

PER RICHIEDERE L'ATTIVAZIONE DELLE CURE SOCIO-SANITARIE DOMICILIARI E L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI CURA A FAVORE DEI FAMILIARI CHE ASSISTONO VOLONTARIAMENTE ADULTI O ANZIANI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI O PERSONE CON DEMENZA SENILE O SOGGETTI CON GRAVI DISTURBI PSICHIATRICI E LIMITATA O NULLA AUTONOMIA

Lettera predisposta dalla Fondazione promozione sociale - 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

(Vers. 12 ottobre 2018)

Raccomandata A/R

- Egr. Direttore Generale Asl.....
Via.....
Città.....

Raccomandata A/R

- Assessore ai servizi sociali Comune di.....
o Direttore Consorzio socio-assistenziale
Via.....
Città.....

Raccomandata A/R

- Egr. Difensore civico della Regione.....
(ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017)
Via.....
Città.....

E p.c.

(Lettere con affrancatura normale)

- Assessore regionale alla sanità
Via.....
Città.....

“ “

- Spett.le Fondazione promozione sociale onlus
Via Artisti, 36
10124 Torino

Oggetto: **RICHIESTA DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE DOMICILIARI**

Il/La sottoscritt... residente in
..... Via..... n.....
a nome e per conto (*oppure in qualità di tutore/amministratore di sostegno*)
di..... nat..... a
..... il....., residente in
..... Via..... n.....
in possesso della certificazione di non autosufficienza rilasciata dall'Unità valutativa geriatrica
(Uvg) dell'Asl..... in data..... prot. n..... con esito

.....
.....
ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002, **chiede** [per i residenti in Piemonte aggiungere «, ai sensi della legge della Regione Piemonte n. 10/2010,»] l'attivazione urgente delle cure domiciliari (prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, prestazioni infermieristiche e riabilitative a totale carico del Servizio sanitario nazionale, nonché un idoneo contributo economico per le prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare alla persona con oneri a carico dell'Asl, indipendentemente dalla condizione economica dell'interessato, nella misura del 50%).

Chiede inoltre che l'Ente gestore delle attività socio-assistenziali assuma le iniziative di sua competenza, compresa l'eventuale integrazione del contributo economico versato dall'Asl.

Lo scrivente dichiara che non solo garantirà direttamente o tramite terze persone di sua fiducia il sostegno 24 ore su 24 senza alcuna interruzione del proprio congiunto infermo non autosufficiente, ma anche che, sulla base delle indicazioni del personale medico e infermieristico, provvederà alla preparazione e somministrazione dei farmaci, al controllo ed eventuale regolazione delle infusioni (flebo) predisposte dagli infermieri, all'esecuzione delle piccole e ripetute medicazioni indicate dai medici e dagli infermieri, alla movimentazione per evitare l'anchilosi e l'insorgere delle piaghe da decubito, alla rilevazione e registrazione dei dati richiesti dal personale sanitario (febbre, pressione, dolori persistenti, difficoltà della respirazione, ecc.), all'igiene ambientale e a quella personale dell'infermo, alla vigilanza delle condizioni di salute del paziente, all'individuazione delle eventuali emergenze sanitarie e messa in atto dei relativi interventi indifferibili; all'eventuale redazione del diario sanitario, nonché alla raccolta di rifiuti sanitari e il loro avvio ai relativi centri di smaltimento.

Come risulta dal certificato medico allegato, le prestazioni sanitarie per il paziente sono assolutamente indifferibili e quindi se non vengono fornite il paziente è destinato a morire nel giro di pochi giorni.

[Se del caso aggiungere quanto segue: Segnala che non è più in grado di far fronte alle spese sostenute finora in proprio per garantire l'assistenza 24 ore su 24 in quanto ha esaurito le sue disponibilità economiche, e quelle del paziente sono assolutamente insufficienti.]

Fa altresì presente che il medico di base del paziente è disponibile ad inserirlo [o è già inserito] nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata (Adi) e/o dell'Assistenza domiciliare programmata (Adp) ⁽¹⁾

Lo scrivente chiede una risposta scritta entro 20 giorni dal ricevimento della presente e segnala che se non otterrà il contributo richiesto si rivolgerà al competente Giudice del lavoro.

Il sottoscritto chiede altresì al Difensore civico di intervenire a tutela del malato affinché siano rispettati le sue esigenze ed i suoi diritti.

Ringrazia e porge cordiali saluti.

Data..... Firma.....

Indirizzo.....

.....

(1) Da verificare la disponibilità del medico prima di inviare le Raccomandate.

(2) È di estrema importanza allegare una certificazione medica da cui risulti che la persona inferma ha l'esigenza indilazionabile delle cure sanitarie e/o socio-sanitarie, trattandosi di persona totalmente non autosufficiente e quindi incapace di curarsi, di alimentarsi, di provvedere alla propria igiene personale e di soddisfare le altre sue esigenze vitali. Al riguardo si vedano i facsimili orientativi del **certificato medico**:

A. «Si dichiara che il Sig. B.C. nato a, residente a in via, affetto da sclerosi multipla in fase progressiva con grave spasticità agli arti superiori e inferiori, ha l'esigenza indilazionabile e l'indifferibilità assoluta delle cure sanitarie e/o socio-sanitarie, trattandosi di persona totalmente non autosufficiente e quindi incapace di curarsi, di alimentarsi, di provvedere alla propria igiene personale e di soddisfare le altre sue esigenze vitali. L'impegno dell'assistenza quotidiana è così suddiviso: ore 7:30 – 9:00 preparazione colazione e somministrazione terapia a letto, pulizia e preparazione del locale bagno; 9:00 – 10:30 alzata e igiene personale; 10:30 – 11:00 evacuazione e prosecuzione igiene personale; 11:00 – 12:00 pulizia stanza e preparazione pranzo; 12:30 – 14:00 pranzo; 14:00 – 16:30 assistenza per necessità personali, riassetto cucina e pulizia in genere. Eventuale uscita in carrozzina; 16:30 – 17:15 evacuazione e igiene personale; 17:15 – 20:00 a letto per riposo pomeridiano, terapia, preparazione cena; 20:00 alzata e posizionamento in carrozzina; 20:00 – 22:00 cena, riordino cucina; 22:00 – 23:00 preparazione per la notte, evacuazione, igiene personale e rimessa a letto; 23:00 riposo notturno e assistenza». Data..... Firma.....

B. «Si dichiara che il Sig. A.B. nato a Torino il [...] residente a Torino in via [...] in seguito ad un incidente avvenuto nel [...] ha riportato una frattura vertebrale di C4-C5 con lesione del midollo spinale con conseguente tetraplegia. Il paziente non autosufficiente dipende totalmente dalla madre per qualsiasi atto della vita quotidiana. La madre, Sig.ra [...], causa patologia degenerativa alla colonna vertebrale, non è più in grado di accudirlo nella totalità delle mansioni quotidiane. Pertanto si richiede all'Asl una assistenza infermieristica domiciliare tale da alleviare il lavoro della madre che non ha aiuti familiari. L'impegno dell'assistenza quotidiana è così suddiviso: dalle ore 8:00 alle ore 9:00 preparazione e somministrazione della colazione; dalle ore 9:00 alle ore 11:00 evacuazione e igiene personale; dalle ore 11:00 alle ore 13:00 preparazione pasto ed assistenza alle necessità personali; dalle ore 13:00 alle ore 15:00 a letto per riposo pomeridiano e pulizia stanza; dalle ore 15:00 alle ore 16:00 in carrozzina dopo aver effettuato la percussione vescicale; dalle ore 16:00 alle 19:00 assistenza per necessità personali e eventuali uscite in carrozzina; dalle ore 19:00 alle ore 21:00 preparazione cena, riordino cucina, assistenza per percussione vescicale; dalle ore 21:00 al mattino rimessa a letto per riposo notturno e assistenza continua perché non può rimanere solo; ore settimanali 24 x 7 giorni = 168 ore settimanali; ore notturne di sonno in cui viene accudito dalla madre 7 x 7 giorni = 49 ore settimanali; ore giornaliere 168 - 49 = 119 ore settimanali; ore 119 : 7 giorni = 17 ore giornaliere». Data..... Firma.....