

# **tutti!** HANNO DIRITTO ALLE CURE SANITARIE

compresi:

**ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI**

malati di Alzheimer, malati psichiatrici, handicappati con gravi patologie

**NUOVA EDIZIONE**

aggiornata al 1° gennaio 2007



iniziativa promossa da:

Alzheimer Piemonte; AUSER; AVO, Associazione volontari ospedalieri;  
CPD, Consulta per le persone in difficoltà;  
CSA, Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti;  
Di.A.Psi, Difesa ammalati psichici; GVV, Gruppi Volontariato Vincenziano;  
SEA Italia, Servizio emergenza anziani; Società S. Vincenzo de Paoli;  
UTIM, Unione tutela insufficienti mentali

# **TUTTI HANNO DIRITTO ALLE CURE SANITARIE**

**compresi:**

**ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI  
MALATI DI ALZHEIMER, MALATI PSICHIATRICI,  
HANDICAPPATI CON GRAVI PATOLOGIE**

**NUOVA EDIZIONE AGGIORNATA  
al 1° gennaio 2007**

**OPUSCOLO INFORMATIVO per la CITTADINANZA**

***SUI DIRITTI DEI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI,  
ADULTI E ANZIANI, AD ESSERE CURATI IN OSPEDALE O  
IN CASA DI CURA CONVENZIONATA, QUANDO NON È  
POSSIBILE PROVVEDERE AL PROPRIO DOMICILIO***

## INDICE

Chi ha diritto alle cure sanitarie .....	pag. 3
Cosa affermano le leggi .....	» 3
Quanto dura il ricovero post ospedaliero in casa di cura convenzionata .....	» 4
Cosa bisogna sapere prima di accettare le dimissioni dall'ospedale .....	» 4
Come opporsi alle dimissioni da una struttura sanitaria .....	» 4
Che cosa sono le Rsa e le Raf .....	» 5
Chi paga il ricovero in Rsa/Raf .....	» 5
Come disdire impegni indebitamente sottoscritti .....	» 5
Interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno .....	» 6
Eliminare le barriere architettoniche negli edifici privati .....	» 6
La malattia mentale: cos'è e quali sono i diritti .....	» 7
La continuità terapeutica prevista dalla delibera regionale .....	» 8
Le cure domiciliari .....	» 8
Che cosa sapere prima di accettare le cure domiciliari .....	» 9
Cosa cambia nelle strutture residenziali socio-sanitarie .....	» 9
Le nuove tariffe delle strutture di ricovero .....	» 9
Cosa succede nella fase transitoria .....	» 10
Regime definitivo .....	» 10
Chi paga il ricovero .....	» 10
Cosa comprende la retta di ricovero .....	» 11
Unità di valutazione geriatrica (Uvg) e Unità di valutazione handicap (Uvh) .....	» 12
Fac-simile della lettera per opporsi alle dimissioni .....	» 13
Le associazioni di tutela dei cittadini .....	» 16

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.

## **CHI HA DIRITTO ALLE CURE SANITARIE**

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

## **COSA AFFERMANO LE LEGGI**

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 febbraio 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 lungodegenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti.

I ricoveri nelle case di cura convenzionate non durano solo 60 giorni. Infatti, la deliberazione della Giunta regionale Dgr 34/2000 stabilisce che sulla base di accertamenti medici è possibile continuare la degenza senza alcun abbattimento tariffario per la casa di cura, per altri 60 giorni. Oltre tali 120 giorni, permanendo le necessità degenziali, è sempre l'Asl che deve prendersi carico del paziente (e non la famiglia).

### **QUANTO DURA IL RICOVERO POST OSPEDALIERO IN CASA DI CURA CONVENZIONATA**

I trasferimenti da ospedale a case di cura per lungodegenze effettuati in ambulanza sono a cura e spese dell'ospedale di partenza (*cf. circolare del 23/10/2000 dell'Assessorato alla sanità regionale*).

Prima di accettare le dimissioni dall'ospedale o da altra struttura sanitaria bisogna valutare attentamente la situazione.

### **COSA BISOGNA SAPERE PRIMA DI ACCETTARE LE DIMISSIONI DALL'OSPEDALE**

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:

- a) 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.
- b) Entrare in una lista d'attesa che può protrarsi anche per più di un anno, per un posto in una struttura residenziale Rsa o Raf. Per accedere alla lista d'attesa è indispensabile richiedere la certificazione della non autosufficienza all'Uvg (Unità valutativa geriatrica) dell'Asl di residenza del malato.
- c) 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) o Raf (Residenza assistenziale flessibile).

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 ultime pagine di questo opuscolo).

### **COME OPPORSI ALLE DIMISSIONI DA UNA STRUTTURA SANITARIA**

La Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) è una struttura assegnata alla titolarità delle Asl e destinata al ricovero di anziani non autosufficienti, che spesso sono anche malati cronici o lungodegenti. Sempre nel caso di malati cronici o lungodegenti, talvolta l'ospedale o l'Asl propone l'inserimento in una Raf (Residenza assistenziale flessibile), che è una struttura del settore assistenziale con standard medici, infermieristici e di assistenza di molto inferiori alla Rsa. Pertanto ci si può sempre opporre al trasferimento in una Raf di un malato che necessita di cure sanitarie e che non può essere curato al domicilio, facendo valere il diritto di essere curati in strutture della Sanità.

## **COSA SONO LE RSA E LE RAF**

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.

## **CHI PAGA IL RICOVERO IN RSA/RAF**

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. Altresì, la condizione di non autosufficienza è certificata dall'Unità valutativa geriatrica (Uvg) dell'Asl di residenza.

L'erogazione dei farmaci, presso strutture residenziali extraospedaliere (esempio: Rsa, Residenze sanitarie assistenziali) convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, per anziani non autosufficienti comprende la copertura dei farmaci di fascia compresi nel prontuario del Servizio sanitario nazionale (*cfr Dgr Piemonte del 30/11/1998 n. 20-26187*).

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

## **COME DISDIRE IMPEGNI INDEBITAMENTE SOTTOSCRITTI**

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 (o al Consorzio socio-assistenziale o alla Comunità montana) di provvedere all'integrazione della retta per la parte non coperta direttamente dal ricoverato con i propri mezzi economici.

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

## **INTERDIZIONE, INABILITAZIONE E AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**

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».

### **Per informazioni:**

**Utim (Unione per la tutela degli insufficienti mentali), tel. 011/88.94.84**

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

## **ELIMINARE LE BARRIERE ARCHITETTONICHE NEGLI EDIFICI PRIVATI**

- 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.

### **Per informazioni:**

**Cpd - Consulta per le persone in difficoltà, tel. 011/319.81.45**

È importante ricordare che il malato mentale non è l'handicappato intellettuale (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.

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

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.

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 comportamenti 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 Piemonte, 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.

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.

**Per informazioni: Di.a.psi. Piemonte, tel. 011/54.66.53**

Gli anziani cronici non autosufficienti ricoverati in ospedale (o in altra struttura sanitaria) non possono essere dimessi prima che siano state assicurate e organizzate – dall'Asl di residenza – le cure domiciliari (concordate con i familiari) o sia stata individuata la residenza socio-sanitaria (Rsa-Raf) per il ricovero definitivo.

## LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA PREVISTA DALLA DELIBERA REGIONALE

Per quanto riguarda la Regione Piemonte quanto sopra è stato confermato con delibera di Giunta del 20 dicembre 2004, n. 72-14420 *“Percorso di continuità assistenziale per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziani non autosufficienti”*.

Con delibera della Giunta della Regione Piemonte del 23 dicembre 2003, n. 51-11839 *“Dcgm 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei livelli essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria”*

## LE CURE DOMICILIARI

vengono definiti i Lea nell'area delle cure domiciliari e della residenzialità.

Fatto salvo il diritto alle cure sanitarie gratuite in caso di ricovero nella fase acuta, di riabilitazione e lungodegenza (ospedali, case di cura convenzionate) e il diritto soggettivo alle prestazioni del medico di medicina generale, per le cure domiciliari vengono fissati i seguenti criteri:

- nella fase intensiva/estensiva, della durata massima di 60 giorni (equiparata al ricovero in lungodegenza), le prestazioni sanitarie e di assistenza tutelare alla persona, sono a totale carico del Servizio sanitario regionale;
- nella fase di lungo assistenza è prevista in base ai Lea, la compartecipazione dell'utente, che avviene esclusivamente sulle prestazioni di assistenza tutelare alla persona. Sulle suddette prestazioni socio-sanitarie l'Asl assume a proprio carico il 50% del costo, definito con riferimento al costo/orario Adest/ass (assistenti domiciliari), mentre il restante 50% rimane a carico dell'utente/Comune. Infatti, qualora il malato non abbia le risorse necessarie per sostenere la sua quota relativa all'assistenza tutelare (50%), l'integrazione è sostenuta dal Comune di residenza (o Consorzio socio-assistenziale, o Comunità montana).

Si ricorda che ai sensi dell'articolo 25 della legge 328/2000 e dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 nessun contributo economico può essere chiesto ai parenti non conviventi con l'assistito.

Se si tratta di ultrasessantacinquenni non autosufficienti o di persone handicappate in situazione di gravità non può essere imposto alcun contributo economico neppure ai parenti conviventi.

In ogni caso gli utenti devono contribuire in base alle loro personali risorse economiche (redditi e beni mobili e immobili).

In base alle leggi nazionali, le cure domiciliari (Adi, assistenza domiciliare integrata, Oda, ospedalizzazione a domicilio) non

## **CHE COSA SAPERE PRIMA DI ACCETTARE LE CURE DOMICILIARI**

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 (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 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.

Con delibera della Giunta del 30 marzo 2005 n. 17-15226 nella Regione Piemonte è iniziata l'attuazione graduale dei Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria) nell'ambito della residenzialità per gli anziani cronici non autosufficienti. Obiettivo è di ottenere il superamento del modello di

## **COSA CAMBIA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE**

assistenza residenziale previsto per gli anziani cronici non autosufficienti finora articolato in Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, e Raf, Residenze assistenziali flessibili. Di queste ultime è previsto il superamento.

Nel nuovo modello la risposta residenziale viene personalizzata e calibrata sui bisogni sanitari e assistenziali dell'anziano, individuati dall'Unità valutativa geriatrica (Uvg), che predispose il Pai (Progetto di assistenza individuale).

A regime, tutte le strutture residenziali (di ricovero) per anziani cronici non autosufficienti dovranno essere organizzate in modo da poter assicurare ai propri pazienti tre fasce di intensità assistenziale (bassa, media e alta) e i livelli di incremento delle prestazioni per le fasce medio/alte, in modo tale da garantire in caso di aggravamento degli utenti le risposte adeguate all'evoluzione del bisogno socio-sanitario.

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.

## **LE NUOVE TARIFFE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO**

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.

A seguito della successiva delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 2/2006 "Piano di intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla Dgr 17/2005" gli aumenti delle tariffe di ricovero in essere al 30.6.2006 sono stati distribuiti in modo progressivo entro un periodo di tre anni. Tali incrementi sono richiesti agli utenti esclusivamente dall'ente locale (Asl e/o Comune, o Consorzio socio-assistenziale o comunità montana) e mai dalle singole strutture di ricovero, salvo che per le prestazioni non comprese nella retta di ricovero.

## COSA SUCCEDDE NELLA FASE TRANSITORIA

Il regime definitivo entrerà in vigore dal 1° gennaio 2009 con la seguente ripartizione tra quote sanitarie e quote alberghiere:

## REGIME DEFINITIVO

Fasce assistenziali	Retta complessiva 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

\*\*\*\* Tariffe stabilite dalla DGR 17-15226/2005 e soggette ad adeguamento annuale al tasso d'inflazione programmato, a partire dall'anno 2006.

La delibera regola anche i criteri di partecipazione degli utenti e prevede che «in caso di insufficienza di reddito e/o del patrimonio

## CHI PAGA IL RICOVERO

(secondo i criteri approvati da ciascun Comune o Ente gestore socio-assistenziale nel rispetto della normativa nazionale), l'integrazione della retta giornaliera a carico dell'utente compete all'Ente gestore delle attività socio-assistenziali di residenza dell'utente. Dalla somma di tali fattori reddituali viene detratta la somma mensile non inferiore ad € 100 (cento) che deve essere lasciata a disposizione dell'utente per spese personali. Tale cifra è rivalutabile dalla Regione in sede di monitoraggio annuale».

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.

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.

## **COSA COMPRENDE LA RETTA DI RICOVERO**

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, riabilitativa e tutelare alla persona sono garantite nell'ambito dei tempi di assistenza previsti a seconda della fascia di intensità del bisogno sanitario e assistenziale;
- d) l'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica nonché ogni altra prestazione diagnostica;
- e) i trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale;
- f) la fornitura di farmaci, sulla base di quanto previsto nel rispettivo Prontuario terapeutico aziendale. L'erogazione di farmaci *ad personam* e di fascia C agli ospiti della struttura socio-sanitaria è valutata dalla commissione terapeutica aziendale, sentito il parere dell'Uvg.

Si segnala che gli indirizzi gestionali dei provvedimenti di cui ai punti e) ed f) dovevano essere oggetto di specifico provvedimento che a tutt'oggi (31.12.2006) la Giunta regionale del Piemonte non ha ancora adottato.

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).

Includono inoltre le prestazioni di assistenza tutelare alla persona e le attività di animazione (il costo delle quali grava per il 50% sul SSR e per il restante 50% è a carico dell'Utente).

Merita rilevare che la tariffa alberghiera include l'assistenza al pasto. Nel capitolo "Tipologia e qualità del servizio di ristorazione" si precisa, tra l'altro, che *«occorre dedicare particolare impegno e le necessarie risorse affinché il servizio mensa risponda ai seguenti requisiti:*

- *«Ambiente gradevole, confortevole e caratterizzato da uno scrupoloso rispetto delle condizioni igieniche delle strutture;*

- «Assistenza al pasto connotata da pazienza, gentilezza, disponibilità e comprensione nei confronti delle esigenze degli assistiti, con particolare riguardo alle condizioni di non autosufficienza; in particolare, deve essere garantito l'imbroccamento alle persone che non sono in grado di provvedere autonomamente;
- «rispetto dei tempi stabiliti per i pasti» (...).

#### Le prestazioni alberghiere e/o di servizio alla persona non incluse nella tariffa residenziale

Le attività erogabili dalle strutture socio-sanitarie non incluse nella tariffa residenziale e pertanto a totale carico dell'utente sono le seguenti:

- a) parrucchiere: include tutte le attività ulteriori rispetto a quelle di cui al punto precedente;
- b) lavanderia: comprende la gestione dell'abbigliamento personale, eccedente il valore indicato al punto precedente;
- c) cure estetiche, escluse quelle prescritte nel Progetto assistenziale individuale, nonché quelle prescritte dal medico per esigenze sanitarie (es. pedicure);
- d) trasporti e servizi di accompagnamento per esigenze personali, diverse da quelle di ordine sanitario o socio-assistenziale;
- e) supplementi per camera singola o per camere con accessori ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa regionale per le strutture socio-sanitarie per anziani.

Per l'accesso alle cure domiciliari o per il ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie i cittadini devono rivolgersi alle commissioni Uvg, nel caso di soggetti anziani cronici non autosufficienti oppure Uvh, se trattasi di persone con handicap, della propria Asl di residenza, per la valutazione della loro situazione sanitaria e socio-assistenziale indispensabile per la definizione del progetto individuale di cura e assistenza.

#### **UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) E UNITÀ DI VALUTAZIONE HANDICAP (UVH)**

È previsto che «rispetto alla valutazione l'interessato, se ne ha le capacità, o il familiare o il tutore o l'amministratore di sostegno, può avvalersi, in sede valutativa o comunque prima che le commissioni si siano formalmente espresse, della perizia di propri esperti e/o farsi rappresentare da un'associazione di categoria e/o di volontariato che opera a difesa dei diritti delle persone anziane. La Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche (...) costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie che dovessero insorgere fra i diversi soggetti (...) in merito alle valutazioni e rivalutazioni espresse a livello locale».



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<sup>a</sup> 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-assi-

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

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.*

**Per informazioni:**

**Csa, Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, tel. 011/812.44.69**

**Il presente opuscolo è promosso e diffuso dalle seguenti associazioni:**

Alzheimer Piemonte, corso San Martino 1, 10122 Torino, tel. 011/518.44.44, fax 011/515.88.05, e-mail: [alzheimerpiemonte@aruba.it](mailto:alzheimerpiemonte@aruba.it), [www.AlzheimerPiemonte.it](http://www.AlzheimerPiemonte.it)

AUSER, via delle Orfane 5/a, 10122 Torino, tel. 011/436.55.53, fax 011/439.04.08, e-mail: [segreteria@ausertorino.it](mailto:segreteria@ausertorino.it), associazione di volontariato a tutela dei diritti di anziani e adulti in condizioni di disagio per stato di salute e reddito.

AVO Torino - Associazione volontari ospedalieri, via S. Marino 10, 10134 Torino, tel. 011/318.76.34, fax 011/31.98.918, e-mail: [info@avotorino.it](mailto:info@avotorino.it), [www.avotorino.it](http://www.avotorino.it), opera in alcuni reparti degli ospedali torinesi e in istituti di ricovero assistendo le persone sofferenti e i malati degenti, soprattutto soli.

CPD - Consulta per le persone in difficoltà, via S. Marino 10, 10134 Torino, tel. 800.59.00.04- 011/319.81.45, e-mail: [segreteria@cpdconsulta.it](mailto:segreteria@cpdconsulta.it), [www.cpdconsulta.it](http://www.cpdconsulta.it), opera nel settore socio-assistenziale e sanitario come coordinamento tra associazioni.

CSA, Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, via Artisti 36, 10124 Torino, tel. 011/812.44.69, fax 011/812.25.95, e-mail: [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it), [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it), promuove le iniziative occorrenti affinché siano garantiti i diritti fondamentali alle persone non in grado di autodifendersi, in particolare degli anziani malati cronici non autosufficienti, dei minori in situazione familiare difficile e dei soggetti con handicap intellettuale.

Di.A.Psi. Piemonte - Difesa ammalati psichici, via Sacchi 32, 10128 Torino, tel. 011/546.653, fax 011/518.60.80, e-mail: [diapsi@arpnet.it](mailto:diapsi@arpnet.it), [www.sospsiche.it](http://www.sospsiche.it), opera nell'ambito della difesa e della tutela degli ammalati psichici e delle loro famiglie.

GVV - Gruppi di Volontariato Vincenziano, via Saccarelli 2, 10144 Torino, tel. 011/480.433, fax 011/484.160, e-mail: [gvvtorino@tin.it](mailto:gvvtorino@tin.it), [www.arpnet.it/gruvince](http://www.arpnet.it/gruvince), opera nel settore socio-assistenziale con azioni rivolte alla lotta alla povertà e all'emarginazione.

SEA Italia - Servizio emergenza anziani, via Toselli 1, 10129 Torino, tel/fax 011/581.66.11, e-mail: [seaitalia@vssp.it](mailto:seaitalia@vssp.it), [www.vssp.it](http://www.vssp.it), svolge un servizio di assistenza domiciliare temporaneo rivolto agli anziani che si trovano in condizioni di difficoltà.

Società di S. Vincenzo de Paoli, Corso Matteotti 11, 10121 Torino, tel. 011/562.19.86, fax 011/562.77.93, e-mail: [torino@sanvincenzoitalia.it](mailto:torino@sanvincenzoitalia.it), <http://torinosanvincenzoitalia.it>, opera in tutti i settori dell'emarginazione e del disagio, con azioni di promozione e sostegno a favore delle persone in difficoltà.

UTIM - Unione per la tutela degli insufficienti mentali, via Artisti 36, 10124 Torino, tel. 011/889.484, fax 011/815.11.89, e-mail: [utim@unodinoicom.it](mailto:utim@unodinoicom.it), [www.arpnet.it/utim](http://www.arpnet.it/utim), opera per la tutela dei diritti delle persone con handicap intellettuale.

*Si ringrazia la Città di Grugliasco, per la concessione a titolo gratuito delle illustrazioni.*

*Il presente opuscolo è stato realizzato attingendo dalle pubblicazioni diffuse a cura del Csa di Ivrea (Torino), della Città di Grugliasco, dell'Utim e della Città di Nichelino (Torino), che ringraziamo.*



**PER INFORMAZIONI E CONSULENZE GRATUITE  
(su appuntamento):**

**CPD, Consulta per le persone in difficoltà**

via S. Marino 10, 10134 Torino

tel. numero verde 800-59.00.04, [www.consulta.it](http://www.consulta.it)

**COMITATO PER LA DIFESA DEI DIRITTI DEGLI ASSISTITI**

via Artisti 36, 10124 Torino

tel. 011/812.44.69, [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

Stampa gratuita realizzata dai Centri di Servizio per il Volontariato della Provincia di Torino per promuovere il volontariato e la cultura della solidarietà.