

La salute con l'anima*
BenEssere

*notes

sanità, diritti, reclami, assistenza

Sanità I diritti dei malati cronici → 62

Lo sportello del disabile Bar e ristoranti accessibili → 64

Casa Agevolazioni per chi affitta agli studenti → 68

Le scadenze Il ravvedimento operoso → 70

L'avvocato risponde Quando il gioco si fa duro → 66



Malati cronici

Quali sono i diritti da poter esigere



di Paola Rinaldi
Illustrazioni di Paola Formica



Il Servizio sanitario nazionale ha il dovere di garantire le cure socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali. Vediamo qual è l'iter che occorre seguire, i costi a carico delle famiglie e quelli invece rimborsabili.

in Italia, sono oltre un milione i malati cronici non autosufficienti che necessitano di cure continuative, 24 ore su 24, e invece non sempre ricevono le prestazioni previste dalla legge. Tenendo conto che le famiglie non sono obbligate a svolgere le attività di competenza del Servizio sanitario nazionale (Ssn), è importante conoscere i propri diritti in materia per evitare torti, raggiri o trattamenti ingiusti.

Tre sono i principali riferimenti normativi: l'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività; la legge 833 del 1978, che ha istituito il Ssn, e il Dpcm 29 novembre 2001 in cui sono stati definiti i Livelli essenziali di assistenza, reso legge dall'art. 54 della 289/2002.

«Chi soffre di una patologia gravissima, che lo ha reso completamente dipendente dagli altri, ha il diritto pienamente e immediatamente esigibile alle cure socio-sanitarie domiciliari, semi-residenzia-

li e residenziali», assicura Andrea Ciattaglia, portavoce del Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base (www.fondazionepromozionesociale.it). «Per ottenerle, occorre rivolgersi all'Unità di valutazione geriatrica della propria Asl di residenza, che accerta la condizione di malato non autosufficiente e predispone il progetto individuale, senza poter negare l'accesso alle cure».

Tre livelli di assistenza

In base ai Lea, le cure domiciliari comprendono sia prestazioni a totale carico della sanità (medicina specialistica o di base, infermieri, operatrici socio-sanitarie a domicilio), indipendentemente dal reddito dell'assistito, sia prestazioni di "aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona" (badanti o familiari che, volontariamente, prestano la loro attività) a carico per metà della sanità e per metà dell'utente, che - se non ha le risorse sufficienti - ha diritto alla compartecipazione alle spese da parte del Co-

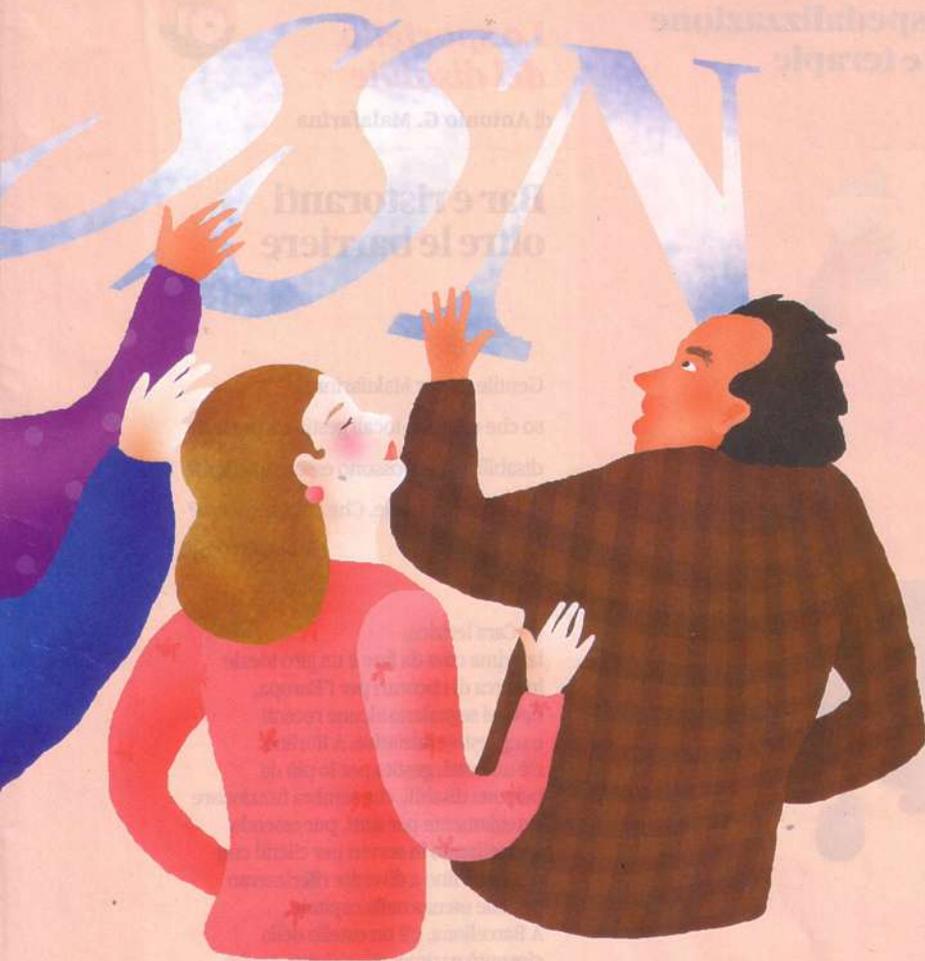
mune di residenza in base all'Isee. A sostegno della domiciliarità, esistono anche strutture semi-residenziali dove è previsto il soggiorno diurno (con rientro a casa per la notte), mentre è sempre diritto del malato il ricovero in una residenza sanitaria assistenziale (Rsa): in entrambi i casi, il costo è coperto al 50 per cento (quota sanitaria) dall'Asl e per l'altra metà (quota alberghiera) dall'utente/Comune.

Lontano da casa

Nonostante questo percorso sia stato definito dalla Corte costituzionale come il «nucleo irriducibile del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana», spesso tuttavia le famiglie dei malati devono fare i conti con tutt'altra realtà.

In Italia, le prestazioni infermieristiche o quelle di assistenza sono pagate nella medesima misura dallo Stato e dall'utente





Glossario

I LIVELLI "MINIMI"

Come è ben spiegato nel sito del ministero della Salute (www.salute.gov.it), i Lea, ovvero i Livelli essenziali di assistenza, sono tutte le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). C'è però da dire che si tratta solo delle prestazioni "essenziali", quindi le Regioni, come hanno fatto fino a oggi, potranno utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei Lea.

«Non è raro trovarsi di fronte a liste di attesa illegittime, costretti ad attivare in proprio l'assunzione di una badante o un ricovero privato, pagando di tasca propria spese che per legge sarebbero a carico del Ssn», avverte Ciattaglia. In realtà, le cure non dovrebbero mai essere interrotte per l'intera durata della malattia, sia acuta che cronica, neppure in caso di ricovero in ospedale. Da qui, infatti, il malato può essere trasferito in Rsa o presso una struttura di deospedalizzazione protetta, ovvero un luogo intermedio che garantisce le cure necessarie a quei pazienti stabilizzati dal punto di vista medico e non richiedono più assistenza nosocomiale, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico.

«Quello della medicina territoriale post-ospedaliera rappresenta una criticità in molte aree d'Italia, forse perché è ancora piuttosto estesa la concezione che considera la non guaribilità come sinonimo di incurabilità», sottolinea Ciattaglia. «In realtà, dopo le dimissioni, la continuità terapeutica è essenziale per il tra- ➔

Una rete per gli anziani



► Le stime parlano di 200 mila italiani in lista d'attesa per ottenere un servizio (domiciliare, semi-residenziale o residenziale) che la legge assicura come immediato, ma nella pratica si rivela un percorso tortuoso. «Le criticità riguardano soprattutto le grandi aree metropolitane, ma non sono la conseguenza di un problema economico in senso stretto, dovuto ai continui tagli alla sanità», spiega il dottor Giulio Fornero, direttore della qualità e del rischio clinico presso la Città della salute e della scienza di Torino. «La causa sta piuttosto nella concomitanza di almeno due fattori: una situazione familiare più fragile nelle città, dovuta all'alto tasso di disoccupazione e alla presenza di molti nuclei sovraffollati oppure, al contrario, formati da anziani soli, e un eccesso di consumi sanitari che, alla fine, condiziona la carenza di risorse da destinare ai servizi essenziali». Quale soluzione? Il rafforzamento e lo sviluppo delle cure domiciliari, che - laddove non siano richiesti personale specializzato e strumentazioni particolari - sono preferibili nell'interesse sia del malato, sia del sistema nel suo complesso. «L'esperienza dimostra che nei territori dove questa rete è funzionante le strutture ospedaliere riescono a smaltire meglio tutte le necessità di ricovero da Pronto soccorso, rispettando quasi sempre la soglia critica delle sei ore di permanenza raccomandate a livello internazionale, ma anche a dimettere più velocemente i pazienti dei reparti medici e geriatrici grazie ai servizi di comunità, in grado di accoglierli per una continuità terapeutica». Dei vari aspetti si parlerà nel convegno "Anziani malati non autosufficienti o con demenza", organizzato dalla Fondazione promozione sociale Onlus, a Torino venerdì 23 ottobre presso il Centro congressi "Molinette incontra" (www.cittadellasalute.to.it).

Dopo il ricovero, il malato può essere trasferito in Rsa o presso una struttura di deospedalizzazione protetta, che garantisce le successive terapie



➔ sferimento del paziente in luoghi più appropriati e per non lasciare sola la famiglia a gestire situazioni intollerabili».

Opporsi alle dimissioni

Il momento critico arriva quando, risolta la fase acuta, i sanitari di ospedali e case di cura convenzionate prospettano le dimissioni del paziente, che - in quanto malato cronico non autosufficiente o con demenza senile - necessita di ulteriori terapie. «Sotto il profilo giuridico, l'accettazione delle dimissioni significa sollevare il Ssn dalle sue competenze», spiega Ciattaglia. «Di conseguenza, la persona che le ha accolte accetta di provvedere alle cure del malato con i mezzi economici del paziente stesso o, se essi non sono sufficienti, con le proprie risorse».

Per evitare questa situazione, bisogna opporsi alle dimissioni inviando una raccomandata con ricevuta di ritorno al direttore generale dell'Asl, al sindaco del proprio Comune di residenza e al direttore sanitario della struttura in cui il soggetto è ricoverato, richiedendo una risposta scritta ai sensi e per gli effetti della

legge 241/1990. Sul portale www.fondazionepromozionesociale.it, è disponibile il fac-simile della lettera, che può essere inviata - senza l'intermediazione di alcun legale - da un parente o un conoscente del malato (in accordo con gli altri parenti e con il paziente stesso, se ancora lucido), anche se non è il tutore o l'amministratore di sostegno.

Dopo la spedizione, occorre evitare i contatti verbali o telefonici con medici, infermieri, operatori, assistenti sociali e personale amministrativo, pretendendo sempre risposte scritte indispensabili per l'assunzione da parte degli enti pubblici di impegni concreti. «Gli operatori sanitari sono responsabili dei danni derivanti da errate informazioni», conclude Ciattaglia. «Pertanto, chi è in grado di provare le negative conseguenze economiche subite a seguito di indicazioni scorrette, ad esempio tramite scritti o testimonianze di persone non legate da vincoli di parentela o affinità, può rivolgersi all'Autorità giudiziaria per il rimborso delle spese sostenute, come ad esempio quelle per il ricovero privato in una Rsa». ○

Lo sportello del disabile

di Antonio G. Malafarina

Bar e ristoranti oltre le barriere

Gentile signor Malafarina,
so che esistono locali gestiti da persone disabili, e che possono essere una fonte di lavoro affidabile. Che cosa ne pensa?

LAURA, LIVORNO

► Cara lettrice,

la prima cosa da fare è un giro ideale in cerca di riscontri per l'Europa, dove si segnalano alcune recenti e suggestive iniziative. A Berlino c'è un hotel, gestito per lo più da persone disabili, che sembra funzionare egregiamente per tutti, pur essendo specializzato in servizi per clienti con disabilità fino a divenire riferimento per tale utenza nella capitale. A Barcellona, c'è un ostello della gioventù parimenti condotto. Anche qui, il concetto è quello di una struttura per tutti, cioè il più possibile priva delle più svariate barriere per qualsiasi turista. Ad esempio, l'ostello serve a scelta menù vegetariani, di alta qualità, oppure specifici per sportivi. In Italia, bella l'iniziativa di Torino dell'Albergo etico, nato a giugno dall'intuizione di un ragazzo con sindrome di Down e gestito da personale con analogha anomalia cromosomica. Con l'assistenza di una grande fondazione italiana, l'hotel ha fra gli intenti anche quello di formare nuovi professionisti in campo alberghiero. A Bologna c'è il Senza nome, bar gestito da persone sorde, che non è precluso ad altri e con attività *ad hoc*. A Milano è esemplare il ristorante Gustop, con personale disabile che serve ai tavoli anche a scopo educativo. E poi il caffè Basaglia di Torino, dove si organizzano anche incontri e mostre. O i ragazzi di sipario, col loro bistrot a Firenze per esaltare il piacere della semplicità. Sono questi solo alcuni esempi di quanto questo sia un filone promettente. Un'ottima fonte di lavoro, ma solo se impostata bene.