, extra ospedaliera, a ciclo continuativo?**

Il ricovero in riabilitazione e lungadegenza

A volte succede che il paziente venga dimesso dall'ospedale per essere ricoverato in una struttura convenzionata di riabilitazione e lungadegenza.

In questo caso, deve essere prestata attenzione a due fatti:

- a) Il trasferimento deve avvenire all'atto della dimissione e a spese dell'ospedale. Bisogna rifiutare di portare a casa la persona se il posto non è immediatamente disponibile.

- b) Per il ricovero nella struttura di riabilitazione convenzionata, la persona malata e i suoi familiari non devono sottoscrivere nessun impegno. L'assistito è ancora a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Questo ricovero può durare dai 30 ai 60 giorni, in base ai regolamenti regionali; dopo di che, se la persona non ha risolto i suoi problemi, si ripresenta la necessità di intraprendere un altro percorso.

Vale la pena di inoltrare, tramite lettera, una richiesta di Valutazione Multidimensionale con Piano Assistenziale Individuale (PAI), come segue:

Città di

Spett.
Comune di
All'attenzione:
- del Sindaco
- del responsabile Settore servizi sociali
via
città

e p.c. Spett. ATS di
- all'attenzione del Direttore Generale,
- del direttore Sanitario
- del direttore Sociale
via
città

e p.c. R. S.A. _____
via
città

e p.c. Giudice Tutelare
via
città

e p.c. Associazione SENZA LIMITI, onlus
via dei Carracci, 2
20149 Milano

Raccomandata A.R.

OGGETTO: richiesta di predisposizione del “Progetto Individuale per la persona non autosufficiente e/o disabile” ex art. 14 Legge n. 328/00

Il sottoscritto, quale tutore del Sig./ Sig.ra....., persona con disabilità grave ex art. 3 co. 3 L. 104/1992, attualmente ricoverata presso

PREMESSO che

- L'art. 14 L.328/2000 prevede che per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'art. 3 L. 104/1992, i Comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, siano tenuti a predisporre un progetto individuale.
- Compete al Comune la presa in carico, effettiva, globale e personalizzata della persona ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 2, 6 e 7 L.R. 3/2008, 6 L. 328/2000,
- in relazione alle prestazioni sociosanitarie integrate, l'art. 4 co. 2 DPCM 14.2.2001 impone ai Comuni l'adozione, sul piano territoriale degli assetti più funzionali per consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni.
- È, conseguentemente, assolutamente urgente, la presa in carico mediante la predisposizione di un progetto personalizzato che veda comprenda tutti i soggetti coinvolti nella cura e nell'assistenza del Sig./Sig.ra

CHIEDE

La predisposizione urgente del progetto personalizzato di cui all'art. 14 L. 328/2000.

Ai sensi e per gli effetti di cui alla L. 241/1990 si richiede la comunicazione del nominativo del responsabile del procedimento, oltre all'indicazione delle modalità di partecipazione al suddetto procedimento, unitamente ai tempi massimi per l'adozione del provvedimento espresso.

Distinti saluti

Data e firma

CAPITOLO TERZO

Le cure domiciliari

La figlia della persona anziana ricoverata, di cui abbiamo parlato nel precedente capitolo, ha inoltrato in ospedale la lettera di opposizione alla dimissione "selvaggia". La dimissione è stata momentaneamente sospesa. Per questo motivo, ci sarà il colloquio della figlia (parente di riferimento) con la coordinatrice di reparto (capo sala) e con il medico di turno. La figlia è consapevole delle persistenti malattie croniche del padre. Si rende conto della necessità che le cure abbiano un carattere di continuità. Ritiene che le cure, con

il dovuto sostegno, possano essere praticate a domicilio. In questo quadro di convinzioni, non consentirà che il padre rientri a domicilio senza che sia determinato un percorso di continuità assistenziale. Dovrà chiedere una relazione clinica esauritiva relativa al periodo di ricovero e ottenere dal medico del reparto la **richiesta urgente** di attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata-A.D.I.

Con tale richiesta, dovrà recarsi al Distretto A.S.S.T., per stabilire il primo contatto con il **Servizio Fragilità**. Le verrà sottoposto un elenco di Enti Erogatori. Si tratta, per lo più, di cooperative sociali accreditate, cioè abilitate ad attuare, con il proprio personale, le cure domiciliari.

Le cooperative mettono in campo operatori sociosanitari con diversi profili professionali, come gli infermieri, gli Ausiliari Socio Assistenziali, gli Operatori Socio Sanitari, i tecnici della riabilitazione (fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, etc.).

La parente, all'interno dell'elenco degli Enti Erogatori, sceglierà la cooperativa per l'intervento sociosanitario da attuarsi a domicilio del padre.

Dopo di che, gli operatori della cooperativa prescelta prenderanno i necessari contatti con la persona da curare a domicilio.

Una volta che si saranno resi conto degli esiti dell'ultima cura in ospedale e delle malattie croniche persistenti, predisporranno un **Progetto di Assistenza Individuale – P.A.I. di emergenza**, da attuare, a domicilio, nei 15 giorni successivi al ricovero.

Mentre si svolgeranno le prestazioni emergenziali del primo periodo, una equipe del Distretto A.S.S.T., composta un medico, un infermiere e un assistente sociale, si recherà al domicilio della persona assistita.

L'intervento dell'equipe, denominata **Unità di Valutazione Multidimensionale**, consisterà nella selezione del **bisogno semplice** della persona (triage), rispetto al **bisogno complesso**, che verrà valutato in un modo più approfondito e con strumenti di valutazione omogenea, definiti a livello regionale.

Sulla base della valutazione dell'equipe, verrà assegnato un **voucher (titolo per acquisto del servizio)** corrispondente al profilo assistenziale della persona.

Conseguentemente, verrà redatto il **Piano di Assistenza Individuale definitivo**, che dovrà essere rispettato nell'attuazione delle cure domiciliari (Assistenza Domiciliare Integrata), fino al termine di 90 giorni (fatta salva la prosecuzione per fondati motivi).

Nel caso in cui la persona da assistere con le cure domiciliari non provenga dal ricovero ospedaliero il procedimento sarà molto simile con l'unica differenza che non verrà attuata la prima fase del P.A.I. di emergenza e la richiesta di attivazione del servizio di assistenza domiciliare andrà richiesta al **medico di medicina generale** del paziente.

I Servizi Sociali del Comune hanno in funzione un proprio servizio per le cure domiciliari delle persone con disabilità e delle persone anziane, non autosufficienti e precisamente il **Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)**. Questo servizio con i suoi operatori, non si sovrappone, istituzionalmente, a quanto viene compiuto dal servizio sociosanitario del Distretto A.S.S.T.

Il S.A.D. (servizio comunale) interviene, parzialmente, nella soddisfazione dei bisogni vitali della persona (igiene personale e vestizione, consegna dei pasti). Altresì, interviene per la pulizia dell'ambiente, per le esigenze di sostegno della persona nelle relazioni e per la sua socializzazione...).

In alcune zone dei nostri territori esiste un grado di collaborazione maggiore tra il distretto socio-sanitario e il servizio comunale di assistenza domiciliare con l'istituzione del **Punto Unico di Accesso**.

Se la risposta sarà positiva, vorrà dire che la valutazione del bisogno (visita a domicilio dell'Unità di Valutazione Multidimensionale) comprenderà anche l'intervento dei Servizi Sociali Comunali (S.A.D.).

Viceversa, se la Signora riceverà una risposta negativa, dovrà, purtroppo, per i bisogni socio-assistenziali, inoltrare una apposita istanza, presso i Servizi Sociali Comunali, al fine di ottenere le prestazioni del S.A.D.

Dobbiamo segnalare che tempi e modi di erogazione delle cure domiciliari sono abbastanza distanti dalle esigenze complesse dei malati. Il clima relazionale dei Servizi e degli Uffici non è sempre accogliente e di empatia verso le persone sofferenti. Il procedimento amministrativo è notevolmente appesantito dalla sua dimensione burocratica. L'erogazione delle prestazioni da parte delle Cooperative presenta anch'essa parecchie lacune per la mancanza di figure professionali (spesso manca la fisioterapista) per la fretta durante la permanenza a casa e per il turn-over degli operatori. I familiari dovranno sicuramente armarsi di pazienza e dimostrare determinazione.

Allo scopo, si ritiene necessario inviare una lettera con il seguente contenuto:

Spett.
Direttore Sanitario
ASL _____

p. conoscenza
dott. _____
(medico di medicina generale, di fiducia della persona curata)

Oggetto: richiesta di cure domiciliari

Lo scrivente _____ in qualità di congiunto del sig. _____ residente in _____ attualmente affetto da _____ chiede che venga attivato il servizio di cure domiciliari in relazione al Progetto di Assistenza Individuale, precedentemente definito, che consiste in:

- a) n. accessi di prestazioni infermieristiche (giorno/settimana)
- b) n. accessi di prestazioni di fisioterapia (giorno/settimana)
- c) n. accessi di prestazioni mediche (giorno/settimana)
- d) n. accessi di prestazioni specialistiche (giorno/settimana)

Si richiede la fornitura dei seguenti ausili (se del caso): _____

Lo scrivente, considerando che le cure domiciliari di una persona malata cronica, non autosufficiente, sono dovute dal servizio sanitario nazionale, delega codesta A.S.L., nel caso in cui l'unità d'offerta non sia gestita in forma diretta, ad attivarla secondo le modalità e gli standard stabiliti dalla regione.

In attesa di conoscere la modalità attuativa e di una sollecita traduzione operativa, si invia la documentazione relativa al paziente.

Distinti saluti.

Data e firma

La base normativa regionale, mirata alle cure domiciliari è contenuta in due atti amministrativi molto circostanziati e dettagliati, emessi dalla Regione Lombardia: la Delibera della Giunta Regionale 6 dicembre 2011, n. 2633 (allegato 15) (1) e il Decreto della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale 6 luglio 2012, n. 248 (allegati n.1 e n. 2) (2).

(1) La D.G.R. 6 dicembre 2011, n. 2633 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2012" ha stabilito, nell'allegato 15, che nel corso del 2012 venisse sperimentato, in tutte le A.S.L., il nuovo modello di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), fondato sulla valutazione multidimensionale del bisogno della persona fragile, effettuata dalle A.S.L., quale condizione di accesso al servizio A.D.I.

(2) Il Decreto della Direzione Generale Famiglia... 6 luglio 2012, n. 248 "Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione per l'Assistenza Domiciliare Integrata" stabilisce che "con decorrenza dalla data del presente atto (6 luglio 2012), le A.S.L. adotteranno ed applicheranno gli indirizzi organizzativi, il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno, secondo quanto dettagliatamente descritto nell'allegati 1 e nell'allegato 2. L'allegato 1 riguarda gli "Indirizzi sperimentali per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.); l'allegato 2 riguarda gli "Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno".

CAPITOLO QUARTO

L'assistenza della badante e il riconoscimento dell'invalidità

La signora è tornata da noi, in associazione. E' soddisfatta delle informazioni che le abbiamo fornito. E' riuscita, non senza difficoltà, ad ottenere, dal Distretto A.S.S.T., per il padre, l'Assistenza Domiciliare Integrata – A.D.I.

Però, fa notare che l'A.D.I. è un'assistenza assai parziale. I bisogni del padre vanno ben oltre le poche ore settimanali di intervento dell'infermiere.

Il padre si muove poco. E' a letto, quasi in permanenza.

La figlia, nonostante il carico del proprio nucleo familiare (marito e due figli), pensa e agisce per i bisogni del padre, più che per sé stessa. Per il padre, fa tutto quello che è in grado di fare. In particolare, gli dà una mano nelle funzioni vitali (mangiare, vestirsi, pulirsi...).

Ora, il padre appartiene alla numerosa schiera delle persone anziane non autosufficienti, che vivono in casa propria. Ma la signora è convinta che, nel suo caso, le cure domiciliari non possano andare oltre, senza l'aiuto di una badante. (1)

Dunque, la figlia ha "gettato la spugna". Il suo aiuto al padre non potrà più essere esclusivo. Ha deciso di assumere una badante.

La spesa per la badante è assai onerosa. Il padre è pensionato. La sua rendita pensionistica è modesta: meno di mille euro al mese.

Il volontario della nostra associazione chiede alla signora se il padre è già stato riconosciuto invalido. La risposta è negativa. Il fatto è che l'aggravamento delle malattie è avvenuto in un breve lasso di tempo. Pertanto, la figlia non ha ancora provveduto ad avviare il procedimento dell'invalidità civile.

A questo punto, la nostra interlocutrice chiede alcune precise informazioni sul procedimento, affinché il padre sia riconosciuto invalido, non autosufficiente.

La signora riceve le seguenti informazioni.

Il primo intervento consiste nel recarsi dal Medico di Medicina Generale (medico curante) del padre. Occorre chiedergli di avviare la "pratica" per il riconoscimento dello stato di invalidità. Il Medico è tenuto a compilare il "**certificato medico**", da inoltrare, via internet, all'I.N.P.S. .

(1) Cfr. S. Pasquinelli, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 4/2015, Badanti: la nuova legge lombarda. Nell'articolo della rivista viene commentata la legge 25 maggio 2015, n. 15 della Regione Lombardia. Dal punto di vista quantistico, si rileva che, nell'anno 2015, nella nostra Regione, gli anziani non autosufficienti, che vivono in casa propria, erano 340.000, di cui 160.000 con l'assistenza della badante e 180.000 con la sola assistenza del caregiver (accudente) familiare. Viene fatto presente che, nello scorso anno, la spesa familiare per le badanti è stata di un miliardo e 600 milioni di euro. Ovvero, più di quanto l'I.N.P.S. ha speso per l'indennità di accompagnamento (un miliardo e 200 milioni di euro). Nell'articolo si apprezzano le misure a sostegno del lavoro delle badanti (corsi di formazione, sportelli, registri territoriali...), ma si mette in evidenza la non

congruenza del sostegno economico a favore di chi usufruisce delle prestazioni di una badante, previsto dalla Legge Regionale nella misura di €. 700.000, in grado di soddisfare soltanto poche centinaia di persone.

Nel certificato è contenuto il ritratto delle sofferenze della persona assistita: la storia sanitaria, la diagnosi dei disturbi e delle patologie, con la descrizione puntuale per ciascuna di esse, le terapie in atto e i farmaci di mantenimento.

La griglia dei quesiti contenuti nel certificato medico prevede anche altre specificazioni, come l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e che la persona non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Quando ricorrono almeno una di queste due ultime specificazioni, si chiede alla commissione medico legale che venga riconosciuto non solo il grado di invalidità (ai sensi della Legge n. 295/1990), ma anche lo stato di grave disabilità (ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art.3, comma 1).

Dopo che il medico curante avrà compilato ed inoltrato all' INPS il certificato sanitario, la parente ne ritirerà una copia, unitamente all' **"attestato di trasmissione"**.

Con tale attestato, la parente si recherà in un ufficio di patronato sindacale, dove il procedimento della domanda di invalidità civile verrà completata, ottenendo la **"ricevuta di presentazione della richiesta"**.

Non ci sarà altro da fare, se non attendere l'appuntamento (giorno e ora) della visita medica. Ciò, verrà attuato a cura dell'Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale – A.S.S.T.

La visita avverrà nella sede di Distretto dell'Azienda stessa.

Alla visita, la persona si presenterà munita di una copia della documentazione clinica più rilevante, che, a richiesta della Commissione, dovrà essere esibita.

Nel caso in cui la persona da visitare, per le sue precarie condizioni di salute, non sia in grado di sopportare il trasporto, sarà la **Commissione Medica** a spostarsi, onde effettuare la visita nel luogo in cui la persona si trova (a domicilio, nella Residenza Sanitaria Assistenziale...).

Durante la visita, la persona avrà la facoltà di farsi assistere da un medico di fiducia, con oneri a proprio carico.

Effettuata la visita, la persona assistita riceverà dall'INPS il **"verbale sanitario"**, contenente il giudizio definitivo riguardante l'accertamento di invalidità civile, handicap e disabilità.

Qualora la persona non fosse d'accordo con la decisione espressa dalla Commissione Medica, avrà la facoltà, nei sei mesi successivi, di presentare un **ricorso all'Autorità Giudiziaria** (Tribunale Civile).

Ricevute queste informazioni, la nostra interlocutrice richiama l'attenzione del volontario sulle condizioni di non autosufficienza del padre.

Chiede: avrà diritto **all'indennità di accompagnamento** ?

Il volontario si sofferma sulla particolarità di questa provvidenza economica.

L'indennità è stata istituita dalla Legge 11 febbraio 1980, n.18. Viene applicata a favore degli invalidi civili, totalmente inabili a causa di minorazioni fisiche o psichiche.

Viene erogata indipendentemente dall'età della persona assistita, purché sia cittadino italiano o anche cittadino straniero, titolare di carta di soggiorno.

Il volontario aggiunge che il padre avrà diritto all'indennità di accompagnamento, purché vengano appurate dalla Commissione Medica dell'A.S.S.T. le seguenti condizioni.

La prima condizione è che venga riconosciuta al padre l'invalidità totale (grado di invalidità pari al 100%).

La seconda condizione, che deriva dalla prima, è che venga riconosciuta al padre l'incapacità di deambulare autonomamente, senza l'aiuto di un accompagnatore e/o l'incapacità di svolgere autonomamente gli atti quotidiani della vita.

L'indennità di accompagnamento, nell'anno 2015, era di €. 508,55 mensili.

Degno di nota è il fatto che venga concessa dallo Stato senza prendere in considerazione alcun limite di reddito.

In realtà, l'indennità è una **“Provvidenza economica assistenziale”**, ovvero è un parziale di risarcimento degli oneri aggiuntivi, che gravano sulla persona, in relazione alle sue particolari necessità di vita.

La signora esprime il suo apprezzamento per quanto le è stato detto. Asserisce che ne terrà conto nell'intraprendere il rapporto con le istituzioni sanitarie locali.

Tuttavia, essa confida al nostro volontario i limiti della sua capacità di rappresentare le istanze di sostegno del padre.

Il volontario conviene sulla necessità che si apra lo scenario della **protezione giuridica** della persona non autosufficiente in un prossimo capitolo.

L'assegno di cura

CAPITOLO QUINTO

L'amministratore di sostegno e l'ufficio di protezione giuridica

La signora si intrattiene con il nostro volontario su un argomento assai delicato.

Rende espliciti i suoi limiti nella funzione di rappresentante dei bisogni del padre.

Alcuni limiti sono **intrinseci alla sua persona**. Riflettendo su sé stessa, la signora, non si sente sempre all'altezza dei compiti che le vengono affidati.

Inoltre, intravede (e si scontra con) insormontabili difficoltà, che sono riconducibili alla sua **carenza di conoscenza dell'assetto sociosanitario**.

Assetto che, in Lombardia, ha avuto, di recente, un sostanziale cambiamento.

Infatti, non ci sono più le Aziende Sanitarie Locali. Non ci sono più le Aziende Ospedaliere. Al loro posto, si sono insediate le Aziende Socio Sanitarie Territoriali – A.S.S.T. Quasi ovunque, sono cambiati i dirigenti...

Poi, la signora accenna ai limiti delle **formalità giuridiche**.

In taluni ambienti e per determinate funzioni, non è ritenuta idonea la condizione di figlia, perché si ottenga quanto si chiede, in nome e per conto del padre invalido.

Infine, ci sono altri limiti, molto coinvolgenti, che si riscontrano **nell'ambito della parentela**.

Sono le distorsioni e le difficoltà della socializzazione primaria, le difficoltà e le incomprensioni fra fratelli e sorelle, figli del genitore non autosufficiente. Relazioni difficili, che non sempre vengono superate sulla base del “buon senso” e dell’ “armonia” fra i soggetti consanguinei.

In una parola, la signora, presentando questo quadro di difficoltà, chiede al volontario di definire la figura giuridica **dell'Amministratore di Sostegno. (1)**

Così, il volontario introduce l'argomento.

L' Amministratore di Sostegno svolge le funzioni di **tutela delle persone fragili**. E' una figura complementare ed alternativa al tutore per la persona totalmente incapace e, per ciò, interdetta.

L'Amministratore di Sostegno **affianca la persona da assistere** nel soddisfacimento dei propri bisogni e ne tutela gli interessi.

Si preoccupa di aiutare la persona nella realizzazione del proprio progetto di vita. E' **nominato dal Giudice Tutelare** e al Giudice stesso deve riferire.

(1) Cfr. Codice Civile, Libro Primo, Titolo XII, “Delle misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia”; Capo Primo: “Dell'Amministratore di Sostegno”. Il Codice Civile ha recepito ed assorbito la normativa specifica di cui alla Legge 9 gennaio 2004, n. 6

La signora chiede chi può essere nominato Amministratore di Sostegno.

Il volontario risponde che può essere nominato **un parente** (entro il quarto grado) o **un affine** (entro il secondo grado), o anche **un volontario**, che assume l'incarico di tutela per le attività specificate.

Egli sarà l'interlocutore del Giudice Tutelare, nonché degli operatori dei Servizi Sociali e Sanitari.

Alla domanda sul modo in cui l'Amministratore di Sostegno viene nominato, il volontario risponde che la nomina avviene sulla base di un **ricorso presentato al Giudice Tutelare**, dal singolo, dai parenti o dal Servizio Sociale preposto.

Nel ricorso saranno specificate le motivazioni, le aree di bisogno che richiedono protezione. Verrà indicato il nome della persona designata, nel merito della quale persona spetterà al giudice valutare la fondatezza e l'idoneità. **(Cfr. si veda l'allegato)**

Il Giudice Tutelare, a fronte del ricorso, deve sentire personalmente la persona assistita, recandosi, ove occorra, nel luogo in cui essa si trova e deve tener conto degli interessi e delle esigenze di protezione della persona, dei suoi bisogni e delle sue richieste.

Inoltre, il Giudice deve sentire i parenti e gli affini e provvedere, comunque, sul ricorso, anche nel caso di mancata comparizione.

Deve disporre, anche d'ufficio, gli accertamenti di natura medica e tutti i mezzi istruttori utili ai fini della decisione.

In definitiva, la scelta dell'Amministratore di Sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura e agli interessi della persona del beneficiario.

Il Giudice può modificare o integrare, in ogni tempo, le decisioni assunte con il decreto di nomina dell'Amministratore di Sostegno.

Dopo aver così descritta la funzione del Giudice Tutelare, il volontario si sofferma sui **compiti specifici dell'Amministratore di Sostegno**.

Egli potrà occuparsi della gestione del patrimonio, della cura della persona e della tutela degli interessi specifici.

Dovrà tradurre sul piano operativo ciò che il Giudice valuterà come aspetti che necessitano di essere tutelati.

In ciò, si integra la differenza dell'Amministratore di Sostegno rispetto alle figure più "radicali" del Tutore o del Curatore, le cui incombenze sono molto più ampie, stante l'interdizione o l'inabilitazione della persona da proteggere (in condizioni ancora più gravi).

Nel modo più consono, l'Amministratore deve garantire la qualità della vita delle persone, prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni di vita quotidiana, attraverso interventi di sostegno temporaneo o permanente, come previsto dalla normativa civile.

Si tratta di tutelare e promuovere i diritti soggettivi della persona amministrata, con la minore limitazione possibile della capacità di agire della persona stessa.

La signora ha annotato, con cura, quanto le è stato riferito dal volontario.

A tutto ciò che ha ascoltato, essa aggiunge un ulteriore quesito. Gradirebbe conoscere quale interesse l'assistenza tutelare ha suscitato nelle Amministrazioni Comunali.

In altri termini, la signora chiede se i Comuni hanno costituito un ufficio specifico per sostenere il ricorso all'istituto dell'Amministratore di Sostegno.

O se in carenza di tale servizio da parte dei Comuni, il sostegno sia da ricercarsi soltanto nell'ambito associativo, proprio delle formazioni sociali dell'area delle persone anziane e delle persone con disabilità.

Il volontario, a questo proposito, risponde che, dal punto di vista della concretezza, c'è un notevole spazio operativo per l'intrapresa dei Comuni.

Anche i Comuni di piccola taglia demografica possono dare delle risposte a questa problematica sociale, purchè si organizzino al livello di Ambito Territoriale, mediante un Ente Strumentale di gestione dei Servizi Sociali alla persona.

Si rileva, assai di frequente, che il Giudice Tutelare nomina il Sindaco alla funzione di Amministratore di Sostegno di persone anziane con patologie degenerative, di adulti con disabilità psico-fisiche, di persone che, a causa delle loro condizioni di fragilità, isolamento e/o patologia, non sono in grado di curare i propri interessi...

Dunque, a ciò il Sindaco deve provvedere, attribuendo, formalmente, le funzioni gestionali **all'Ufficio di Protezione Giuridica. (2)**

A tutt'oggi, queste esperienze comunali non sono molto diffuse. Ma, dove sono operanti, assumono una notevole rilevanza sociale.

A livello di Distretto (Ambito Territoriale), l'Ufficio mantiene attiva una stretta collaborazione con gli operatori comunali, per la valutazione dei ricorsi al Giudice Tutelare, per la condivisione dei progetti di intervento sui singoli casi, per il coinvolgimento dei servizi, che possono essere messi a disposizione degli utenti.

L'ufficio, fornisce consulenze ai familiari o ai "volontari", implicati nella istruzione delle pratiche.

Degno di nota è la sua collaborazione con i Centri di Assistenza Fiscale – C.A.F. e con i Patronati, per la produzione e la gestione della necessaria documentazione.

Su questo argomento, la signora ritiene di essere stata "orientata" in modo esauriente. Ora, sa come muoversi sul versante istituzionale, per essere riconosciuta quale legittima interprete degli interessi e dei diritti del padre, in situazione di disabilità.

(2) Azienda Speciale dei Comuni del Rhodense per i servizi alla persona – Sercop, Bilancio Sociale 2014, Ufficio di Protezione Giuridica (U.P.G.), pag. 194-200.

(ALLEGATO AL QUINTO CAPITOLO)

RICORSO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Ill.mo Signor Giudice Tutelare

Tribunale di.....

Il sottoscritto....., nato
a.....il.....eresidente
in.....via..... n
.....tel....., fax....., e-mail.....
nella sua qualità di.....
della signora/del signor.....
nata/o a.....
e residente in.....
via....., n.....
ed ivi abitualmente dimorante.

premesse

che la predetta signora/signor.....

si trova nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi a causa di infermità
che, infatti, la stessa signora/signor.....
come risulta dalla certificazione medica che si allega, è affetta/affetto
da.....
.....
.....

La suddetta persona non è pertanto in grado di provvedere autonomamente ai propri interessi.

Che si rende necessario, conseguentemente, provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno che possa assistere la/il predetta/to

signora/signor..... nel compimento degli
atti precisati;

tutto ciò premesso,

chiede

l'applicazione della misura di protezione dell'**AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** ai sensi della legge 09/01/04, n. 6 per la/il signora/signor.....

nato a, il

residente a

via, n.

ed indica come **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

il/la signor/a.....

residente a

via....., n.....

tel....., cell....., e-mail.....

A corredo del ricorso produce:

1. Certificato di nascita del beneficiario;
2. Documentazione sulle condizioni di vita personale (sanitarie, sociali, psicologiche ed educative/scolastiche, ecc.)
3. Documentazione relativa alla sua situazione patrimoniale.
4. Documenti attestanti il consenso al procedimento da parte di parenti stretti.

Inoltre indica le generalità e gli indirizzi dei parenti stretti (genitori e fratelli):

1.

2.

3.

etc. etc. 4, 5, 6 (qualora siano esistenti...)

Il sottoscritto si impegna ad informare detti parenti dell'udienza fissata dal Giudice Tutelare e fornirà prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente, con riferimento all'esperienza di vita quotidiana ed alle relazioni sociali, sanitarie, psicologiche ed educative indica:

- Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere in modo autonomo
.....
.....
- Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere solo con l'assistenza di un Amministratore di Sostegno
.....
.....
- Le azioni che il beneficiario non è in grado di compiere

-
-
- Le principali spese che si presumono da sostenersi
-
-

Luogo e data di sottoscrizione

Firma del ricorrente

CAPITOLO SESTO

L'assistenza delle persone non autosufficienti nelle RESIDENZE

Le persone anziane, la cui non autosufficienza viene determinata dall'aggravarsi delle malattie croniche degenerative, in molte situazioni, non possono essere curate a domicilio.

Queste persone non possono fare a meno di ricoverarsi nelle residenze sociosanitarie a ciclo continuativo (Residenze Sanitarie Assistenziali – R.S.A.).

Il ricovero si rende necessario per la loro crescente fragilità, o per l'inadeguatezza delle condizioni di assistenza in famiglia.

In un'analoga situazione si trovano anche le persone, che pur non essendo anziane, hanno una grave e permanente disabilità.

Anch'esse sono indotte a ricorrere ad una struttura residenziale (Residenza Sanitaria per Disabili – R.S.D.), pur mantenendo in atto una significativa relazione di coinvolgimento familiare.

Infatti, fino a quando sarà possibile, nel fine settimana o nel periodo delle vacanze estive, le persone in residenza ritorneranno in famiglia, rendendo così assai graduale il distacco definitivo.

Queste persone, anche quando saranno prive del sostegno familiare, non si sentiranno abbandonate. In taluni casi, rimarranno nella R.S.D. Oppure, in altri casi, più appropriatamente, troveranno nella Comunità Socio Sanitaria – C.S.S. una **abitazione** sostitutiva della famiglia.

Dopo questa premessa, ci introduciamo nella dinamica degli atti del ricovero.

I parenti delle persone, che non sono più curabili a domicilio, cercano, in zona, la struttura per il ricovero in una R.S.A. o in una R.S.D.

Nell'approccio con il direttore della struttura, superata la (talvolta lunga) lista d'attesa, essi affrontano gli aspetti contrattuali, che sono preliminari al ricovero, nei quali è preminente la componente economica.

All'ente gestore della R.S.A./R.S.D. interessa che la persona ricoverabile sia in grado di pagare la retta. Una quota che può aggirarsi intorno alle 100 euro, per ogni giornata di ricovero.

In tale approccio, l'Ente prevede che, al pagamento, concorrano, in veste di garanti, anche i parenti (coniuge, figli, fratelli, nipoti, nuore, generi...), che, solidalmente, con la persona assistibile, sono interessati al ricovero.

La prima domanda che ci poniamo è se questo modo di procedere sia o meno rispettoso della normativa.

Sotto questo profilo, spostiamo l'ottica del nostro esame sul versante del rapporto giuridico che si instaura fra l'ente gestore delle residenze e la Regione, nonché del rapporto con gli enti territoriali della sanità (Aziende Socio Sanitarie Territoriali – A.S.S.T.).

Gli enti gestori, non sono soltanto autorizzati al funzionamento, ma, nella stragrande maggioranza, sono **accreditati istituzionalmente** e agiscono in base ad un contratto stipulato con l'ente sanitario di riferimento territoriale.

Come è noto, questo ente sanitario, fino a tutto il 2015 era l' Azienda Sanitaria Locale – A.S.L.. Dal 2016 è l' Azienda Socio Sanitaria Territoriale – A.S.S.T..

Ora, dall' A.S.S.T. gli enti percepiscono una **quota sanitaria**, che, a seconda della gravità della persona ricoverata, può variare da 27 a 50 euro il giorno (per le persone con Alzheimer è di 52 euro).

Da ciò deriva che gli enti gestori, in riferimento all'attività svolta, non possono agire privatisticamente, in quanto sono tenuti ad assumere la funzione di **pubblico ufficiale** o di **incaricato di pubblico servizio**.⁽¹⁾

In relazione a tale incarico, l'Amministrazione Regionale entra nel merito, dettando **le Linee guida del contratto di ingresso**, nonché dettando i contenuti di un **contratto di ingresso tipo**.

Con tali strumenti amministrativi, la Regione impone all'ente gestore di essere rispettoso della normativa regionale e nazionale.

Riportiamo, di seguito, i punti più significativi del vincolo regionale in materia di contratti di ingresso.

“...L'Ente (Gestore, n.d.r.) si impegna, altresì, ad assolvere a tutti gli obblighi che, a prescindere dal richiamo nel presente contratto, derivano dalla Legge Regionale 3/2008 s.m.i. e/o dalla normativa vigente.” **(2)**

Inoltre, la Regione aggiunge:

“...Qualora alcune disposizioni del contratto o del regolamento siano in conflitto con detta normativa, quest'ultima è da ritenersi inserita di diritto nel contratto anche in sostituzione delle clausole difformi in esso presenti”. **(3)**

(1) Delibera Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 4702 (Regole di sistema 2016), pag. 59 dell'allegato: *“L'Erogatore, nell'espletamento delle proprie funzioni, si impegna a partecipare agli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale, rivestendo, con riferimento all'attività svolta, la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. In questo senso l'Erogatore è tenuto quindi al rispetto del quadro normativo regionale e nazionale di riferimento in tema di erogazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, nonché dei vincoli impostigli dalla Pubblica Amministrazione sullo stesso tema”*

(2) Delibera Giunta Regionale 20 dicembre 2013, n.1185 (Regole di sistema 2014), allegato 4, Schema tipo del Contratto di ingresso

(3) Ibidem, allegato 4, Linee guida del Contratto di ingresso, punto 3 lettera b)

Richiamate le disposizioni regionali, esaminiamo, ora, brevemente, le disposizioni di livello nazionale, che devono essere rispettate dagli enti gestori delle residenze.

A proposito delle persone coinvolgibili nel pagamento della retta, l'ente gestore deve attenersi a quanto stabilito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 (diventato operativo il 1° gennaio 2015).

Questo decreto stabilisce che la certificazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente – I.S.E.E. *“...costituisce Livello Essenziale di Assistenza...”*, sia per quanto riguarda **l'accesso al servizio**, sia per la **contribuzione della persona al costo del servizio** (Cfr. art.2, primo comma, D.P.C.M. 159/2013).

Quindi, gli enti gestori delle R.S.A./R.S.D. e delle altre unità d'offerta rientranti nei percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, non possono chiedere, a loro discrezione, ai parenti ed agli affini (nuore, generi...) di concorrere al costo del servizio, ma devono attenersi a quanto viene stabilito nel citato D.P.C.M..

E precisamente, per quanto attiene alle persone con disabilità e alle persone anziane non autosufficienti, la normativa prevede che, al di là della situazione economica della persona assistita, sia da prendere in

considerazione quella degli appartenenti al suo nucleo familiare, ovvero la situazione economica del coniuge e, con alcune particolarità, quella dei figli (Art. 6, secondo e terzo comma del D.P.C.M. 159/2013). E' appena il caso di ricordare che, sullo stesso argomento, la Legge Regionale n.3/2008, crea una condizione di maggior favore per le persone con disabilità grave.

La citata Legge Regionale stabilisce che a concorrere al costo del servizio sia chiamata soltanto la persona assistita, in base alla sua personale situazione economica (Cfr. Art. 8, comma 2, lettera h).

Dalla normativa regionale e nazionale, che abbiamo citato, cosa discende ?

Discende che l'attuale comportamento degli enti gestori delle R.S.A./R.S.D., è censurabile, in quanto non è rispettoso dei vincoli dettati dalla normativa.

Per il ricovero nelle R.S.A., gli enti gestori sono tenuti a far sottoscrivere al richiedente il contratto di ingresso, nei limiti economici della prova dei mezzi di cui dispone, evidenziati dall' I.S.E.E. della persona assistita, del coniuge e dei figli e non anche dei fratelli, delle sorelle o di altri parenti.

Per il ricovero nelle R.S.D., gli enti gestori, nel rispetto della normativa regionale (più favorevole di quella dello Stato) devono basarsi esclusivamente sull'I.S.E.E. della persona con disabilità assistita.

Come devono attivarsi i Comuni

I Comuni, devono cogliere l'attuale occasione dell'adeguamento del proprio regolamento sulle **prestazioni agevolate di natura sociosanitaria**, per introdurre una procedura che **vincoli gli enti gestori al rispetto della normativa**.

Nel nuovo regolamento, a tale scopo, si rende necessario che venga introdotto un procedimento, che prescriva a tutte le persone, che intendono ricoverarsi in R.S.A./R.S.D., di presentare l'I.S.E.E. ai servizi sociali comunali.

Anche le persone in grado di essere "solventi" al momento dell'ingresso in R.S.A./R.S.D. devono essere conosciute dal Comune, perché il Comune medesimo possa esercitare il **governo complessivo delle persone ricoverate**.

Infatti, durante il ricovero, può avvenire che la situazione economica dei "solventi in proprio" subisca un peggioramento; in tal caso, queste persone avrebbero diritto all'integrazione della retta da parte del Comune.

Quindi, al momento dell'ingresso, il Comune "prenderà atto" delle persone con una I.S.E.E. pienamente in grado di pagare la retta e, con le risorse del bilancio comunale, integrerà la retta a favore di quelle con una I.S.E.E. di parziale solvibilità (o di non solvibilità = indigenza).

Il Comune darà notizia dell'integrazione della retta, sia all'ente gestore, che alla persona assistibile, i quali ne terranno conto nella stipulazione del contratto di ingresso.

Inoltre, c'è da tener presente che la vigente normativa regionale prevede che il Comune sia coinvolto nei casi in cui l'ente gestore intenda dimettere la persona assistita, a causa del mancato o ritardato pagamento della retta **(4)**.

Allora, se il Comune deve intervenire nei casi di insolvenza del contratto, in costanza di ricovero, tanto vale che, come abbiamo già detto, tutte le persone siano annotate nei registri del servizio sociale comunale, a partire dal momento in cui si attua il ricovero.

Con il procedimento qui indicato, cesserà ogni arbitrio perpetrato dagli gestori delle RSA nel far concorrere al costo del servizio quei parenti (genitori, fratelli, sorelle, generi, nuore, nipoti...) che non vi hanno titolo.

(4) Linee guida del Contratto di ingresso, DGR 1185/2013, già citata, punto 7 "Mancato pagamento della retta": "...fermo restando l'obbligo per la struttura di inserire nel contratto di attivarsi con il Comune e con l'ASL perché le dimissioni avvengano in forma assistita".

Schema tipo Contratto di ingresso, DGR 1185/2013, già citata, punto 7, secondo capoverso: *“Qualora l’ospite venga dimesso per ritardato o mancato pagamento, in ottemperanza alla normativa vigente, l’ente si attiva affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune o dalla ASL”.*

I Comuni acquisiranno piena cognizione dell’obbligo di integrare la retta, tanto per le persone che hanno diritto all’agevolazione a partire dal momento dell’ingresso, quanto per le persone per le quali maturerà tale diritto durante il ricovero.

Maggiori oneri per i Comuni ? E’ necessario il confronto con la Regione

Con il procedimento da noi indicato si può supporre che l’onere dei Comuni per l’integrazione della retta a beneficio delle persone ricoverate nelle R.S.A./R.S.D. subisca un incremento.

Pertanto, è importante che gli amministratori facciano i conti con le disponibilità del bilancio comunale e che tengano sotto controllo la spesa sociale.

D’ altro canto, è necessario che gli amministratori facciano un’indagine per capire a quale strato sociale appartiene la maggior parte delle persone ricoverate (ceto popolare...persone facoltose...abbienti...) e a quali risorse esse attingono, per far fronte alle elevatissime rette di ricovero. Gli amministratori, in tal modo, si renderebbero conto del diffuso fenomeno in atto di impoverimento delle famiglie.

L’associazione “Senza Limiti”, nell’interesse dei Comuni e degli utenti, tempo addietro, ha proposto all’A.N.C.I. regionale una sollecitazione in tal senso, che finora è rimasta inascoltata.

Precisamente, il 16 ottobre 2013, l’associazione inviava una lettera al presidente dell’ANCI Lombardia, nella quale, richiamandosi ai dati quantitativi indicati nella DGR n. 116 del 14 maggio 2013, si significava che il 70% delle persone ricoverate nelle R.S.A./R.S.D. presentano alterazioni dello stato di coscienza o hanno un grado di demenza molto significativo (Alzheimer...).

Da tale significazione, l’associazione, nella sua lettera, deduceva che le persone con tali affezioni richiedono **prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria**, ovvero una tipologia di prestazioni caratterizzata da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria.

Infatti, ormai da tempo, nella nostra regione, tale tipologia di prestazioni sociosanitarie viene applicata, **a totale carico del fondo sanitario**, soltanto alle persone con le malattie dei motoneuroni (SLA...), in stato vegetativo o in stato terminale, ricoverate in Hospice.

Questa tipologia di prestazioni, rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) non contemplano alcuna compartecipazione da parte delle persone utenti e alcuna integrazione delle rette dei Comuni **(5)**

(5) Decreto Legislativo n. 502/1992, art. 3 septies, comma 4; DPCM 14 febbraio 2001; DPCM 29 novembre 2001; Legge n. 289/2002, art. 5

Dunque, si tratta di aprire un tavolo di confronto con la Giunta Regionale; ma, ripetiamo che l’ANCI non ha ritenuto, finora, di richiedere tale tavolo, disattendendo il precipuo interesse degli enti comunali rappresentati.

Al di là dell’inerzia dell’A.N.C.I., riteniamo che i Sindaci di ogni Ambito Territoriale, a tutela degli interessi delle loro amministrazioni, debbano dimostrare una maggiore e diversa attenzione a questa problematica.

Essi, come è stato richiesto dall’associazione “**Senza Limiti**”, è bene che esprimano all’Amministrazione Regionale l’istanza di coprire totalmente con il Fondo Sanitario Regionale la retta di ricovero in R.S.A./R.S.D. nei confronti delle persone ricoverate, che hanno bisogno di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Ciò, per una considerevole componente di persone anziane e con disabilità gravissime (es. Malati di Alzheimer, Parkinson, nello stadio avanzato di gravità).

CAPITOLO SETTIMO

Indicazioni operative

Concludiamo il presente capitolo con le seguenti due indicazioni operative, rivolte alla particolare attenzione dei parenti delle persone anziane malate croniche, non autosufficienti.

1. Quando la persona anziana è affetta da malattie croniche degenerative ed è assistita con cure domiciliari, succede, di frequente, che venga ricoverata in ospedale, a seguito dell'insorgenza delle affezioni acute.

Ebbene, il "calvario" dell'indirivieni casa – pronto soccorso – ospedale, ad un certo punto, dovrà pure cessare. Come? Occorre chiedere l'intervento dell'Ufficio Fragilità dell'A.S.S.T. Non tanto per reiterare l'Assistenza Domiciliare Integrata (non più attuabile). Ma, per revisionare il Piano di Assistenza Individuale – P.A.I. ed attuare una soluzione di assistenza, che si confaccia con il reale stato di sofferenza della persona.

E' importante che, nel frattempo, la persona non venga dimessa dall'ospedale. Se sarà il caso, ci si dovrà opporre alla dimissione (si veda il testo di lettera prototipo del secondo capitolo).

L' Ufficio Fragilità, dal canto suo, non dovrà limitare il proprio intervento fornendo alla persona, o al suo familiare, l'elenco delle R.S.A. accreditate nell' Ambito Territoriale.

Dal momento in cui è accertato che le cure domiciliari non sono riproponibili, l'asse primario della "presa in carico" assistenziale della persona si sposta dalla famiglia della persona sofferente ad una nuova struttura sociosanitaria di ricovero, diversa dall'ospedale (cosiddetto "per acuti").

Se non c'è posto, momentaneamente, nella R.S.A., la persona deve essere ricoverata in una "**struttura intermedia**", che viene denominata "**Presidio Ospedaliero Territoriale**"- **P.O.T.**. Struttura che è formalmente prevista dal nuovo assetto sanitario regionale, dall'inizio del corrente anno. Nel caso in cui il cd POT non sia stato istituito occorre rifarsi all'ospedale territoriale.

Quindi, in estrema sintesi, è bene che i familiari rifiutino la "dimissione selvaggia" dall'ospedale. E, nell'attesa che si renda libero il posto in una R.S.A., è necessario che coinvolgano la Direzione Sociosanitaria dell'A.S.S.T. (Ufficio Fragilità), per un ricovero temporaneo ("intermedio") in un P.O.T.

2.- All'atto del ricovero della persona anziana in una R.S.A., se il Direttore della Residenza (in rappresentanza dell'Ente Gestore) dovesse presentare il Contratto di Ingresso, nel quale sia previsto il pagamento della retta da parte del fratello, la sorella, il cognato, la nuora, il genero..., **sarà bene rifiutare tale sottoscrizione di impegno.**

Viceversa, occorrerà presentare contestualmente all' Ente Gestore della R.S.A. e al Servizio Sociale del Comune di provenienza la **certificazione I.S.E.E.**

E' necessario che la certificazione I.S.E.E. sia presentata **all'Ente Gestore e al Comune**, tanto se si è in grado di pagare per intero la retta di ricovero, quanto, a maggior ragione, se si richiede **l'integrazione della retta** da parte del Comune.

Con questa prassi, prevista dalla normativa, come si è detto sopra, nel presente capitolo, **si evita che certi parenti vengano illegittimamente coinvolti nel pagamento della retta**, essendo, in tale adempimento, coinvolti la persona assistita, il coniuge e i figli.

Raccomandata RR. (oppure raccomandata a mano)

AL LEGALE
RAPPRESENTANTE DELLA RSA
(nome e indirizzo)

Al Direttore Generale della ATS

Al Direttore Sanitario della ASL ATS

Al Sindaco del Comune di

E per conoscenza

- Al Presidente della Giunta Regionale
- Alla Associazione Senza Limiti-
onlus
Vi dei Carracci 2 20149 Milano

Oggetto: Recesso da impegnativa sottoscritta Signora.....

In data.. al momento del ricovero del familiare indicato in oggetto, lo scrivente...., residente in , in qualità di amministratore di sostegno della medesima attualmente ricoverata presso la RSA in indirizzo, è stato/a obbligato, non avendo altra scelta, dal vs Ente a sottoscrivere una impegnativa finanziaria a tempo indeterminato "per il ricovero della Signora..... quale unica condizione "sine qua non" per il ricovero stesso.

Con la presente intendo esercitare il diritto di recesso ai sensi e per gli effetti delle leggi a partire dal.....

Faccio presente che il DPCM 14/02/2001 e il DPCM 29/11/2001 stabiliscono che una persona gravemente malata "ad alta integrazione sanitaria", in riferimento all'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni , sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Pertanto alla ASL di come da lettera allegata, è stato richiesto di versare per intero la retta stabilita a fare tempo dal prossimo mese di.....

Si ringrazia per l'attenzione e si richiede risposta scritta in base alla legge 241/1990

Data e firma

CAPITOLO OTTAVO

Il ricorso al giudice

Si verifica nella pratica che ciò che è stabilito dal complesso delle norme di cui abbiamo parlato e da cui discendono le richieste esposte in apposite e precise lettere, non viene reso operativo. E' vero che le norme cui facciamo riferimento sono complesse, è vero altresì che vi sono contraddizioni o difficoltà interpretative, ma è altrettanto vero che non pochi enti o dirigenti, che tali leggi devono applicare "si nasconde dietro la complessità, la difficoltà, l'interpretazione, per evitarne l'applicazione.

Di fronte a ciò, i soggetti interessati, coloro che hanno necessità di ottenere determinati, servizi, prestazioni, erogazioni economiche, si trovano in difficoltà e – abbiamo misurato dall'esperienza – che nella gran parte dei casi, per mancanza di informazioni, di conoscenza, di capacità, vi rinunciano. Infatti se non si conoscono i meccanismi delle pubbliche o delle private amministrazioni si accetta passivamente la situazione data, si si ritiene che non vi sia altra possibilità di prendere "quello che passa il convento".

Sono pochi i cittadini che insistono, che vanno fino in fondo, che sono convinti dei propri diritti e sanno che la Costituzione e le leggi li garantiscono e perciò stesso si rivolgono al giudice. Ciò comporta tempo, fatica e denaro. In genere occorre rivolgersi ad un avvocato, predisporre documenti, firmare ricorsi e, attendere i tempi lunghi della giustizia. Ciò è molto noto ai dirigenti, alle amministrazioni pubbliche e private che, nella gran parte dei casi, anche di fronte a palesi violazioni, attendono che gli interessati presentino i dovuti ricorsi alla magistratura. Le risposte – lunghe nel tempo – possono essere loro favorevoli e, se invece, come deriva dalla nostra esperienza sono favorevoli ai soggetti ricorrenti e quindi se costretti, ancora una volta lasciando scorrere più tempo possibile, devono intervenire, sanno che decine o centinaia di altri cittadini aventi diritto, non si sono mossi, quindi di fatto, dal loro punto di vista "ci guadagnano".

Infatti implicitamente o esplicitamente nascosti dietro i pur presenti tagli dei finanziamenti e dei servizi, si autogiustificano, sanno che raramente verranno toccati, raramente verranno rimossi, raramente verranno, se del caso, non votati.

Ora dall'esperienza nostra e di tante altre associazioni e cittadini vogliamo insistere e spiegare che è meglio difendersi anche con l'azione giuridica, pur sapendo che non è facile e non è sempre del tutto sicura, ma che, invece, in molti casi oltre che dignitosa, nella gran parte dei casi vincente.

E' dunque opportuno:

- a) Rivolgersi al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) ogni qualvolta si constata che gli atti amministrativi (delibere, regolamenti o altro), non sono conformi alla legge;
- b) Rivolgersi al Tribunale Civile per ricorsi ordinari, quando le leggi non vengono applicate, quando si constatano imposizioni economiche non dovute;
- c) Rivolgersi anche al Tribunale Penale quando si tratta – e purtroppo avviene – di maltrattamenti, di situazioni di abbandono, di circonvizione di incapaci, addirittura di violenze sui soggetti deboli.

NB L'associazione Senza Limiti onlus è disponibile a discutere dei casi prima di rivolgersi ad un avvocato.

CAPITOLO NONO

Salute mentale e diritti di cittadinanza sociale

Alla nostra associazione si rivolgono persone con evidenti tribolazioni. Hanno un familiare con sofferenza psichica.

Alcune di queste persone aderiscono, da anni, ad una formazione sociale di "categoria". Attraverso la socializzazione delle varie esperienze individuali, hanno acquisito una "coscienza collettiva". Hanno un'idea abbastanza precisa dell'assetto dei servizi per la tutela della salute mentale. Un'idea di ciò che funziona, ma anche delle lacune esistenti. Un'idea che esprimono con convinzione e chiarezza di linguaggio.

Altre persone, invece, sono alle "prime esperienze" del vissuto nella sofferenza. Ci chiedono informazioni su dove appoggiarsi, sui servizi ai quali rivolgersi.

Per evidenziare le idee degli uni e le domande degli altri, abbiamo composto questo capitolo.

Di seguito, vengono esposti alcuni argomenti che costituiscono il fulcro delle convinzioni delle persone che interloquiscono con noi.

Da anni, esse si rendono attive nel territorio, in appoggio agli operatori dei servizi, per contribuire all'attuazione di una efficace prassi di tutela della salute mentale, sia con la valorizzazione della "competenza esperienziale", sia con la forma dell'auto-mutuo-aiuto.

Infine, riportiamo l'elenco dei servizi erogati, per la salute mentale, nel territorio e nei presidi ospedalieri.

Il punto di vista dei familiari

I familiari delle persone con sofferenza psichica sono convinti che l'attuale assetto dell'assistenza erogata ai loro congiunti presenti più ombre che luci.

Sono convinti che i problemi della salute mentale sono affrontati, oggi, con un approccio parziale, di tipo biologico, sanitario, mentre, in base alla "storia naturale" delle malattie mentali, ed in particolare della schizofrenia, la vulnerabilità delle persone ha diverse radici, di livello genetico, personologico e biochimico e lo stress va ricercato nelle ragioni familiari e sociali.

Da queste radici e ragioni nasce il processo psicotico (1).

L'approccio biologico/psichiatrico è parziale, rispetto alla complessità dei bisogni delle persone con sofferenza psichica.

Un cenno sul rapporto fra salute mentale e psichiatria

In effetti, se risaliamo alla nozione di psichiatria, troviamo che essa è una branca della medicina, che studia ed assiste i pazienti con malattie mentali.

Il paradigma medico è di tipo lineare: dal danno al sistema nervoso centrale si produce la malattia e si interviene riparando il danno; il paradigma medico, in altri termini, è di carattere individualista, basato sul rapporto duale; è astorico, in quanto tende ad ignorare le interazioni dell'individuo con l'ambiente.

Mentre la nozione di salute mentale ha un approccio globale alla salute e alla malattia; questa nozione abbraccia la condizione degli individui e l'insieme delle azioni per promuovere e conseguire la salute mentale.

Quindi, la salute mentale è l'insieme, mentre la psichiatria è il sottoinsieme.

Cosa dobbiamo intendere per "guarigione sociale"

Con il termine guarigione sociale dobbiamo intendere una condizione accettabile dalla persona sofferente e dal suo contesto familiare e sociale.

Ma questo traguardo è assai lontano dall'essere tradotto nella esperienza quotidiana di vita.

Proviamo a fornire qualche esempio traduttivo di tale concetto.

Quando la persona sofferente passa dal fallimento di una situazione lavorativa alla sua "tenuta", ebbene siamo in presenza di un fatto che esplica il concetto di guarigione sociale....

Quando la persona passa da una condizione familiare patologica ad una situazione di socializzazione primaria "fisiologica", ha tradotto un altro aspetto esistenziale di guarigione sociale....

Quando passa dall'inesistenza di relazioni sociali, all'esperienza di relazioni sociali estese e significative, siamo in presenza di un significativo traguardo di guarigione sociale....

Ancora, il passaggio dall'incapacità di utilizzare le risorse disponibili ad un modello di utilizzo costruttivo delle risorse....

Viene da chiedersi se questi passaggi, così esemplificati, possano riguardare persone con sofferenza psichica.

Chi studia l'andamento delle persone con patologie della sfera psicotica, ci dice che il 25% può puntare sull'esito della guarigione clinica; il 50% sulla stabilizzazione e il 25% evidenzia una condizione di peggioramento (2).

Viene da chiedersi, altresì, come sia possibile, nella condizione odierna, attuare un processo graduale di guarigione sociale.

La risposta sta nel sostegno rivolto sia alle persone sofferenti, che ai loro famigliari.

Le persone sofferenti devono essere sostenute, affinché non vengano emarginate, non siano colpevolizzate, ma siano comprese e rispettate.

I loro famigliari hanno bisogno del sostegno, perché non rimangano chiusi nel loro dramma; hanno bisogno di ridurre il carico emotivo e fisico, per produrre degli effetti positivi sul congiunto sofferente.

Questa forma di sostegno passa attraverso una serie di interventi di informazione e di formazione, cosicché anche il trattamento della schizofrenia risulti più efficace, faccia denotare un aumento del tempo fra una crisi e l'altra e diminuiscano le ricadute.

Dove praticare la “guarigione sociale” e la riabilitazione psicosociale

Gli effetti della guarigione sociale si ottengono nel territorio, che è il luogo di vita di tutti i cittadini, con gli interventi e con i servizi di riabilitazione psicosociale (per la tutela della salute mentale).

Gli interventi saranno certamente di carattere individuale, ovvero rivolti alla singola persona sofferente e verranno praticati con psicofarmaci, con il sostegno psicologico, l'addestramento alle attività lavorative, con l'educazione alle abilità della vita quotidiana.

Gli interventi di riabilitazione avranno anche un carattere collettivo e saranno rivolti al territorio, per il sostegno alla famiglia (la cui importanza è già stata ricordata), per la sensibilizzazione della comunità locale, con le varie pratiche di lotta allo stigma, con il coinvolgimento delle persone nei luoghi dell'abitazione e di lavoro, con le pratiche di educazione sanitaria....

Quindi, la riabilitazione psicosociale è l'insieme delle attività da attuare nel territorio per la guarigione sociale delle persone sofferenti.

Quanto conta la dimensione sociale ?

La dimensione sociale nel trattamento della malattia mentale è altrettanto importante quanto la sterilizzazione degli strumenti chirurgici in sala operatoria **(3)**.

Il sociale, rispetto al trattamento medico, è soltanto un corollario ? E' susseguente ? E' parallelo ?

Il sociale è sanitario, è cura e laddove manca il sociale si avrà una “cattiva” cura !

In altri termini, la dimensione sociale nel trattamento delle malattie mentali, non è una sorta di optional da perseguirsi quando i finanziamenti lo permettano.

Purtroppo, quando manca la riabilitazione psicosociale, l'unico “approdo” alternativo alla famiglia è rappresentato dalla residenzialità.

Una residenzialità “decontestualizzata”, vissuta come un luogo separato dal territorio.

Esistono esempi di residenzialità separata ?

L'esempio classico, in tal senso, è rappresentato dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, dove la criticità non è dovuta soltanto all'attuazione della “misura di sicurezza” delle persone internate (quando la custodia prevale sulle esigenze di cura delle persone sofferenti), ma anche nel momento delle loro dimissioni, quando il territorio si dichiara impreparato all'accoglienza.

Il risultato dell'impreparazione del territorio si traduce nello “stazionamento” delle persone internate; esse rimangono in O.P.G. molto di più di quanto non sia necessario !

Cosa fare perché le “luci” prendano il posto delle “ombre”

Occorre “guidare” la persona con sofferenza psichica nel suo percorso sociale.

Guidarla nei rapporti con la famiglia, nella scelta della “residenzialità leggera”, nell’esperienza professionale e lavorativa, nel tempo libero e nella espressione della sua socialità.

Per la funzione di guida è determinante la figura del “case manager”.

E’ prevista, oggi, questa funzione, attribuita ad una adeguata figura professionale ?

Sì, è prevista, ma non è ancora operativa !

(1) Re, E. La fine dell’istituzione totale, Asvap 5, Como

(2) Re, E. ibidem

(3) Saraceno, B., 1998

Servizi per la salute mentale operanti nel territorio e negli ospedali

La tutela socio-sanitaria delle persone con sofferenza psichica si attua mediante l’istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

Il Dipartimento di Salute Mentale – D.S.M. è una struttura organizzativa dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale. In Lombardia i D.S.M. sono 40. Il D.S.M. è una struttura integrata e interdisciplinare, che collega funzionalmente le Unità Operative di Psichiatria- U.O.P. e le Unità Operative di NeuroPsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza – U.O.N.P.I.A.

L’Unità Operativa di Psichiatria – U.O.P. (in Lombardia sono 66) dispone dei seguenti presidi:

- a) Centri Psico-Sociali – C.P.S. per le attività ambulatoriali terapeutiche e riabilitative;
- b) un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – S.P.D.C. ubicato in una struttura ospedaliera con un numero di posti letto non inferiore a sette e non superiore a quanto previsto dalla normativa vigente (15 posti letto);
- c) Strutture Residenziali psichiatriche – S.R. con un massimo di venti posti per struttura;
- d) Centri Diurni – C.D..

Il Centro Psico Sociale – C.P.S. è il servizio ambulatoriale nel quale le persone con sofferenza psichica vengono “prese in carico” . Per ciascuna persona sofferente viene elaborato il Piano di Trattamento Individuale – P.T.I..

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – S.P.D.C. è il reparto ospedaliero dove vengono curate le persone con sofferenza psichica, in fase acuta.

Le Comunità Psichiatriche (Strutture Residenziali) sono strutture nelle quali le persone con sofferenza psichica vengono ricoverate temporaneamente, al fine di attuare un percorso di cura e riabilitazione (Progetto Terapeutico Riabilitativo – P.T.R.).

Il Centro Diurno – C.D. è un servizio diurno, nel quale le persone con sofferenza psichica compiono le attività di riabilitazione psicosociale, che hanno a che vedere con le azioni quotidiane della vita e di socializzazione.

L'Unità Operativa di NeuroPsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza – U.O.N.P.I.A. è il servizio che "prende in carico" le persone in minore età, in situazione di disagio psicologico, con disturbi del comportamento.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario – O.P.G. è la struttura di custodia e cura, nella quale vengono "internate" le persone con sofferenza psichica, che hanno commesso dei reati, considerate socialmente pericolose.

Gli O.P.G. dovrebbero essere in fase di superamento.

In Lombardia, per le persone sofferenti, autori di reato, sono previsti 240 posti, ripartiti in 4 "nuovi poli".

A Castiglione delle Stiviere (120 posti), a Leno (in provincia di Brescia = 40 posti), a Limbiate-Mombello (in provincia di Milano, all' ex- Ospedale Psichiatrico "Antonini" = 40 posti), a Mariano Comense (in provincia di Como = 40 posti) una pratica discutibile orientata più al controllo che non alla cura, riabilitazione e reinserimento.

I Comuni hanno competenza negli interventi per la salute mentale

I Comuni hanno competenza, al fine di favorire la riabilitazione psicosociale e l'"inclusione sociale" delle persone con sofferenza psichica, per l' esercizio del diritto di "Cittadinanza Sociale" (imparare, lavorare, scambiare, abitare...).

Associazione Senza Limiti Onlus

Via dei Carracci 2 – 20149 – Milano

Cod. Fisc. 97139120154 – C/C Postale 41208752

**Mail: senzalimiti.onlus@tiscali.it – senzalimiti@quipo.it
<http://www.associazionesenzalimiti.it>**

Elenco associazioni aderenti al Senza Limiti

ASVAP 5 Onlus (Ass. Volont. Aiuto Ammalati Psicici)

Facebook: Asvap5Suello

Via A. Manzoni 15 - 23867 SUELLO

Cod. Fisc. 92018330131 - C/C Postale 11124229 - Mail: pierguido.cane@alice.it

Ass. Gruppo Accoglienza Disabili- Onlus

Via S. Eusebio 15 - 20092 - Cinisello B. (Mi)

Tel. 333.1932185 / 026121651 - Email: luigifossati@libero.it

Comitato Parenti RSA Martinelli

Via Vicuna 2 - 20092 - Cinisello B. (Mi) -c/o Lidia Ciriello Tel. 3470603256

Mail: ciriellolidia@libero.it

Senza Limiti – Sez. Ferrara

Referente Ricci Andrea

Mail: sanita.oggi.fe@gmail.com

Comitato Ospiti e Parenti Fondazione La Pelucca –

Via Campanella 8/10 - S.S. Giovanni (Mi) Tel. 3486608569

Cod. Fisc. 94612940158 - Email: comitato.lapelucca@hotmail.it

Medicina Democratica - Onlus

Via dei Carracci 2, - 20149 -Milano - Tel 02.4984678

Cod. Fisc. 97349700159 - Email: segreteria@medicinademocratica.it

<http://www.medicinademocratica.org>

M.T.D. Onlus

P.zza Salvo d'Acquisto 8 , Pavia - Tel. 3357859801 - Cell. 3937204656

Cod. Fisc. 96062140189 - Email: mtdonlus@gmail.com -

<http://www.mtdonlus.org>

Ass. Spazio Autismo – Onlus

Via G. Giolitti 23, Cinisello B. (Mi) Tel. 33814598895

Cod. Fisc.94587360150 - Email: info@spazioautismo.it

Centro per il Diritto alla Salute – Legnano

Indirizzi postali: Via Canazza 1, Legnano (ospedale vecchio);

Via Papa Giovanni, Legnano (ospedale nuovo);

Via Badi, Cuggiono (Ospedale)

Telefoni: 0331.449501 (martedì mattina e mercoledì pomeriggio);

0331.449408 (sabato mattina);

02.97331456 (mercoledì mattina)

Email: centrodirittoallasalute@gmail.com;

Presidente: walfoss@alice.it