
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

Supplemento al numero 177-179 di
Medicina Democratica
Autorizzazione del Tribunale di Milano n.23 del
19 gennaio 1977
Direttore responsabile: FULVIO AURORA

grafica e stampa: blinksrl.com

Indice

pg. 4	Premessa
pg. 8	Capitolo primo: <i>I diritti e le leggi</i>
pg. 12	Capitolo secondo: <i>Il diritto alle cure ospedaliere</i>
pg. 14	Capitolo terzo: <i>Il diritto alle cure domiciliari</i>
pg. 17	Capitolo quarto: <i>Il diritto alle cure sanitarie ed assistenziali in residenze extraospedaliere</i>
pg. 19	Capitolo quinto: <i>La partecipazione alla spesa nelle residenze per persone malate croniche, non autosufficienti, o per disabili gravi</i>
pg. 23	Capitolo sesto: <i>Il diritto al fondo per le non autosufficienze</i>
pg. 26	Allegati: <i>allegato 1, allegato 2, Declaratoria Sentenze, allegato 3</i>
pg. 37	Appendice: <i>ulteriori informazioni su come accedere alle unità di offerta sociali e sanitarie</i>

PREMESSA

Questo manuale persegue due scopi.

Il primo è informare di un diritto che molto spesso viene negato.

Il secondo è fornire alcuni strumenti utili ad affermare quel diritto ed a promuoverne l'applicazione.

Una prima considerazione:

è' paradossale che alle persone, che si trovano da anni in condizione di coma irreversibile, venga impedito di morire mentre, per converso, alle persone – molto più numerose - che si trovano in condizione di non autosufficienza, viene, nella quotidianità, impedito di vivere nel miglior modo possibile. Infatti, non sono infrequenti le notizie di cronaca, riguardanti i casi scoperti dai NAS (o da altre autorità ispettive), concernenti persone malate, che conducono stancamente la vita in strutture residenziali, senza alcun conforto relazionale. Destano sgomento le situazioni di anziani, rinchiusi in abitazioni disastrose, o le notizie riguardanti persone con sofferenza psichiatrica, che vivono in solitudine, abbandonate a sé stesse, che muoiono senza assistenza. Tutto ciò succede, mentre le indagini scientifiche attestano che le persone, alle quali viene data la possibilità di essere curate ed assistite nella propria abitazione, sono destinate a vivere più a lungo e meglio di quelle ricoverate in una struttura a pagamento, pur con il versamento di una retta piuttosto elevata.

Purtroppo, non tutti hanno le medesime opportunità: talvolta mancano i servizi e le strutture; in altre circostanze, mancano i sostegni e le risorse economiche.

Anche quando ci sono le leggi, manca la volontà applicativa e non ci sono i controlli.

Come sempre, affinché la situazione migliori, è necessario che le persone direttamente interessate si attivino; è necessario che esse si mobilitino, per ottenere ciò che è stabilito.

Ormai da tempo, è passata l'idea che i servizi pubblici, pagati dai cittadini con rilevanti prelievi dai loro redditi, siano da considerare alla stregua di un atto di liberalità, ovvero una sorta di concessione, per la quale ringraziare chi la fornisce.

Sta di fatto che le imposte e le tasse restano, o, addirittura, si incrementano, mentre la consapevolezza del diritto si attenua, fino quasi a scomparire.

Con le nostre associazioni, abbiamo contribuito all'elaborazione di questo manuale in quanto, da anni, siamo impegnati sui problemi della difesa delle persone malate croniche e raccolta l'esperienza di una ricca casistica che mette in rilievo la mancanza dell'informazione necessaria, sufficiente e tempestiva (a tutti i Soggetti cui il manuale è stato suggerito) per ben operare.

Vogliamo diffondere le nostre esperienze ed allargare il campo dell'informazione, dal momento che molte persone, ancora oggi, non si difendono e non chiedono quanto è di loro spettanza.

Esse assumono questo comportamento rinunciatario perché non sono informate, o perché pensano che quel poco che ottengono sia tutto "oro colato" o accidentale benevolenza.

Dunque, il nostro primo e ultimo intento è promuovere l'organizzazione delle istanze e la rivendicazione di ciò che ci spetta di diritto:

"siamo cittadini e non sudditi !"

Il dossier è sottoscritto dalle seguenti formazioni sociali:

- Ass. SENZA LIMITI – ONLUS
Via dei Carracci 2 – 20149 Milano
Tel. 02.4984678
- ACLI Bollate
Circolo Via Grandi, Via Don Sturzo, 38 – Bollate
- ACFA – ONLUS
Via Milano, 3 – 20093 Cologno Monzese
- ASVAP – ONLUS di COMO
Via A. Manzoni, 15 – 23867 SUELLO
- Ass. PARENTI E AMICI DEGLI OSPITI S.ERASMO – ONLUS
Via Rossini, 4 – 20025 Legnano
Tel. 338.8774499
- Ass. GRUPPO ACCOGLIENZA DISABILI
Via S. Eusebio, 15 – 20092 Cinisello Balsamo
Tel. 333.1932185
- Ass. ALDO PERINI – ONLUS
P.zza Pompeo Castelli, 10 – Milano
Tel. 339.3820102
Mail: info@associazionealdoperini.it
- Ass. LA SVOLTA
Via Casati, 6 – 20092 Cinisello Balsamo
Tel. 02.66016261
Mail: svolta1@libero.it
- COMITATO OSPITI E PARENTI
FONDAZIONE CASA DI RICOVERO
SANTA MARIA AUSILIATRICE – ONLUS
Via Gleno, 49/51 – Bergamo
Tel 035.237170

-
- COMITATO PARENTI RSA MARTINELLI
Via Vicina, 2 – 20092 Cinisello Balsamo
Tel. 347.0603256
 - COMITATO DIFESA SANITA' PUBBLICA SUD MILANO
Via Ovada, 1 – 20142 Milano
Tel. 339.5373470
 - COMITATO OSPITI E PARENTI RSA PERTINI
Via Per Cesate, 62 – 20024 Garbagnate Milanese
 - COMITATO OSPITI E PARENTI FONDAZIONE LA PELUCCA
Via Campanella, 8/10 – Sesto San Giovanni
Tel. 02.2402416
 - DIALOGHI NECESSARI
c/o UTP, Via Corsieri, 4 – Milano –
Tel. 338.1577125
 - FAP ACLI MILANO
Via della Signora, 2 – 20122 Milano
Tel. 02.7723224
Mail: fap@aclimilano.com
 - Ass. MEDICINA DEMOCRATICA
ONLUS
Via dei Carracci, 2 – 20149 Milano
Tel. 02.4984678

Capitolo primo

I DIRITTI E LE LEGGI

Le condizioni economiche della popolazione italiana, da tempo peggiorate ed in corso di ulteriore peggioramento, hanno portato le persone, che percepiscono un reddito basso o medio basso, ad una crescente situazione di difficoltà e di impoverimento. E' statisticamente comprovato, infatti, che lo 0,7% delle famiglie italiane (pari a 400.000 persone) si privano di ogni loro risorsa economica per fare fronte alle spese sanitarie, in particolare per affrontare i problemi legati alla non autosufficienza (fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007).

Queste stesse famiglie, così impoverite, sono costrette a rinunciare alle più impellenti necessità di salute, quali, ad esempio, le cure dentarie, non essendo erogate dal servizio sanitario nazionale.

Ancora, richiamiamo qui la difficoltà indotta dal mantenimento in famiglia di una persona con disabilità grave, che, in molte situazioni, porta ad estreme ristrettezze economiche.

Dice il rapporto CEIS del 2006:

“L'1,3% di impoverimento è causato da bisogni di salute. In altri termini la salute provoca un aumento di circa il 10% di poveri effettivi... L'anzianità è un catalizzatore potente della fragilità: oltre il 60% delle famiglie impoverite contiene anziani”.

Del resto, l'ormai datata indagine (anno 2000) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, asseriva che, nel 1999, due milioni di famiglie erano andate al di sotto della soglia di povertà, a causa di un anziano cronico o di una persona con disabilità grave da sostenere.

Questi dati, così impressionanti, ci dicono quanto è grande e drammatica la carenza dei servizi e delle strutture di cura ed assistenza gratuita degli anziani malati cronici non autosufficienti.

Il problema di tale carenza non può essere risolto, scaricandone il peso sulle famiglie.

Certamente, la famiglia ha un ruolo importante: garantire un positivo clima di relazioni affettive e di accudienza.

E' fuori di ogni dubbio che essa, in molte situazioni, può favorire la permanenza dell'anziano, malato cronico, al domicilio; ma la famiglia non è essenzialmente in grado e non può sostituire i servizi necessari alla cura degli anziani, servizi che devono essere garantiti dal sistema socio-sanitario pubblico.

Ribadiamo che è scopo di questo manuale diffondere la conoscenza dei diritti che de-

vono essere esercitati dai cittadini, che si trovano in queste condizioni, indicando le iniziative che essi devono assumere, per ottenere l'erogazione dei servizi previsti dalla legge.

In particolare, sono qui evidenziati i temi delle cure sanitarie (ospedali, dimissioni protette, ticket), delle cure domiciliari (**Assistenza Domiciliare Integrata**, voucher, barriere architettoniche) e dei servizi residenziali (Residenze Sanitarie Assistenziali – R.S.A.), nonché la questione della compartecipazione alla spesa dei servizi da parte dei cittadini utenti.

I diritti delle persone malate

Tutte le persone malate hanno diritto di essere curate gratuitamente – salvo il pagamento del ticket, laddove è previsto - dalle strutture sanitarie pubbliche, attraverso i medici di medicina generale, l'assistenza sanitaria specialistica, il ricovero ospedaliero, l'assistenza domiciliare integrata – A.D.I. erogata dall'Azienda Sanitaria Locale, con il contributo aggiuntivo delle case di cura private convenzionate.

L'assistenza sanitaria deve essere erogata ai cittadini, senza limiti di età, di tipo di malattia e di durata delle cure.

Questo diritto spetta quindi anche agli anziani, malati cronici non autosufficienti, alle persone colpite da malattie inguaribili o invalidanti, da malattie psichiatriche, dal morbo di Alzheimer...

Le leggi

Il diritto alle cure sanitarie trova il suo fondamento nell'articolo 32 della Costituzione che recita:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.».

La salute è un diritto, quindi. Non è un'aspettativa qualsiasi, ma un interesse individuale e collettivo tutelato dalla legge, e, in primo luogo, dalla legge fondamentale dello Stato, ossia dalla Costituzione.

E' un diritto che spetta, veramente, a tutti: cittadini italiani e stranieri (nonché apolidi), lavoratori e disoccupati, abbienti ed indigenti, giovani ed anziani (compresi quelli non autosufficienti), malati acuti e malati

cronici, malati fisici e malati mentali .

Un diritto, stabilito, fin dagli anni '50, dalla normativa italiana, che riguarda, indistintamente, la cura delle malattie acute e croniche.

- **La legge 23 dicembre 1978 n. 833**, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, garantisce il diritto alle cure attraverso le Regioni e le Unità Sanitarie Locali (diventate successivamente Aziende Sanitarie Locali – A.S.L.).

In base a tale legge, le ASL sono obbligate a provvedere alla *«tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»*.

Le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano *«le cause, la fenomenologia e la durata»* delle malattie.

Pertanto, la legge n. 833/78 ha introdotto un cambiamento culturale del concetto di salute e di diritto alla salute, che si integra non soltanto nella cura delle malattie, ma nella promozione del benessere complessivo della persona.

Con questo concetto, la salute dei cittadini diventa un diritto universale, da praticare senza discriminazioni di reddito, di status sociale e culturale.

In realtà, spesso avviene che l'utente paga due volte lo stesso servizio: sia attraverso il prelievo dalla sua fonte di reddito, sia attraverso la corresponsione del ticket, in origine introdotto come moderatore della spesa sanitaria, ma, oggi, sempre più vicino al costo effettivo delle prestazioni.

- Inoltre, ricordiamo che, in base alla **legge 4 agosto 1955, n. 692** *«l'assistenza sanitaria deve essere fornita, indipendentemente dalla sua durata, alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia»*.
- La **Legge 12 febbraio 1968, n. 132** (con riferimento particolare all'art.29)
- La **Legge 17 agosto 1974, n. 386**, nella quale si sancisce le prestazioni ospedaliere devono essere fornite *“senza limiti di durata”*
- Il **decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229** (*“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*) e la **legge 8 novembre 2000, n. 328** (*“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*) hanno introdotto i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria – L.E.A. e i Livelli Essenziali di Assistenza sociale – LIV.E.A.S., prescrivendo che le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali siano garantite su tutto il territorio nazionale.

Il decreto legislativo n. 229/1999, definisce *“prestazioni sociosanitarie”**“tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione so-*

ziale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”.

- **Il Decreto Legislativo n. 109/1998**, così come è stato modificato dal **Decreto Legislativo n. 130/2000**. In questi decreti è stabilito che gli enti gestori e i Comuni non possono chiedere ai parenti tenuti agli alimenti (art. 433 e seguenti del codice civile) di concorrere al costo dei servizi (art. 2, comma 6).

La stessa normativa stabilisce che le persone anziane ultrasessantacinquenni, non autosufficienti e le persone con disabilità grave, ricoverate nelle strutture residenziali (R.S.A./R.S.D.) devono contribuire al costo non sanitario del servizio (retta “alberghiera”) in base alla loro situazione economica, certificata dalla documentazione I.S.E.E. (art. 3, comma 2-ter).

- **Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - D.P.C.M - del 29 novembre 2001** *“Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”* elenca le attività e le prestazioni incluse nei L.E.A., le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni. (Tabella 1/C).

Nell’ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani cronici non autosufficienti, sono previste prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo, per il 50% a carico dell’**utente** o del Comune di residenza (l’altro 50% è a carico della ASL).

- **La legge n. 289/2002 (Legge finanziaria per l’anno 2003), all’articolo 54**, ha confermato i Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A., indicati dal DPCM 29 novembre 2001, rilevando al comma 2 che *“Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle che riguardano anche gli interventi di riabilitazione e di lungo degenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti.*

Tali prestazioni sono quelle attribuite alla fase post-acuta, caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali, sanitari e sociali, nell'ambito del processo personalizzato di assistenza.

Capitolo secondo

IL DIRITTO ALLE CURE OSPEDALIERE

Di frequente succede che il ricovero ospedaliero di una persona anziana sia causato dalla riacutizzazione di una malattia cronica.

Il sopraggiungere di un'affezione acuta è il segno più evidente della rottura di un equilibrio già assai precario.

In effetti, nelle persone malate croniche, coesistono più patologie di varia gravità: il diabete, l'ipertensione, i problemi cardiovascolari, i tumori...

Durante il ricovero possono comparire o aggravarsi diversi sintomi quali il disorientamento, l'incontinenza, la perdita di memoria o la capacità di deambulare...

Per questi motivi è importante che il medico del reparto e la famiglia, accanto al decorso della malattia acuta del degente, tengano ben presente la sua condizione generale e il livello della sua autonomia.

In altri termini **occorre che le dimissioni di queste persone malate debbano essere sempre programmate e protette, al fine di garantire la continuità assistenziale, mediante una delle tre seguenti soluzioni possibili:**

- il successivo ricovero in una struttura di lunga degenza riabilitativa, rimanendo, però, nell'ambito del servizio sanitario nazionale;
- il ritorno a casa del malato, garantendogli l'assistenza domiciliare, accompagnata dalla fornitura degli ausili, di competenza della ASL e/o del servizio sociale del comune di residenza;
- l'inserimento in una RSA, con la domanda da rivolgere al servizio sociale del comune.

Prima di accettare le dimissioni dall'ospedale o da altre strutture sanitarie, va valutata attentamente la situazione del degente: vanno contattati i servizi competenti e considerati i tempi di attesa, per la successiva presa in carico.

E' necessario continuare con la cura che risponda, nel migliore dei modi, ai bisogni effettivi del malato.

Inoltre, è importante considerare il costo della soluzione domiciliare o di quella residenziale. Ad ogni buon conto, **non si deve cedere alle eventuali pressioni del personale sanitario (del primario, in particolare): le dimissioni non devono essere attuate senza la certezza della continuità della cura.**

Occorre tenere presente che la responsabilità della sistemazione più idonea è in capo

agli operatori del servizio sanitario nazionale e non deve essere delegata ai parenti. Se la garanzia di continuità della cura non è concreta e tempestiva, il malato e la sua famiglia hanno tutte le ragioni per opporsi alle dimissioni dall'ospedale o dalla struttura sanitaria.

L'opposizione deve essere fatta per iscritto e deve essere inviata a chi di dovere, mediante lettera raccomandata RR, come da fac-simile allegato al presente manuale **(allegato n.1 - Lettera fac simile di opposizione alle dimissioni dall'ospedale da concordare con l'associazione di riferimento).**

Il ricovero ospedaliero in riabilitazione e lungodegenza

A volte succede che il paziente, malato cronico non autosufficiente, venga dimesso dall'ospedale per essere ricoverato in una struttura convenzionata di riabilitazione e lungodegenza.

In questo caso, deve essere prestata una grande attenzione :

- a) il trasferimento deve essere attuato a cura e a spese dell'ospedale.**
- b) per il ricovero nella struttura di riabilitazione convenzionata, la persona malata e i suoi familiari non devono sottoscrivere alcun impegno.**

Questo ricovero può durare dai 30 ai 60 giorni, in base ai regolamenti regionali; dopo di che, la persona può essere dimessa, in quanto verrebbe classificata non più riabilitabile.

A seguito di tale dimissione, può essere proposto:

- a) l'invio della persona al proprio domicilio o in una Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A.,
- b) il trasferimento della persona nel reparto dei malati cronici, rimanendo nella medesima struttura.

Nel caso in cui non sia attuabile la cura domiciliare, il ricovero, da quel momento in poi, assume una condizione giuridica diversa dalla precedente.

Il mutamento giuridico fa sì che il ricovero nel reparto dei malati cronici o nella R.S.A. sia posto a carico del Servizio Sanitario Nazionale, solo per la componente della spesa sanitaria, mentre alla persona ricoverata viene richiesto di concorrere al costo del servizio per la componente della spesa assistenziale.

Ancora una volta, è necessario che il familiare o, comunque, la persona che accompagna il ricoverato non sottoscriva alcun impegno di concorrere al costo del ricovero.

Ogni richiesta fatta in tal senso dall'ente gestore è illegittima e da respingere, nel modo più deciso.

Su questi aspetti di comportamento della persona ricoverata e dei suoi familiari (accompagnatori) torneremo, con dovizia di particolari, nei successivi capitoli del manuale.

Capitolo terzo

IL DIRITTO ALLE CURE DOMICILIARI

Il ritorno a casa della persona anziana non autosufficiente, dopo il ricovero ospedaliero, e la permanenza al proprio domicilio può rappresentare la scelta maggiormente rispettosa dei suoi bisogni e desideri.

La tranquillità del contesto familiare, nel quale l'anziano si identifica, le buone relazioni e la coltivazione degli affetti, possono essere dei potenti fattori di stimolazione delle capacità di pensiero, di azione e di autonomia, qualora siano ancora, almeno parzialmente, presenti.

Peraltro, una buona assistenza domiciliare è sempre meno costosa del ricovero nelle strutture residenziali.

Vediamo quali possono essere i presupposti essenziali, favorenti l'attivazione del progetto di assistenza domiciliare:

- a) la presa in carico del medico curante
- b) il consenso informato della persona curata e della sua famiglia
- c) la presenza di un valido supporto familiare
- d) l'esistenza di un'idonea condizione abitativa

E' corretto ricordare che questa scelta non è sempre possibile.

Per esempio, quando la persona vive da sola, quando i familiari sono lontani o hanno già un notevole carico esistenziale e poche risorse economiche: tutto ciò non costituisce, oggettivamente, la miglior condizione perché si possa implementare la cura domiciliare.

Aggiungiamo anche questo altro caso negativo, allorché la famiglia, pur dimostrando la propria disponibilità, non riceva le necessarie agevolazioni comunali, finalizzate a rendere meno gravosa la sua offerta.

In questo caso, l'utilizzo del *"fondo per le non autosufficienze"* dovrebbe porre rimedio, almeno in parte, all'esigenza di agevolazione della famiglia (si veda l'apposito capitolo).

Soprattutto, ci sembra necessario ribadire che, al di là degli incentivi economici, **la cura a domicilio della persona malata cronica, non autosufficiente, è un diritto e non una mera concessione: questa cura è dovuta!**

La responsabilità della cura domiciliare è in capo alle A.S.L., che sono tenute a garantire appropriatezza e continuità dell'assistenza sanitaria.

E' all'A.S.L. che i familiari si devono rivolgere, specialmente quando la persona malata viene dimessa dall'ospedale.

Abbiamo già ricordato che la dimissione non deve avere luogo se non è "protetta".

Pertanto, prima ancora che venga assunto il provvedimento di dimissione, i competenti uffici dell'ospedale e dell'A.S.L. devono verificare la concreta possibilità di attuare la cura domiciliare.

Ospedale e A.S.L. devono concordare con la famiglia della persona ricoverata e con il servizio sociale del comune di residenza (per gli aspetti socio-assistenziali dell'intervento), la modalità di attuazione della cura domiciliare.

Inoltre, dobbiamo esaminare il caso delle persone malate croniche, che hanno la necessità delle cure continue, senza passare attraverso il ricovero ospedaliero.

Allora, è il medico di medicina generale, di fiducia della persona assistita, che deve attivare il servizio.

In ogni caso, la persona malata ed i famigliari, che se ne prendono cura, non devono cadere nella "trappola" di "arrangiarsi" con il voucher (!) erogato dall'ASL, che, in genere, è un assai parziale sostegno, di fronte alla complessità degli effettivi bisogni.

Occorre affermare nei fatti che:

- a) le cure domiciliari sono un diritto e, quindi sono dovute;
- b) le prestazioni dovute sono stabilite dall'ospedale e/o dal medico di medicina generale sulla base delle necessità terapeutiche della persona curata (Progetto di Assistenza Individuale – P.A.I.);
- c) il voucher (*) emesso dall'A.S.L. deve compensare l'organismo accreditato dall'A.S.L., cui viene conferita l'incombenza della cura domiciliare; il suo importo deve corrispondere pienamente ai bisogni della persona curata.

(*) Il voucher è una provvidenza economica, in favore di persone fragili, utilizzabile solo per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, erogate da caregiver professionali. (Cfr. Regione Lombardia, "Il voucher socio-sanitario", pubblicazione illustrativa della Delibera della Giunta Regionale n. VII/9379 del 14 giugno 2002)

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 dal Medico di Medicina Generale di fiducia dell'assistito, 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

(*) in riferimento alla prescrizione del medico

Capitolo quarto

IL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E ASSISTENZIALI IN RESIDENZE EXTRAOSPEDALIERE

Per le persone malate croniche, non autosufficienti, oltre ai posti letto ospedalieri, vi è la possibilità di ricovero nelle residenze extraospedaliere sanitarie e sociosanitarie.

Le residenze sanitarie extraospedaliere sono strutture di ricovero, pubbliche o private accreditate, dove la degenza è gratuita.

In alcuni casi, le degenze sono a termine; in altri casi, le degenze sono permanenti.

Le degenze a termine riguardano, in particolare, gli Istituti di Riabilitazione, dove gli interventi riabilitativi sono intensivi e, conseguentemente, i tempi di ricovero, in linea di massima, sono correlati (o devono essere correlati) con le problematiche riabilitative.

Per la riabilitazione intensiva, è fissato un tempo di degenza massimo, che, però, può essere prorogato.

Osserviamo che il tempo di degenza non deve essere assunto rigidamente, in quanto le patologie sono diverse e la salute delle persone non deve essere messa in discussione.

Pertanto, non è accettabile che la struttura di lungodegenza riabilitativa dimetta la persona ricoverata, dopo 30/60 giorni di degenza, sostenendo che quello è il tempo massimo stabilito dal patto di accreditamento con la Regione.

A nostro avviso, non devono essere i motivi economici dell'Istituto di Riabilitazione a dettare i tempi del ricovero (compenso "pieno" fino ai 30/60 giorni; compenso "ridotto" dopo tale termine).

Altrettanto, non è accettabile che la persona malata passi al reparto "cronici", ovvero nella Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A., presente nello stesso presidio o venga trasferito in un'altra struttura, senza che ciò sia stato concordato.

La direzione dell'Istituto di Riabilitazione è tenuta a proporre per iscritto il passaggio al reparto "cronici" o il trasferimento in una R.S.A., esprimendone il motivo.

Dal canto loro, le persone interessate (il ricoverato, il suo tutore e/o i suoi parenti) non devono dare il proprio assenso al trasferimento, nel caso in cui l'Istituto lo proponesse solo verbalmente e non con una lettera.

Solo a fronte della proposta di trasferimento, scritta e motivata, avanzata dall'Istituto, le persone interessate, in base al caso e alle concrete circostanze, dopo essersi consultate con l'associazione di tutela, dovranno esprimere il proprio assenso,

concordandone le modalità.

Diversamente dagli Istituti di Riabilitazione, nei quali vengono praticati gli interventi intensivi, le strutture di riabilitazione “estensiva” accolgono le persone malate anche in forma permanente.

Ciò, nel caso di gravi patologie, a carattere involutivo, di sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, o con gravi danni cerebrali.

Inoltre, sempre con degenza gratuita, sono presenti nell’assetto sociosanitario alcune residenze per le persone in coma prolungato o con gravi insufficienze respiratorie.

Pertanto, ciò che conta è la persona e la sua patologia; solo in subordine conta la struttura, dove la persona viene ricoverata.

Ciò, deve essere considerato valido ad ogni effetto di cura e di riabilitazione, nonché per l’eventuale partecipazione al costo del servizio.

Ad esempio, non si deve chiedere mai e per nessun motivo ad una persona in stato comatoso (ovvero al suo tutore o ai suoi familiari) di concorrere al costo del servizio, indipendentemente dalla ragione giuridica dell’ente erogante il servizio.

Affinché sia affermato il diritto al ricovero, nel caso in cui si renda necessario inviare una lettera all’ ente gestore della residenza extraospedaliera, si utilizzi il fac simile, allegato n. 1 (“lettera fac simile di opposizione alle dimissioni dall’ospedale”), adattandolo alla situazione specifica.

Capitolo quinto

LA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA NELLE RESIDENZE PER PERSONE MALATE CRONICHE, NON AUTOSUFFICIENTI, O PER DISABILI GRAVI

Abbiamo, da sempre, sostenuto che una persona malata, indipendentemente dal tipo di malattia e dalla sua durata, ha diritto ad essere curata.

Le persone malate croniche, non autosufficienti, con affezioni fisiche, psichiche o psichiatriche, anziane, o giovani, devono esercitare questo diritto, anche se – lo ripetiamo – la loro malattia è destinata a durare per mesi e anni...

La legislazione è mutata nel tempo.

1. In base alla legge di Riforma Sanitaria

(23 dicembre 1978, n. 833), le persone malate croniche, non autosufficienti, devono essere curate per l'intera durata della malattia e senza alcun onere aggiuntivo per l'utente, oltre alle imposte generali, che devono essere pagate da tutti i cittadini.

2. Successivamente, un decreto del 1986

(Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri –DPCM dell' 8 agosto 1986) ha modificato la situazione, creando confusione.

Certamente il Governo allora in carica ha voluto creare la confusione, inventando un nuovo settore di prestazioni, a metà fra la sanità e l'assistenza.

In tal modo, si sono addossati dei nuovi oneri economici alle persone malate croniche, non autosufficienti.

L'indirizzo operativo è stato così introdotto fra i cittadini.

Dato che lo Stato "spende troppo" e con ciò diventa "deficitario" e dal momento che le persone malate croniche, non autosufficienti, quando sono ricoverate, hanno bisogno, per una parte, di cure sanitarie e, per un'altra parte, di cure ed interventi di tipo socio-assistenziale:

- a) lo Stato interviene per la copertura della parte relativa alle cure sanitarie;
- b) per la parte riguardante gli interventi di tipo socio-assistenziale, le spese sono a carico dei ricoverati e, qualora ciò non bastasse, sono chiamati i parenti della persona ricoverata a concorrere al costo del servizio; ciò è possibile risolvendo vecchie leggi, considerate non più in vigore dalla dottrina giuridica.

Su questa base, nasceva un florido commercio di case di riposo private, successivamente denominate Residenze Sanitarie Assistenziali – R.S.A. (per le persone anziane) e le Residenze Sociosanitarie per Disabili – R.S.D. (per le persone con disabilità grave).

Conseguentemente, l'oneroso impegno, da parte dei parenti, di concorrere al costo del servizio, produceva l'effetto dell'impovertimento delle famiglie di ceto medio-basso e anche di ceto medio.

3. Due nuovi interventi statali.

Ancora una volta, l'intervento statale si è espresso, in data 29 novembre 2001, con un DPCM, che ha stabilito, nel solco della divisione fra la componente socio-assistenziale e quella sanitaria, l'entità dell'una e dell'altra quota di costo del servizio.

Questo provvedimento amministrativo ha addossato, in percentuale, la componente del costo socio-assistenziale all'utente o, nel caso di incapacità, al Comune di residenza della persona ricoverata (50% per gli anziani e 30% per i disabili) ed è stata riconfermata la competenza della Regione/A.S.L. per la quota sanitaria (l'altro 50% per gli anziani e l'altro 70% per i disabili).

Nell'anno 2000 era avvenuto il secondo intervento dello Stato.

Si è trattato di un Decreto Legislativo (n.130/2000), che ha modificato un analogo, precedente, Decreto Legislativo (n.109/1998).

Con questo secondo intervento legislativo, lo Stato ha sancito che i parenti degli utenti ricoverati, malati cronici, non autosufficienti, con più di 65 anni di età, nonché i parenti delle persone in stato di grave disabilità, non devono intervenire economicamente a copertura delle rette di ricovero, perché il concorso al costo del servizio deve essere basato sulla situazione economica del solo assistito.

Ma, gli enti gestori delle R.S.A. e i Comuni hanno trovato il modo di ignorare queste disposizioni di legge.

Infatti, nella gran parte dei casi, ancora oggi, gli enti gestori delle RSA o delle R.S.D., chiedono ai parenti di concorrere al costo del servizio, nel caso che la situazione economica della persona ricoverata non sia sufficiente a pagare la retta del ricovero.

Dato che sono i parenti, in genere, ad accompagnare e ad istruire le pratiche per il ricovero in R.S.A./R.S.D., è proprio ad essi che viene fatto sottoscrivere l'impegno del pagamento della retta.

E' come se venisse detto loro: *“non ci interessano le leggi; voi firmate, oppure rinunciate al ricovero del vostro congiunto”*.

C'è da sottolineare che, in molti casi, allorché i parenti abbiano fatto ricorso all'autorità giudiziaria, in sede di tribunale civile, i giudici hanno ritenuta valida la loro firma, senza considerare lo stato di costrizione sostanziale, nel quale essi avevano stipulato il contratto di ricovero.

Quindi i tribunali civili hanno detto finora, nelle loro sentenze: *“se tu parente hai firmato, ora devi pagare”*.

A questo punto, non possiamo più continuare a sostenere la pur legittima tesi di disdire il contratto; far versare dalla persona assistita la compartecipazione basata sulla sua personale situazione economica, certificata dalla documentazione ISEE.

A questo punto, non possiamo continuare nella scelta di smettere di versare tutta la retta pattuita, chiamando in causa il Comune di residenza dell'assistito, che avrebbe dovuto accollarsi la quota di differenza, versata, illegittimamente, dal parente.

Questa scelta, adottata dai parenti, frutto dell' ineccepibile adempimento legislativo, ha fatto riscontrare, finora, il favore di pochi giudici, mentre, come dicevamo, la gran parte delle sentenze, in sede giurisdizionale civile, ha loro dato torto.

E' stata individuata una nuova strategia

1. Vale il discorso che una persona malata cronica deve essere, se del caso, dimessa dall'ospedale pubblico o privato accreditato, su indicazione dei curanti ed inviata al proprio domicilio, nella misura in cui esiste la condizione familiare e abitativa adeguata e, soprattutto, se esiste un servizio di cure domiciliari che sia tale; oppure, che la persona sia dimessa ed inviata in una struttura residenziale, extraospedaliera, se ricorrono altre valutate condizioni (per gli anziani, con malattie croniche, la classificazione di non autosufficienza deve essere espressa dall' Unità di Valutazione Geriatrica – UVG).

(contro le dimissioni, si veda il fac simile di lettera, **allegato n.1**)

2. Nel caso in cui, per la mancanza di informazioni, o per altri motivi, ancora una volta, il parente abbia sottoscritto l'impegno di pagamento, finalizzato al ricovero del suo congiunto in RSA/RSD, è possibile trovare giustizia, con un procedimento, forse un po' complesso, ma efficace.

Il parente, quando, ad un certo punto, si accorgerà che non riesce a sostenere l'onere della retta, oppure, quando verrà a conoscenza che la legge è stata violata, sulla base del parere espresso dall'associazione – che va sempre consultata – darà seguito ai seguenti passaggi:

a) si farà rilasciare dal C.A.F. la certificazione ISEE, riportante la situazione economica della persona ricoverata (e non del suo nucleo familiare);

b) scriverà una lettera raccomandata RR al Comune di residenza della persona ricoverata (*si veda il fac simile, **allegato n.2, nonché la declaratoria delle ordinanze e delle sentenze***), nella quale verrà richiamato il dovere del Comune medesimo, in base alle leggi citate nella lettera, a corrispondere una quota pari alla differenza fra l'importo della retta richiesta dall'ente gestore della RSA/RSD e l'importo dell'ISEE della persona ricoverata; esigerà, altresì, la risposta scritta dal Comune, entro 30 giorni;

c) se il Comune non dovesse rispondere o risponderà nel senso di denegare la richiesta, invocando il proprio regolamento, che impone tale onere ai parenti, verrà chiesta copia del regolamento in vigore o verrà chiesta la copia della deliberazione con la quale il regolamento stesso sarà stato adottato dal Comune.

d) in possesso di tale atto amministrativo comunale, il parente presenterà un ricorso al **TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE** (TAR), con il patrocinio di un avvocato che, sulla disciplina specifica, dimostri di essere competente; il ricorso perseguirà lo scopo di far invalidare, con una sentenza del tribunale amministrativo, il regolamento comunale, per quegli articoli che sono in contraddizione con le leggi dello Stato, precedentemente ricordate in questo capitolo.

3. Questo procedimento viene proposto, perché abbiamo rilevato che, in decine di cause di questo genere, promosse al TAR delle varie regioni, compreso quello per la Lombardia, le sentenze, fino ad oggi, sono state tutte favorevoli ai parenti, che hanno fatto il ricorso (*si veda la declaratoria delle ordinanze e delle sentenze*).

Esse, in genere, impongono al Comune di modificare il regolamento, negli articoli in cui si stabilisce che la retta è a carico anche dei parenti della persona ricoverata nella RSA/RSD.

A seguito di tale modifica, il Comune si accollerà la quota eccedente l'importo dell'ISEE della persona ricoverata, fino al raggiungimento della retta richiesta dall'ente gestore del servizio.

In altri termini, ciò che pagava il parente, a seguito della sentenza del TAR, sarà pagato dal comune.

I vari TAR, che, finora, si sono pronunciati, osservano che:

- il decreto legislativo n.109/1998, come modificato dal successivo decreto legislativo n.130/2000, va applicato;
- i Comuni non possono addurre la motivazione della mancanza di fondi; essi devono ottemperare a quanto la legge stabilisce; addirittura, una sentenza del TAR per la Lombardia, sottolinea, con una punta di sagace polemica, che i Comuni stessi, (attraverso i loro organismi rappresentativi) "hanno rifiutato i fondi, a tale scopo, loro destinati"
- la vecchia legge, che prevedeva la rivalsa dei Comuni sui parenti delle persone assistite negli istituti ospedalieri e manicomiali (legge n. 1580 dell'anno 1931), non può essere invocata, perché è stata abrogata (art. 24, legge n. 133/2008).

Inoltre, si deve tenere presente che i TAR stabiliscono nelle sentenze che le spese devono essere compensate al 50% fra il parente, che ha promosso il ricorso e il Comune, soccombente nel giudizio.

4. Il percorso proposto è lineare anche se richiede impegno e denaro per essere compiuto.

Ci si può, peraltro, riferire ad un'associazione, che si occupi dell'azione giudiziaria, a partire dall'individuazione di un avvocato che, come abbiamo già ricordato, da un lato sia significativamente competente nella disciplina giuridica di cui si tratta e, dall'altro lato, non risulti particolarmente oneroso.

Si può presumere che i parenti sosterranno, per la causa, una spesa oscillante fra i 2.000 o i 3.000 euro.

Però, tale spesa sarà presto compensata, attraverso l'interruzione del pagamento della retta, facendo salva l'ulteriore possibilità che i parenti vengano rimborsati, per il concorso alla spesa del servizio, fino a quel momento indebitamente attuato.

Capitolo sesto

IL DIRITTO AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

La legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296/2006, art. 1, comma 1264), ha istituito il "*fondo per le non autosufficienze*", allo scopo di sovvenire alle **nessità sociali** delle persone malate croniche, non autosufficienti, affette da patologie fisiche, psichiche e/o sensoriali, nonché per sovvenire alle **nessità sociali** delle persone con grave disabilità.

L'organizzazione del Fondo e la sua gestione, in base al dettato della Costituzione, sono aspetti che rientrano nella competenza delle regioni.

Per questo motivo, il Ministro della Solidarietà Sociale, di concerto con il Ministro della Salute e d'intesa con le regioni, ha emanato un proprio decreto, con il quale ha ripartito alle regioni le risorse economiche del fondo nazionale.

Alla Lombardia sono stati assegnati 14 milioni di euro per l'anno 2007, 44 milioni per il 2008 e 58 milioni per il 2009.

Dal canto suo, la Regione Lombardia, ha istituito, con la legge n. 3 del 2008, con proprie risorse, un *fondo regionale per le non autosufficienze*, nel quale è stato previsto che confluisca anche quello nazionale.

E' fuori di ogni dubbio che le risorse dei fondi, nazionale e regionale, devono essere destinate all'assistenza sociale e non alla sanità.

Infatti, la sanità, da molti anni ormai, dispone di un fondo proprio, molto più cospicuo ed importante.

Dunque, la Lombardia, come le altre regioni, è tenuta a ripartire le risorse del fondo per le non autosufficienze ai Comuni, che sono gli enti competenti ed erogatori dell'assistenza sociale.

Sta di fatto che la Giunta Regionale della Lombardia, con propria delibera n. 8243 del 22 ottobre 2008, nel definire i criteri di distribuzione del fondo per le non autosufficienze, ha compiuto un'operazione scorretta.

Essa, agendo in contrasto con quanto è stato stabilito dal decreto ministeriale, ha attribuito, illegittimamente, una buona parte del fondo alle spese socio-sanitarie (e non alle spese socio-assistenziali).

Inoltre, la regione ha interpretato, a suo modo, il decreto ministeriale di cui si tratta (ribadiamo che esso è stato emanato a seguito dell'intesa con tutte le regioni) ed ha ritenuto che l'indirizzo d'uso "prevalente" (i servizi domiciliari), fosse da considerare "vincolante" ed "esclusivo".

Con questa distorta interpretazione, ha ignorato la possibilità di indirizzare il fondo anche al sostegno delle persone malate croniche, non autosufficienti, e al sostegno delle persone con grave disabilità, ricoverate nelle strutture residenziali.

Quindi, la Regione Lombardia ha compiuto una doppia, grave, scorrettezza: da un lato, ha trasferito una parte del fondo dall'assistenza sociale alla sanità e, dall'altro lato, ha creato una inaccettabile azione discriminatoria fra persone con parità di bisogni, ovvero, ha rafforzato la loro assistenza a domicilio ed ha ignorato la loro assistenza nelle residenze a ciclo continuativo.

Per questo improprio uso del fondo, così come è contenuto nella citata delibera della giunta regionale, le associazioni di tutela dei diritti delle persone anziane, malate croniche e le associazioni di tutela delle persone con sofferenza mentale hanno, dapprima, inviato una lettera alla amministrazione regionale e, successivamente, hanno proposto ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia (TAR).

A questo proposito, prima che il TAR si esprima con la propria sentenza, c'è da considerare che, già oggi, siamo in presenza di leggi che devono essere applicate.

Le leggi, nella gerarchia delle fonti normative, hanno un peso maggiore degli atti amministrativi; le leggi dello stato sovrastano le delibere come quella della Giunta Regionale che abbiamo preso in esame ed osservato con criticità.

Pertanto, fin da ora, i parenti e i tutori dei cittadini utenti sono tenuti a chiedere al proprio Comune in quale modo le risorse del fondo sono destinate al sostegno delle persone non autosufficienti e disabili, vuoi di quelle assistite al domicilio, vuoi di quelle ricoverate nelle residenze.

A questo scopo, è necessario che siano conosciuti gli atti amministrativi adottati dai Comuni singoli o che agiscono, in forma associata, nell'Ambito Territoriale del Piano di Zona (legge n. 328/2000, art. 19).

Quindi, gli utenti e i loro parenti devono chiedere al Sindaco del Comune di Residenza di essere portati a conoscenza del regolamento per l'utilizzo del fondo regionale per le non autosufficienze, destinato al potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare – S.A.D., a favore delle persone anziane e delle persone con disabilità, nonché del regolamento per l'uso del fondo stesso a sostegno delle persone ricoverate nelle R.S.A./R.S.D..

Nell'**allegato n.3**, viene riportato il fac simile di lettera da inviare al Sindaco per la richiesta del regolamento comunale riguardante l'assistenza domiciliare.

Nel caso in cui si renda necessario richiedere il regolamento comunale per le persone ricoverate nelle R.S.A./R.S.D., si propone di utilizzare il fac simile di lettera, di cui all'**allegato n. 2** di questo manuale.

Qualora il Sindaco non dovesse rispondere o nel caso che la risposta non sia soddisfacente, gli utenti e i loro parenti dovranno consultare l'associazione di tutela, al fine di decidere gli ulteriori atti da compiere, nell'esercizio dei diritti delle persone tutelate.

ALLEGATI

Nei capitoli che compongono il presente manuale si citano i documenti qui sotto allegati che fungono da fac simile per le lettere che dovranno, caso per caso, essere inoltrate agli enti competenti.

Le associazioni di riferimento (alle quali è buona cosa rivolgersi per garanzia del procedimento) potranno supportarne la compilazione.

Allegato n.1

Lettera raccomandata RR (fac simile): opposizione alle dimissioni dall'ospedale (da concordare con l'associazione di riferimento)

Allegato n.2

Lettera raccomandata RR (fac simile) : richiesta di prestazione sociale agevolata
Declaratoria Sentenze

Allegato n.3

Lettera raccomandata RR (fac simile): richiesta al Sindaco per conoscere quali sono i criteri distributivi e l'entità del contributo che spetta a coloro che svolgono la funzione di accudimento (caregivers).

Allegato n.1

Lettera raccomandata RR (fac simile): opposizione alle dimissioni dall'ospedale (da concordare con l'associazione di riferimento)

Questa lettera va inviata per ogni destinatario tenendo conto delle note indicate:

Nota 1 - Una raccomandata A.R. va inviata al Direttore Generale dell'ASL di residenza del malato; un'altra (se del caso) al Direttore Generale dell'ASL in cui ha sede l'ospedale o la casa di cura. Nel caso in cui l'ospedale pubblico sia amministrato in modo autonomo rispetto all'ASL, la raccomandata A.R. non va indirizzata al Direttore Generale dell'ASL, ma al Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera.

Nota 2 - È opportuno scrivere al Sindaco (se i servizi assistenziali sono gestiti dal Comune di residenza del ricoverato) o al Presidente del Consorzio (qualora la gestione dei servizi assistenziali sia stata affidata al Consorzio) per rendere note le condizioni in base alle quali si accetta il ricovero presso RSA e per evitare che il Comune (o il Consorzio) possa richiedere agli eredi dell'anziano malato la restituzione delle somme erogate dall'ente per integrare la parte della retta non versata dal ricoverato.

- RACCOMANDATA A.R.

- Egr. Direttore Generale Asl
(vedere nota 1) _____ Via _____
Città _____

- RACCOMANDATA A.R.

-Egr. Direttore Generale Asl

Via _____ Città _____

- RACCOMANDATA A.R..

- Egr. Direttore Sanitario
(Ospedale o Casa di cura privata convenzionata)

Via _____
Città _____

- RACCOMANDATA A.R.

-Egr. Sig. Sindaco (o Presidente del Consorzio)
(vedere nota n.2) _____
Via _____
Città _____

- LETTERA NORMALE

copia PER CONOSCENZA ALLA ASSOCIAZIONE DI RIFERIMENTO

Oggetto: OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI

I_ sottoscritt_ _____ abitante in _____
Via _____

n. _____ visto l'art. 41 della legge 12.2.1968 n. 132, che prevede il ricorso contro le dimissioni, e tenuto conto che l'art. 4 della legge 23.10.1985 n. 595 e l'art. 14, n. 5 del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità,

chiede

che I_ propri_ _____ abitante
in _____ Via _____
n. _____ attualmente ricoverat_ e curat_
presso _____
non venga dimess_ o venga trasferit_ in un altro reparto dell_ stess_
_____ o in altra struttura sanitaria

per i seguenti motivi:

- 1) il paziente è gravemente malato e non autosufficiente (se del caso, aggiungere che non sempre è capace di programmare il proprio futuro);
- 2) lo scrivente non è in grado di fornire le necessarie cure al proprio congiunto e non intende assumere oneri di competenza del Servizio sanitario.

Fa presente che le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, sono dovute anche agli anziani cronici non autosufficienti ai sensi delle leggi:

- **4.8.1955 n. 692,**
- **12.2.1968 n. 132 (in particolare art. 29),**
- **17 agosto 1974 n. 386 (le prestazioni ospedaliere devono essere fornite "senza limiti di durata"),**
- **13.5.1978 n. 180 e 23.12.1978 n. 833 (in particolare art. 2 punti 3 e 4 lettera f).**

Si ricorda, inoltre, che il Pretore di Bologna, Dr. Bruno Ciccone, con provvedimento del 21.12.1992 ha riconosciuto il diritto della Signora P.F., nata nel 1913, degente in ospedale dal 1986, di «poter continuare a beneficiare di adeguata assistenza sanitaria usufruendo delle prestazioni gratuite del Servizio sanitario nazionale presso una struttura ospedaliera e non di generica assistenza presso istituti di riposo o strutture equivalenti».

Si segnala, altresì, la sentenza della 1ª Sezione civile della Corte di Cassazione n. 10150/1996 in cui viene riconfermato che:

- le leggi vigenti riconoscono ai cittadini il diritto soggettivo (e pertanto esigibile)

alle prestazioni sanitarie, comprese le attività assistenziali a rilievo sanitario;
- le cure sanitarie devono essere fornite sia ai malati acuti che a quelli cronici;
- essendo un atto amministrativo, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 agosto 1985 non ha alcun valore normativo.

Il Piano Regionale Salute Mentale (DGR n. 17513 del 17 maggio 2004), è un piano esortativo, descrittivo, propositivo e non precettivo, pertanto un atto amministrativo senza alcun valore di legge.

Per quanto concerne il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (Lea), diventato legge ai sensi dell'art. 54 della legge 289/2002 (Finanziaria 2003), si rileva che fra «le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale» sono compresi gli interventi di riabilitazione e di lungodegenza, nonché quelli relativi alle «attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti».

Si fa notare che il Consiglio di Stato, in sede giurisdizionale con **Sentenza n. 3377/03 C** e depositata in segreteria il 16 giugno 2003, ha motivato tra l'altro "La ricordata normativa ministeriale, sia nella formulazione del 1985 che in quella del 2001, attribuisce rilievo sanitario agli interventi con carattere di "cura" delle patologie in atto, ma non dispone che debbano definirsi tali solo i trattamenti che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente. A tale riguardo pare dirimente proprio il D.P.C.M. del 2001, nella parte che considera di carattere sanitario i trattamenti volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite". Lo stesso Collegio definisce anche che "Si tratta infatti, a tutti gli effetti, di vere e proprie cure, la cui costante somministrazione può rivelarsi pericolosa per il paziente e che, pertanto, deve essere affidata a personale sanitario, professionalmente in grado di valutare al momento le misure da prendere con efficacia e sicurezza", " ... affermando l'obbligo della ASL della provincia di Mantova al pagamento delle rette di degenza".

Altre due sentenze recentissime confermano che sono a carico delle ASL la quota di degenza per soggetti con malattie mentali e handicap gravi.

Riportiamo gli estremi:

- sentenza n° 152 / 04 REG. DEC., depositata in segreteria il 20 gennaio 2004;
- sentenza n° 479 / 04 REG. DEC., depositata in segreteria il 10 febbraio 2004.

L__ scrivente richiede l'applicazione delle norme sul consenso informato. Inoltre, ai sensi e per gli effetti della legge 7 agosto 1990 n. 241, chiede che gli venga inviata una risposta scritta.

L__ scrivente si impegna di continuare a fornire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni fami-

liari e di lavoro. Chiede pertanto che, nel caso di trasferimento in altre strutture, non venga allontanato dalla città di _____

Ringrazia e porge distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato n.2

Raccomandata RR : richiesta di prestazione sociale agevolata

Raccomandata RR

Al Sindaco del Comune di _____

p.c.

Associazione "SENZA LIMITI ONLUS"

Via dei Carracci, 2

20149 MILANO

Oggetto: richiesta di prestazione sociale agevolata

Io sottoscritto/a (nome, cognome indirizzo), nella veste di (precisare il grado di parentela/affinità) del/la Sig./ra (nome cognome, residenza), che, attualmente, è ricoverato presso la RSA/R.S.D. (denominazione della R.S.A./R.S.D. e suo indirizzo), essendo non autosufficiente, a causa di una grave malattia invalidante (oppure: essendo persona con disabilità grave) ,

faccio presente che,

a richiesta dell'ente gestore della R.S.A./R.S.D. in questione, ho versato, e tuttora verso, la somma mensile di euro _____, a copertura della retta.

Significo a codesta Amministrazione Comunale di essere nell'impossibilità di continuare a far fronte all'impegno sottoscritto con l'ente gestore della R.S.A./R.S.D.

Richiamo, qui di seguito, la base normativa e cito i più recenti pronunciamenti della magistratura che, da un lato, contemplano il concorso al costo del servizio di codesta Amministrazione e, dall'altro lato, il mio esonero.

1.- Il Decreto Legislativo n. 109/1998, come modificato dal Decreto Legislativo n. 130/2000, stabilisce che il concorso al costo del servizio deve essere basato sulla situazione economica del solo assistito (art. 3, comma due-ter).

2.- Lo stesso Decreto, all'art. 2, comma 6, sancisce che gli enti erogatori non hanno la potestà di sostituirsi alla persona che versa in stato di bisogno, nel chiedere gli alimenti ai parenti civilmente obbligati (art. 438, comma uno, del codice civile).

3.- La legge 3 dicembre 1931 n. 1580, spesso invocata dai Comuni e dagli enti gestori dei servizi, che prevedeva la loro rivalsa sui parenti, per le spese di ospedalità o manicomiali, non è applicabile nel mio caso.

Di fatto, essa, non solo non è applicabile, ma non è più invocabile, in quanto è stata abrogata dall'art. 24 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge n. 133/2008.

4.- La prassi, alla quale io stesso/a sono stato sottoposto/a, di far sottoscrivere ai familiari dell'assistito un impegno al pagamento dell'intera retta, quale condizione per l'ammissione alla struttura residenziale, appare di dubbia legittimità.

In tal senso, si è recentemente pronunciato il TAR per la Lombardia, sezione staccata di Brescia, con la sentenza n. 1102 del 22 settembre 2008 e con l'ordinanza n. 00836/2008 del 26 novembre 2008 (Sezione Prima).

5.- Richiamo la sentenza del TAR per la Lombardia, sezione quarta, N. 4033/2008 del 10 settembre 2008.

In essa, viene evidenziato il comportamento contraddittorio dei Comuni, i quali, mentre, da un lato, si rifiutano di concorrere al costo dei servizi, per la mancata emissione di un atteso Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, dall'altro lato, essi, in sede di Conferenza Unificata, si sono opposti all'emissione del decreto, presentato dal Governo, per la regolamentazione della medesima disciplina.

Peraltro, la sentenza, qui sopra citata, sottolinea che la mancanza del D.P.C.M. non può impedire l'applicazione della norma, che contiene in sé il criterio fondamentale per la sua attuazione, come già riconosciuto da alcune pronunce giurisprudenziali.

6.- Il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (tabella 1C), recepito dalla legge n. 289/2002, art. 54, stabilisce che le persone

ricoverate nelle R.S.A./R.S.D., e/o i Comuni di provenienza delle persone stesse, concorrono al costo del servizio, per la sua componente di spesa non sanitaria, con una quota non superiore al 50% (30% per i ricoverati nelle R.S.D.).

7.- La legge n. 296/2006, all'art. 1, comma 1264, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali, da garantire su tutto il territorio nazionale, con riguardo alle persone non autosufficienti, ha istituito, presso il Ministero della Solidarietà Sociale, un fondo, denominato "Fondo per le non autosufficienze".

A seguito del riparto del fondo nazionale, alla nostra regione è stata assicurata una dotazione finanziaria di oltre 14 milioni di euro sull'esercizio 2007, di oltre 44 milioni di euro sull'esercizio 2008 e di oltre 58 milioni di euro sull'esercizio 2009.

Con tale notevole dotazione, è pensabile che i Comuni siano sostenuti nel concorrere al costo dei servizi di cui si tratta, attraverso un opportuno piano di riparto regionale.

Tutto ciò premesso, rilevo, come parente della persona assistita, di non avere alcun obbligo di concorrere al costo della R.S.A./R.S.D. in questione.

Ritengo, altresì, che codesta Amministrazione Comunale debba assumersi l'onere, che si integra nella differenza fra la retta mensile imposta dalla R.S.A./R.S.D., che è di €._____ e la situazione economica del/la mio/a parente assistito/a, evidenziata dalla certificazione I.S.E.E., che è di €._____.

Chiedo di conoscere le motivazioni per cui codesta Amministrazione Comunale non ha ottemperato agli obblighi di legge, qui sopra richiamati.

Si richiede la risposta nei termini previsti dalla legge n. 241/1990.

(firma e data)

Allego:

copia della carta d'identità,

declaratoria delle più recenti sentenze ed ordinanze della magistratura ordinaria ed amministrativa

Declaratoria delle sentenze e delle ordinanze

(aggiornata al 2 dicembre 2008)

del Consiglio di Stato, dei TAR, e dei Tribunali Civili

(da inviare al Sindaco, unitamente alla lettera raccomandata R.R.: richiesta di prestazione sociale agevolata)

Queste ordinanze e sentenze affermano la piena validità del decreto legislativo n. 109 del 1998, come modificato dal decreto legislativo n. 130/2000 (articolo 2, comma 6; articolo 3, comma 2-ter):

1. Sentenza del Giudice di Pace di Bologna n. 3598/2006 del 13 aprile 2006, depositata in cancelleria il 12 ottobre 2006

2. Tribunale Amministrativo Regionale per la Sicilia – Sezione staccata di Catania, sentenza n. 0042/07 del 6 dicembre 2006, depositata in cancelleria il giorno 11 gennaio 2007

3. Tribunale Amministrativo Regionale per la Toscana - Terza sezione, ordinanza n. 733/2007 del 6 settembre 2007, depositata in segreteria il 7 settembre 2007

4. Tribunale Amministrativo Regionale per le Marche – Sezione prima, ordinanza n. 634/2007 del 18 settembre 2007

5. Tribunale Amministrativo Regionale per le Marche, ordinanza n. 521/2007 del 18 settembre 2007

6. Tribunale Amministrativo Regionale per la Toscana - Seconda sezione, ordinanza n. 43/2008 del 16 gennaio 2008, depositata in segreteria il 17 gennaio 2008

7. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia - Sezione prima, sentenza n. 291/08 del 5 – 19 dicembre 2007, depositata in segreteria il 7 febbraio 2008

8. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia – Sezione prima, sentenza n. 303/08, depositata in segreteria il 7 febbraio 2008

9. Tribunale di Lucca (giudice dr. Giacomo Lucente), sentenza n. 0174/2008 del 1° febbraio 2008

10. Tribunale Amministrativo Regionale per l'Emilia-Romagna, sentenza n. 176/2008 del 5 febbraio 2008

11. Tribunale Amministrativo Regionale per la Sicilia, sede di Palermo, ordinanza n. 372/2008 del 1° aprile 2008, depositata in cancelleria il 2 aprile 2008

12. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia (sezione staccata di Brescia), sentenza n. 350/2008 del 2 aprile 2008

13. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, ordinanza n. 602/2008 del 16 aprile 2008, depositata in segreteria nella stessa data

14. Consiglio di Stato, sezione quinta, ordinanza n. 2594 del 16 maggio 2008 (di reiezione del ricorso presentato dal Comune di Firenze contro la sopra citata ordinanza del T.A.R. della Toscana n. 43/2008)

15. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, prima sezione, sentenza n. 1405/08 dell' 8 maggio 2008

16. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, quarta sezione, sentenza n. 4033/2008 del 10 settembre 2008

17. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, sezione staccata di Brescia (Sezione Prima), sentenza n. 01102/2008 del 20 marzo 2008, depositata in segreteria il 22 settembre 2008

18. Tribunale Amministrativo Regionale per la Toscana, sezione terza, sentenza n. 02535/2008 del 26 giugno 2008, depositata in segreteria il 17 novembre 2008

19. Tribunale Amministrativo Regionale per la Toscana (Sezione Seconda), ordinanza 01101/2008 del 26 novembre 2008, depositata in segreteria il 27 novembre 2008

20. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, sezione staccata di Brescia (Sezione Prima), ordinanza 00836/2008 del 26 novembre 2008, depositata in segreteria il 28 novembre 2008

NOTA:

In queste ordinanze e sentenze si sancisce che i PARENTI NON SONO TENUTI A COMPARTECIPARE al costo dei servizi sociosanitari per anziani non autosufficienti e per persone con disabilità grave.

Questo elenco potrà essere aggiornato.

Il testo delle ordinanze e delle sentenze può essere richiesto all'associazione di riferimento.

Allegato n.3

Lettera raccomandata R.R.(fac simile): richiesta al Sindaco per conoscere quali sono i criteri distributivi e l'entità del contributo che spetta a coloro che svolgono la funzione di accudimento (caregivers).

Al Sindaco del Comune di _____

Lo (la) scrivente _____, residente in questo comune, via _____ fa presente che il proprio congiunto

Sig. (Sig. ra) _____ affetto da grave patologia invalidante (di cui si allega copia della cartella clinica), tale da renderlo non autosufficiente, quindi incapace di compiere in autonomia le funzioni quotidiane della vita, a conoscenza dell'istituzione del Fondo Regionale per le non autosufficiente di cui alla legge regionale n. 3 del 2008, particolarmente dedicato al sostegno delle persone non autosufficienti, curate e assistite al proprio domicilio,

chiede di conoscere

quali sono i criteri distributivi e l'entità del contributo che spetta a coloro che svolgono la funzione di accudienza (caregivers).

Lo scrivente fa presente che il Sig _____ è curato per le sue patologie tramite ADI, sotto la responsabilità del dott. _____ ed è assistito dai famigliari, nonché dal Sig. (Sig.ra) _____, con il ruolo di assistente famigliare, regolarmente assunto (a) con contratto stipulato in data _____ al costo annuale di euro _____.

Si allega pure copia del contratto, nonché dell'ISEE individuale della persona curata e assistita al domicilio.

Si ringrazia per l'attenzione e si resta in attesa di una cortese risposta, in base a quanto stabilito dalla legge n. 241/1990.

Distinti saluti

Data e firma

Osservazioni importanti:

Nota bene 1:

In caso di mancata risposta, rivolgersi alla propria associazione, al fine di concordare un'azione comune, che potrebbe sfociare in una delle seguenti determinazioni:

- a) aprire da parte di una o più associazioni e/o sindacati una vertenza con i Comuni, per l'attuazione di quanto stabilito dalle leggi nazionali e regionali;*
- b) promuovere un ricorso al giudice civile, per omissione di atti dovuti e richiesta di risarcimento del danno; il ricorso può essere presentato al giudice amministrativo (TAR), nel caso in cui siano state adottate delle deliberazioni comunali che contraddicono la legislazione nazionale o regionale, chiedendone l'annullamento.*

Nota bene 2:

Nel caso di richiesta rivolta al Comune per conoscere in qual modo il fondo per le non autosufficienze sia utilizzato a sostegno delle persone ricoverate nelle R.S.A./R.S.D., usare il fac simile di lettera, allegato 2.

APPENDICE

ULTERIORI INFORMAZIONI

COME ACCEDERE ALLE UNITA' DI OFFERTE SOCIALI E SOCIO SANITARIE

Dalla legge di riforma dell'assistenza sociale (L.328/2000 art. 17) nascono i Buoni e i Voucher Sociali Comunali.

Dalla legge regionale n. 31 del 1997 nascono i Voucher Sociosanitari.

Nella Legge Regionale **n. 3 del 12 marzo 2008 – Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario CAPO III Art 6, comma 4: Accesso alla rete per gli utenti, si specifica che:** *“Accedono prioritariamente alla rete delle unità di offerta sociosanitarie, in considerazione delle risorse disponibili e relativamente alle prestazioni non incluse nell'allegato 1 C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), le persone e le famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da:*

- 1.non autosufficienza dovuta all'età o a malattia;*
- 2.inabilità o disabilità;*
- 3.patologia psichiatrica stabilizzata;*
- 4.patologie terminali e croniche invalidanti;*
- 5.infezione da HIV e patologie correlate;*
- 6.dipendenza;*
- 7.condizioni di salute o sociali, nell'ambito della tutela della gravidanza, della maternità, dell'infanzia, della minore età;*
- 8.condizioni personali e familiari che necessitano di prestazioni psico-terapeutiche e psico-diagnostiche.”*

I comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, organizzano una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:

- 1.garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;**
- 2.orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;**
- 3.assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;**

4.segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell'ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

Le prestazioni che ogni Zona deve assicurare sono: assistenza medico di base, assistenza medico specialistica, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa. L'assistenza infermieristica e riabilitativa deve essere erogata su sei mattine(6 ore) e cinque pomeriggi (3 ore). Il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza.

Purtroppo nella maggior parte delle Zone sanitarie non vengono erogate le prestazioni con gli orari indicati. E' pertanto opportuno, nel caso di dimissione da strutture ospedaliere ed extraospedaliere, con necessità di prosecuzione di cure a domicilio, che i familiari si assicurino quali prestazioni sono garantite e con quale modalità.

Il Buono sociale è finalizzato a sostenere economicamente la famiglia che accudisce autonomamente a domicilio una persona fragile.

Questo Buono o voucher è finalizzato all'acquisto di prestazioni a carattere sociale (pasti a domicilio, servizio per l'igiene della persona, pulizie. La richiesta va fatta al CMA (Centro Multiservizio Anziani) o al Servizio Sociale del Comune di residenza. Verrà accordato sulla base del reddito (ISEE). Non è quindi un diritto soggettivo.

Il Voucher sociosanitario è utilizzato esclusivamente per l'acquisto di prestazioni di assistenza sociosanitaria(assistenza infermieristica, interventi del geriatra o di altri medici specialisti, fisioterapia, psicologo). La richiesta è fatta dal medico di famiglia. Il Voucher è autorizzato dal Distretto ASL di residenza della persona. Il valore del voucher è variabile e determinato dall'insieme delle prestazioni. Sono stati definiti tre livelli di assistenza:

- per i pazienti terminali (valore del voucher 619,00 € mensili)
- per i pazienti complessi (valore del voucher 464,00 € mensili)
- per i pazienti che necessitano di assistenza di base(valore del voucher 362,00 € mensili)

Oltre alla definizione di questi 3 livelli, può essere fatta richiesta per delle prestazioni infermieristiche specifiche (20,00 €. ad accesso)

Per ricevere il voucher sociosanitario non vi sono limiti né di età né di reddito.

L'individuazione dei bisogni del paziente è compito del distretto ASL di residenza. A volte è l'assistente sanitaria a fare una visita o sopralluogo al domicilio e a definire il Piano di assistenza individuale. E' sempre la ASL a svolgere un'azione di controllo sulle Cooperative per la qualità delle prestazioni.

Inoltre può essere attuata l'assistenza medica programmata con l'intervento non episodico ma continuativo e con frequenza concordata delle visite del medico di base a domicilio.

Le famiglie che si dichiarano soddisfatte dopo aver usufruito del voucher sociosanita-

rio sono quelle di un buon livello socio economico e culturale e perché il loro congiunto aveva bisogno di prestazioni “puntuali” soprattutto di tipo infermieristico o di interventi di medici specialisti. Al contrario famiglie più modeste e con parenti con bisogni a carattere assistenziali o con bisogni sanitari più ingenti e complessi esprimono molte critiche circa il voucher.

Da queste note si rileva che il servizio delle cure domiciliari in Lombardia viene erogato con il sistema dei voucher e dei buoni con i quali si acquistano prestazioni. La cosa è diversa da avere un servizio sulla base dei bisogni e per la durata necessaria. Le prestazioni sono spesso fornite da Cooperative e non più dal personale della ASL e questa modalità, diremo di appalto, complica i livelli di responsabilità. L'operatore che viene a casa rende conto alla sua Cooperativa non direttamente alla ASL.

Un aiuto prezioso alle famiglie viene dato, laddove è stato adottato, come ad esempio nella Regione Piemonte, da una speciale commissione (la UVG-Unità Valutativa Geriatrica) che tiene conto sia degli aspetti sanitari che di quelli socio-ambientali in quanto fattori interdipendenti e che vanno a condizionare la scelta delle cure o delle strutture più adatte.

La fornitura di ausili

La fornitura di ausili e di protesi va richiesta presso il Distretto della ASL di residenza all'Ufficio protesi oppure se questo non c'è, all'Ufficio Invalidi. Per aver diritto alla fornitura deve essere stata inoltrata la domanda per il riconoscimento dell'invalidità: non è necessario aver passato la visita, soprattutto se il malato è ancora ricoverato, e se, con la relazione del medico specialista, viene dichiarata l'urgenza sulla base della condizione patologica.

Accessibilità e barriere architettoniche

La legge 9 gennaio 1989, n.13 dà disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati e all'art. 9 stabilisce la concessione di finanziamenti a fondo perduto a favore dei disabili (anche anziani) per la realizzazione di interventi finalizzati a questo scopo. La domanda di contributo deve essere presentata entro il 1° marzo di ogni anno (le domande che pervengono oltre questo termine saranno comunque prese in considerazione per l'anno successivo) presso il competente ufficio tecnico del Comune.

Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3, art. 8

(partecipazione al costo delle prestazioni)

1. Le persone che accedono alla rete partecipano, in rapporto alle proprie condizioni economiche, così come definite dalle normative in materia di Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e nel rispetto della disciplina in materia di definizione dei livelli essenziali di assistenza, alla copertura del costo delle prestazioni mediante il pagamento di rette determinate secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3 e sentita la competente commissione consiliare. Partecipano altresì i soggetti civilmente obbligati secondo le modalità stabilite dalle normative vigenti.

(Le leggi stabiliscono che solo il soggetto interessato che riceve la prestazione può chiedere ai soggetti obbligati, i parenti di intervenire economicamente. Nessun altro (es. comune, RSA) può sostituirsi ad esso. (cfr art.438 del codice civile come interpretato dal decreto legislativo n. 130 /2000 art. 2 comma 6)

- 1. I gestori delle unità d'offerta accreditate garantiscono massima trasparenza circa le rette applicate e forniscono informazioni sull'accesso a contributi pubblici o a forme di integrazione economica.*
- 2. Il gestore della unità d'offerta informa il comune di residenza dell'assistito della richiesta di ricovero o, nei casi in cui il ricovero sia disposto d'urgenza, dell'accettazione.*
- 3. Gli oneri per le prestazioni sociali e le quote a carico dei comuni, relative a prestazioni sociosanitarie, sono a carico del comune in cui la persona assistita è residente o, nei casi di cui alle lettere b) e c) dell'articolo 6, dimorante.*
- 4. Qualora la persona assistita sia ospitata in unità d'offerta residenziali situate in un comune diverso, i relativi oneri gravano comunque sul comune di residenza o di dimora in cui ha avuto inizio la prestazione, essendo a tal fine irrilevante il cambiamento della residenza o della dimora determinato dal ricovero.*
- 5. Per i minori la residenza o la dimora di riferimento è quella dei genitori titolari della relativa potestà o del tutore, anche quando sia nominato dopo l'inizio della prestazione.*
- 6. Se la tutela è deferita ad un amministratore della unità d'offerta residenziale presso la quale il minore è ricoverato, gli oneri sono a carico del comune di residenza di coloro che esercitano la potestà o del tutore nel momento immediatamente precedente il deferimento della tutela all'amministratore della unità d'offerta.*
- 7. In caso di affidamento familiare di un minore, le prestazioni assistenziali, diverse dai contributi alla famiglia affidataria, sono a carico del comune che ha avviato l'affido.*

Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3, art. 10

(titoli sociali e sociosanitari)

I titoli sociali e sociosanitari, nell'ambito della programmazione regionale e zonale e ad integrazione dei servizi resi dalla rete, sono volti a sostenere la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di disagio e a riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari o di solidarietà nell'assistenza continuativa, nonché ad agevolare l'esercizio della libertà di scelta dei cittadini nell'acquisizione di prestazioni sociali e sociosanitarie.

- 1. I titoli sociali e sociosanitari sono rispettivamente rilasciati dai comuni singoli o associati e dalle ASL competenti per territorio.*
- 2. La Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a) ed informativa alla competente commissione consiliare, definisce i criteri, le modalità per la concessione dei titoli sociali e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli sociosanitari.*

Legge Regionale 12 marzo 2008, n.3, art. 13

(competenze dei comuni)

1. I comuni singoli o associati e le comunità montane, ove delegate, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini ed in particolare:
 1. programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3;
 2. riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;
 3. erogano, nei limiti delle risorse disponibili, servizi e prestazioni di natura economica e assumono gli oneri connessi all'eventuale integrazione economica delle rette;
 4. definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti;

-
5. definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione;
 6. determinano i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni, di cui all'articolo 6, comma 2, sulla base degli indirizzi stabiliti nell'ambito della programmazione regionale, anche assicurando interventi di emergenza e di pronto intervento assistenziale, di norma mediante forme di ospitalità temporanea od erogazione di sussidi economici;
 7. gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali.
2. I comuni determinano i parametri di cui al comma 1, lettera f), entro sei mesi dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione della Giunta regionale che fissa i relativi indirizzi. Decorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale, previa diffida ad adempiere entro trenta giorni, provvede, sentiti i comuni interessati, alla nomina di un commissario ad acta.
 3. Il Consiglio di rappresentanza dei sindaci e l'Assemblea distrettuale dei sindaci, per l'esercizio delle funzioni loro attribuite in materia di integrazione sociosanitaria dalla presente legge e dalla l.r. 31/1997, si avvalgono, senza oneri aggiuntivi, di un apposito ufficio, dotato di adeguate competenze tecniche ed amministrative, individuato all'interno della dotazione organica dell'ASL.

Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3, art. 14 **(competenze delle ASL)**

LeASL:

1. programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta socio-sanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL;
2. esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;
3. forniscono il supporto tecnico alle province, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 12, comma 1, lettera d), e alla commissione di controllo di cui all'articolo 15 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia);
4. erogano le risorse dei fondi regionali;
5. acquistano le prestazioni sociosanitarie rese dalle unità d'offerta accreditate;
6. gestiscono i flussi informativi, a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale;

-
- 7.collaborano con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;
 - 8.collaborano con la Regione nel coordinamento, integrazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta sociosanitarie;
 - 9.dispongono la concessione di trattamenti economici a favore degli invalidi civili, fatta salva la competenza del comune di Milano; alle ASL o al comune di Milano spetta, in rapporto alle rispettive competenze, la conseguente legittimazione passiva nelle controversie riguardanti la concessione di benefici aggiuntivi eventualmente determinati ed erogati dalla Regione con proprie risorse;
 - 10.autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della l.r. 1/2003 o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento.

Legge Regionale 12 marzo 2008, n.3, art. 17

(livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza)

- 1.La Regione, con il piano sociosanitario, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge, definisce i livelli delle prestazioni sociosanitarie, mediante l'individuazione di prestazioni o di servizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell'utente.
- 2.La Regione, con il piano sociosanitario e nel rispetto dei principi di cui alla presente legge e secondo quanto disposto dalla l. 328/2000, definisce i livelli uniformi delle prestazioni sociali.
- 3.Il piano sociosanitario regionale definisce le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, anche mediante l'istituzione di un apposito fondo.
- 4.Il fondo a favore delle persone non autosufficienti di cui al comma 3, ha il fine di favorirne l'autonomia e la vita indipendente e di sostenerle mediante l'assistenza domiciliare ed altre forme di intervento tra cui il ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali. Al fondo concorre la Regione anche con risorse proprie.

Legge Regionale 12 marzo 2008, n.3, art. 18
(piano di zona)

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.
10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine di cui al comma 4, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta.

Tutti i malati hanno diritto di essere curati gratuitamente salvo il pagamento eventuale dei ticket-dalle strutture sanitarie pubbliche (medici di base, ambulatori, ospedali e altre strutture delle ASL) o da case di cure private convenzionate, senza limiti di età, tipo di malattia, durata delle cure.

Questo diritto spetta quindi anche agli anziani malati cronici non autosufficienti, ai pazienti psichiatrici, ai malati affetti da morbo di Alzheimer ecc.

Ricovero di sollievo

I ricoveri di sollievo hanno lo scopo di permettere un periodo di sollievo e di riposo alla famiglia o al parente che cura abitualmente la persona malata non autosufficiente e/o che convive con essa. Il paziente viene accolto in una struttura di lunga degenza riabilitativa o in una RSA per un periodo limitato, (...60 gg...) e dove usufruisce di un aggiornamento diagnostico-terapeutico e di interventi di riabilitazione. Si tratta di strutture sanitarie e di cure gratuite perché comprese nel Servizio Sanitario Nazionale....

Amministratore di sostegno

Nel caso in cui la persona (l'anziano) si trovi in stato di infermità o di menomazione fisica o psichica, che le comporti l'impossibilità, anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi, la legge 9 gennaio 2004, n.6 prevede la nomina, temporanea o a tempo indeterminato, di un amministratore di sostegno. Lo scopo di questa legge, come recita all'art. 1 è di "assicurare la migliore tutela, con la minore limitazione possibile della capacità di agire delle persone, in tutto o in parte prive di autonomia, nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana (..)"

"La scelta dell'amministratore di sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura e agli interessi della persona del beneficiario."

Dagli articoli della legge si evince quali saranno i suoi compiti.

A) per la cura della persona può proporre e scegliere la collocazione abitativa del beneficiario. Può esprimere il consenso informato per i trattamenti terapeutici.

B) per la cura del patrimonio adempie ai compiti assegnati dal Giudice tutelare e presenta il rendiconto.

L'Amministratore di sostegno deve informare sempre il beneficiario circa gli atti che pensa di compiere in sua vece.. In caso di dissenso con esso deve interpellare il Giudice Tutelare.

Può richiedere l'amministratore di sostegno:

- il beneficiario
- i parenti entro il 4° grado
- i servizi sociali impegnati nella cura
- il Pubblico Ministero.

Il ricorso (la domanda) si presenta in Tribunale presso la Cancelleria della volontaria giurisdizione; non è necessario farsi assistere da un avvocato, non vi sono spese di giustizia.

Gli amministratori di sostegno vengono scelti dal Giudice, ove possibile, in genere individuando le figure più vicine al beneficiario (coniuge, o convivente, fratello, figlio ecc).

Il Difensore civico

Il Difensore civico regionale, provinciale e comunale ha come compito di garantire l'imparzialità e il buon andamento delle pubbliche Amministrazioni, segnalando anche di propria iniziativa, gli abusi, le disfunzioni, le carenze e i ritardi dell'amministrazione nei confronti dei cittadini (definizione tratta dal Testo Unico degli Enti Locali art.11)

E' a disposizione dei cittadini per esaminare con loro i contenziosi o i danni subiti. In materia socio-sanitarie, può essere interpellato nei casi di accesso negato ad atti e deliberare pubbliche; possono essere segnalati comportamenti scorretti da parte del personale e trattamenti ingiusti; può essere contattato anche per quanto riguarda i livelli di spesa ad esempio nelle RSA.

Come viene impiegato il fondo per le persone non autosufficienti

Nella **D.G.R. VIII/008243 del 22 ottobre 2008**, che indica le modalità di utilizzo del "Fondo per la non Autosufficienza", costituito da 14,5 milioni di euro di finanziamento statale (di cui 8400 dal bilancio regionale), viene erogata la somma di 6 milioni alle ASL per il potenziamento dell'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata, attraverso il voucher sociosanitario per persone in condizioni di non autosufficienza, al fine di favorirne la permanenza a domicilio.

Il voucher sociosanitario, come definito nella D.G. R. 12902 del 09/05/2002, è *“una provvidenza utilizzabile per l’acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata erogate da caregiver professionali prioritariamente rivolta a soggetti fragili affetti da patologie cronico degenerative”*.

Note