

tutti! HANNO DIRITTO ALLE CURE SANITARIE

compresi:

**ANZIANI, MALATI CRONICI
NON AUTO SUFFICIENTI**

malati di Alzheimer,
malati psichiatrici, handicappati
con gravi patologie

con la collaborazione di:

- MEDICINA DEMOCRATICA
- CITTADINANZA ATTIVA
Tribunale dei Diritti del Malato

Indice

Introduzione al manuale	Pag.	7
Chi ha diritto alle cure sanitarie	»	9
Cosa affermano le leggi	»	10
Cosa bisogna sapere prima di accettare le dimissioni dall'ospedale	»	12
Come opporsi alle dimissioni da una struttura sanitaria	»	13
Cosa sono le RSA	»	13
Chi paga il ricovero in RSA	»	15
Come disdire impegni indebitamente sottoscritti	»	17
Interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno	»	18
Eliminare le barriere architettoniche negli edifici privati	»	19
La malattia mentale: cos'è e quali sono i diritti	»	23
Cosa sapere prima di accettare le cure domiciliari	»	24
Le nuove tariffe delle strutture di ricovero	»	26
Cosa comprende la retta di ricovero	»	27
Alcune analogie con i servizi per disabili	»	28
Fac-simile della lettera per opporsi alle dimissioni	»	39
Andrea Micheli: la sanità pubblica fa bene alla salute	»	44

Introduzione al manuale

Il presente manuale ha un titolo molto significativo che sta ad indicare le finalità stesse di tale strumento: “Tutti hanno diritto alle cure sanitarie” non è uno slogan, un auspicio, un obiettivo. Si tratta di quanto prevedono espressamente le disposizioni di legge in materia di sanità, disposizioni che spesso non vengono applicate dai soggetti istituzionali a cui compete l'erogazione delle prestazioni di cura e di assistenza.

Purtroppo molto spesso i malati e i loro familiari non sono a conoscenza dei diritti sanciti sia dalla Costituzione che da specifiche leggi e così accettano, anche per la gravità e l'emergenza di determinate situazioni, imposizioni in ordine alla durata delle cure e ai costi di queste.

La normativa italiana riconosce il diritto di tutti a fruire di cure sanitarie senza limiti di durata, qualunque sia la causa delle malattie e la loro fenomenologia.

Si parla di cure sanitarie e non di assistenza sociale. Pertanto anziani malati cronici, non autosufficienti, malati di Alzheimer, malati psichici, handicappati con gravi patologie hanno diritto ad essere curati dalla sanità; non devono essere scaricati sull'assistenza con pesanti conseguenze economiche per i Comuni (quando va bene) o per le famiglie (quando va male).

La prassi di dimettere precocemente i malati dagli ospedali, di scaricarli sul sistema di assistenza sociale e sulle RSA in particolare, l'applicazione di rette molto elevate gravanti in buona parte sulle famiglie degli assistiti, ha determinato pesanti conseguenze sociali.

Nel documento predisposto nell'ottobre 2000 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la Solidarietà, viene affermato quanto segue: “*nel corso del*

1999, due milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spese sostenute per la cura di un componente affetto da malattia cronica”.

Dunque la mancata applicazione delle leggi relative al diritto alle cure sanitarie degli anziani colpiti da malattie invalidanti e da non autosufficienza è una preoccupante causa di povertà economica.

Anche i Comuni, purtroppo, nella stragrande maggioranza dei casi non hanno fatto assolutamente nulla per ottenere il rispetto delle leggi vigenti da parte delle Aziende Sanitarie, anzi, essi stessi, più volte hanno mancato di dare attuazione concreta alle disposizioni di leggi per quanto concerne l'ISEE caricando impropriamente sulle famiglie i costi dei servizi da garantire ad anziani non autosufficienti e disabili gravi.

In questo manuale vengono richiamate le principali normative nazionali e regionali in modo da rendere edotti i cittadini circa i diritti di cui legittimamente possono fruire in ambito sanitario.

Inoltre, vengono pubblicati modelli di lettere da utilizzare direttamente da parte degli utenti in caso di dimissioni ospedaliere precoci, per disdire impegni economici imposti loro dalle strutture di cura, per esercitare diritti di partecipazione.

Fausto Banzi

*Assessore alle Politiche Sociali
della Provincia di Mantova*

Fulvio Aurora

Direttore di Medicina Democratica

Mentore Carra

*Presidente di Cittadinanza Attiva
Tribunale dei Diritti del Malato*

CHI HA DIRITTO ALLE CURE SANITARIE

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

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

il diritto alla salute viene sancito dalla Costituzione della Repubblica. L'art. 32 della Costituzione dispone che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (...)".

Dall'analisi di questa norma si evincono chiaramente le seguenti conseguenze:

- a) la salute è un diritto, cioè non un'aspettativa qualsiasi, ma un interesse tutelato dalla legge;
- b) vi è un riconoscimento ampio e universale del diritto alla salute; diritto che spetta a tutti: cittadini e stranieri, lavoratori e disoccupati, abbienti ed indigenti, giovani ed anziani, malati acuti e malati cronici, malati fisici, malati mentali ecc.;
- c) la salute, in quanto diritto fondamentale della persona rientra anche nella previsione dell'art. 2 della Costituzione, ossia nel novero dei diritti inviolabili dell'uomo riconosciuti e garantiti dalla Repubblica e che richiedono l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale, economica e politica;

- d) la salute, in quanto diritto sociale, impegna lo Stato ad un intervento concreto ed attivo riconoscendo i bisogni della popolazione e assumendo il compito della tutela effettiva del diritto alla salute;
- e) il diritto alla salute è un diritto assoluto non essendo limitato da alcunchè e che deve essere rispettato da chiunque pena l'applicazione di sanzioni;
- f) l'estensione dell'ambito di tutela del diritto alla salute ha consentito alla giurisprudenza di costruire un diritto all'ambiente salubre;
- g) la salute è un diritto soggettivo e non un semplice interesse legittimo il che comporta, sul piano giurisdizionale, una tutela diretta di questa situazione giuridica e sul piano dei rapporti con la pubblica amministrazione l'emergere di compiti a carico degli enti erogatori che escludono la facoltà di valutazioni discrezionali o di mera opportunità economica.

COSA AFFERMANO LE LEGGI

Il diritto dei malati cronici non autosufficienti (anziani e non) alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, è stabilito dalle seguenti disposizioni:

L'assistenza sanitaria deve essere fornita, indipendentemente dalla sua durata, alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia (*legge 4 agosto 1955 n. 692*);

L'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani "quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio" (*decreto del Ministro del lavoro del 21 dicembre 1956*);

Le Regioni devono programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati "acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti" (*art. 29 legge 12 feb-braio 1968 n. 132*);

Le Asl devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali (*legge 13 maggio 1978 n. 180*);

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 mentali (*legge 23 dicembre 1978 n. 833*);

Le cure sanitarie sono dovute indistintamente ai malati acuti e cronici senza limiti di durata, e il “decreto Craxi” (*Dpcm 8/8/1985*) sull’integrazione socio-sanitaria essendo un atto amministrativo, ha nessun valore normativo (*sentenza n. 10150 del 1996 della Suprema Corte di Cassazione*);

La Finanziaria 2003 all’art. 54 ha confermato i Livelli essenziali di assistenza indicati dal *Dpcm 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 (...)”; ovvero anche gli interventi di riabilitazione e lungo-degenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti.

La Sentenza della I sezione civile della Corte di Cassazione n. 10150/1996 (richiamata dalla decisione del Consiglio di Stato n. 7766 depositata in Cancelleria il 29 novembre 2004) ha stabilito che:

le leggi riconoscono il diritto soggettivo (e pertanto esigibile) alle prestazioni sanitarie, comprese le attività a rilievo sanitario e che hanno diritto alle cure sanitarie sia i malati acuti che quelli cronici.

Ne consegue che le dimissioni ospedaliere delle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza sono illegittime nei casi in cui il Servizio Sanitario Nazionale non garantisce la prosecuzione delle cure a domicilio o presso strutture sanitarie.

COSA BISOGNA SAPERE PRIMA DI ACCETTARE LE DIMISSIONI DALL'OSPEDALE

Prima di accettare le dimissioni dall'ospedale o da altra struttura sanitaria bisogna valutare attentamente la situazione. Infatti, se si accettano le dimissioni quando permane ancora lo stato di malattia e di non autosufficienza e non è garantita la continuità delle cure sanitarie con un'informativa scritta e concordata con il paziente o con i suoi familiari, si va incontro a dei rischi.

Chi ha accettato le dimissioni incorrerà in una di queste situazioni:

- Farsi carico in proprio degli oneri di cura e di assistenza del congiunto malato e non autosufficiente presso la propria abitazione. In questo caso è sempre possibile chiedere l'attivazione delle cure domiciliari tramite il proprio medico curante. Non sempre però l'Asl è in grado di dare una risposta positiva in tempi soddisfacenti. Inoltre, il progetto approvato può risultare inadeguato alle reali esigenze del malato.
- Entrare in una lista d'attesa che può protrarsi anche per più di un anno, per un posto in una struttura residenziale Rsa.
- In attesa di un posto in una struttura pubblica o convenzionata, o se non si ha la possibilità di assistere a casa la persona malata, provvedere al pagamento di 2500-3000 euro mensili per un posto letto privato in Rsa (Residenza sanitaria assistenziale).

COME OPPORSI ALLE DIMISSIONI DA UNA STRUTTURA SANITARIA

Se non si è in grado di assistere a domicilio il proprio congiunto, ci si può opporre alle dimissioni da ospedali/case di cura private convenzionate, qualora non sia garantita la continuità terapeutica in altra struttura sanitaria pubblica o convenzionata. L'opposizione è effettuata attraverso una lettera raccomandata (si veda fac-simile di lettera riportato nelle successive pagine di questo opuscolo).

COSA SONO LE RSA

Le RSA sono strutture del territorio destinate ad accogliere - per ricoveri temporanei o a tempo indeterminato - gli anziani non autosufficienti a cui offrire:

- Una sistemazione residenziale (RESIDENZA) con una connotazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli ospiti anziani;
- Tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi (SANITARI) necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni; nonché gli interventi volti a recuperare e sostenere l'autonomia dei degenti;
- Un'assistenza individualizzata (ASSISTENZA), orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere.

L'utenza della RSA si caratterizza per:

- Età di interesse geriatrico (di norma superiore ai 65 anni, ma di fatto l'età media si attesta sugli 80 anni e oltre);

- Perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- Condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, severità ed instabilità clinica, non tali da richiedere cure intensive ospedaliere;
- Condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi residenziali;
- Necessità di assistenza tutelare comprensiva del mantenimento dei contatti sociali e di programmi di animazione

LA DEFINIZIONE DI RSA NEGLI ATTI UFFICIALI

La RSA (Residenza sanitaria assistenziale) è una struttura extra - ospedaliera per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, non assistibili a domicilio, abbisognevole di trattamenti continui e persistenti, finalizzata a fornire accoglienza ed erogazione di prestazioni: sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale; essa va intesa come la struttura residenziale, della rete dei servizi territoriali, in cui deve realizzarsi il massimo della integrazione degli interventi sanitari e sociali (POA del 1992).

Le RSA sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalla regioni e province autonome (DPR 14.01.1997).

Le RSA sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neuologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del SSN (DPR 14.01.1997).

CHI PAGA IL RICOVERO IN RSA

Nessun pagamento è dovuto dai familiari degli assistiti con handicap in situazione di gravità o di ultrasessantacinquenni non autosufficienti ricoverati in strutture assistenziali pubbliche o private convenzionate. Infatti, l'articolo 25 della legge sull'assistenza n. 328/2000 e i decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 prevedono che gli enti pubblici devono prendere in considerazione la situazione economica del solo assistito per le prestazioni sociali erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, nonché ai soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti. Si ricorda che la condizione di handicap in situazione di gravità è accertata dalle specifiche commissioni delle Asl ai sensi dell'articolo 3 della legge 104/1992.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e l'articolo 54 della legge 289/2002 hanno ribadito il diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata anche nei casi di degenza presso RSA o strutture similari e che gli utenti sono tenuti al pagamento della quota alberghiera sulla base delle disposizioni previste dai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 ovvero attraverso la valutazione della situazione economica del solo assistito.

Nel dpcm del 29 novembre 2001 si stabiliva che per la cura delle persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative tramite servizi residenziali, come appunto le RSA, il 50% del costo del servizio sia a carico del Servizio sanitario nazionale e il restante 50% sia a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.

Proprio su quest'ultimo punto (la partecipazione alla spesa di spettanza comunale da parte dell'utente) si applicano le disposizioni previste dalla normativa sull'ISEE (Decreto Legislativo 130/2000) secondo le quali, appunto:

- Art. 2, c. 6: le disposizioni del presente decreto non

modificano la disciplina relativa ai soggetti tenuti alle prestazioni degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile e non possono essere interpretate nel senso dell'attribuzione agli enti erogatori della facoltà di cui all'art. 438, primo comma, del Codice civile nei confronti dei componenti del nucleo familiare del richiedente la prestazione sociale agevolata. L'articolo 433 del Codice civile regolamenta chi siano i parenti che sono tenuti agli alimenti, ma questi possono essere chiesti solo da chi versa in stato di bisogno (l'assistito o il malato) e non possono essere richiesti dagli enti pubblici alle famiglie.

- Art. 3, c. 2 ter: limitatamente alle prestazioni sociali agevolate - rivolte alle persone con handicap permanente grave - nonché ai soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica e psichica sia stata accertata dalle aziende sanitarie locali, le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Il suddetto decreto è adottato al fine di evidenziare la situazione economica del solo assistito anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione.

Anche se il DPCM richiamato non è ancora stato emanato la normativa è pienamente applicabile: il DPCM, infatti, rappresenta un mero atto amministrativo che non può modificare una norma di legge.

A dimostrazione di quanto affermato si richiama la deliberazione assunta dalla Giunta Regionale del Piemonte (DGR n. 17 - 15226 del 30.03.2005) con la quale:

- Si riconosce che gli enti pubblici non possono pretendere contributi economici dai congiunti degli anziani cronici non autosufficienti ricoverati nelle RSA;
- La quota a carico della sanità (ovvero del bilancio regionale) viene aumentata dal 50% al 54% per tutti i ricoverati e al 57,7% per le persone colpite dalle patologie più gravi; inoltre viene fissato il tetto massimo di 86 Euro quale retta giornaliera complessiva non superabile per nessun tipo di ricovero;

- La Regione Piemonte ha stanziato le risorse per integrare i costi della retta in modo da rendere pienamente attuabile le previsione del decreto 130/2000 senza gravare sui bilanci dei comuni.

Questa decisione, che indubbiamente riconosce i diritti degli utenti e dei loro famigliari e sostiene i comuni nell'attuazione di politiche sociali a tutela delle fasce deboli, è stata resa possibile grazie ad una ampia mobilitazione da parte delle organizzazioni sindacali, dei comuni e delle provincie piemontesi.

Anche in Regione Lombardia, seppur molto faticosamente, qualcosa comincia a muoversi.

Nell'accordo stipulato dalla ASL della Provincia di Milano 1 il Comune di Garbagnate per la realizzazione di un centro multiservizi viene stabilito, per quanto concerne le rette di degenza, di dare applicazione al decreto legislativo 130/2000.

Così come va necessariamente evidenziata una recente pronuncia del T.A.R. Lombardia di Brescia (ordinanza 25.11.2004, n. 1712) con la quale l'organo di giustizia amministrativa ricorda che *“nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va comunque considerata di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del servizio Sanitario nazionale. Il pagamento di prestazioni rese a favore di tale tipo di infermi spetta pertanto al SSN e non già al Comune, al quale spetterebbero solo ove le prestazioni fossero solo di natura socio assistenziale, consistenti in mere attività di sorveglianza ed assistenza e non di tipo sanitario, dirette cioè, in via prevalente o esclusiva, alla riabilitazione e rieducazione funzionale dell'assistito* (v. anche Sentenza del Consiglio di Stato, Sez. V, 29.11.2004, n. 7766).

COME DISDIRE IMPEGNI INDEBITAMENTE SOTTOSCRITTI

A volte, pur di ottenere il ricovero, i familiari di un malato accettano di pagare dei contributi economici non dovuti

(ad esempio, perché calcolati sulla base del reddito familiare e non del solo assistito handicappato grave o ultrasessantacinquenne non autosufficiente come previsto dalle norme vigenti).

In questi casi, chi ha sottoscritto tale indebito impegno può evitare di continuare a versare contributi non dovuti agli enti pubblici inviando una lettera di disdetta a mezzo raccomandata, con la quale chiede al Comune di residenza del ricoverato di provvedere all'integrazione della retta per la parte non coperta direttamente dal ricoverato con i propri mezzi economici.

INTERDIZIONE, INABILITAZIONE E AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

In base all'articolo 414 del Codice civile sono dichiarati interdetti "il maggiore d'età e il minore emancipato i quali si trovano in condizioni di abituali infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi". Possono essere inabilitati, in base all'articolo 415 del Codice civile, i suddetti soggetti in condizione di abituale infermità di mente che non siano talmente gravi da dar luogo all'interdizione.

Inoltre possono essere inabilitati "coloro che per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici".

L'amministrazione di sostegno è rivolta, in base all'articolo 1 della legge 6/2004, alle "persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente".

Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario, deve metterlo tempestivamente al corrente degli atti da compiere ed informare il giudice tutelare in caso di dissenso con il beneficiario.

Per quanto concerne la cura della persona deve proporre e scegliere la collocazione abitativa per il beneficiario ed esprimere consenso informato per i trattamenti terapeutici. Per quanto concerne la cura del patrimonio deve adempiere ai compiti assegnati dal Giudice Tutelare e presentare il rendiconto.

Il ricorso per la nomina dell'amministratore di sostegno può essere presentato in caso di infermità temporanea o permanente. I soggetti che possono richiedere l'amministrazione di sostegno sono il beneficiario, parenti entro il 4° grado, il pubblico ministero e i servizi sociali impegnati nella cura della persona.

Il ricorso va presentato in Tribunale presso la Cancelleria della volontaria giurisdizione.

La scelta dell'amministratore di sostegno deve avvenire con esclusivo riguardo alla cura e agli interessi della persona del beneficiario. Può essere nominato amministratore di sostegno la persona stabilmente convivente, un professionista o il legale rappresentante di una associazione. Non possono essere nominati amministratori di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in carico il beneficiario.

ELIMINARE LE BARRIERE ARCHITETTONICHE NEGLI EDIFICI PRIVATI

La legge 13 del 1989 prevede contributi sull'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati. Hanno diritto al contributo:

- le persone disabili con invalidità grave che sostengono spese per l'eliminazione delle barriere architettoniche nell'alloggio di residenza;
- coloro che hanno a carico soggetti disabili in quanto genitori o tutori;

- le persone che sostengono le spese in qualità di proprietario dell'immobile o parente o altro soggetto allo scopo di adattare l'alloggio o facilitare l'accesso all'edificio in cui risiede una persona disabile;
- i condomini ove risiedono gli stessi soggetti, per le spese di adeguamento relative a parti comuni;
- i centri o le strutture diurne e residenziali per le persone disabili.

La domanda, redatta su apposito modulo, da ritirare presso il Comune di residenza, deve essere presentata dalla persona disabile o da chi ne esercita la potestà o tutela, al Sindaco del Comune ove è ubicato l'immobile oggetto dell'intervento.

Modello di domanda:

Al Sindaco del Comune di

Oggetto: Domanda di concessione di contributo per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, ai sensi della legge 9 gennaio 1989, n. 13.

Il/la sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____
abitante in qualità di

- proprietario
- conduttore
- altro

nell'immobile di proprietà di

sito in _____ C.A.P. _____

Via/piazza _____

n. civico _____ piano _____ int. _____

tel. _____, quale

- portatore di handicap
- esercente la potestà o tutela su soggetto portatore di handicap

C H I E D E

il contributo previsto dall'art. 9 della legge in oggetto, prevedendo una spesa di _____ per la realizzazione della seguente opera (o più opere funzionalmente connesse), da realizzarsi nell'ambito sopra indicato, al fine di rimuovere una o più barriere che creano difficoltà:

A) di accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare:

1. - rampa di accesso;
2. - servo scala;
3. - piattaforma o elevatore;
4. - ascensore
 - installazione
 - adeguamento
5. - ampliamento porte di ingresso;
6. - adeguamento percorsi orizzontali condominiali;
7. - installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici;
8. - installazione meccanismi di apertura e chiusura porte;
9. - acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile per impedimenti materiali/giuridici;
10. - altro _____

B) di fruibilità e visitabilità dell'alloggio:

- adeguamento spazi interni all'alloggio (bagno, cucina, camere, ecc.);
- adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio;
- altro _____

D I C H I A R A

che avente diritto al contributo, in quanto onerato della spesa,
è: il sottoscritto richiedente __l__ sig. _____

_____ in qualità di:

- esercente la potestà o tutela nei confronti del portatore di handicap;
- avente a carico il soggetto portatore di handicap;
- unico proprietario;
- amministratore del condominio;
- responsabile del centro o istituto ex art. 2 Legge 27.2.89, n. 62.

A L L E G A

alla presente domanda:

1. certificato medico in carta libera attestante l'handicap;
2. dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
3. certificato ASL (o fotocopia autenticata) attestante l'invalidità totale con difficoltà di deambulazione, ovvero si riserva di presentarlo entro il _____.

_____, lì _____

Il richiedente

L'avente diritto al contributo

Per conferma ed adesione

LA MALATTIA MENTALE: *COS'É E QUALI SONO I DIRITTI*

La legge 180 del 1978, stabilendo la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici ad esaurimento dei pazienti, obbliga comunque gli enti competenti a trovare per i degenti soluzioni e collocazioni idonee.

La legge 180/78 inserisce i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali e considera la malattia mentale alla stessa stregua della malattia fisica.

In Regione Lombardia con DGR 17513 in data 17 maggio 2004 ha approvato il Piano Regionale Salute Mentale.

Con successiva circolare 49/san è stata data parziale attuazione alle disposizioni del Piano Regionale Salute Mentale.

É importante ricordare che il malato mentale non è l'handicappato intellettivo (colui che è colpito da ritardo mentale, lesione cerebrale, ecc). La malattia mentale disorganizza più o meno profondamente la coscienza e la personalità dell'uomo. Il pensiero, le idee, l'umore, l'affetto, la visione della realtà il comportamento sono a volte pesantemente destrutturati. Le patologie più gravi sono le psicosi che colpiscono circa il 3% della popolazione. Le psicosi sono sempre curabili, anche se difficilmente guariscono: pertanto il malato mentale ha diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata.

Il CSM (Centro salute mentale) della propria A.S.L. è a disposizione, gratuita o con ticket, di tutti i cittadini e riceve i malati su appuntamento. Se il paziente ha una crisi psicotica e il familiare chiede un intervento a domicilio dello psichiatra e questo non viene, si può configurare il reato di omissione di soccorso.

Il pronto soccorso ospedaliero, aperto 24 ore su 24, non può rifiutarsi di ricoverare un malato psichiatrico.

Nel caso in cui il malato abbia bisogno, per la sua patologia, di un ricovero di lunga durata, ma l'ospedale sia incline alle

sue dimissioni, i familiari devono rifiutarsi preferibilmente mediante invio di una raccomandata AR (come per gli anziani malati cronici non autosufficienti) di portare a casa il malato e chiedere che i medici e gli assistenti sociali si attivino a cercare e trovare un posto in una struttura adeguata per il tempo necessario al miglioramento delle condizioni del paziente.

Anche in ambito psichiatrico, i parenti degli assistiti maggiorenni non sono obbligati a versare contributi economici agli enti pubblici ed ogni richiesta è illegale in quanto non regolamentata da alcuna disposizione legislativa.

L'articolo 433 del Codice civile regola chi siano i parenti che sono tenuti agli alimenti, ma questi possono essere chiesti solo da chi versa in stato di bisogno (l'assistito o il malato) e non possono essere richiesti dagli enti pubblici alle famiglie.

COSA SAPERE PRIMA DI ACCETTARE LE CURE DOMICILIARI

In base alle leggi nazionali, le cure domiciliari (Adi, assistenza domiciliare integrata, Oda, ospedalizzazione a domicilio) non sono ancora un diritto esigibile, così come non è esigibile l'erogazione dell'assegno di cura e/o il riconoscimento di un contributo forfettario al familiare che accetta di essere da riferimento e sostegno al congiunto non autosufficiente. In assenza di una legge regionale è indispensabile che Asl e Comuni abbiano approvato una propria delibera e definito i criteri di accesso e gli aventi diritto.

Si precisa che gli assegni di cura non devono in nessun modo risultare sostitutivi dei servizi esistenti e che tali risorse economiche non devono essere sottratte al finanziamento degli interventi di cura e assistenza. Gli assegni di cura, pertanto, devono essere "aggiuntivi" rispetto ai servizi erogati dagli Enti Pubblici.

Per questo si raccomanda di prendere visione dei provvedimenti emanati dalla propria Asl di residenza o dall'Ente locale gestore dei servizi socio-assistenziali, prima di accettare

le dimissioni dalla struttura sanitaria al fine di essere certi circa gli impegni dei suddetti enti in materia di cure domiciliari.

COSA E' CAMBIATO NELLE RSA.

Con la DGR n. 7435 del 2001 la Regione Lombardia ha ricondotto l'assistenza residenziale socio sanitaria per anziani non autosufficienti ad un'unica tipologia strutturale ed organizzativa quale appunto la Residenza sanitario assistenziale per Anziani (RSA).

Con la DGR n. 12904 del 9 maggio 2003 sono state approvate le "Disposizioni in merito alla remunerazione a carico del Fondo sanitario Regionale delle prestazioni erogate dalle Residenze Sanitario Assistenziali e dagli hospice".

Obiettivo è quello di ottenere il superamento del modello di assistenza residenziale previsto per gli anziani cronici non autosufficienti degenti in Rsa, Residenze sanitarie assistenziali.

Nel nuovo modello la risposta residenziale viene personalizzata e calibrata sui bisogni sanitari e assistenziali dell'anziano. A regime, tutte le strutture di ricovero per anziani cronici non autosufficienti dovranno essere organizzate in modo da poter assicurare ai propri pazienti più fasce di intensità (grave e moderata) da considerare rispetto ai criteri della mobilità, cognitività e comportamento, comorbidità.

L'allegato c alla DGR n. 12904 del 9 maggio 2003, pertanto, individua le seguenti categorie di ospiti a seconda della classificazione operata dalla seguente tabella:

classe	mobilità	Cognitività comportamento	Comorbidità
1	grave	grave	Grave
2	grave	Grave	Moderata
3	grave	moderata	Grave
4	grave	moderata	Moderata
5	moderata	grave	Grave
6	moderata	grave	Moderata
7	moderata	moderata	grave
8	moderata	moderata	moderata

Tale classificazione viene menzionata con il termine di classificazione SOSIA dal nome delle schede di rilevazione intermedia dell'assistenza utilizzate nelle RSA.

Con successiva delibera di Giunta Regionale sono state individuate le remunerazioni corrispondenti a ciascuna delle otto classi.

LE NUOVE TARIFFE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Il Servizio sanitario regionale continua ad essere titolare delle prestazioni riconducibili ai livelli essenziali di assistenza, ma all'utente/Comune viene richiesto il pagamento della cosiddetta quota alberghiera.

Si ricorda che ai sensi dell'art. **54 della legge 289/2002**, a partire dal 1° gennaio 2003, l'importo della quota alberghiera non può essere superiore a quella versata dall'Asl (minimo 50% a carico dell'Asl; massimo 50% a carico utente/Comune). Ad esempio; per una tariffa giornaliera di euro **66,00** l'Asl era tenuta a versare alla struttura residenziale almeno **33,00** euro e altrettanti dovevano al massimo essere corrisposti dall'utente/Comune.

Con la classificazione SOSIA, però la Regione Lombardia ha introdotto un nuovo sistema di remunerazione che, come detto in precedenza, corrisponde alle otto classi nelle quali vengono suddivisi gli ospiti.

Il nuovo sistema di classificazione entra in vigore per gli ospiti entrati in RSA dopo il 1° maggio 2005.

La tariffa base per la valutazione, per la quale tutti gli indici (mobilità, cognitività, comportamento, comorbidità) vengono definiti con valore "moderato", risulta essere pari a Euro 23,00 giornalieri: questa tariffa corrisponde alla classe 8.

La tariffa viene incrementata qualora gli indici acquisiscano il valore di "grave": per l'indice mobilità l'incremento è pari a

Euro 10,50 giornalieri, per la cognitività a Euro 10, per la comorbidità a Euro 4,00.

Si ottiene così la tabella riferita a tutte le possibili remunerazioni corrispondenti alle otto classi di ospiti.

classe	1	2	3	4	5	6	7	8
tariffa	47,5	43,5	37,5	33,5	37	33	27	23

Come è noto, la quota sanitaria è a totale carico del Servizio sanitario regionale, mentre la retta alberghiera è dovuta dall'ultrasessantacinquenne non autosufficiente o dalla persona handicappata riconosciuta in situazione di gravità dalle competenti commissioni, sulla base della propria situazione economica personale.

COSA COMPRENDE LA RETTA DI RICOVERO

La retta di ricovero è composta da una quota sanitaria, a carico del Servizio sanitario regionale, e da una tariffa alberghiera, a carico dell'utente/Comune.

Le prestazioni a carico dell'Asl (quota sanitaria) sono le seguenti:

- a) tutti i costi per la medicina generale. Detti oneri non concorrono alla determinazione della tariffa residenziale;
- b) tutte le prestazioni di assistenza medica, garantite dai medici di medicina generale. Al riguardo si segnala che "deve essere stabilito e opportunamente pubblicizzato l'orario settimanale di effettiva presenza medica all'interno della struttura";
- c) le attività di assistenza infermieristica e tutelare alla persona garantite attraverso i tempi medi indicati in

delibera, a seconda della fascia di intensità del bisogno sanitario e assistenziale, nonché gli eventuali interventi riabilitativi;

- d) l'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica nonché ogni altra prestazione diagnostica;

Le prestazioni alberghiere a carico dell'utente/Comune.

Le attività alberghiere incluse nella tariffa residenziale comprendono: il vitto, la pulizia dei locali, la lavanderia (biancheria e servizio guardaroba), il parrucchiere (attività connesse con l'igiene della persona quali lavaggio, asciugatura, taglio).

Merita rilevare che la tariffa alberghiera include l'assistenza al pasto.

ALCUNE ANALOGIE CON I SERVIZI PER DISABILI

Anche per quanto concerne i servizi rivolti all'area della disabilità si assiste al tentativo di scaricare i costi dalla sanità all'assistenza, il che significa, come abbiamo visto costringere le famiglie a sobbarcarsi rilevantissimi oneri economici.

Basta fare un esempio per comprendere l'affermazione fatta sopra.

La regione Lombardia ha proceduto ad una generale riclassificazione delle strutture che erogano servizi a favore dei disabili.

Ad esempio, con la DGR n. VII/18334 del 23 luglio 2004 la Giunta regionale della Lombardia ha definito la nuova unità di offerta del "Centro Diurno per persone con disabilità" (CDD). I CDD sono unità di offerta semiresidenziale per disabili gravi di età superiore ai 18 anni che necessitano di prestazioni di natura socio sanitaria (per intenderci si tratta delle prestazioni fino ad ora erogate dai CSE).

Anche i disabili, come gli anziani, devono essere valutati, secondo la Regione Lombardia, attraverso uno strumento di

classificazione del livello di fragilità mediante la scheda di rilevazione SIDI.

Questa scheda classifica gli ospiti ed i relativi carichi assistenziali di cui questi necessitano a seconda del livello di fragilità:

classe	Livello di fragilità	Misura del carico assistenziale Minuti settimanali per ospite
1	Alto	1.300
2	Medio alto	1.100
3	Medio	900
4	Medio basso	750
5	basso	600

Con successiva deliberazione, la n. VII/19874 del 16.12.2004, la Giunta Regionale della Lombardia ha approvato la tabella della remunerazione sanitaria del servizio:

classe	1	2	3	4	5
Minuti	1.300	1.100	900	750	600
Tariffa sanitaria procapite al giorno	Euro 55	Euro 52	Euro 49	Euro 46	Euro 44

La parte rimanente del costo del servizio viene qualificata come non sanitaria e quindi a carico dei Comuni o delle famiglie dei disabili e quantificata secondo una retta unica esposta dall'ente gestore.

In realtà, come già diversi soggetti gestori hanno avuto modo di segnalare, i minuti di assistenza settimanale non sono assolutamente adeguati alle necessità di tutela del diritto alla salute degli utenti, specialmente di quelli che richiedono una assistenza individualizzata continuativa.

Di conseguenza anche la remunerazione sanitaria giornaliera risulta assolutamente distante dalle reali necessità

degli utenti e in contrasto con gli stessi standard di assistenza previsti dalla stessa normativa regionale.

L'impostazione della Regione Lombardia contrasta palesemente anche con il decreto sui LEA in quanto il DPCM 29.11.2001 prevede che i costi relativi alle prestazioni diagnostiche terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi ricadano per il 70% sul SSN e solo per il restante 30% su utenti (v. D.Lgs 130) e Comuni.

LA CARTA DEI SERVIZI

L'art. 13 della legge 328/2000 prevede l'adozione, da parte di ciascun ente erogatore di servizi, della "Carta dei Servizi". Nella Carta dei servizi sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare i diritti degli utenti, la carta dei servizi deve prevedere per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

La Carta dei servizi deve essere uno strumento di comunicazione ed informazione rivolto agli utenti, ai loro familiari, alle parti sociali, ai sindacati, alle organizzazioni di volontariato e alla cittadinanza.

La Carta dei servizi, in modo particolare per quanto concerne le RSA, deve contenere:

- i principi fondamentali e i diritti dell'anziano;
- la descrizione dei servizi erogati dalla struttura, gli orari delle visite;
- le schema della giornata tipo infrasettimanale e festiva;
- l'elenco e la descrizione delle figure esistenti nella struttura e le modalità di riconoscimento;
- le modalità di accesso al servizio e l'ammontare delle rette;
- i requisiti e i programmi di miglioramento;

- il sistema qualità: valutazione della domanda e relativi strumenti di intervento;
- le forme e i modi della partecipazione e della tutela.

Quest'ultimo punto riveste una particolare importanza: si tratta dello strumento concreto attraverso il quale può essere giustamente pretesa la garanzia di ricevere prestazioni adeguate ed appropriate anche attraverso l'inoltro di specifici reclami o segnalazioni.

A tal fine è assolutamente necessario che la Carta dei servizi contenga un modulo, da compilare, per la presentazione di suggerimenti, reclami, segnalazioni; indicando chiaramente i destinatari di tali comunicazioni e i tempi entro i quali ricevere risposta.

IL DIFENSORE CIVICO

Le inadempienze, le omissioni e i ritardi di enti che dipendono dalla Regione (tra cui le ASL e le Aziende Ospedaliere) possono, a richiesta dei cittadini, essere oggetto di valutazione ed intervento da parte del Difensore Civico Regionale.

IL DIFENSORE CIVICO REGIONALE e' stato istituito in Lombardia con la legge regionale 18 gennaio 1980, n. 7 ed ha sede presso il Consiglio regionale.

Il Difensore civico regionale è nominato con decreto del Presidente della Giunta regionale su designazione del Consiglio regionale ed è scelto fra i cittadini che offrono particolari garanzie in tema di indipendenza e preparazione giuridico-economica oltre che soddisfare particolari requisiti in tema di incompatibilità ed ineleggibilità.

Il Difensore civico regionale interviene, su richiesta di chiunque vi abbia diretto interesse, presso l'Amministrazione regionale, gli Enti e le Aziende da essa dipendenti e presso gli Enti (Province, Comunità montane, Comuni, ecc.) cui la Regione ha conferito l'esercizio di funzioni amministrative regionali, per assicurare che il procedimento amministrativo abbia regolare corso e che gli atti amministrativi siano

tempestivamente e correttamente emanati. Può sollecitare l'evasione della pratica e convocare i funzionari dell'amministrazione interessata per esaminare insieme i problemi del caso. Ha diritto di accesso a tutti gli atti ed alle informazioni necessarie all'esame delle questioni poste alla sua attenzione.

DIFENSORE CIVICO COMUNALE

L'Articolo 11 del Testo unico degli Enti locali prevede la possibilità per i Comuni di istituire la figura del Difensore civico Comunale.

Lo statuto comunale può prevedere l'istituzione del difensore civico con compiti di garanzia dell'imparzialità e del buon andamento della pubblica amministrazione comunale o provinciale, segnalando, anche di propria iniziativa, gli abusi, le disfunzioni, le carenze ed i ritardi dell'amministrazione nei confronti dei cittadini.

Il Difensore Civico ha il compito di difendere le cittadine e i cittadini dagli abusi dell'amministrazione comunale e degli enti collegati. Interviene contro le disfunzioni, le carenze, gli abusi, le omissioni e i ritardi degli uffici. Non interviene quando la controversia riguarda i privati.

Favorisce trasparenza e speditezza, facendo in modo che la Pubblica Amministrazione non si discosti, nel proprio operato, dalla ricerca del pubblico interesse.

Il Difensore Civico:

- può chiedere l'esibizione di tutti i documenti relativi ad una pratica senza il limite del segreto d'ufficio e convocare il responsabile dell'ufficio competente, che ha l'obbligo di presentarsi e rispondere;
- Può accedere agli uffici e alle strutture per compiere accertamenti;
- Non può sostituirsi all'amministrazione comunale nell'emanare o modificare un atto, ma può sollecitare la stessa a riesaminarlo, modificarlo o annullarlo, se lo ritiene illegittimo;

- Quando un dipendente sollecitato ometta, rifiuti o ritardi atti del proprio ufficio, il difensore civico può chiedere che sia sottoposto a procedimento disciplinare;
- Non può sostituirsi ad alcun funzionario nel compimento di un'attività dovuta;
- Non ha ingerenza nell'attività di organi giudiziari;
- Non si occupa della materia del pubblico impiego.

L'intervento del difensore civico non sospende i termini per il ricorso al giudice amministrativo, salvo quanto previsto dalla legge n. 340 del 24 novembre 2000 in tema di sospensione dei termini per la presentazione dei ricorsi giurisdizionali in materia di accesso agli atti amministrativi.

LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

I riferimenti normativi che disciplinano le forme di partecipazione dei cittadini in modo da garantire una rappresentanza degli interessi generali di salute della popolazione del territorio sono i seguenti: l'art. 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, l'art. 12 del D.Lgs. 18 giugno 1999, n. 229 dove sono indicate le linee di fondo tramite le quali le regioni devono definire le forme e i modi della partecipazione dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari.

La partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni di volontariato può avvenire attraverso uno specifico strumento individuato nel Comitato di Partecipazione sul modello di quello già istituito in alcune importanti realtà regionali (ASL Milano 2 di Melegnano).

Inoltre va ricordato che il decreto legislativo 502/1992 all'articolo 14 afferma che "il Direttore sanitario e il Dirigente sanitario del servizio (o dell'ospedale, n.d.r.), a richiesta degli assistiti adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comporta-

menti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione Lombardia, al direttore generale dell'Asl o dell'azienda, che decide in via definitiva o comunque provvede entro 15 giorni, sentito il Direttore sanitario". La procedura suddetta impedisce di procedere per via legale.

Allegato: bozza di regolamento del Comitato di Partecipazione

Regolamento del Comitato di Partecipazione della A-USL n..... della Azienda Ospedaliera di

Visto l'articolo 13 della legge 833 del 23/12/78, Visto l'articolo 12 del decreto legislativo 18 giugno 1999 n. 229, Visto l'articolo della legge regionale n. (o la delibera del n.), il direttore generale della Azienda Unità Sanitaria Locale n. istituisce il Comitato di Partecipazione degli utenti e degli operatori dei servizi sociosanitari del territorio della A-USL a partire dal seguente regolamento:

Art. 1 (definizione)

La partecipazione è l'attività che gli operatori della sanità, le formazioni sociali, gli utenti del SSN svolgono al fine di:

- a) contribuire alla programmazione delle attività della A-USL;*
- b) contribuire alla formazione del bilancio di previsione;*
- c) verificare la gestione dei servizi sociosanitari;*
- d) verificare la funzionalità dei servizi, la loro rispondenza alle finalità del SSN e agli obiettivi dei piani sanitari nazionali e regionali.*

Art. 2 (estensione dell'intervento)

L'attività del Comitato di Partecipazione si dirige verso tutte quelle strutture sanitarie e socio

assistenziali che fanno parte della A-USL o con essa convenzionate e con quelle private se sono sottoposte al suo controllo.

Art. 3 (modo di operare)

1. Il Comitato di partecipazione, una volta insediato, si organizza per Distretti e per Case della Salute, con modalità definite al suo interno. Il CdP può servirsi in ciascun distretto temporaneamente o per la durata del suo mandato di altre persone utenti od operatori dei servizi del distretto stesso.

2. Il Comitato di partecipazione può organizzare al suo interno gruppi di lavoro su temi particolari.

Art. 4 (attività specifiche)

Al CdP spetta:

- a) proporre campagne di informazione mediante adeguati mezzi di divulgazione agli utenti (messi a disposizione dalla A-USL), sui loro diritti, sui criteri e requisiti di accesso e sulle modalità di erogazione dei servizi;*
- b) favorire la partecipazione degli utenti e delle forze sociali mediante dibattiti ed altri mezzi adeguati promuovendo iniziative presso le comunità esistenti: scuole, fabbriche, circoli culturali, quartieri o frazioni ecc.;*
- c) formulare proposte in ordine:*
 - al programma di intervento dei servizi;*
 - alla pubblicizzazione dell'attività relativa al funzionamento dei servizi;*
 - a programmi di indagine e ricerche dei bisogni, di rispondenza dei servizi alle necessità degli utenti ed epidemiologiche;*
- d) curare la pubblicizzazione dei servizi in collaborazione con gli operatori;*
- e) collaborare alla programmazione di piani di educazione sanitaria;*

- f) *valutare annualmente, tramite una relazione l'andamento complessivo dei servizi della A-USL.*

Art. 5 (Assemblee degli utenti)

Il CdP al fine di favorire un rapporto organico e permanente con i cittadini utenti, convoca assemblee pubbliche quando lo ritiene necessario in misura non minore di due all'anno: Di norma le assemblee vengono indette per distretto.

Art. 6 (Composizione del CdP)

1. Il CdP è formato da 3 rappresentanti dei Comitati di partecipazione di distretto. In ogni distretto il CdP di distretto è composto da 7 membri: 2/3 provenienti dalle associazioni e organizzazioni del volontariato, dei diritti del malato, delle forze sociali, delle organizzazioni femminili, delle organizzazioni degli anziani, del distretto scolastico; 1/3 dagli operatori della ASL.

2. Il Direttore Generale rende noto a tutte le organizzazioni e le Associazioni della A-USL la decisione di istituire il CdP con le sue modalità. Le Organizzazioni ed Associazioni che rispondono positivamente all'invito designano un loro rappresentante.

3. I membri rappresentanti degli operatori vengono eletti dai servizi: uno per ciascun dipartimento, tre dagli operatori degli altri servizi e strutture private o convenzionate.

3. Partecipa in maniera permanente al CdP il responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela.

Art. 7 (prima convocazione ed elezione del presidente)

1. Il Comitato di partecipazione viene convocato la prima volta dal Direttore Generale o da un suo rappresentante della A-USL che lo insedia. Il Direttore Generale nomina un membro esterno al CdP della A-USL con il compito di partecipare alle riunioni, stendere i verbali, convocare le riunioni, fare da tramite organizzativo.

2. Il membro esterno della A-USL convocherà e presiederà le prime riunioni, fino a che i membri del CdP si saranno conosciuti e saranno in grado di eleggere al loro interno il presidente e il vice presidente.

3. Il Presidente viene eletto a maggioranza degli aventi diritto, può essere revocato e sostituito dai membri del comitato stesso in qualunque momento.

Art. 8 (Durata)

Il CdP dura in carica 4 anni.

Art. 9 (Il presidente)

Il presidente:

- a) convoca e presiede il CdP, stabilisce l'ordine del giorno, tenendo conto delle istanze presentate dai gruppi di lavoro e dai singoli componenti;*
- b) dirige l'attività del CdP;*
- c) cura l'attuazione delle decisioni, delle iniziative e delle direttive del comitato;*
- d) adempie alle incombenze stabilite dal presente regolamento;*
- e) invia al Direttore Generale relazioni semestrali sui lavori del CdP e sull'andamento dei servizi;*
- f) convoca le assemblee pubbliche degli utenti e degli operatori;*
- g) interloquisce con il Direttore Generale e con gli altri dirigenti della A-USL, quando se ne ravvisi la necessità.*

Art.10 (convocazione delle riunioni)

1. Il CdP si riunisce su convocazione del presidente almeno una volta al mese, con avviso scritto contenente l'ordine del giorno dei lavori, da recapitare almeno cinque giorni prima della data fissata per la riunione.

2. Il CdP può anche essere convocato in via straordinaria, su richiesta di almeno un terzo dei suoi membri, o da un gruppo di lavoro o di distretto o da almeno 100 utenti dell'A-USL.

3. Le sedute del CdP sono pubbliche, devono essere adeguatamente pubblicizzate fra gli utenti del SSN.

Art. 11 (decadenza e sostituzione)

I singoli componenti cessano dall'incarico:

- a) *per decadenza, quando non abbiano partecipato, senza giustificazioni, a più di tre sedute consecutive del CdP,*
- b) *per dimissioni volontarie,*
- c) *per revoca dell'associazione o organizzazione rappresentati. Il Presidente, preso atto della decadenza invita l'associazione o organizzazione entro un mese alla sostituzione. Nel caso di risposta negativa da parte di quest'ultima chiede ad altra associazione o organizzazione disponibile di sostituire il membro del CdP scaduto.*

Art. 12 (verbale)

Di ogni seduta viene redatto il relativo verbale che viene tenuto a disposizione di chiunque voglia prenderne visione e inviato a ciascun membro del CdP con l'ordine del giorno della riunione successiva.

Art. 13 (rapporti A-USL CdP)

1. Il CdP può richiedere incontri con i responsabili dei servizi della A-USL, e, previo accordo, può visitare i servizi e le strutture, conoscere i piani di intervento, le difficoltà e i problemi. Il CdP interloquisce oltre che con il Direttore Generale, con i direttori sanitario e amministrativo e i responsabili dei Dipartimenti e di ogni altro servizio e comitato che la ASL si dà per la sua vita e organizzazione interna.

2. L'A-USL mette a disposizione del CdP i locali per le riunioni le attrezzature e gli strumenti per lo svolgimento della sua attività.

3. L'attività dei membri del CdP è totalmente volontaria.

Art. 14 (revisione del regolamento)

Dopo un anno di attività del CdP, il presente regolamento viene sottoposto a verifica e, se richiesto dal CdP, modificato dal Direttore Generale.

FAC-SIMILE DELLA LETTERA PER OPPORSI ALLE DIMISSIONI

- RACCOMANDATA A.R.

Egr. Direttore Generale Asl (vedere nota1) _

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.A.R.

Egr. Sig. Sindaco

(o Presidente del Consorzio) (vedere nota 2)

Oggetto:

OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI

Il/La sottoscritto/a _____ abitante in Via _____
n. a _____

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/la proprio/a _____ abitante
in _____ Via _____
n. _____ attualmente ricoverat__ e curat__ presso
_____ non venga dimess.. o venga
trasferita 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 1^a 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”*.

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

(Nel caso in cui non si accetti il ricovero presso una Rsa, occorre cancellare la parte seguente).

L_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 _____ ricoverat_ sia prelevata esclusivamente dai redditi pensionistici dell_ stess_ (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 - é 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 geriatrica, 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

Dott. Andrea Micheli

Direttore dell'Unità Epidemiologia Descrittiva e Programmazione Sanitaria
Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori

La sanità pubblica fa bene alla salute

Introduzione

Salute per tutti è ancora un essenziale obiettivo dell'umanità: si tratta quindi di studiare la società e individuare le forme di organizzazione sociale che favoriscano la promozione della salute.

Trent'anni di privatizzazioni dei servizi hanno intaccato i sistemi sanitari pubblici o in alcune situazioni, come in Argentina o nei paesi dell'ex blocco sovietico e in Cina, hanno distrutto i sistemi sanitari pubblici, che erano stati implementati in numerosi paesi nel corso del novecento. Il modello privatistico è stato introdotto nei diversi paesi con un differente grado di velocità, ma il suo esito può iniziare ad essere misurato in termini epidemiologici. E' così possibile osservare la propensione delle privatizzazioni ad aggravare gli indicatori di salute della popolazione e paradossalmente anche i costi.

La speranza di vita alla nascita

Trent'anni di processi di privatizzazione hanno spesso accompagnato l'aumento delle disuguaglianze degli indicatori di salute. L'attesa di vita alla nascita nei paesi più ricchi è ora maggiore che nei decenni scorsi, mentre nei paesi più poveri e spesso più coinvolti nei processi di privatizzazione, l'attesa di vita alla nascita o è cresciuta poco o non è cresciuta affatto. Un fenomeno simile è anche visibile per singoli gruppi di importanti patologie e per classi sociali all'interno dei paesi. In un mondo globalizzato le osservazioni sulle differenze tra paesi ricchi e poveri ripetono quelle riscontrabili tra classi sociali all'interno dei paesi. In un mondo che tende alla

globalizzazione del mercato la promozione della salute tende ad essere appannaggio dei paesi più ricchi e delle minoranze più ricche dei paesi più ricchi.

In figura 1, ogni gruppo di colonne segue il variare della speranza di vita in un gruppo di paesi europei nel corso degli anni. Si osserva come in Europa dagli anni '70 al 2000 la speranza di vita alla nascita è andata aumentando in molti paesi - in particolare in quelli più ricchi come la Svizzera e in quelli con sistemi sanitari a vocazione pubblica come la Svezia -, mentre in altri (i paesi dell'est) essa si è modificata di poco oppure addirittura ha mostrato segni di riduzione determinando così l'aumento delle differenze.

Figura 1. Speranza di vita alla nascita in paesi europei

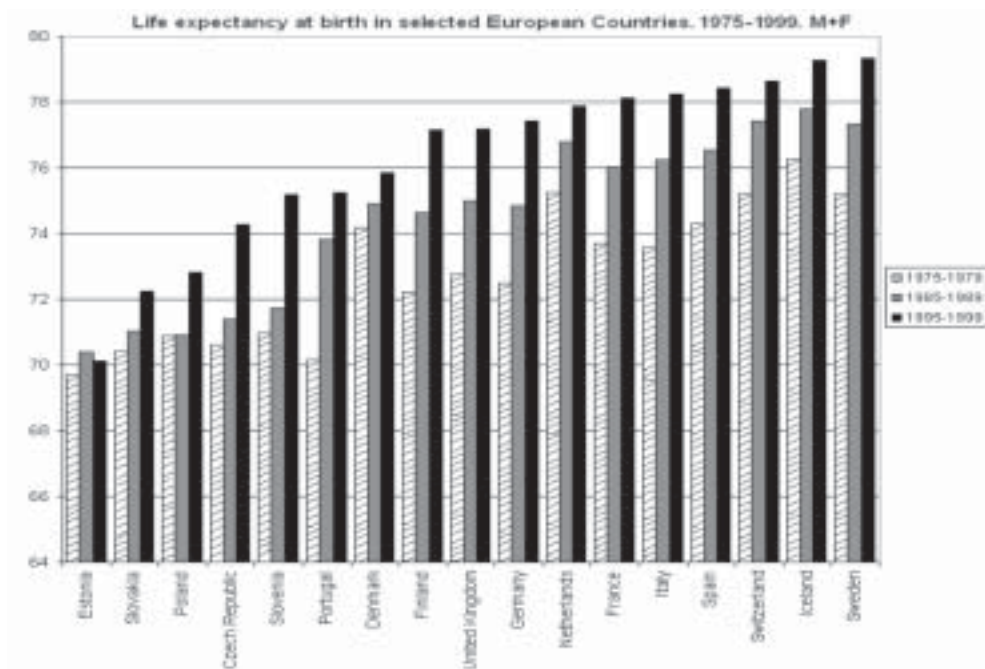
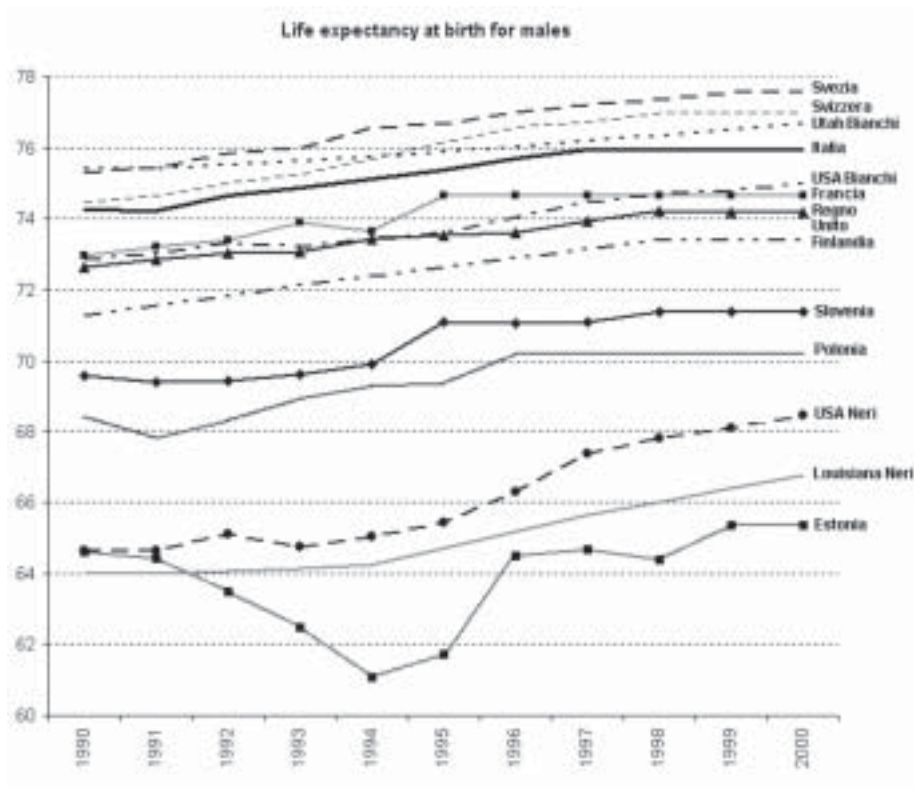


Figura 2. Speranza di vita alla nascita in Europa e negli USA

Quadro A. Maschi



Quadro B. Femmine



Fonti: CAMON, EUROCARE 3

La speranza di vita alla nascita è un indicatore associato alla ricchezza e ai livelli di istruzione delle popolazioni; è legato anche agli stili di vita, alla dieta, alla disponibilità di abitazioni protette e riscaldate e in generale all'accessibilità a beni e servizi, all'organizzazione del lavoro e in generale della società, ma ha anche a che fare con le modalità dell'organizzazione sanitaria. L'introduzione di sistemi privatistici in sanità non accompagna esiti che indichino promozione della salute per tutti, anzi spesso ne aumenta solo le disuguaglianze. D'altra parte, che questi fossero i risultati di una modifica verso sistemi privatistici, lo ci si poteva anche attendere analizzando gli esiti sanitari negli Stati Uniti. In quella nazione la sanità è prevalentemente privata; è pubblica per i cittadini sopra i 65 anni e per i più poveri. Negli Stati Uniti le classi sociali sono in parte descritte dalle differenze etniche.

La speranza di vita alla nascita è più alta nei bianchi, che occupano prevalentemente le fasce garantite della società americana che nei neri, che sono invece prevalentemente poveri e in condizioni spesso di marginalità sociale (Figura 2). A confronto con l'Europa i bianchi americani degli Stati a più alta aspettativa di vita (la popolazione bianca negli Utah o nel Connecticut) mostrano una speranza di vita alta ma inferiore a quella dei paesi del nord Europa dotati di sistemi sanitari pubblici, alla Svizzera (un paese con un sistema a forte componente privata, ma anche uno dei paesi al mondo con più alto investimento pubblico pro-capite) e anche a paesi dell'area latina come Italia e Francia. Le donne nere tendono a presentare livelli di speranza di vita inferiori anche ai livelli dell'Estonia, in assoluto uno dei paesi europei a più bassa aspettativa di vita (Figure 2, Quadro B).

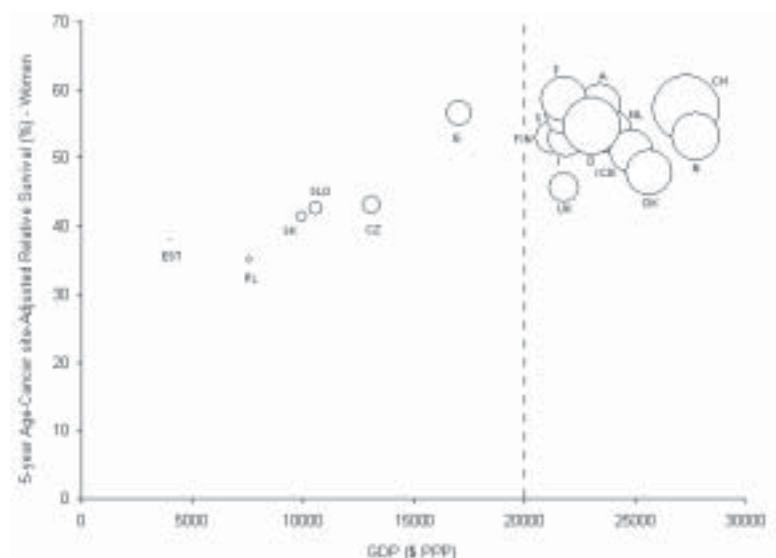
Sanità e economia

Il neoliberismo pone l'accento sull'efficienza dei sistemi e sulla dinamica dei costi, e non sull'efficacia, cioè sugli esiti in termini di salute che i diversi modelli determinano. Dal punto di vista ideologico il modello privatistico considera "la salute" un aspetto dell'interesse degli individui, mentre il modello

pubblico considera “la salute”, anche individuale, un diritto delle persone e un bene collettivo. Dal punto di vista economico il modello privatistico considera la sanità come un costo, mentre il modello pubblico e sociale considera la sanità come un investimento, al pari quindi degli investimenti collettivi per istruzione, cultura, ambiente e ricerca.

In figura 3 è presentata la relazione tra prodotto interno lordo, espresso in dollari per persona l'anno, (asse orizzontale) e sopravvivenza per tumore a cinque anni dalla diagnosi nelle donne (asse verticale) in Europa. Il trattamento del tumore, che è tra il 20% e il 30% delle cause di morte in Europa, richiede grandi investimenti economici e permette di studiare la relazione tra ricchezza e esiti sanitari. Nei paesi dell'est più poveri, che hanno un reddito pro-capite tra 5000 e 15000 dollari l'anno, circa il 40% delle donne che si ammalano di tumore sono vive dopo 5 anni dall'esordio della malattia, mentre nei paesi più ricchi, che hanno un reddito pro-capite maggiore di 20000 dollari l'anno, esse sono circa il 55%. Un vantaggio di 15 donne su 100 sopravvissute alla malattia per i paesi più ricchi, che sembra incolmabile. Nella figura, i paesi sono rappresentati da dischi. I dischi sono tanto più grandi, tanto maggiori sono gli investimenti in sanità. I dischi enormemente più grandi sono nei paesi più ricchi, quelli oltre i 20000 dollari l'anno. Sono solo i paesi più ricchi che possono garantire quegli alti investimenti sanitari che sono richiesti per il controllo della patologia oncologica. La Svizzera – CH - , dotata di modello privatistico, presenta un esito sanitario oncologico pari a quello della Svezia – S - (disco di grandezza media), un paese dotato di un sistema sanitario completamente pubblico. Anche la Spagna – E – con un sistema sanitario pubblico ha esiti sanitari molto buoni, sebbene non sia ancora un paese ad alto prodotto interno lordo. Per i paesi più poveri, invece, sembra impossibile offrire ai loro cittadini quei traguardi di sopravvivenza dopo la malattia che la moderna oncologia offre nei paesi più ricchi.

Figura 3. Sopravvivenza per tumore nelle donne e Prodotto Interno Lordo (GDP). I dischi sono proporzionali alla Spesa Sanitaria.



La legge del mercato relega i paesi poveri e le classi povere nei paesi ricchi ad un destino di disuguaglianza sanitaria.

Con la privatizzazione, la speranza di guarigione per i paesi più poveri non può purtroppo essere modificata. Essa è infatti direttamente associata al reddito prodotto dalle nazioni. Per invertire le attese, è necessario invertire l'ordine delle priorità a favore di una sanità per tutti. Si tratta di porre sotto controllo pubblico la spesa farmaceutica e le tecnologie d'innovazione sanitaria così da contenerne drasticamente i costi. Si tratta anche di modificare le strategie di ricerca per la sanità: esse devono essere completamente riorientate. Attualmente viene premiata la ricerca che promuove vantaggi negli esiti sanitari indipendentemente dai costi (anzi più un innovativa proposta terapeutica richiede alta tecnologia e farmaci brevettati e costosi, tanto più essa troverà sostegni). Deve invece essere sostenuta una ricerca che consideri il costo as-

sociato all'innovazione efficace per tutti. Recentemente è stato stimato in Lombardia che nuovi chemioterapici per il trattamento del tumore della mammella verranno presumibilmente immessi sul mercato ad un prezzo tale che incideranno sull'intero investimento sanitario della regione. E' ovvio aspettarsi che quei chemioterapici saranno impiegati solo per una piccola frazione di casi futuri, i più favoriti.

La Riforma Sanitaria in Italia

A partire dagli anni successivi l'introduzione della Riforma Sanitaria, l'Italia aumentò la propria speranza di vita rapidamente ad un tasso di crescita più rapido che altrove. Certamente agirono sul fenomeno anche altri fattori: crescita del PIL, maggior investimento in sanità pubblica, miglior riscaldamento delle case, maggior controllo del rischio ambientale, un diverso stile di vita. Gli italiani guadagnarono mediamente 1 anno di vita ogni 5 anni di calendario (Figura 1).

Negli ultimi trent'anni la mortalità complessiva si è ridotta in tutte le regioni italiane. I successi del sistema sanitario pubblico non sono però conosciuti. I cittadini non sanno di aver avuto un'organizzazione sanitaria che avrebbe loro garantito progressi nella salute e non l'hanno adeguatamente difesa. La costante disinformazione su questi temi è stata favorita dalla mancanza di partecipazione dei cittadini alla gestione del sistema. Molti degli scandali che hanno coinvolto la sanità in questi anni sono stati favoriti da scelte organizzative che hanno proposto la concentrazione del potere piuttosto che la partecipazione. Per questi motivi il futuro di un sistema sanitario pubblico non potrà che essere per un sistema pubblico e partecipato (sociale).

Conclusioni

In sanità i processi di privatizzazione tendono ad aumentare le disuguaglianze e allontanano la speranza di una salute per tutti.

E' necessario cambiare strada. La comprensione dei fenomeni e le conoscenze accumulate ci permettono di proporre un modello utile alle persone: un modello basato su sanità pubblica e partecipazione.

Stampato nel mese di febbraio 2006
dalla Tipo-Lito Operaia - MN