



DIOCESI SUBURBICARIA
DI PORTO-SANTA RUFINA

UFFICIO PASTORALE
DELLA SALUTE

Servizi, strutture e metodologie di assistenza



Guida pratica per la famiglia



DIOCESI SUBURBICARIA
DI PORTO-SANTA RUFINA

Servizi, strutture e metodologie di assistenza

Guida pratica per la famiglia

INDICE

Prefazione	3
Il Punto Unico di Accesso (PUA)	4
Il Medico di famiglia: un prezioso alleato	5
Medicine a domicilio	8
Servizi sanitari nella Diocesi	9
Servizi residenziali per anziani	11
Le cure palliative	14
Alzheimer, Parkinson e altre demenze senili	16
Servizi per i disturbi mentali, dipendenze e ludopatie	18
Gli aiuti della legge italiana	20

“Queste patologie investono il mondo socio-sanitario sia sul versante della ricerca, sia su quello dell’assistenza e della cura nelle strutture socio assistenziali, come pure nella famiglia, che resta il luogo privilegiato di accoglienza e di vicinanza. È importante il supporto di aiuti e di servizi adeguati, volti al rispetto della dignità, dell’identità, dei bisogni della persona assistita, ma anche di coloro che la assistono, familiari e operatori professionali.”

**Discorso del Santo Padre Francesco
 ai partecipanti alla XXVIII Conferenza Internazionale promossa
 dal Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari (per la Pastorale
 della Salute)**

PREFAZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti. Ciò che colpisce maggiormente all'inizio del XXI secolo è il fatto di assistere a una ridistribuzione demografica senza precedenti. Secondo gli esperti entro il 2050 la percentuale di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. Parallelamente a questo incremento dell'aspettativa di vita si è verificato un incremento delle patologie cronico-degenerative e, di conseguenza, della disabilità.

Tutto ciò ha comportato un aumento di spesa per il Sistema socio-sanitario nazionale che, risentendo dell'attuale crisi economica, non riesce a soddisfare i bisogni di cura e di sostegno della popolazione anziana. Di conseguenza, gran parte del peso dell'assistenza grava sulle famiglie. Spesso disorientati nei labirinti della burocrazia, figli e nipoti faticano a raccogliere le informazioni utili ad una migliore gestione dei propri genitori più avanti negli anni.

Questo opuscolo nasce dal desiderio dell'Ufficio di Pastorale della Salute della Diocesi di Porto-Santa Rufina di offrire alle persone alcune semplici indicazioni sui servizi e le strutture che sono attive sul nostro territorio. Questi suggerimenti non hanno la pretesa di essere esaustivi né possono garantire che tutte le ASL attuino allo stesso modo i servizi territoriali prescritti dalla legge. Tuttavia, si presenta come una sintesi delle principali possibilità, forse non pienamente conosciute o del tutto ignorate, messe a disposizione dei malati, così che ognuno sia nella condizione di vedere garantito il proprio diritto alla cura.

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Un servizio di recente istituzione è Punto Unico di Accesso (PUA).

È il servizio, allocato nelle ASL e/o nei comuni, dove il cittadino e l'operatore (sociale, sanitario, educativo, etc.) possono ricevere informazioni e orientamento in maniera qualificata, semplificando l'accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali.



Finalità

- accoglienza e ascolto (adozione di una scheda di accoglienza standard e informatizzata);
- informazioni sui servizi sanitari e sociali e sulle modalità di attivazione;
- valutazione del caso segnalato (risoluzione casi semplici e orientamento verso i servizi competenti o attivazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare per i casi complessi).

Destinatari

- tutti i cittadini in situazione di fragilità che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria anche a causa delle condizioni di marginalità ed esclusione sociale;
- anziani non autosufficienti, persone affette da disabilità (fisiche e psichiche) o con gravi patologie croniche e invalidanti;
- persone dipendenti da sostanze di abuso o con problemi di salute mentale e loro familiari;
- bambini e adolescenti in precarie o traumatiche situazioni familiari, vittime di maltrattamenti e abusi, con disagio psichico anche al fine di tutelare la salute mentale in età evolutiva.

IL MEDICO DI FAMIGLIA (MMG): UN PREZIOSO ALLEATO

Il Medico di Medicina Generale (MMG), meglio conosciuto come medico di famiglia o medico di base, ha una funzione molto importante nella vita del paziente.

È utile per i pazienti stessi conoscere bene quali sono i compiti, i diritti e i doveri che regolamentano il rapporto tra il medico e il paziente.

Il MMG è tenuto a prestare i seguenti servizi:

- le visite domiciliari ed ambulatoriali sia per diagnosi che per terapie;
- consulto con il medico ospedaliero in caso di degenza e di dimissione del proprio paziente;
- la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale;
- l'obbligo di effettuare le vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne di vaccinazione rivolte ai propri pazienti a rischio promosse dalle ASL con modalità concordate;
- assistenza programmata al domicilio dell'infermo;
- assistenza programmata nelle residenze protette.

La visita domiciliare deve essere eseguita dal MMG:

- nella stessa giornata anche il sabato **se richiesta prima delle ore 10 della mattina;**
- entro le ore 12 del giorno seguente **se richiesta dopo le ore 10 della mattina.**

Visite medico-specialistiche domiciliari

È possibile richiedere le visite medico-specialistiche della ASL (non degli ambulatori ospedalieri) a domicilio, per pazienti impossibilitati a recarsi presso le strutture. Tali visite sono previste dal contratto dei medici-specialisti ambulatoriali.

Si attiva questo servizio quando il medico di base prescrive una visita specialistica, specificando che questa deve essere "domiciliare per paziente non deambulante".

Tale prescrizione deve essere portata all'Ambulatorio ASL o al CAD di riferimento.

Alcuni ambulatori delle ASL sono attrezzati per questo servizio, altri no.

Ambulatori di cure primarie

Gli ambulatori di cure primarie sono nati per dare le risposte appropriate ai bisogni dei cittadini e per migliorare la fruibilità dei servizi sanitari. Ad essi ci si può rivolgere, a prescindere dalla ASL di appartenenza, per ottenere assistenza sanitaria di base in tempi rapidi nei casi meno complessi. Ad esempio: presenza di ferite superficiali che non necessitano di sutura, medicazioni, sindromi influenzali, controllo pressione, patologie dermatologiche, ginecologiche, urologiche, gastroenterologiche, ortopediche, otorinolaringoiatriche e oculistiche.

Sono aperti sabato, domenica e festivi. Funzionano grazie al supporto dei MMG e degli infermieri.

Casa della salute (Ladispoli)

La casa della salute è la struttura in cui si realizza in uno stesso spazio fisico l'integrazione tra servizi sanitari e sociali. I cittadini hanno così a disposizione un unico punto di accesso ai servizi e possono orientarsi più facilmente all'interno del Servizio socio-sanitario regionale.

Nella nostra Diocesi è attualmente attiva una Casa della Salute a Ladispoli.

I servizi offerti sono:

- medicina d'iniziativa (presa in carico integrata tra MMG ed altri professionisti di pazienti con patologie croniche e degenerative, es. diabete);
- poliambulatorio specialistico;
- degenza infermieristica;
- Punto Unico di Accesso (PUA);
- CUP;
- guardia turistica;
- posto di primo intervento;
- spazi per il volontariato.

Casa della salute, Ladispoli, via Aurelia 55. Tel. 06966669381

Domiciliazione sanitaria temporanea (per periodi brevi 3/6 mesi max 1 anno)

I **cittadini italiani** che abitano in una **località diversa** dalla propria **residenza** abituale hanno diritto a scegliere il medico di famiglia nella località dove si trovano. Per l'iscrizione temporanea a questo servizio devono **certificare alla ASL** di zona il motivo del loro soggiorno.

Per chi si sposta dalla propria residenza per le **vacanze**, per un periodo

inferiore ai tre mesi, l'assistenza medica è garantita dagli ospedali pubblici e dal servizio di **guardia medica turistica**, in ogni località vacanziera, teoricamente. È comunque sempre importate portare in vacanza la tessera sanitaria e il proprio libretto sanitario. La scelta del medico di base può essere fatta, in particolare, se si abita per **minimo tre mesi e massimo un anno** nel luogo lontano dalla residenza per motivi di **studio, lavoro o salute**. Allo scadere dell'anno, se esistono ancora i motivi per cui è necessario prolungare ancora il soggiorno, si può richiedere una nuova iscrizione della durata di altri 12 mesi, ripresentando tutti i documenti necessari.

Cosa fare

Innanzitutto, occorre recarsi all'ufficio territoriale della **ASL di residenza** e richiedere la **cancellazione temporanea** dal proprio medico di famiglia. Col **documento di cancellazione**, si va successivamente all'ufficio della ASL del luogo in cui si abita temporaneamente, muniti anche di **tessera sanitaria** e di un **documento di identità valido**.

A seconda dei **casi particolari**, bisogna poi presentare dei documenti specifici:

- ai non residenti che si trovano fuori sede per motivi di **lavoro** è richiesta una copia del **contratto di lavoro** oppure un certificato che attesti che l'interessato si trova sul territorio perché distaccato dall'azienda o in trasferta dalla stessa per più di tre mesi;
- ai non residenti che si trovano fuori sede per motivi di **studio** è richiesto un documento che attesti l'**iscrizione** alla scuola o all'università che si frequenta da richiedere quindi all'istituto di frequenza;
- ai non residenti che si trovano fuori sede per motivi di **salute** è richiesto il **certificato** rilasciato da un medico specialista che dichiari i motivi di salute per cui ci si trova nel territorio e che indichi anche il periodo necessario per effettuare le cure necessarie.

Tra le categorie di **cittadini fuori sede** che hanno diritto all'**iscrizione temporanea** al medico di famiglia rientrano:

- gli **studenti**, i **seminaristi**, i **convittori** e similari assenti dalle loro famiglie per motivi di **studio**;
- chi soggiorna in **località climatiche** per oltre 3 mesi per comprovati motivi di salute, che devono essere certificati da un medico specialista della ASL;
- i **lavoratori fuori sede** e i loro familiari, con contratto di lavoro temporaneo di durata superiore a tre mesi.

MEDICINE A DOMICILIO

Consegna gratuita dei farmaci a domicilio

Numero verde 800 189 521



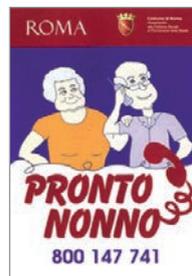
Il servizio consiste nella consegna gratuita dei farmaci a domicilio per casi non urgenti riservato esclusivamente alle persone che sono impossibilitate a recarsi in farmacia, per disabilità o gravi malattie, e non possono delegare altri soggetti. Per accedere al servizio si può chiamare il **numero verde 800 189 521**, attivo nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00. Risponderà un operatore al quale si dovranno indicare le proprie generalità e l'indirizzo al quale recapitare il farmaco. Successivamente l'operatore verificherà quali farmacie sono vicine al domicilio e sono disponibili ad effettuare il servizio. Qualora ci siano farmacie disponibili, l'operatore metterà in contatto telefonico l'utente con la farmacia più vicina, alla quale si potrà richiedere la consegna a domicilio dei farmaci.

Sarà la farmacia a concordare le modalità e i tempi di consegna del farmaco richiesto. Il servizio è offerto dalle farmacie associate a Federfarma che hanno aderito all'iniziativa, alla quale non partecipano le farmacie comunali.

Pronto nonno Roma Capitale

Fornisce supporto per urgenze mediche e per commissioni presso le farmacie agli anziani con più di 65 anni che vivono da soli o che, per diverse ragioni, si trovano in una situazione di difficoltà.

Chiamare il **numero verde 800147741** disponibile tutti i giorni h24. Il servizio è gratuito.



SERVIZI SANITARI NELLA DIOCESI

Assistenza Domiciliare - CAD

Ai cittadini, residenti o domiciliati in una delle ASL della Diocesi, affetti da patologie trattabili a domicilio, iscritti al Sistema Sanitario Regionale (SSR), che, temporaneamente o stabilmente per motivi sanitari e/o sociali, si trovano nella condizione di non poter accedere ai servizi ambulatoriali, sono garantite prestazioni sanitarie presso il proprio domicilio.

Possono usufruire dell'assistenza domiciliare anche gli stranieri residenti nei Paesi dell'UE provvisoriamente domiciliati nella Regione per motivi di studio e/o lavoro e gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP).

Requisiti per l'attivazione delle cure domiciliari

- presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) /Pediatra di Famiglia;
- ridotta autosufficienza, fragilità e patologie che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- adeguato supporto familiare o informale (non sono compatibili all'erogazione di assistenza domiciliare le persone che vivono sole);
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia.

Prestazioni erogate

- prelievi;
- prestazioni infermieristiche;
- gestione a domicilio della nutrizione artificiale enterale (tramite sondino naso-gastrico, PEG) o parenterale (tramite catetere venoso centrale);
- visite fisiatriche (per prescrizione di prestazioni riabilitative);
- prestazioni riabilitative;
- visite specialistiche, elettrocardiogramma, emogasanalisi;
- prescrizione di presidi;
- educazione sanitaria/Addestramento di "Chi si prende cura del malato" (familiare, badante, volontario).

Come si attiva

L'assistenza domiciliare è attivabile tramite la consegna nelle sedi e negli orari di apertura al pubblico, o invio tramite fax, della Scheda Unica di Segnalazione (modulistica), opportunamente compilata dal Medi-

co/Pediatra di Famiglia, dal Medico Ospedaliero o da medici operanti in altri servizi della ASL.

La scheda, comprensiva della modulistica prevista dalla normativa vigente per il consenso informato e la privacy, è disponibile:

- nella sezione Modulistica on-line;
- presso il Servizio per l'accesso e la presa in carico assistenziale del distretto della ASL di residenza;
- presso lo studio del Medico/Pediatra di Famiglia.

L'assistenza viene erogata secondo uno specifico piano assistenziale definito dalla ASL, concordato con il Medico/Pediatra di Famiglia, condiviso dalla persona assistita, e si avvale della partecipazione attiva della famiglia, opportunamente sostenuta ed addestrata.

L'attivazione dell'assistenza a domicilio è subordinata all'accettazione da parte della persona assistita del piano assistenziale concordato. A tal fine il paziente dovrà firmare/sottoscrivere il piano assistenziale. In caso di impossibilità da parte del paziente, il consenso sarà fornito da un familiare.

L'assistenza viene sospesa in caso di:

- raggiungimento dell'obiettivo prefissato nel piano assistenziale;
- ricovero ospedaliero o inserimento in altro programma assistenziale.

L'assistenza domiciliare non è attivabile per situazioni di urgenza o emergenza, per le quali è previsto il servizio di continuità assistenziale (guardia medica) ed emergenza (118).

Ausili e Presidi

I presidi e/o gli ausili (pannoloni, carrozzine, etc.) vengono prescritti agli aventi diritto dallo specialista competente, su richiesta del MMG (Medico Medicina Generale). Per i pazienti ricoverati in strutture ospedaliere, i presidi devono essere prescritti dai medici di reparto al momento della dimissione.

Una volta in possesso della prescrizione, per ottenere il presidio/ausilio ci si deve recare direttamente all'ufficio protesica della ASL di residenza.

SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI

Quando si parla di **casa di riposo, casa albergo per anziani, casa soggiorno** si indica sempre lo stesso tipo di struttura, ovvero una struttura socio-assistenziale residenziale per anziani parzialmente autosufficienti.

Le **case di riposo** forniscono ospitalità e assistenza, disponibilità di servizi e occasioni di vita in comunità con stimoli verso **attività occupazionali e ricreative**.

Anche le **comunità alloggio** sono **strutture socio-assistenziali residenziali per anziani** con una ridotta autosufficienza, che necessitano di reciproca solidarietà e di vita in compagnia.

Una **casa di riposo** può contemplare fino a 120 **posti letto** mentre la capacità ricettiva massima di una **comunità alloggio** è solitamente di circa 12 ospiti.

Per accedere ad esse bisogna rivolgersi direttamente alla struttura.

Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

Le **RSA** sono strutture residenziali convenzionate con la Regione che offrono ai non autosufficienti (non solo anziani) una assistenza medica, infermieristica e riabilitativa per le loro patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.

Le RSA si classificano in strutture a basso e alto mantenimento, in base al personale medico ed infermieristico presente nella struttura e ai requisiti tecnici (edilizi, ecc.) che ne hanno permesso l'accreditamento.

In genere, nelle RSA di livello più elevato l'assistenza sanitaria si intensifica perché gli ospiti accolti sono portatori di patologie, handicap o disabilità che ne limitano sensibilmente l'autosufficienza e che richiedono una maggiore assistenza medico-infermieristica.

Nelle RSA gestite direttamente dalle ASL o convenzionate con esse, sono ospitate esclusivamente persone residenti in uno dei comuni della Regione Lazio.

In relazione alla disponibilità e alla distribuzione dei posti-residenza sul territorio regionale, le RSA accolgono prioritariamente persone residenti nello stesso comune, circoscrizione o distretto.

Tali strutture non sono gratuite, in quanto esiste una quota a carico dell'utente che va ad integrare quella a carico della Regione.

L'ospitalità è a tempo determinato ma prorogabile a discrezione dell'Unità Valutativa della ASL.

Le persone aventi diritto di fare la richiesta per le RSA sono:

- disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero non assistibili a domicilio e che richiedono un progetto riabilitativo individuale, rivolto al potenziamento/mantenimento delle capacità funzionali residue
- persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, affette da grave disabilità, che richiedano un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico 24 ore su 24.

Le RSA offrono:

- assistenza medica di base, che è fornita dal MMG scelto dall'assistito e dal direttore sanitario della struttura;
- assistenza infermieristica diurna e notturna;
- assistenza specialistica prestata dagli specialisti dei servizi sanitari dell'ASL;
- assistenza psicologica;
- assistenza per le attività quotidiane (alzata, messa a letto, igiene personale);
- trattamenti riabilitativi;
- attività di socializzazione, ricreative, culturali ed occupazionali;
- servizio alberghiero (fornitura pasti, lavanderia e guardaroba, pulizia e riordino camere, pulizia generale e riordino spazi comuni).

Come si richiede il ricovero in RSA

L'interessato, o un suo familiare, deve presentare la richiesta di valutazione per eventuale ricovero in RSA al servizio CAD della ASL del proprio distretto.

A tal fine deve ritirare un apposito modulo presso lo stesso servizio. Il modulo contiene al suo interno una parte riguardante aspetti socio-anagrafici, che andrà compilata dal paziente o dai familiari, e una parte riguardante le condizioni cliniche e le patologie in atto, che dovrà essere compilata dal MMG o dal medico di reparto della struttura (se l'interessato è ricoverato in ospedale).

A seguito della domanda, l'Unità Valutativa del CAD effettuerà una visita per stabilire se esistono i requisiti per dare l'idoneità al ricovero in RSA. Dal momento della presentazione della domanda, la valutazione

verrà generalmente effettuata entro trenta giorni.

Ottenuta l'autorizzazione in cui è indicato il livello di RSA, l'interessato, o un suo familiare, dovrà mettersi in contatto con l'ufficio ricoveri del CAD territorialmente competente per la struttura prescelta.

Per l'inserimento nella lista di attesa sono necessari:

- il parere favorevole espresso dalla Unità Valutativa Territoriale dopo la Valutazione Multidimensionale;
- il modello ISEE per la valutazione del reddito e quindi della quota a carico dell'utente (se inferiore a 13.000 euro si potrà richiedere la partecipazione al pagamento al Comune di residenza, altrimenti la quota parte sarà addebitata all'utente);
- l'impegno al pagamento della quota a proprio carico.

È nel pieno diritto del malato indicare come di norma le due RSA di preferenza.

Lungodegenze

A differenza delle RSA, le unità di lungodegenza medica o riabilitativa sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa (da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica).

Il trasferimento viene predisposto dalla divisione ospedaliera in cui l'utente è ricoverato ed è previsto un periodo variabile di degenza (fino a 60 giorni) a totale carico della Regione.

L'accesso a tali strutture potrà essere consentito a utenti che abbiano persone che garantiscano la presa in carico del paziente alla dimissione.

LE CURE PALLIATIVE

Obiettivo principale delle cure palliative è dare senso e dignità alla vita del malato terminale (oncologico e non); alleviando, i vari sintomi tra cui, prima di tutto, il dolore. Vengono erogate dagli hospice, strutture dedicate che operano sia in regime residenziale che domiciliare.

Il ricovero viene richiesto dal MMG se il paziente è assistito in casa oppure dall'ospedale da dove il malato viene dimesso quando non è più possibile la guarigione.

Il servizio è del tutto gratuito. Al paziente oltre l'assistenza, viene garantita l'erogazione dei farmaci e dei presidi (pannoloni, carrozzine, letti ortopedici, ecc.).

Le cure palliative

- Affermano il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale;
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi;
- considerano anche gli aspetti psicologici e spirituali;
- offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere il più attivamente possibile, aiutano la famiglia dell'ammalato a convivere con la malattia.

Gli hospice

L'hospice è la struttura residenziale in cui il malato inguaribile, con breve aspettativa di vita, e la sua famiglia possono trovare assistenza e sollievo per vivere dignitosamente gli ultimi giorni di vita.

Ne esistono sia all'interno di ospedali sia in luoghi specifici, caratterizzati generalmente da ambienti particolarmente curati, spesso immersi in uno scenario di natura.

Qui il malato terminale riceve cure di supporto e terapia del dolore in un ambiente dove è possibile anche la presenza del familiare che può rimanere a fianco del proprio congiunto senza limitazioni di tempo.

Il ricovero viene deciso e richiesto dal medico di base, se il paziente è assistito in casa, oppure dall'ospedale da dove il malato viene dimesso.

Le cure palliative domiciliari

È possibile attivare lo stesso tipo di assistenza che si riceve in hospice anche a livello domiciliare. Occorre che ci siano dei requisiti fondamentali, primo fra tutti la presenza di un *care giver* (dall'inglese: "colui che dà assistenza"), che viene formato dagli operatori all'assistenza del malato nelle operazioni più semplici.

L'equipe domiciliare di cure palliative è composta dal medico palliativista, l'infermiere, l'operatore socio-sanitario, lo psicologo e i volontari che periodicamente visitano il malato (la frequenza dipende dalle fasi della malattia), garantendo la disponibilità nelle 24 ore con reperibilità telefonica.

L'equipe domiciliare può interfacciarsi con il MMG, che ha con il paziente ed i familiari un rapporto di consolidata conoscenza.



ALZHEIMER, PARKINSON E ALTRE DEMENZE

Le malattie neurologiche sono purtroppo le più temibili e difficili da gestire per la famiglia.

Diamo qui di seguito le alternative che i Servizi Sanitari e Sociali offrono per alleggerire la famiglia dalla difficoltà di assistenza ai loro cari.

Come attivare la procedura per accedere ai servizi pubblici

Per accedere ai servizi pubblici, in caso di Alzheimer, Parkinson e altre demenze senili, la procedura è alquanto complessa.

Il primo approccio per la diagnosi di Morbo di Alzheimer o di altre forme di demenza viene effettuato presso uno dei centri UVA (Unità Valutativa Alzheimer), ambulatori dedicati cui si accede tramite impegnativa del MMG. Il centro UVA di riferimento predisporrà tutte le indagini (test, esami ematici, TC/RM etc.) necessari alla definizione della diagnosi ed alla eventuale terapia, con una presa in carico globale del malato e della sua famiglia.

Per conoscere gli indirizzi di tali centri UVA e per ulteriori approfondimenti si rimanda ai link di due associazioni che operano attivamente in questo campo:

- Alzheimer Uniti (www.alzheimeruniti.it);
- Alzheimer Roma (www.alzheimerroma.it);
- il **numero verde** di Alzheimer Oggi **800 91 53 79**.

Gli specialisti del centro UVA, in collaborazione con il MMG e i servizi sociali di riferimento, potranno suggerire, a seconda delle fasi della malattia, l'ambiente più idoneo per la migliore gestione del malato:

- **assistenza domiciliare** (in caso di fase avanzata della malattia) - rivolgersi ai CAD delle ASL di appartenenza;
- **ricovero in RSA** - in caso di situazione grave della malattia ed ingestibilità familiare rivolgersi ai CAD delle ASL di appartenenza per richiesta di ricovero;
- **ricovero di sollievo temporaneo** (creato per dare sollievo alla famiglia per un breve periodo) - Sono soltanto 4 le strutture che possono accogliere i malati a Roma e provincia. Si consiglia di rivolgersi direttamente alle strutture, in quanto la procedura di accesso è variabile dall'una all'altra. Per l'elenco vedi link www.alzheimerroma.it.



Centro Diurno Alzheimer

Il Centro Diurno Alzheimer è una struttura semiresidenziale dedicata a pazienti affetti da Morbo di Alzheimer e altre forme di demenza, che si propone di migliorare la qualità di vita di tali soggetti e di coloro che li assistono e di limitare/ritardare l'istituzionalizzazione.

A tale scopo nel Centro si svolgono attività mirate al trattamento dei deficit cognitivi e delle alterazioni comportamentali dei pazienti, con piani d'intervento individuali; durante la giornata vengono svolte attività di ginnastica dolce, attività ricreative, terapia occupazionale, musicoterapia. Vengono inoltre effettuati interventi di supporto psicologico sui familiari.

L'accesso al Centro è vincolato dal parere del Centro esperto demenze (ex UVA) di riferimento.

Per l'elenco dei centri diurni vedi link :

- www.alzheimeruniti.it (*Home* → *I servizi pubblici* → *Centri Diurni*)
- www.alzheimeroma.it

Attivo nella nostra Diocesi (ex ASL RME)

Centro Diurno Alzheimer
Via R. Santoliquido, 88
Tel. 06.30362930

SERVIZI PER I DISTURBI MENTALI, DIPENDENZE E LUDOPATIE

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Il DSM (Dipartimento di Salute Mentale) comprende l'insieme delle strutture ospedaliere, ambulatoriali e riabilitative che intervengono nella prevenzione, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico.

Il cittadino può rivolgersi direttamente al CSM (Centro di Salute Mentale) di zona che, in base alle sue esigenze, valuterà le scelte di cura indirizzandolo alla struttura più idonea.

A seconda dei casi il DSM provvede ad effettuare:

- consulenze psichiatriche, psicologiche e/o sociali ambulatoriali;
- valutazione e cura del disagio psichico;
- l'inserimento dell'utente presso strutture residenziali, semiresidenziali, riabilitative;
- il ricovero, volontario o obbligatorio, presso il SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) dello stesso Dipartimento; o l'autorizzazione al ricovero volontario in Case di Cura psichiatriche accreditate;
- interventi di emergenza psichiatrica o segnalazioni al 118.

Per le visite psichiatriche, psicoterapeutiche o psicodiagnostiche nonché per le visite richieste dalla medicina legale, l'utente paga il ticket salvo esenzione (ad es. per patologia, invalidità etc.).

Presso ogni ASL è presente un DSM, con un direttore e personale sanitario misto (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, terapisti occupazionali, operatori socio-sanitari), dove il paziente si può rivolgere e trovare una gamma di risposte diversificate a seconda del suo problema.



Servizi per le Tossicodipendenze (SerT)

I **Servizi per le Tossicodipendenze (SerT)**, o **Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD)**, sono i servizi pubblici del Servizio Sanitario Nazionale italiano, dedicati alla cura, alla prevenzione ed alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso ed alla dipendenza di sostanze psicoattive come droghe, alcool o comportamenti compulsivi come il gioco d'azzardo patologico.

I SerT sono attivi all'interno dei dipartimenti delle dipendenze delle ASL e dispongono di una propria dotazione organica comprendente diverse figure professionali qualificate e specializzate: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi, ed altro personale di supporto.

I SerT forniscono prestazioni diagnostiche, di orientamento e supporto psicologico (di vario tipo e grado) e terapeutiche relative allo stato di dipendenza ed alla eventuale presenza di malattie infettive o patologie psichiatriche correlate.

GLI AIUTI DELLA LEGGE ITALIANA I TUOI DIRITTI

L'invalidità civile

L'invalidità civile è una condizione riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico come presupposto per avere diritto a determinate prestazioni economiche e socio-sanitarie da parte dello Stato.

Qualsiasi persona affetta da **patologie di una certa rilevanza** può pertanto chiedere il riconoscimento dello stato di invalidità civile. Trattandosi di una condizione che si basa sull'essere affetti da determinate menomazioni, può essere ottenuta solo dopo essere stati sottoposti ad una visita da parte di una commissione ASL. Questo significa che non è sufficiente una relazione di un medico *specialista*, ma occorre un **accertamento medico legale** di un apposito ente riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'invalidità civile viene definita dalla nostra legge. La definizione deriva da una norma del 1971, per la precisione **la legge 118/1971** il cui articolo 2 stabilisce: *"... Si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite... che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età"*.

Da questa definizione si comprende come l'invalidità civile può essere riconosciuta a **qualunque età**.

In caso di **minore età o di persone con più di 65 anni**, il riconoscimento non viene espresso in percentuale, essendo sufficiente che vengano riscontrate *"difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età"*. Nella categoria degli invalidi civili rientrano anche i **ciechi** e i **sordomuti**, anche se per essi si applicano alcune norme speciali.

Un'altra utile precisazione è di non confondere il riconoscimento dell'invalidità civile con il **riconoscimento dell'handicap** ai sensi della legge 104/1992, che è **una condizione giuridica diversa** che può essere chiesta in aggiunta a quella dell'invalidità e che può essere utile per ottenere **alcuni benefici fiscali oppure specifiche agevolazioni lavorative** (come i permessi per assistere i propri parenti con disabilità).

Per avviare le pratiche di riconoscimento dei suddetti riconoscimenti è bene affidarsi ad un CAF o un patronato.

Legge 104

La legge n. 104/1992 è la normativa che in Italia regola i permessi, i congedi, gli assegni d'invalidità, la pensione d'inabilità, quella anticipata e gli sgravi fiscali per i lavoratori affetti da disabilità grave e per i familiari che assistono soggetti con handicap grave.

In quest'ultimo caso viene connotata come grave la minorazione, singola o plurima, che abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione (art. 3, terzo comma, della legge 104/1992).

Per richiederne il riconoscimento è necessario rivolgersi ad un patronato che istruisca l'utente sui documenti e le certificazioni necessari, inoltrando poi la pratica relativa all'INPS.

A chi spettano

I permessi retribuiti spettano:

- ai lavoratori dipendenti;
- disabili in situazione di gravità;
- genitori, anche adottivi o affidatari, di figli disabili in situazione di gravità;
- coniuge, parenti o affini entro il 2° grado di familiari disabili in situazione di gravità. Il diritto può essere esteso **ai parenti e agli affini di terzo grado** soltanto qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilità grave abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (L. 183/2010).

Non spettano

I permessi non retribuiti spettano:

- Ai lavoratori a domicilio (Circ. 80/95, punto 4);
- agli addetti ai lavori domestici e familiari (Circ. 80/95, punto 4);
- ai lavoratori agricoli a tempo determinato occupati a giornata, né per se stessi né in qualità di genitori o familiari (Circ. 133 /2000 punto 3.3);
- ai lavoratori autonomi;
- ai lavoratori parasubordinati.

Cosa spetta

Ai lavoratori disabili in situazione di gravità spettano in alternativa: riposi orari giornalieri di 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro; tre giorni di permesso mensile (frazionabili in ore).

Legge 388

I congedi retribuiti biennali sono definiti inizialmente dalla legge 388/2000 (articolo 80, comma 2, poi ripreso dall'articolo 42, comma 5 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151) che ha integrato le disposizioni previste dalla legge 53/2000.

Gli aventi diritto

Il decreto legislativo 119/2011, pur confermando i beneficiari potenziali (coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle) previsti dalla normativa e dalla giurisprudenza precedente, fissa **condizioni diverse di priorità** nell'accesso ai congedi.

Successivamente la sentenza 18 luglio 2013, n. 203 ha ulteriormente modificato la platea dei beneficiari ammettendo al beneficio, in casi particolari, anche i parenti ed affini fino al terzo grado. Dopo tale sentenza, l'INPS ha nuovamente fornito indicazioni con la circolare 15 novembre 2013, n. 159.

La condizione di handicap

Anche nel caso della concessione dei congedi retribuiti di due anni, come nel caso dei permessi lavorativi (art. 33, legge 104/1992), la condizione essenziale è che il disabile sia stato accertato persona con handicap in situazione di gravità (articolo 3, comma 3 della legge 104/1992).

Chi non dispone del certificato di handicap deve attivare la procedura di **accertamento** presentando domanda all'INPS e presentandosi poi a visita presso la commissione della propria ASL di residenza.

Se questo accertamento riconoscerà l'handicap grave (articolo 3, comma 3 della legge 104/1992) si potranno richiedere i congedi retribuiti di due anni qualora ricorrano anche le altre condizioni previste.

Il requisito della convivenza è richiesto nel caso il congedo retribuito sia richiesto dal coniuge, dai fratelli, dalle sorelle o dai figli della persona con handicap grave. Questo significa che i lavoratori che non siano in grado di dimostrare - evidentemente con il certificato di residenza - di abitare presso lo stesso numero civico del familiare da assistere non possono accedere al congedo.

Altra condizione prioritaria ed essenziale per accedere ai congedi biennali retribuiti è che il disabile **non sia ricoverato a tempo pieno**.

Tuttavia il decreto legislativo 119/2011, riformulando l'articolo 42 del

decreto legislativo 151/2001, ha introdotto l'eccezione a questo requisito nel caso in cui la presenza del familiare sia richiesta dalla **struttura sanitaria**. Questa eccezione consente la concessione dei congedi nei casi di ricovero ospedaliero, momento in cui la persona può necessitare, spesso ancora più del solito, della vicinanza di un parente.

Che cos'è il ticket sanitario?

Il pagamento del c.d. ticket sanitario rappresenta uno strumento con cui il cittadino contribuisce alle spese del Servizio Sanitario Nazionale per farmaci, visite specialistiche e altre cure mediche.

Esenzione

Alcune categorie di cittadini hanno diritto all'esenzione che può essere concessa per reddito o per patologie.

Esenzione ticket per reddito

Non serve più l'autocertificazione o l'attestazione della fascia di reddito poiché ora è automatica grazie alle informazioni fornite dall'Inps e dal Ministero delle Finanze.

Come si ottiene il certificato di esenzione?

Il riconoscimento del diritto all'esenzione viene rilevato attraverso la presenza del nominativo in un elenco fornito dall'Agenzia delle Entrate alla Regione alle ASL, ai medici di famiglia e all'utente a casa, per posta. L'elenco viene aggiornato il 1° aprile di ogni anno.

Se il cittadino non riceve il certificato per posta ma è negli elenchi del Ministero dell'Economia e delle Finanze è sufficiente che si presenti ad uno degli sportelli ASL abilitati e chieda la ristampa del certificato di esenzione. Se il cittadino non è negli elenchi del Ministero inviato alle ASL e intende ottenere il certificato di esenzione, avendone i requisiti, è tenuto a recarsi all'ASL di appartenenza e presentare l'autocertificazione (es.: disoccupati, pensionati).

Quali sono le categorie di assistiti che possono ottenere l'esenzione?

- **E01:** soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro;
- **E02:** soggetti titolari (o a carico di altro soggetto titolare) della condizione di disoccupazione con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico;
- **E03:** soggetti titolari (o a carico di altro soggetto titolare) di assegno (ex pensione) sociale;
- **E04:** soggetti titolari (o a carico di altro soggetto titolare) di pensione al minimo con più di 60 anni e reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Esenzione ticket per patologie

1. **Malattie croniche:** vedi l'elenco completo pubblicato sul sito del Ministero della Sanità;
2. **Malattie rare:** vedi l'elenco completo pubblicato sul sito del Ministero della Sanità;
3. **Diagnosi precoce tumori:** tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto;
4. **Invalidità:** il diritto all'esenzione viene garantito ad alcune o a tutte le prestazioni specialistiche;
5. **Gravidanza;**
6. **Gratuità del test HIV** nelle strutture pubbliche, il test HIV è anonimo e gratuito.



Printed and Edited by
EDIThink Srl - ROMA
www.edithinksrl.it

Settembre 2017