



LE CURE SANITARIE

Un diritto di tutti

**Anche per gli anziani non autosufficienti
e i malati di Alzheimer**



PREFAZIONE

Sono numerose le famiglie che garantiscono assistenza e cure senza adeguati supporti assistenziali da parte delle ASL e dei Comuni/ConSORZI e che dopo lunghi e defatiganti periodi di assistenza al proprio domicilio, non potendo ulteriormente attendere un posto in RSA (struttura per anziani) per i lunghi tempi delle liste di attesa, ricorrono al ricovero in cliniche o case di riposo private sobbarcandosi rette onerose che sovente pregiudicano la loro condizione economica.

Sempre più frequentemente iscritti e non, si rivolgono alle Leghe SPI CGIL della città e della provincia per segnalare problemi, ritardi, abusi, inadempienze di istituzioni pubbliche e private nei confronti di persone anziane non autosufficienti e/o dei loro familiari.

Per consentire di rispondere ai bisogni informativi delle persone su una materia complessa, quale la tutela della salute degli anziani, e per fornire metodologie e strumenti a supporto della tutela, pubblichiamo questa sintetica guida ai diritti sanitari.

Ti invitiamo a consultarla e a rivolgerti allo "Sportello dei diritti" del tuo territorio.

p. La Segreteria SPI CGIL Torino
Enrica Colombo

La Segretaria Generale SPI CGIL
Vanna Lorenzoni

Ottobre 2008

GLI SPORTELLI IN TORINO

- Lega 1** Via Orfane 5/a - tel/fax 011/436.70.55
Via Arquata 2/Q - tel. 011 319.20.58
Ospedale Mauriziano rivolgersi Lega 1
- Lega 2** C.so Sebastopoli 286 - tel. 011/329.04.88 - fax 011/327.98.33
Cascina Roccafranca - Via Rubino 45 - tel. 011 443.62.50
- Lega 3** Via Prigelato 24/a - tel/fax 011/385.35.70
Sportello Diritti - tel./fax 011/382.59.43
- Lega 4** Via G. Medici 102/A - tel. 011/74.85.75 - fax 011/75.16.58
- Lega 5** Via B. Luini 83/c - tel. 011/25.84.73 - fax 011/22.16.187
- Lega 6** Via Elvo 13 - tel. 011/248.17.73 - fax 011/248.04.50
Via Pertengo 27 ang. P.zza Rebaudengo – tel. 011/205.82.60
- Lega 7** Via Oropa 35 - tel. 011/817.40.30 - fax 011/815.05.46
- Lega 8** Via Campana 1/bis - tel.011/650.85.84 - fax 011/65.89.39
- Lega 9** Via Broni 3 - tel/fax 011/664.73.21
- Lega 10** Via Roveda 17 - tel 011/347.28.25 - fax 011/347.30.13

...E NELLA PROVINCIA DI TORINO

- Lega 11** Moncalieri - C.so Trieste 23 - tel. 011/640.17.12 - 011/640.17.33
- Lega 12** Nichelino - Via Pitagora 11 - tel. 011/62.68.85
- Lega 13** Chieri - Via Diverio 1/A - tel/fax 011/947.21.24
- Lega 14** Carmagnola - Via Fossano 2 - tel. 011/971.52.96 - fax 011/971.34.98
- Lega 16** Alpignano - Via Matteotti 2 - tel. 011/966.37.15 - fax 011/967.99.90
- Lega 17** Avigliana - Via San Pietro 1/A - tel/fax 011/932.09.30
- Lega 18** Collegno - Via Morandi 5 - tel. 011/4020106 - fax 011/4020145
- Lega 19** Grugliasco - Via Perotti 24 - tel. 011/78.18.87 - fax 011/7807571
- Lega 20** Rivoli - Via Piave 23 - tel/fax 011/953.17.55
- Lega 21** Venaria - Via N. Sauro 31 - tel/fax 011/459.32.34
- Lega 22** Bussoleno - Susa – Piazza IV Novembre 15 - tel. 0122/629350
- Lega 23** Orbassano - Via Roma 17 - tel. 011/903.13.87 - fax 011/900.25.93
- Lega 24** Ciriè - Via Matteotti 16 - tel/fax 011/9203695
Lanzo - Piazza Rolle 2/a - tel.0123/28400
S. Maurizio C.se - Via Ivrea 1 - tel.011/927.69.80
Caselle - P.zza Europa 2 - c/o Municipio - tel/fax 011/997.50.31
Borgaro T.se - Via Roma 4 - tel/fax 011/470.18.72
- Lega 25** Settimo T.se - Via Verdi 34 - tel. 011/897.01.37 - fax 011/800.35.95
- Lega 26** Chivasso - Via Paleologi 19/b - tel/fax 011/910.17.84 - fax 011/913.12.73
- Lega 27** Gassino - Via Circonvallazione 20 -tel.011/960.02.77 - fax011/960.62.63
- Lega 29** Pinerolo - C.so Torino 216/a - tel/fax 0121/32.31.79
- Lega 30** Luserna San Giovanni - Via Ribet 7 - tel. 0121/95.43.15 - fax 0121/90.11.54
- Lega 31** Perosa Argentina - Via Patrioti 7 - tel. 0121/82.286 - fax 0121/80.40.25
- Lega 32** Ivrea - Via Miniere 9 - tel. 0125/48.371 - 48.303 - fax 0125/459.84
- Lega 33** Cuorgnè - Via Pinelli 13 - tel. 0124/65.04.25 - fax 0124/62.96.54
- Lega 34** Caluso - Via Bettoia 80 - tel. 011/989.10.16 - fax 011/983.18.00

ARGOMENTI TRATTATI

Il diritto alle cure	p. 4
Il luogo delle cure	p. 5
Cosa fare per evitare le dimissioni	p. 6
- Opposizione alle dimissioni	p. 6
- A cosa si va incontro se si accettano le dimissioni	p. 6
Quanto dura il percorso post-ospedaliero	p. 7
Cosa sono le cure domiciliari	p. 8
Condizioni necessarie per avere le cure domiciliari	p. 8
UVG è la chiave di accesso alle cure socio-sanitarie	p. 9
Come si richiede la visita UVG	p. 10
Il ricovero di sollievo	p. 10
Il centro diurno	p. 10
Il ricovero in struttura socio-sanitaria	p. 11
Le tariffe	p. 12
Chi paga la retta	p. 12
I servizi e le prestazioni incluse nella retta	p. 13
I diritti informativi degli ospiti	p. 14
L'Alzheimer	p. 15
L'invalidità civile e l'indennità di accompagnamento	p. 17
Allegati	
1) Testo del telegramma per opporsi alle dimissioni dal pronto soccorso	p. 19
2) Testo della lettera di opposizione alle dimissioni	p. 20
3) Richiesta di integrazione della retta	p. 23

IL DIRITTO ALLE CURE

- Il diritto alla tutela della salute è riconosciuto come diritto di ogni cittadino, è quindi **diritto universalistico** sancito dalla **Costituzione Italiana** che all'art. 32 recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".
- Con la **Legge 23 dicembre 1978 n° 833** fu istituito il **Servizio Sanitario Nazionale** quale strumento per **garantire a tutti**, attraverso le Regioni e le ASL, il diritto alle cure sanitarie e confermare che la tutela della salute fisica e psichica è garantita nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

In particolare **per quanto riguarda gli anziani la citata legge 833/1978** stabilisce che: 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 manifestazione e la durata delle malattie.**

E ancora...

- DPCM 29.11.01 allegato 1. sancisce che "le prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria costituiscono i Livelli essenziali di assistenza ed in quanto tali devono essere garantite dal SSN a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa secondo le modalità della legislazione vigente".
- L'art. 54 della Legge Finanziaria 2003 ha confermato i LEA (Livelli essenziali di assistenza) del D.P.C.M. 29/11/2001 rilevando al comma 2 che "Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1" per cui **devono essere garantiti anche gli interventi di riabilitazione e lungodegenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti.**

Il diritto alle cure delle persone anziane non autosufficienti

Tutti i malati hanno diritto alle cure gratuite, salvo pagamento del ticket se non esenti per patologia o reddito fornite dalle strutture sanitarie pubbliche o dalle strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale senza limiti di età, tipo di malattia, durata delle cure;

Questo diritto spetta quindi anche alle persone anziane malate croniche non autosufficienti, alle persone colpite da malattie in guaribili, degenerative, da malattie psichiatriche, Alzheimer, ecc.

IL LUOGO DELLE CURE

**In ospedale: - al Pronto soccorso
- in Reparto**

**In case di cura per la riabilitazione e lungodegenza
In strutture socio-sanitarie RSA/RAF**

**Al proprio domicilio: - cure domiciliari con assistenza
sanitaria e sociale**

IL PERCORSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (DGR 72-14420-2004)

Quando una persona anziana non autosufficiente è **portata al pronto soccorso ospedaliero**, il medico, in base alla gravità rilevata può ricoverarla in reparto o provvedere al trasferimento in altra struttura non ospedaliera come:

- **case di cura convenzionate che sono strutture sanitarie dedicate alla riabilitazione o alla lungo degenza**
- **in struttura residenziale socio-sanitaria (R.S.A. /R.A.F.)**
- **al domicilio per le Cure Domiciliari o Ospedalizzazione a domicilio, attivate dalla ASL di residenza e concordate in forma scritta con la famiglia e l'ospedale.**

Se il malato è ricoverato in ospedale e, alla fine della degenza necessita di ulteriore assistenza, ha ancora diritto alle cure. Pertanto, deve essere trasferito in altro reparto o altra struttura (casa di cura o RSA/RAF), o al proprio domicilio.

In ogni caso una persona anziana cronica non autosufficiente non può essere dimessa se necessita ancora di cure e se non è stato attivato il percorso di continuità assistenziale.

Il medico del Pronto Soccorso e/o quello di reparto devono attivare la visita UVG presso l'ASL di residenza dell'interessato. E' importante che i familiari richiedano la documentazione per verificare l'attivazione della procedura UVG.

E' l'ASL di residenza che deve assicurare e organizzare le cure, sia domiciliari che in regime di ricovero. Per le cure domiciliari l'ASL deve concordare con la famiglia il progetto che deve essere redatto in forma scritta. Se non ci sono le condizioni per le cure domiciliari l'ASL deve individuare la struttura socio-sanitaria RSA-RAF per il ricovero definitivo.

COSA FARE PER EVITARE LE DIMISSIONI

OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI

Se non è stata assicurata la continuità terapeutica e permangono le **condizioni di malattia e/o non autosufficienza, anche temporanea** della persona anziana occorre opporsi alle dimissioni da pronto soccorso, ospedale, casa di cura, RSA, ricoveri di sollievo, cure domiciliari.

COME?

- 1) Da Pronto Soccorso con telegramma e successiva lettera raccomandata con ricevuta di ritorno (vedi allegati 1 e 2).
- 2) Da ospedale o altra struttura socio-sanitaria e cure domiciliari con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno (vedi allegato 2).

A COSA SI VA INCONTRO SE SI ACCETTANO LE DIMISSIONI DA OSPEDALE O PRONTO SOCCORSO

Se si accettano le dimissioni quando permane uno stato di malattia e/o non autosufficienza, e, **non è garantita la continuità delle cure sanitarie presso il proprio domicilio con una informativa scritta da parte dell'ASL di residenza del malato** incorrerà nei seguenti rischi:

- A) Il paziente rientra a casa propria facendo affidamento sulle cure dei familiari. Il Medico di medicina generale potrà richiedere l'attivazione delle Cure Domiciliari, ma si dovranno attendere i tempi "tecnici ed organizzativi" per l'accettazione della richiesta da parte dell'ASL, sapendo però che la risposta, anche se positiva, può non essere adeguata ai bisogni assistenziali del paziente. Il risultato, in sintesi, è che il paziente e la famiglia si devono far carico in proprio degli oneri di cura e di assistenza.
- B) Il paziente (o un familiare) che richiede alla ASL l'inserimento in una struttura residenziale pubblica o privata convenzionata entra in una lista di attesa in cui può rimanere anche oltre due anni. Per accedere all'inserimento in lista di attesa è necessario effettuare la visita dell'UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) dell'ASL di residenza del malato che certifica il grado di non autosufficienza e il livello delle prestazioni occorrenti.

Nel periodo di attesa per l'inserimento in struttura pubblica o convenzionata, la famiglia si farà carico della cura dell'anziano presso la propria abitazione o, se ha i mezzi economici dovrà ricoverarlo in una struttura privata pagando in proprio, la retta totale (quota sanitaria e quota alberghiera), assumendosi ogni responsabilità.

Il costo minimo **mensile varia da 2.500 € a oltre 3.000 € per un posto letto in RSA e poco meno per un posto letto in RAF.**

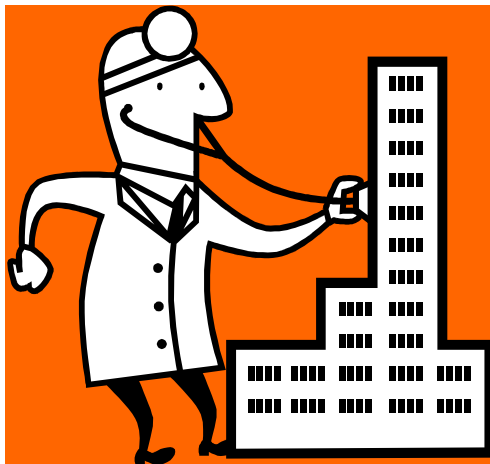
QUANTO DURA IL PERCORSO POST-OSPEDALIERO

La fase intensiva che segue le dimissioni ospedaliere, di norma dura **60 gg. Questo periodo è a carico del Servizio Sanitario Regionale.**

Nel caso di ricovero in casa di cura convenzionata, in base agli accertamenti medici il ricovero può essere prolungato a **120 gg** a norma della DGR 34/2000.

E DOPO?

Oltre i 120 giorni se permane l'esigenza di cura, è l'ASL di residenza che se ne deve fare carico e non la famiglia. In questo caso l'ASL può attivare **il ricovero definitivo** o, se le condizioni cliniche dell'anziano lo permettono e la famiglia è in grado di assistere al domicilio il proprio congiunto, si possono attivare **le cure domiciliari in lungo assistenza** DGR 51-11839 **Il trasporto in ambulanza da ospedale a casa di cura è a carico del S.S.R.** A conclusione del percorso socio-sanitario effettuato, l'eventuale trasporto per il rientro al domicilio è a carico del cittadino.



COSA SONO LE CURE DOMICILIARI

Sono una modalità specifica di cure presso il domicilio per persone anziane non autosufficienti o per le persone con malattie croniche degenerative. Possono essere erogate a seguito delle dimissioni dall'ospedale.

Fase post-acuta

A) Sono erogate a seguito delle dimissioni dalla struttura sanitaria o socio-sanitaria quando la persona anziana non autosufficiente è nella fase di malattia acuta e post-acuta (fase intensiva / estensiva). Tutte le prestazioni (sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali quindi comprese quelle di assistenza tutelare alla persona) sono a carico dell'ASL. La fase ha la durata massima di 60 giorni (viene equiparata al trattamento in strutture riabilitative). Se necessario, prosegue mediante le prestazioni relative alla lungodegenza oppure possono essere attivate dal proprio medico di medicina generale ed erogate in modo continuativo ed integrato con i servizi sociali del Comune o del Consorzio socio-assistenziale.

Fase di cronicità o lungoassistenza

B) Sono attivate dal proprio medico quando la persona anziana non autosufficiente è nella fase di lungo-assistenza in cui le prestazioni sono indirizzate a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il deterioramento. Tra le prestazioni, è anche previsto il ricovero di sollievo, che viene richiesto dalla famiglia e programmato dall'ASL con i tempi e i posti disponibili. In questa fase l'ASL assume a proprio carico, oltre alle prestazioni sanitarie, mediche e infermieristiche, anche il 50% del costo delle prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare mentre il restante 50% rimane a carico dell'utente o per esso il Comune o consorzio/comunità montana qualora il malato non abbia le risorse per sostenere il costo. La compartecipazione è commisurata alla condizione economica della persona.

CONDIZIONI NECESSARIE PER AVERE LE CURE DOMICILIARI

- Per accedervi è necessaria la visita di U.V.G.
- Il medico curante deve assicurare la presa in carico dei problemi sanitari.
- Deve essere d'accordo non solo il paziente, ma anche il contesto familiare (o care giver).

- **Il contesto familiare deve essere idoneo e deve garantire la continuità dell'assistenza, anche in caso di assenza del personale che ha in carico il caso specifico.**

LE CURE PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO

Se sono state attivate le cure domiciliari occorre sapere che in base alle leggi nazionali, le cure domiciliari (Adi, assistenza domiciliare integrata, Oda, ospedalizzazione a domicilio) **non sono ancora un diritto esigibile ed omogeneo, così come non è esigibile l'erogazione dell'assegno di cura** per assumere una assistente familiare o riconoscere attraverso un contributo il lavoro svolto dal familiare che accetta di essere da riferimento e sostegno al congiunto non autosufficiente.

In attesa di una legge regionale è indispensabile che ASL e Comuni (o Consorzio socio-assistenziale o Comunità montana) abbiano approvato una propria delibera e definito i criteri di accesso e gli aventi diritto. Per questo si raccomanda di prendere visione dei provvedimenti emanati dalla propria ASL di residenza e/o dall'Ente locale gestore dei servizi socio-assistenziali, **prima di accettare le dimissioni dalla struttura sanitaria.**

COSA E' L'U.V.G.: E' LA CHIAVE DI ACCESSO ALLE CURE SOCIO-SANITARIE

- La persona ultrasessantacinquenne con patologie croniche ha diritto di essere valutato dalla **Unità Valutativa Geriatria (U.V.G.)** dell'ASL di residenza, che predispone il Progetto di intervento individualizzato sulla base della situazione del paziente che può essere attivato a domicilio o in struttura residenziale (ricovero).
- In sede di valutazione U.V.G. l'utente o chi ne fa le veci può richiedere la presenza del **Medico Medicina Generale** o di un medico di propria fiducia.
- Il paziente deve essere curato sulla base del Progetto individuale detto P.A.I., e, del contratto terapeutico-assistenziale che è lo strumento di lavoro che si concorda tra gli operatori e la famiglia e viene definito in conseguenza del Progetto). Se l'utente è ricoverato in una struttura residenziale il PAI deve essere messo a conoscenza dei famigliari o del tutore.
- La continuità delle cure deve essere garantita con la presa in carico totale da parte dei servizi socio-sanitari integrati.
- Il Progetto individuale e il contratto terapeutico-assistenziale devono essere sistematicamente monitorati per le competenze sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali per garantire sempre un appropriato dimensionamento del servizio ai bisogni del paziente.

- L'utente ha diritto alla tempestiva fornitura degli ausili necessari (es. letto ortopedico, deambulatore, carrozzina, etc.) indipendentemente dal riconoscimento o meno di invalidità come da disposizione della DGR 45-14975 del 7.3.2005.

COME SI RICHIEDE LA VISITA U.V.G.

Se la persona anziana è stata ricoverata in ospedale, è il medico di reparto o di pronto soccorso che si attiva nei confronti dell'ASL di residenza del paziente per richiedere la visita di Unità di Valutazione Geriatrica: U.V.G. In questo caso, è importante farsi consegnare la documentazione in merito alla richiesta, perché la visita non avviene quasi mai durante il periodo di ricovero, ma successivamente.

Altrimenti occorre chiedere al proprio Medico di Medicina Generale di attivare la procedura per la visita U.V.G.. Il medico dovrà compilare il modulo apposito che si può ritirare presso l'ASL di residenza. Se il paziente non è in grado di muoversi, la visita verrà fatta a domicilio.

IL RICOVERO DI SOLLIEVO

Nelle cure domiciliari in lungo assistenza, per consentire ai familiari di avere dei periodi di sosta nella cura, è possibile fare richiesta all'ASL di un ricovero di sollievo presso le strutture socio-sanitarie che hanno i posti letto in convenzione dedicati a tale utilizzo. La durata del ricovero è di 30 gg annui. In detto periodo, la tariffa sanitaria è a carico dell'ASL, mentre la tariffa alberghiera è a carico dell'utente/comune.

IL CENTRO DIURNO

E' una forma di semiresidenzialità per accogliere malati di Alzheimer o con demenze senili o con altre patologie invalidanti, funzionante per otto ore al giorno, dal lunedì al venerdì. Data la scarsità di questa struttura, l'utente può anche essere inserito solo per alcune ore o giorni della settimana.

Attualmente la compartecipazione economica dell'utente avviene sulla base dei singoli accordi ASL/Comune (non meno del 50% a carico dell'ASL).

IL RICOVERO IN STRUTTURA SOCIO-SANITARIA

Quando la persona anziana non autosufficiente non può più essere curata in Ospedale o a domicilio, si attiva il ricovero in struttura residenziale socio-sanitaria.

L'assistenza residenziale, consiste nelle prestazioni terapeutiche di recupero e di mantenimento delle abilità per le persone non autosufficienti. La Giunta Regionale con la delibera n. 17-15226 del 30 marzo 2005 ha individuato un nuovo modello di assistenza residenziale per gli anziani cronici non autosufficienti.

La risposta residenziale viene personalizzata e misurata sui bisogni sanitari e assistenziali della persona anziana. I bisogni del paziente sono individuati dalla Commissione UVG che elabora un progetto di assistenza individuale denominato PAI. Le cure dovranno essere organizzate in ogni struttura residenziale per assicurare ai pazienti livelli di intensità di cura e assistenza diversi: bassa, media, alta, e, in caso di aggravamento in ogni struttura si devono garantire delle prestazioni socio-sanitarie incrementate per rispondere all'evoluzione dello stato di non autosufficienza.

COME SI ACCEDE

Come per l'assistenza domiciliare, per accedervi è sempre necessaria la visita UVG. L'inserimento in struttura può avvenire a seguito del ricovero ospedaliero, altrimenti se la persona anziana è al proprio domicilio, è necessario fare richiesta al medico curante per effettuare la visita UVG vedi pag. 10. In base al punteggio ottenuto e i posti letto disponibili si determinerà o il ricovero o l'inserimento in lista di attesa (con tempi lunghissimi di attesa, vedi pag. 6).



LE TARIFFE

Il regime definitivo entrerà in vigore dal 1° gennaio 2010 con la seguente ripartizione tra quote sanitarie e quote alberghiere:

Fasce assistenziali	Retta compl. in € ****	Quota sanitaria in € (a carico ASL)	Quota alberghiera in € (a carico utente/Comune)
Alta intensità con incremento	98,00	56,50	41,50
Alta intensità	90,00	48,50	41,50
Media intensità con incremento	83,00	41,50	41,50
Media intensità	73,00	36,50	36,50
Bassa intensità	68,00	34,00	34,00

****Vedi delibera DGR 39- 1 agosto 2008.

CHI PAGA LA RETTA

Se a seguito delle dimissioni ospedaliere, l'ASL di residenza del paziente predispone il ricovero in struttura residenziale per la continuità delle cure o per la riabilitazione, il costo della **retta è a completo** carico dell'ASL per 60 giorni (o 120 giorni in caso di prolungamento).

Dopo questo periodo, e comunque quando **il ricovero diventa definitivo**, il costo della retta è suddiviso in due quote: la quota sanitaria a carico del Servizio Sanitario Regionale e la quota alberghiera a carico dell'utente (e non della sua famiglia) o del Comune nel caso che il reddito individuale non sia sufficiente a coprire la quota. La quota sanitaria a carico dell'ASL, da come si deduce dalla tabella precedente, copre dal 50% al 57,7% della retta complessiva in base alla fascia di intensità bassa, media, alta, incrementata.

LA COMPARTICIPAZIONE DELL'UTENTE AL PAGAMENTO DELLA RETTA

Con la DGR 37-6500 del 23 luglio 2007 la Regione incentiva Comuni,

ConSORZI socio-assistenziali, Comunità Montane a prendere a riferimento **il solo reddito e patrimonio dell'utente.**

Nelle situazioni di insufficienza del reddito e/o del patrimonio dell'Utente si ha diritto alla integrazione della retta giornaliera da parte dell'Ente gestore delle attività socio-assistenziali di residenza dell'Utente.

Dal reddito viene lasciato all'utente l'importo, rivalutato annualmente, non inferiore a 110,00 (centodieci) € mensili, a disposizione per le spese personali.

Nella situazione di famiglie monoreddito, qualora, a seguito dell'ingresso di uno dei componenti in struttura residenziale, insorgano difficoltà economiche tali da non consentire al coniuge o al familiare convivente privo di redditi di vivere autonomamente il reddito dell'utente viene lasciato a disposizione del familiare e i Comuni/ConSORZI socio-assistenziali si fanno carico della retta alberghiera.

Se questo non avviene, rivolgiti allo Sportello dei Diritti elenco a pagina 1 per inviare la lettera di richiesta di integrazione (allegato 3).

I SERVIZI E LE PRESTAZIONI INCLUSI NELLA RETTA

La quota sanitaria a carico dell'ASL (non meno del 50% della retta) comprende:

- l'assistenza medica garantita attraverso i Medici di Medicina Generale (MMG);
- l'assistenza infermieristica garantita da infermieri professionali;
- l'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, nonché ogni altra prestazione diagnostico-terapeutica;
- le prestazioni relative ai trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale;
- la fornitura diretta dei farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA);
- l'attività di riabilitazione, mantenimento psico-fisico, supporto psicologico professionale garantita da figure dell'area delle professioni non mediche.

FARMACI: L'erogazione dei farmaci di fascia C (a pagamento) compresi nel Prontuario terapeutico della ASL (PTA), e destinati agli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio o residenza sono erogati direttamente e gratuitamente dall'ASL.

Per i farmaci non compresi nel PTA, la struttura, deve documentare la richiesta di pagamento con la ricetta medica nominativa e gli scontrini fiscali relativi. Se questo non avviene, rivolgiti ai nostri sportelli pag. 1.

La quota alberghiera a carico dell'utente/Comune comprende:

- il vitto e la somministrazione dei pasti compreso l'imboccamento;
- la pulizia dei locali;
- la lavanderia (biancheria piana e personale, per un costo che al momento attuale è stimato in euro 4,60 al giorno per ciascun utente, servizio di guardaroba);
- il parrucchiere (attività connesse con l'igiene personale, lavaggio e asciugatura, taglio).

Pertanto sono improprie le richieste di costi aggiuntivi a carico dell'utente (es. pannoloni extra, medicine, ecc.). Se questo avviene, rivolgersi ai nostri sportelli (vedi pag. 1).

I DIRITTI INFORMATIVI DEGLI OSPITI/FAMILIARI

In ogni struttura residenziale:

- vi deve essere una bacheca di facile consultazione con l'orario settimanale dell'effettiva presenza medica, infermieristica, riabilitativa e di assistenza tutelare alla persona;
- gli Ospiti devono essere dettagliatamente informati su eventuali servizi alberghieri aggiuntivi **non obbligatori** che possono essere offerti dalle strutture residenziali con oneri a totale carico degli Ospiti stessi, garantendone trasparenza e possibilità di scelta di usufruirne o meno (es. supplementi per camera singola e/o per camera con ulteriori accessori etc.);
- gli Ospiti hanno diritto ad avere copia del regolamento della struttura in cui devono essere specificate le prestazioni erogate con dettaglio di quelle incluse nella tariffa e di quelle escluse e quindi a carico dell'ospite.

INTERVENTI ALTERNATIVI E DI SUPPORTO DURANTE IL PERIODO DI ATTESA

L'Allegato 1.A DGR 17/2005 stabilisce che: "Qualora le risorse previste dal progetto individualizzato non siano immediatamente disponibili, **la continuità assistenziale è messa in atto mediante la programmazione di interventi alternativi appropriati** alla situazione da trattare, impiegando le risorse disponibili nell'ambito della rete complessiva dei servizi per anziani esistenti nell'ASL, a livello territoriale e/o ospedaliero e/o nell'Ente gestore socio-assistenziale". Se i tuoi diritti sono disattesi vieni allo sportello dei diritti indirizzi a pagina 1.

L'ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER

Se l'anziano è affetto da malattia di Alzheimer o altre demenze si richiede l'assistenza residenziale e semiresidenziali per pazienti affetti da malattia di Alzheimer e patologie correlate che prevede:

- cure domiciliari
- centri diurni integrati
- nuclei speciali residenziali nelle R.S.A.

I nuclei speciali residenziali nelle RSA

Ogni presidio (RAF o RSA) deve essere organizzato per gestire direttamente, senza inutili trasferimenti, tutta la casistica dell'anziano utente dalla non autosufficienza fisica alla perdita delle capacità intellettive. **Pertanto nelle R.S.A. o RAF di almeno 60 posti-letto possono essere attivati Nuclei speciali di 10 posti letto caduno per soggetti affetti da malattia di Alzheimer o altre demenze**, con caratteristiche costruttive tipiche dell'ambiente protesico (illuminazione, arredi, percorso di vagabondaggio).

Possono accogliere malati affetti da turbe comportamentali provenienti dal proprio domicilio o da altra struttura residenziale e perseguono obiettivi volti all'attenuazione e regressione dei disturbi del comportamento; alla riabilitazione nell'area cognitiva, del comportamento, delle abilità funzionali.

Nei confronti dei familiari dei pazienti svolgono attività di sostegno (colloqui individuali e gruppi di auto aiuto e sostegno) e informazione utili a facilitare la gestione del paziente al ritorno al domicilio.

A chi si deve richiedere l'inserimento nel nucleo speciale

L'ammissione è disposta dall'U.V.G. o dall'U.V.A. dell'ASL di residenza che certifica l'ammissibilità quando vi è diagnosi di demenza effettuata da medici specialisti del S.S.N. o da strutture ospedaliere specialistiche pubbliche (geriatriche, neurologiche, psichiatriche) o quando la persona presenta rilevanti disturbi comportamentali.

Se la persona è già residente nella R.S.A.

L'inserimento nel nucleo sarà possibile dopo la valutazione dell'U.V.G. competente che si impegna alla rivalutazione del paziente ricoverato nel nucleo entro i primi due mesi. L'U.V.G. proponente deve verificare periodicamente se sussista la necessità della permanenza del soggetto ricoverato, o se ne è possibile la dimissione od il trasferimento in altro nucleo R.S.A. del presidio.

Il 20% dei posti-letto del nucleo devono essere riservati ai ricoveri di sollievo.

RETTA E COMPARTICIPAZIONE DELL'UTENTE

Gli interventi sanitari compresa la degenza in RSA, devono essere totalmente gratuiti. La quota alberghiera per i pazienti ultrasessantacinquenni deve essere calcolata esclusivamente in base al loro reddito/patrimonio.

I CENTRI DIURNI INTEGRATI

Per consentire al malato di Alzheimer e alla sua famiglia di rimanere al proprio domicilio è indispensabile che ci siano i centri diurni integrati.

I Centri Diurni Integrati possono essere attivati nelle strutture residenziali o in altre sedi sul territorio:

- per garantire la socializzazione dei residenti;
- per attivare programmi di recupero funzionale dei soggetti dementi che vivono a domicilio;
- per realizzare un miglior controllo delle problematiche comportamentali;
- per offrire sollievo alle famiglie impegnate nel pesante carico assistenziale.

Non sono strutture esclusive per i malati di Alzheimer, ma accolgono soggetti con varie demenze senili.

L'UNITÀ VALUTATIVA ALZHEIMER U.V.A.

Per accedere alle cure è necessario che il M.M.G. invii il paziente con la relativa domanda all'U.V.G. o alla U.V.A. per la valutazione.

Il "Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento per la malattia di Alzheimer" individua nell'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) la struttura competente a formulare la diagnosi clinica di malattia di Alzheimer, a stabilire l'ammissione allo specifico trattamento farmacologico, a definire le modalità e la tempistica di erogazione in relazione alla situazione del paziente. (rif. DGR n. 54-941 del 25.9.2000).

LA PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

- Domanda (su moduli prestampati) al Servizio Medicina Legale ASL di residenza allegando certificato del medico curante, fotocopia della carta identità e della tessera sanitaria con il codice fiscale.
- Visita medico-legale di accertamento delle condizioni di invalidità. Se la persona anziana non può essere trasportata all'ambulatorio di Medicina Legale si può chiedere la visita domiciliare (o presso struttura dove ricoverato) allegando il certificato del medico curante che attesti l'impossibilità del trasporto.

Seguirà verbale inviato a domicilio a mezzo raccomandata con cui viene comunicato l'esito della visita medico-legale con un codice numerico una percentuale e una descrizione.

L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO LEGGE 18 DEL 11/2/1980

Se a seguito della valutazione medico-legale il codice riportato è **"05"*** o **"06"***** **la persona anziana ha diritto:**

- **all'assegno di accompagnamento.**

L'assegno di accompagnamento non è percepito nei periodi in cui il malato è ricoverato in struttura ospedaliera e a totale carico del SSR, se il ricovero è di almeno 30 giorni consecutivi.

In caso di ricovero RSA definitivo, l'assegno concorre al pagamento della retta alberghiera.

- **agli ausili necessari** (letto ortopedico, deambulatore, carrozzina, ecc.) correlati alla patologia certificata sul verbale e prescritti da un medico specialista di struttura pubblica e richiesti (su apposito modulo), il modulo deve essere consegnato all'ASL (ufficio protesi) che ne autorizzerà la fornitura. Vedi allegato 5;
- **all'esenzione dal pagamento del ticket sanitario** indipendentemente dal reddito del nucleo familiare.

Se a seguito della valutazione medico-legale il codice riportato è **"00"** con la dicitura: *"Ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere compiti e funzioni della propria età"*, **la persona anziana non ha diritto all'indennità di accompagnamento** anche se l'invalidità è del 100%. Se la percentuale di invalidità è pari o superiore al 67% la persona **ha però diritto:**

- agli **ausili** di cui necessita;

- all'**esenzione dal pagamento del ticket sanitario** indipendentemente dal reddito del nucleo.

Ai fini dell'attribuzione dell'indennità di accompagnamento è importante che il certificato del medico di famiglia attesti che, ai sensi dell'articolo 45 della legge, il paziente "si trova nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessita di un'assistenza continua".



NOTE CONCLUSIVE

La presente guida è stata redatta da Enrica Colombo nell'ottobre 2008 e sarà aggiornata in base alle nuove normative.

Si ringraziano Luisa Ponzio e Beppe Marco per il contributo apportato.

Progetto grafico e impaginazione: Miriam Amendola.

Allegato 1

**TESTO DEL TELEGRAMMA OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI
(da utilizzare in caso di dimissioni imminenti - esempio pronto soccorso-
e da inviare al Direttore sanitario della struttura,
ospedale o casa di cura convenzionata)**

SEGNALO MIA ASSOLUTA IMPOSSIBILITA' ACCETTARE DIMISSIONI
(cognome e nome del ricoverato) GRAVEMENTE MALATO E NON AUTOSUFFI-
CIENTE E (se è il caso) NON SEMPRE CAPACE DI PROGRAMMARE IL SUO
FUTURO. SEGUE LETTERA.

Dopo avere inviato il telegramma, inviare la lettera in allegato 2.

Allegato 2

FAC-SIMILE DELLA LETTERA PER OPPORSI ALLE DIMISSIONI DA STRUTTURA SANITARIA

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 Casa di cura privata convenzionata)
Via Città

RACCOMANDATA A.R.
Egr. Sig. (Sindaco o presidente del Consorzio)
(vedere nota 2)
Via Città

LETTERA NORMALE PER CONOSCENZA
E p.c. Al Difensore civico della Regione Piemonte
Via Dellala 8
10121 TORINO

E p.c. LEGA SINDACALE SPI CGIL
Indirizzo

Oggetto: OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI

Il sottoscritto 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 il proprio abitante in via n. attualmente ricoverato e curato presso non venga dimesso o venga trasferito in un altro reparto della stessa o in altra struttura sanitaria per i seguenti motivi:

- il paziente è gravemente malato e non autosufficiente (se del caso, aggiungere che non sempre è capace di programmare il proprio futuro);
- 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 1° 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.

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".

La 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.

La scrivente si impegna di continuare a fornire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni familiari e di lavoro. Chiede pertanto che, nel caso di trasferimento in altre strutture, non venga allontanato dalla città di...

(Nel caso in cui si richieda il ricovero presso una RSA, occorre inserire nelle lettere la parte seguente).

La scrivente è disponibile ad accettare il trasferimento del proprio congiunto presso una Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) a condizione che (vedere nota 3):

- detto ricovero sia definitivo;
- la struttura sia situata;
- il trasferimento venga effettuato a cura e spese dell'ASL;
- la quota della retta a carico del ricoverato sia prelevata esclusivamente dai redditi pensionistici dello stesso (ammontante a euro ... mensili) e dall'indennità di accompagnamento se e quando verrà corrisposta;
- la quota suddetta sia comprensiva di tutte le prestazioni alberghiere e socio-assistenziali, comprese quelle occorrenti per i soggetti non autosufficienti: igiene personale, mobilitazione, imboccamento, ecc.

- il Comune rinunci a qualsiasi richiesta relativa ai beni del malato e all'azione di rivalsa nei confronti dei suoi eredi.
Ringrazia e porge distinti saluti.

Data

Firma

NOTE da leggere:

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 – E' 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.

Nota 3 – Per l'accesso alle RSA è indispensabile il parere favorevole dell'unità valutativa geriatria, Commissione medica dell'Asl di residenza del malato. Detto parere non è necessario per la degenza presso ospedali e case di cura private convenzionate.

**PRETENDERE UNA RISPOSTA SCRITTA.
NON ACCETTARE DICHIARAZIONI VERBALI.
EVENTUALI TRASFERIMENTI DA STRUTTURA A STRUTTURA SANITARIA
DEVONO ESSERE FATTI A SPESE DELL'ASL.**

Allegato 3

DISDETTA DEL “CONTRATTO DI OSPITALITA” E RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DELLA RETTA

RACCOMANDATA A.R.
Egr. Sig. Direttore del Consorzio (nota 1)
Via Città

RACCOMANDATA A.R.
Egr. Sig. Presidente RSA (nota 2)
Via Città

LETTERA NORMALE PER CONOSCENZA
E p.c. Difensore civico della Regione Piemonte
Via Dellala 8
10121 TORINO

E p.c. LEGA SINDACALE SPI CGIL
Indirizzo

Il/la sottoscritto/a abitante in Via n....
espone quanto segue:

- il/la proprio/a è ricoverato/a dal presso la RSA perché malato/a cronico/a e non autosufficiente;
- all'atto del ricovero lo scrivente ha sottoscritto un “contratto di ospitalità” in cui si impegna a versare la somma di euro al giorno quale quota alberghiera per la degenza del/la proprio/a.....;
- il/la ricoverato/a percepisce quale reddito mensile la somma di euro di pensione (e di euro.... d'indennità di accompagnamento) e non possiede alcun bene mobile o immobile. (E' stata inoltrata la domanda per l'indennità di accompagnamento).

Ciò premesso, preso atto che in base alle leggi nazionali vigenti e alla DGR 37-6500 del 23 luglio 2007 compete al Consorzio (o al Comune) di integrare la retta alberghiera per la parte non coperta dalle risorse del/a ricoverato/a, lo scrivente disdice l'impegno sottoscritto a favore della (nome della RSA o della Cooperativa come indicato sul contratto) con cui il/la proprio/a non ha, ai sensi delle leggi vigenti, alcun rapporto contrattuale o d'altro genere.

Lo scrivente chiede al Comune di (al Consorzio di) di voler disporre l'integrazione della quota alberghiera a decorrere dalla data di ricovero del/la proprio/a per la parte non coperta dalla disponibilità economica dell'utente, comprensiva della somma stabilita per le piccole spese.

Pertanto dal giorno il sottoscritto verserà la somma di euro quale quota giornaliera nelle disponibilità del proprio congiunto, dedotta la cifra per le spese personali.

Ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990, lo scrivente chiede una risposta scritta da parte del Comune (Consorzio) di

Al Difensore civico della Regione Piemonte, lo scrivente chiede di intervenire a favore delle esigenze del proprio congiunto e per segnalare alla RSA/Cooperativa..... la non competenza in merito alla richiesta di sottoscrizione da parte dei congiunti dei ricoverati del "Contratto di ospitalità", tenuto conto che non si tratta di accoglienza a titolo di ospitalità, ma di ricovero a scopo di cura sanitaria e di assistenza.

Cordiali saluti.

Firma

Data,

NB E' possibile effettuare la disdetta del "contratto di ospitalità" **solo** nel caso in cui il ricoverato è stato inserito nella struttura residenziale dalla Asl, che si fa carico della quota sanitaria.

Nota 1 Per il Comune di Torino, la raccomandata AR va inviata **all'Assessore ai Servizi sociali del Comune**, via Giulio 22, 10122 Torino

Nota 2 Le attività all'interno della struttura possono essere appaltate dalla Asl o dal Comune a fornitori di servizi (es. Cooperative sociali). In questo caso la raccomandata AR va inviata al **Presidente della Cooperativa con cui si è stipulato il contratto e all'indirizzo della sede legale.**