



LE CURE SOCIO-SANITARIE

Manuale pratico per orientarsi nel mondo
della sanità e dell'assistenza

SOMMARIO

È possibile accedere alle varie sezioni della guida cliccando sul titolo del capitolo desiderato nel sommario sottostante:

Come chiedere una visita con urgenza	2
L'esenzione dal ticket	3
I programmi di screening (prevenzione dei tumori)	5
Le possibilità di assistenza per le persone non autosufficienti	7
La domanda per il riconoscimento dell'handicap e la Legge 104	8
La richiesta di assistenza domiciliare o residenziale (tramite UVG)	13
L'inserimento in RSA	15
La cura del morbo di Alzheimer	17
L'opposizione alle dimissioni da una struttura sanitaria	18
I contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati.....	19
Le agevolazioni fiscali per i portatori di handicap	21

Questo manuale tratta i temi della sanità, con specifici approfondimenti sul tema della non autosufficienza.

È rivolto in particolare agli operatori FNP degli sportelli sanità.

Testi redatti a ottobre 2020 dalla FNP Torino – Area Metropolitana in collaborazione con FNP Piemonte.

Nella ricetta è previsto un codice priorità rappresentato da quattro **lettere**: **U, B, D, e P.**

Ognuno di questi riquadri definisce i tempi in cui deve essere effettuata la prestazione medica richiesta:

- **U** (urgente) = da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
- **B** (breve) = da eseguire entro 10 giorni
- **D** (differibile)= da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
- **P** (programmabile)

Così, in caso di estrema urgenza, è bene chiedere al medico di base di **barrare** la **casella** con la lettera **U** e poi rivolgersi quanto prima al Servizio sanitario nazionale per prenotare la prestazione, portando con sé allo **sportello** l'impegnativa.

In alternativa, la prestazione può essere prenotata anche per telefono, mediante il call center del Centro unico di prenotazione (CUP), che entro la fine del 2020 dovrebbe essere attivo per tutte le Aziende Sanitarie.

Il numero del CUP è **800.000.500** ed è attivo tutti i giorni (anche sabato e domenica) dalle ore 8.00 alle 20.00

In questo caso, è bene chiamare avendo di fronte a sé l'impegnativa, in quanto dovrà essere fornito all'operatore il numero che la contraddistingue e dovrà essere comunicata anche la selezione della lettera di priorità indicata dal medico curante.

Dove vedere la priorità nella prescrizione medica:

Prescrizione cartacea tradizionale

Prescrizione dematerializzata

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
Piemonte		010A2	4000001005
CODICINE E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO-VIA	CAP:	CITTA'	PROV:
ESERIZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALE:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITY' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	

Chi è esente dal pagamento del ticket? Le tipologie di esenzione previste in Piemonte sono le seguenti.

PER ETA' E REDDITO

Ne hanno diritto i cittadini che appartengono alle categorie descritte nella seguente tabella. **N.B. gli importi devono sempre essere considerati al lordo.**

Cod. esenzione: **E 01**

- cittadino con meno di 6 anni (5 anni + 364 giorni)** appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98.
- cittadino con più di 65 anni (dal giorno successivo al compimento del 65° anno)** appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98.

Cod. esenzione: **E 02**

- disoccupato** appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente: inferiore a € 8.263,30 per il nucleo di una sola persona incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge incrementato di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico
- familiare a carico di disoccupato** di cui al punto precedente

Cod. esenzione : **E 03**

- titolare di pensione sociale o assegno sociale**
- familiare a carico di titolare di pensione sociale o assegno sociale**

Cod. esenzione : **E 04**

- titolare di pensione al minimo di età superiore a 60 anni (dal giorno successivo al compimento del 60° anno)**_ appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,30 per i nucleo di una sola persona, incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge, incrementato di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.
- familiare a carico di titolare di pensione al minimo**_di cui al punto precedente

Per ottenere l'attestato di esenzione occorre rivolgersi agli sportelli distrettuali ASL, compilando il modulo di autocertificazione che verrà fornito dall'operatore.

PER INVALIDITÀ

Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3, ciechi, sordomuti, minori con indennità di frequenza.

PER GRAVIDANZA

Occorre rivolgersi alle sedi Consultoriali per ritirare l'Agenda di Gravidanza, che ricomprensce le impegnative precompilate da utilizzarsi per gli accertamenti previsti dai protocolli vigenti. In caso di gravidanza a rischio sarà compito del Medico proscrittore certificare il codice M50 sulle diverse impegnative

PER MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI

L'elenco delle malattie che danno diritto all'esenzione è contenuto nel [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Lea del 12 gennaio 2017](#).

PER ESAMI DIAGNOSTICI LEGATI AD UN RICOVERO (PRE E POST RICOVERO)

Le prestazioni direttamente correlate a un ricovero programmato sono esenti dal ticket. Lo stesso vale per gli esami eseguiti entro 7 giorni dalla data delle dimissioni. Nell'arco di 30 giorni dalle dimissioni sono esenti le visite successive a un ricovero chirurgico, l'asportazione di punti di sutura, le medicazioni e la rimozione dei drenaggi. **Attenzione:** nel caso in cui il paziente, dopo aver effettuato gli esami di pre-ricovero, scelga di rinunciare o di rivolgersi ad altra struttura, è tenuto al pagamento degli esami effettuati.

Infine, altre due informazioni molto utili sui ticket:

ABOLITO IL TICKET SUI FARMACI

Dal 1° marzo 2019 tutti i residenti nella Regione Piemonte non pagano più il ticket sui farmaci: **rimane a carico del cittadino il pagamento dell'eventuale differenza tra il prezzo del farmaco erogato e il prezzo di rimborso** fissato dall'Agenzia Italiana del Farmaco per i medicinali equivalenti.

ABOLITO IL SUPER TICKET DIAGNOSTICA

Dal 1° settembre 2020 in tutta Italia è stato abolito il superticket per la diagnostica. Si trattava di una somma aggiuntiva rispetto al ticket, che doveva essere versato in alcune Regioni, tra cui il Piemonte. Questa cifra aggiuntiva oscillava tra 1,5€ e 30€ ed era dovuta in base al numero di appartenenti al proprio nucleo familiare e in base al reddito annuo complessivo del nucleo.

Vi proponiamo i contatti per i programmi di prevenzione più diffusi:

- La mammografia bilaterale per lo **screening del tumore della mammella** (da 50 a 69 anni). In Piemonte è possibile accedere allo screening, su base volontaria, anche da 45 a 50 anni e da 70 a 74 anni)
- Il Pap test o il test per la ricerca del DNA di Papillomavirus umano (test HPV) per lo **screening del tumore del collo dell'utero** (da 30 a 64 anni)
- La ricerca del sangue occulto nelle feci (da 59 a 69 anni) o la sigmoidoscopia flessibile per lo **screening dei tumori del colon-retto**

TORINO E CANAVESE

ASL	Centralino per screening mammografico/cervicale	Centralino per screening colorettales
 <p>CITTA' DI TORINO</p>	<p>n° verde 800-001141 da lun a ven 8.30-16.30</p>	<p>011/6333880 lun, mar, gio 9.30-13.00 e 14.00-16.00 mer e ven 9.30-13.00</p> <p>011/6333880 mer e ven 14.00-16.00 (solo per colonscopie)</p>
 <p>TO3 Collegno, Venaria,Rivoli, Orbassano, Giaveno,Susa, Pinerolo,Torre Pellice, Perosa Argentina</p>	<p>n° verde 800-002141 da lun a ven 9.00-12.30 e 14.00-16.00 accessibile da fisso e cellulare</p>	<p>n° verde 800-002141 da lun a ven 9.00-12.00 e 14.00-16.00 accessibile da fisso e cellulare</p>
 <p>TO4 Ciriè,Ivrea, Lanzo,Cuorgnè, Caluso,Settimo, Chivasso, Gassino</p>	<p>n° verde 800-004141 da telefono fisso n° 0125/414560 da cellulare da lun a ven 8.30 - 16.00</p>	<p>n° verde 800-004141 n° 0125/414560 da cellulare da lun a ven 8.30-11.30</p>
 <p>TO5 Chieri, Moncalieri, Carmagnola, Nichelino</p>	<p>n° verde 800-003141 da telefono fisso n° 011/9692890 – 011/9692562 da cellulare</p>	<p>n° verde 800-003141 da telefono fisso n° 011/9692890 – 011/9692562 da cellulare da lun a ven 8.30-12.30 14.00-16.00</p>

ALESSANDRIA/ASTI

ASL	Centralino per screening mammografico/cervicale	Centralino per screening coloretale
 <p>AL Alessandria, Casale Monf., Novi Ligure, Ovada, Acqui Terme, Tortona, Valenza</p>	n° verde 800-008141 da lun a giov, dalle ore 13.00 alle ore 15.30	n° 0131/306412 o 0131/306413 il venerdì, 8.30-12.30
 <p>AT Asti, Nizza Monferrato</p>	n° verde 800-007141 da telefono fisso 0141/485051 o 0141/481552 da cellulare da lun a ven 9.30-17.00	n° 0141/484050 - 51 da lun a ven 8.30-10.30

CUNEO

ASL	Centralino per screening mammografico/cervicale	Centralino per screening coloretale
 <p>CN1-CN2 Cuneo, Dronero Borgo S.D., Mondovi, Ceva, Savigliano, Saluzzo, Fossano, Alba, Bra</p>	n° 0171/450634 da cellulari e numeri fissi	n° 0171/450634 da cellulari e numeri fissi da lun a ven 8.00-10.00 e 13.30-15.30

PIEMONTE ORIENTALE

ASL	Centralino per screening mammografico/cervicale	Centralino per screening coloretale
 <p>BI-VC Biella, Cossato, Vercelli, Santhià, Borgosesia, Gattinara</p>	n° verde 800-364036 da lun a merc 9.00-12.00 e 14.00-15.00 venerdì 9.00-11.00	n° verde 800-005141 lun-ven 9.00-12.00
 <p>NO-VCO Novara, Galliate, Arona, Verbania, Domodossola, Omegna</p>	n° verde 800-006141 da lun a ven 8.30 - 13.00	n° verde 800-006141 lun-ven 8.30-13.00

Quando ci si trova ad assistere una persona non autosufficiente è bene sapere che ci sono diversi aiuti che si possono richiedere.

Queste varie strade che è possibile percorrere portano a interventi di diversa natura, che coinvolgono enti differenti.

È facile provare un senso di smarrimento davanti a questo labirinto di possibilità, pertanto è molto importante indirizzare le persone verso gli interventi che fanno al caso loro.

In questo manuale abbiamo deciso di focalizzarci su alcuni aspetti, oggetto di specifici approfondimenti nelle prossime pagine:

- Il riconoscimento della condizione e grado di non autosufficienza (INPS)
- La richiesta di valutazione geriatrica (alla UVG dell'ASL territoriale)
- Il ricovero in RSA
- La cura del morbo di Alzheimer
- L'opposizione alle dimissioni ospedaliere
- Le agevolazioni per l'eliminazione delle barriere architettoniche
- Le agevolazioni fiscali per i portatori di handicap



L'**handicap** è la situazione di svantaggio sociale che dipende dalla disabilità o menomazione e dal contesto sociale di riferimento in cui una persona vive.

L'**handicap** viene considerato **grave** quando la persona necessita di un intervento assistenziale **permanente, continuativo e globale** nella sfera individuale o in quella di relazione (art. 3 comma 3, Legge 104/1992).

Una persona può ottenere sia la certificazione di invalidità civile, cecità o sordomutismo che quella di handicap.

LA COMMISSIONE ASL

L'handicap è valutato da una Commissione operante presso ogni Azienda ASL.

La Commissione è composta da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro.

La Commissione è la medesima che accerta l'invalidità civile, ma è integrata da un operatore sociale e un esperto nei casi da esaminare.

COME SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO

La richiesta di riconoscimento di handicap va presentata, dall'interessato o da chi lo rappresenta legalmente (genitore, tutore, curatore), all'INPS territorialmente competente. La presentazione della domanda, informatizzata dal gennaio 2010, deve rispettare alcuni precisi passaggi.

1. Il certificato del medico curante. Per prima cosa bisogna rivolgersi al medico curante (medico certificatore) per il rilascio del certificato introduttivo. Basandosi sui modelli di certificazione predisposti dall'INPS, il medico attesta la natura delle infermità invalidanti.

Questo certificato va compilato su supporto informatico ed inviato telematicamente. Una volta compilato il certificato, il sistema informatizzato genera un codice univoco che il medico consegna all'interessato.

Il medico deve anche stampare e consegnare il certificato introduttivo firmato in originale, che il Cittadino deve poi esibire al momento della visita. Il certificato ha validità **90 giorni** (messaggio INPS 28110/2010): se non si presenta in tempo la domanda, il certificato scade e bisogna richiederlo nuovamente al medico.

2. La presentazione della domanda all'INPS. La domanda di accertamento può essere presentata solo per via telematica attraverso gli enti abilitati come l'INAS CISL.

Nella fase della presentazione si abbina il certificato rilasciato dal medico (presente nel sistema) alla domanda che si sta presentando.

Nella domanda sono da indicare i dati personali e anagrafici, il tipo di riconoscimento richiesto (handicap, invalidità, disabilità), le informazioni relative alla residenza e all'eventuale stato di ricovero. Tutte le "fasi di avanzamento" possono essere consultate anche online nel sito dell'INPS, sia dal Cittadino che dai soggetti abilitati (INAS)

E' bene ricordare che l'accertamento dell'handicap può essere richiesto anche contemporaneamente alla domanda di accertamento dell'invalidità: non è, cioè, necessario presentare due domande distinte.

E' consigliabile invece presentare sempre la richiesta di handicap grave quando si chiede l'invalidità, perché la legge 104 garantisce diritti che a volte non sono indispensabili subito ma lo diventano nel corso del tempo. Un esempio è l'APE sociale che può essere richiesta da chi assiste da almeno 6 mesi un parente che fruisce della legge 104.

LA RICEVUTA E LA CONVOCAZIONE A VISITA

Per ogni domanda inoltrata, il sistema informatico genera una ricevuta con il protocollo della domanda.

La procedura informatica propone poi un'agenda di date disponibili per l'accertamento presso la Commissione dell'Azienda ASL. Il Cittadino può scegliere la data di visita o indicarne una diversa da quella proposta, scegliendola tra le ulteriori date indicate dal sistema.

- per l'effettuazione delle visite ordinarie è previsto un tempo massimo di **30 giorni** dalla data di presentazione della domanda;

- in caso di patologia oncologica ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 80/06 o per patologia ricompresa nel DM 2 agosto 2007, il limite temporale scende a **15 giorni**.

Se non è possibile, in tempo reale, fissare la visita entro l'arco temporale massimo, a causa dell'indisponibilità di date nell'agenda, la procedura può segnalare date successive al limite previsto, oppure registrare la domanda e riservarsi di definire in seguito la prenotazione della visita.

Una volta definita la data di convocazione, l'invito alla visita è visibile nella procedura informatica (visualizzato nel sito internet) e viene comunicato sia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento sia alla e-mail eventualmente comunicata.

Nella stessa lettera viene ricordato che:

- il Cittadino può farsi assistere, durante la visita, da un suo medico di fiducia;
- in caso di impedimento, può chiedere una nuova data di visita dell'Inps e accedendo al Servizio online attraverso il patronato INAS.
- se assente alla visita, verrà comunque nuovamente convocato. La mancata presentazione anche alla successiva visita sarà considerata a tutti gli effetti come una rinuncia alla domanda, con perdita di efficacia della stessa.

LA VISITA DOMICILIARE

Nel caso in cui la persona sia intrasportabile (il trasporto comporta un grave rischio per l'incolumità e la salute della persona) è possibile richiedere la visita domiciliare.

Anche in questo caso la procedura è informatizzata e spetta al medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo.

Il certificato medico di richiesta di visita domiciliare va inoltrato almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale.

È poi il Presidente della Commissione dell'Azienda USL a valutare il merito della certificazione e disporre o meno la visita domiciliare.

In caso di accoglimento, il Cittadino viene informato della data e dell'ora stabilita per la visita domiciliare, altrimenti viene indicata una nuova data di invito alla visita ambulatoriale. Tali comunicazioni saranno notificate con le modalità già descritte (visualizzazione sul sito internet, eventuale invio per posta elettronica, lettera raccomandata).

LA VISITA

La Commissione accede al fascicolo elettronico contenente la domanda e il certificato medico. La persona può farsi assistere a sue spese da un medico di propria fiducia. Al termine della visita viene redatto il verbale elettronico che riporta l'esito e l'eventuale indicazione di patologie che comportano l'esclusione di successive visite di revisione.

Tutta la documentazione sanitaria presentata nel corso della visita viene conservata e acquisita agli atti dall'Azienda USL.

In caso di assenza alla visita senza giustificato motivo, la domanda viene rigettata. Il Cittadino dovrà presentare una nuova domanda, previo rilascio del certificato da parte del medico curante.

LA VERIFICA

Come già detto, le Commissioni ASL sono integrate con un medico dell'INPS e questo può rappresentare un vantaggio in termini di tempi, oltre che di risparmi di gestione.

Infatti, se viene approvato all'unanimità, il verbale validato dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS è considerato definitivo.

Se al termine della visita di accertamento, invece, il parere non è unanime, l'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce gli atti che vengono esaminati dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Questi può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere ad una nuova visita nei successivi 20 giorni.

La visita in questo caso viene effettuata, oltre che da un medico INPS (diverso da quello presente in Commissione ASL), da un medico rappresentante delle associazioni di categoria o di fiducia dell'interessato e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale (per le certificazioni relative alla Legge 104/1992 e 68/1999).

La Commissione medica può avvalersi della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione.

L'INVIO DEL VERBALE

Il verbale definitivo viene inviato al Cittadino dall'INPS. Le versioni inviate sono due: una contenente tutti i dati sensibili e una contenente solo il giudizio finale per gli usi amministrativi. Se il giudizio finale prevede l'erogazione di provvidenze economiche, come la pensione di invalidità o l'assegno di accompagnamento, il Cittadino viene invitato ad inserire online i dati richiesti.

IL RICORSO

Nel caso la Commissione medica entro tre mesi dalla presentazione della domanda non fissi la visita di accertamento, l'interessato può presentare una diffida all'Assessorato regionale competente che provvede a fissare la visita

entro il termine massimo di 270 giorni dalla data di presentazione della domanda; se questo non accade (silenzio rigetto) si può ricorrere al giudice ordinario.

Contro i verbali emessi dalle Commissioni mediche (ASL o INPS) che si intenda contestare è necessario presentare istanza di accertamento tecnico preventivo, entro sei mesi dalla notifica del verbale, presso il giudice ordinario con l'assistenza di un legale. Dal gennaio 2012, non è più possibile avviare il ricorso se prima non si è concluso l'accertamento tecnico preventivo.

Nel caso di accertamento tecnico preventivo o del successivo ricorso davanti al giudice, è possibile farsi appoggiare da un patronato sindacale.

L'AGGRAVAMENTO

Chi ha ottenuto il riconoscimento dell'invalidità civile può presentare richiesta di aggravamento seguendo il medesimo iter fin qui illustrato.

VISITE DI REVISIONE E "CERTIFICATI A SCADENZA"

I verbali di invalidità o di handicap possono prevedere una scadenza e quindi una successiva revisione. Di solito tale indicazione è espressa nell'ultima parte del verbale.

L'articolo 25 della legge 114/2014 ha definitivamente chiarito che, in questi casi, spetta all'INPS convocare il cittadino per la nuova valutazione. Il cittadino deve solo attendere la convocazione e presentarsi a visita nella data indicata dall'INPS, salvo non abbia motivate giustificazioni che vanno comunicate tempestivamente.

Nell'attesa della prevista rivedibilità e della formalizzazione dell'esito della visita si conservano tutti i diritti acquisiti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura. (legge 114/2014, articolo 25, comma 6 bis).

Per poter usufruire di determinati **servizi assistenziali**, come:

- lungo assistenza a domicilio, assistenza domiciliare
- centro diurno
- struttura residenziale (RSA)

per gli anziani non autosufficienti occorre rivolgersi **all'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)** della propria Asl di appartenenza. È sempre meglio chiedere consiglio a un assistente sociale della stessa ASL o dei servizi sociali del Comune o del consorzio intercomunale.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- Richiesta di Valutazione Geriatrica comprensiva di consenso al trattamento dei dati (consenso firmato dall'utente, o dal tutore o dalla persona temporaneamente indicata nella sezione compilata dal Curante) e avvertenze per il cambio di residenza.
- Scheda informativa sanitaria compilata dal medico Curante (MMG)
- impegnativa (ricetta elettronica): da compilare da parte del medico di famiglia
- Impegno/rifiuto ad ottenere l'ISEE per prestazioni socio-sanitarie (Si può scegliere di non compilare l'Isce e rinunciare a benefici economici previsti)

L'attestazione ISEE andrà consegnata al Servizio Sociale di competenza.

La modulistica per la presentazione della domanda UVG, può essere ritirata presso le segreterie UVG o scaricata dal sito (spesso le ASL hanno un sito dedicato a tali domande, sui siti si trovano anche i recapiti telefonici necessari e gli orari degli sportelli).

NB: la domanda per l'UVG non e' da confondere con quella per l'invalidità civile/indennità di accompagnamento.

LA VISITA E GLI ESITI

La ASL fisserà la data della visita che avrà come esito il riconoscimento o meno dello stato di necessità di assistenza, e redigerà un PAI (Piano di Assistenza Individuale) che tiene conto dello sia dello stato di salute che dell'ambiente sociale in cui vive l'individuo: se ha dei parenti che lo aiutano, lo stato della sua abitazione, il suo livello economico.

Verrà individuato un parametro o punteggio di gravità che darà luogo al tipo di assistenza assegnata che potrà essere:

ADI: Assistenza domiciliare integrata, cioè un numero di ore settimanali di cure infermieristiche o di Operatrici Sociosanitarie (OSS) che aiuteranno la persona nelle quotidiane necessità.

ASSEGNO DI CURA: un assegno mensile o voucher da spendere presso strutture autorizzate per garantire le cure necessarie anche di carattere tutelare (spesa, cucina, pulizia). **NB:** Purtroppo il sussidio esiste solo in alcune zone del Piemonte ma non è stato più finanziato, quindi la domanda è legittima ma oggi finirebbe in una lunga lista di attesa. Comunque i servizi sociali possono adottare questo provvedimento o analogo trattamento, come nella ASL TO3 dove è in corso la sperimentazione di un modello simile.

La misura dell'assegno dipende dal reddito del nucleo familiare dell'assistito: una volta stabilita la cifra questa, viene ridotta proporzionalmente al reddito disponibile dopo aver garantito una franchigia corrispondente al minimo vitale.

RSA: Ricovero in una residenza assistenziale: in questo caso il paziente è alloggiato temporaneamente o definitivamente in una struttura, il 50% del costo sarà a carico del SSN il restante a carico del paziente oppure della assistenza di Comune o Consorzio sempre in rapporto al reddito del ricoverato e del suo nucleo. Per definire quale contributo economico viene fornito dai servizi sociali e quanto dall'assistito viene fatta compilare una DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) che esplicita i redditi di chi chiede l'intervento e di conseguenza stabilisce se e quanto verrà garantito dal servizio pubblico.

Questa specifica non vale per il 50% della quota sanitaria in RSA in quanto è garantita universalmente dal SSN senza riferimenti di reddito.

PER UNA SCELTA RESPONSABILE

Al momento della domanda non sappiamo quale sarà la valutazione finale. È bene ricordare che prima di pensare ad un ricovero in RSA ci possono e devono essere scelte meno traumatiche volte all'assistenza a domicilio. Su questo punto si possono "contrattare" con l'assistente sociale le modalità più opportune per la cura dei propri cari. Vi sono anche centri diurni dove possono essere seguiti da personale specializzato durante la giornata, per poi tornare al proprio domicilio.

Ci sono due possibilità per accedere a una RSA: l'inserimento privato e quello convenzionato con il SSN.

Per gli ospiti che accedono privatamente (pagando il 100% della retta), è sufficiente rivolgersi alla struttura e fare domanda di ingresso. La direzione sanitaria valuterà lo stato di salute dell'ospite e, salvo disponibilità immediata di posto letto, il ricovero potrà avvenire nel giro di pochi giorni. Gli incaricati della struttura daranno tutte le informazioni circa la documentazione amministrativa e sanitaria necessaria per il ricovero. Ogni ospite che entra in una residenza in forma privata potrà comunque usufruire della convenzione nel momento in cui verrà riconosciuta dal SSN l'idoneità alla compartecipazione della spesa per la quota sanitaria.

Per quanto riguarda invece i ricoveri autorizzati dalle Asl, le leggi nazionali stabiliscono che l'importo della quota sanitaria è a carico dell'Asl nella misura minima del 50% della retta totale. La parte rimanente (retta alberghiera) deve essere corrisposta dall'utente nell'ambito delle sue personali risorse economiche.

L'eventuale differenza non coperta dall'utente è a carico dell'ente gestore delle attività socio-assistenziali (Comune, Consorzio socio-assistenziale, Comunità montana).

Ad esempio, per una tariffa giornaliera di euro 70,00 l'Asl è tenuta a versare alla struttura residenziale almeno 35,00 euro e altrettanti devono, al massimo, essere corrisposti dall'utente/Comune. Nessun pagamento è dovuto dai familiari dei succitati assistiti.

Attenzione: nessun impegno deve essere sottoscritto dall'utente (e/o da chi lo rappresenta) con la struttura di ricovero.

IL REGOLAMENTO

I diritti/doveri degli utenti e dei loro familiari sono contenuti nel "Regolamento", redatto dalla struttura sulla base dei contenuti fissati dalla Regione Piemonte con la *delibera 64/2010* e recepiti nel contratto stipulato con l'Asl e l'ente gestore socio- assistenziale.

Il regolamento indica:

- **le prestazioni comprese nella quota sanitaria:** assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, assistenza alla persona, animazione;
- **le prestazioni a carico dell'Asl, purché inserite nel Pai** (Piano assistenziale individuale), ovvero: l'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, ogni altra prestazione diagnostica e terapeutica, compresi i farmaci di fascia C e i pannoloni che sono *«forniti dal Servizio sanitario regionale nella quantità giornaliera indicata dal medico di fiducia dell'utente»*;
- **i trasporti in ambulanza garantiti dall'Asl** (trasferimento in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale; i trasporti da/per l'ospedale e/o le strutture sanitarie o socio-sanitarie);
- **le prestazioni incluse nella retta alberghiera pagata dall'utente/Comune** (lavaggio biancheria, imboccamento, pulizia, pedicure, taglio e lavaggi capelli,...);
- **le prestazioni non comprese** (extra), che non sono obbligatorie;
- **le modalità di pagamento** (ogni aumento della tariffa deve essere approvato preventivamente dall'Asl/ente gestore socio-assistenziale e comunicato all'utente e/o a chi lo rappresenta a cura della struttura ospitante);
- **l'elenco degli operatori** e delle figure professionali (compiti e turni) che deve essere esposto nei locali comuni e accessibili al pubblico, comprensivo di una scheda della presenza di ciascuna professionalità impegnata nella struttura.

Si precisa che i trasporti, compresi quelli in ambulanza, per le visite dell'Uvg e quelle richieste per l'indennità di accompagnamento, sono invece a carico del malato.

Si raccomanda ai cittadini di richiedere il regolamento scritto e di prendere visione del contratto.

La legge regionale del Piemonte n. 10 del 2010 promuove le cure domiciliari per i soggetti affetti dalla patologia di Alzheimer e di altre forme di demenza, in quanto incapaci di compiere atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Tuttavia, il diritto alle relative prestazioni non è ancora esigibile, né a livello nazionale né regionale.

I centri diurni per i malati di Alzheimer o altre demenze sono invece regolamentati con la *Dgr 38/2009*. Anche in questo caso però è bene tener presente che la frequenza attualmente non è un diritto esigibile.

Sia per le cure domiciliari che per i centri diurni, infatti, l'erogazione purtroppo è condizionata dalla disponibilità delle risorse dell'Asl di residenza dell'utente.

Un'altra possibilità, se presente nell'offerta dei servizi presenti sul proprio territorio, è il NAT (Nucleo Alzheimer Temporaneo), in collegamento con le unità di valutazione geriatrica (Uvg), le unità di valutazione Alzheimer (Uva) e il medico di medicina generale (Mmg). Il Nat è destinato a pazienti affetti da demenza con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche e con gravi disturbi comportamentali. La permanenza nel nucleo è temporanea: l'Uvg deve verificare periodicamente se sussiste la necessità della permanenza del soggetto ricoverato, o se ne sia attuabile la dimissione o il trasferimento in residenza socio-sanitaria o al domicilio.

Qualora il malato sia ricoverato in ospedale o in casa di cura privata convenzionata si raccomanda di prendere visione dei provvedimenti emanati dalla propria Asl di residenza e 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.

In ogni caso è consigliabile **accettare le dimissioni solo dopo aver ricevuto un contratto** sottoscritto dall'Asl in cui siano precisati gli interventi a carico dell'Asl, dell'ente gestore delle attività socio-assistenziali e della persona che si occupa dell'accudimento del malato.

Se non si intende volontariamente assistere a domicilio il proprio congiunto, ci si può opporre alle dimissioni da ospedali/case di cura private convenzionate dove egli sia ricoverato, qualora non sia garantita la continuità terapeutica in altra struttura sanitaria pubblica o convenzionata.

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

Sulla base dell'articolo 23 della Costituzione e dell'articolo 2 della legge n. 833/1978, gli adulti e gli anziani non autosufficienti hanno il diritto esigibile alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata. Pertanto, per nessun motivo, possono essere dimessi, salvo **volontaria** decisione della persona che si assume le responsabilità civili e penali, nonché i relativi oneri economici, assicurando all'infermo le occorrenti cure ed una sorveglianza 24 ore su 24 per non incorrere nel reato di abbandono di incapace.

L'opposizione è effettuata attraverso una lettera raccomandata (sono disponibili alcuni modelli fac-simile facilmente reperibili cercando su internet "Opposizione alle dimissioni").

Nei casi di assoluta urgenza è opportuno inviare il seguente telegramma al Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo e al Direttore sanitario della struttura in cui il malato è ricoverato: *«SEGNALO MIA ASSOLUTA IMPOSSIBILITÀ ACCETTARE DIMISSIONI DI [cognome e nome] GRAVEMENTE MALATO, CON ESIGENZE SOCIO-SANITARIE INDIFFERIBILI E NON AUTOSUFFICIENTE, E [se del caso] NON CAPACE [oppure "non sempre capace"] DI PROGRAMMARE IL PROPRIO FUTURO. SEGUE LETTERA».*

Nota bene: Naturalmente si ricorre all'opposizione alle dimissioni nei casi in cui non vi sono alternative; è inutile aggiungere che è sempre preferibile instaurare un rapporto proficuo con i medici e il personale curante per evitare traumi, ma in caso non si risolva per vie negoziali è bene conoscere anche questo strumento.

Hanno diritto ad un contributo ai sensi della legge 13 del 1989 per la realizzazione di interventi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche: le persone disabili con menomazioni o limitazioni funzionali permanenti; coloro che hanno a carico i soggetti disabili in quanto genitori o tutori; i condomini dove risiedono gli stessi soggetti, per opere di adeguamento relative a parti comuni.

Hanno diritto al contributo coloro che sostengono le spese, ma la richiesta di contributo deve sempre essere presentata dalla persona disabile, anche se le spese sono sostenute da una persona diversa; in questo caso la domanda, presentata e firmata dalla persona disabile, deve essere controfirmata dall'avente diritto al contributo.

Per quanto riguarda la mobilità e le barriere architettoniche, ricordiamo che si applica l'**Iva agevolata al 4%** per l'acquisto di **mezzi** necessari alla **deambulazione** e al **sollevamento** dei disabili (es. servoscala) e per l'acquisto di sussidi tecnici e informatici rivolti a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione dei portatori di handicap. Ad esempio:

- **servoscala** e altri mezzi simili, che permettono ai soggetti con ridotte o impedito capacità motorie il superamento di barriere architettoniche (tra questi, anche le **piattaforme elevatrici**, se possiedono le specificità tecniche che le rendono idonee a garantire la mobilità dei disabili con ridotte o impedito capacità motorie)
- **protesi e ausili** per menomazioni di tipo funzionale permanenti
- **protesi dentarie**, apparecchi di ortopedia e di oculistica
- **apparecchi** per facilitare l'audizione ai sordi
- **poltrone e veicoli simili**, per inabili e minorati non deambulanti, anche con motore o altro meccanismo di propulsione
- **prestazioni di servizi** dipendenti da contratti di appalto aventi ad oggetto la realizzazione delle opere per il superamento o l'eliminazione delle barriere architettoniche.

Per i **lavori di ristrutturazione edilizia** sugli immobili al **fine di rimuovere le barriere architettoniche** è possibile usufruire della **detrazione Irpef**. La detrazione è da ripartire in **dieci quote annuali di pari importo**, nell'anno in cui è sostenuta la spesa e in quelli successivi.

Percentuale detrazione	Importo e scadenze
50%	La percentuale è da calcolare su un importo massimo di 96.000 euro , se la spesa è sostenuta nel periodo compreso tra il 26 giugno 2012 e il 31 dicembre 2019
36%	La percentuale è da calcolare su un importo massimo di 48.000 euro , per le spese effettuate dal 1° gennaio 2020 .

Rientrano **tra gli interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche**, oltre alle **spese sostenute** riguardanti ad esempio ascensori e montacarichi, anche quelle effettuate per la realizzazione di **strumenti** che, attraverso la comunicazione, la robotica e ogni altro mezzo tecnologico, siano adatti a favorire la mobilità interna ed esterna delle persone portatrici di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92.

Per le **prestazioni di servizi** relative all'appalto di questi lavori, è inoltre applicabile **l'aliquota Iva agevolata del 4%**, anziché quella ordinaria.

Tra gli interventi che danno diritto alla detrazione rientrano:

- la realizzazione di un **elevatore** esterno all'abitazione;
- la **sostituzione di gradini con rampe**, sia negli edifici che nelle singole unità immobiliari, se conforme alle prescrizioni tecniche previste dalla legge sull'abbattimento delle barriere architettoniche.

ALTRE COSE DA SAPERE

- La detrazione **non è fruibile contemporaneamente** alla detrazione del 19% prevista per le spese sanitarie riguardanti i mezzi necessari al sollevamento del disabile.

- La detrazione è prevista **solo per interventi sugli immobili con l'obiettivo di favorire la mobilità interna ed esterna del disabile**. Non si applica la detrazione per il semplice acquisto di strumenti o beni mobili, anche se diretti a favorire la comunicazione e la mobilità del disabile. Non rientrano quindi le agevolazioni per telefonini a viva voce, schermi a tocco, computer o tastiere espansive ecc. Questi rientrano nella categoria di ausili tecnici e informatici ai quali è già prevista la **detrazione Irpef del 19%**.

Per i portatori di handicap sono previste alcune agevolazioni fiscali. Alcune possono essere riconosciute direttamente dal datore di lavoro o dall'INPS (in particolare quella per i familiari a carico); per fruire della maggior parte di queste agevolazioni però è necessario presentare la dichiarazione dei redditi (Modello 730 o Modello Unico).

FIGLI A CARICO

Per ogni figlio portatore di handicap fiscalmente a carico spettano le seguenti detrazioni Irpef:

- 1.620 euro, se il figlio ha un'età inferiore a tre anni
- 1.350 euro, per il figlio di età pari o superiore a tre anni.

Con più di tre figli a carico la detrazione aumenta di 200 euro per ciascun figlio a partire dal primo.

Le detrazioni sono concesse in funzione del reddito complessivo posseduto nel periodo d'imposta e il loro importo diminuisce con l'aumentare del reddito, fino ad annullarsi quando il reddito complessivo arriva a 95.000 euro.

VEICOLI

Vengono riconosciute alcune agevolazioni per l'acquisto di veicoli utilizzati, in via esclusiva o prevalente, a beneficio delle persone disabili:

- detrazione Irpef del 19% della spesa sostenuta per l'acquisto
- Iva agevolata al 4% sull'acquisto
- esenzione dal bollo auto
- esenzione dall'imposta di trascrizione sui passaggi di proprietà

ALTRI MEZZI DI AUSILIO E SUSSIDI TECNICI E INFORMATICI

- detrazione Irpef del 19% della spesa sostenuta per i sussidi tecnici e informatici
- Iva agevolata al 4% per l'acquisto dei sussidi tecnici e informatici
- detrazioni delle spese di acquisto e di mantenimento del cane guida per i non vedenti
- detrazione Irpef del 19% delle spese sostenute per i servizi di interpretariato dei sordomuti.

ABBATTIMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Detrazione Irpef delle spese sostenute per la realizzazione degli interventi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche (come visto nelle pagine precedenti)

SPESE SANITARIE

Deduzione dal reddito complessivo dell'intero importo delle spese mediche generiche e di assistenza specifica.

ASSISTENZA PERSONALE

- deduzione dal reddito complessivo degli oneri contributivi (fino all'importo massimo di 1.549,37 euro) versati per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare
- detrazione Irpef del 19% delle spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale, da calcolare su un importo massimo di 2.100 euro, a condizione che il reddito del contribuente non sia superiore a 40.000 euro.

L'Agenzia delle Entrate mette a disposizione un'utile guida che contiene tutti i dettagli per la fruizione delle agevolazioni. È possibile reperirla cliccando qui: ["Guida alle agevolazioni fiscali per i disabili"](#).

Data la natura complessa e variabile nel tempo della materia fiscale, è bene consigliare agli utenti di rivolgersi al CAF CISL per avere una consulenza specializzata sul tema.



Via Sant'Anselmo 11, Torino, 10125



pensionati.piemonte@cisl.it



011-6604434



[fnpcisl.piemonte](https://www.facebook.com/fnpcisl.piemonte)



www.cislpiemonte.it/pensionati-fnp