



Giulia e Matteo

GUIDA PER LE FAMIGLIE DEI PAZIENTI PSICHIATRICI

**A cura dell'Associazione di Promozione Sociale
Giulia e Matteo**

Per la realizzazione di questo opuscolo ci siamo avvalsi della pubblicazione “La malattia mentale: Guida Pratica per le Famiglie e i Volontari - Edito da D.I.A.P.S.I. Piemonte” adattandola alla realtà attuale della Regione Lombardia.

Ringraziamo sentitamene D.I.A.P.S.I. Per la disponibilità.

A cura della Associazione di Promozione Sociale
Giulia e Matteo

Sede legale:

Via G. Verdi, 46

20851, Lissone (MB)

Tel. 334 7361644

e.mail: associazione.giuliaematteo@gmail.com

Sito: www.giuliaematteo.org



Associazione di promozione sociale

"Giulia e Matteo"

INDICE

	PAG.
1. INTRODUZIONE	6
2. LA D.I.A.P.S.I. E LE SUE FINALITA'	7
Le sedi D.I.A.P.S.I.	9
3. LA MALATTIA MENTALE E LE SUE CAUSE	10
3.1 – Nevrosi	11
3.2 – Psicosi	11
4. LE CURE IN PSICHIATRIA	13
4.1 – GLI PSICOFARMACI	13
a) Neurolettici	13
b) Gli stabilizzatori dell'umore	14
c) Gli antidepressivi	15
d) Gli ansiolitici e ipnoinducenti	15
4.2 - LA RIABILITAZIONE	16
4.3 - LA PSICOTERAPIA	16
4.4 - LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA	16
4.5 - VALUTAZIONI DI ORDINE GENERALE	17
5. IL RUOLO DELLA FAMIGLIA	18
6. A CHI RIVOLGERSI	21
6.1 Gli specialisti, chi sono, come sceglierli	22
7. L'ASSISTENZA PSICHIATRICA	24
7.1 – I SERVIZI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	25
a) DSM - Dipartimento di Salute Mentale	25
b) La Carta dei Servizi	25
c) CSM - Centro di Salute Mentale e/o CIM – Centro di Igiene Mentale	26
d) Day Hospital	26
e) Centro Diurno	27
f) S.P.D.C. - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura	27
g) 118 -SUP (Servizio Urgente Psichiatrico)	28
h) Pronto soccorso	29
i) Ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile	29
7.2 – PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE – STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE	29
a) Comunità Terapeutiche	29
b) Centro Terapie Psichiatriche	30
c) Comunità alloggio	30
7.3 - INTERVENTI ALTERNATIVI AL RICOVERO E ALL'INSERIMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PROTETTE	31
a) Interventi di assistenza domiciliare	31
b) Gruppi appartamento	31
c) Affidamento familiare	32
7.4 – INTERVENTI DI TIPO ECONOMICO	32
a) Assegno terapeutico	32
b) Borse lavoro	32
c) Inserimenti lavorativi	32
8. CASE DI CURA PRIVATE AD INDIRIZZO NEURO-PSICHIATRICO	33

9. CLINICHE PSICHIATRICHE DELLE UNIVERSITA'	35
10. RSA, RAF (Residenza Sanitaria Assistenziale, Residenza Assistenziale Flessibile)	35
11. OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI	36
12. INFORMAZIONI UTILI PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA	38
a) La scelta dello specialista	38
b) Cambiamento della A.T.S.	38
c) Se il malato non vuole recarsi dal medico	38
d) In caso di grave crisi	38
e) T.S.O. – T.S.V. (trattamento sanitario obbligatorio – trattamento sanitario volontario)	39
f) Ricoveri	
g) Le dimissioni premature e forzate	39
h) Come opporsi alle dimissioni da una struttura sanitaria	40
i) Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)	41
j) Permessi orari e congedi per l'assistenza alle persone con handicap	41
k) Congedo straordinario	42
l) Esenzione pagamento ticket sanitari	43
m) Agevolazioni fiscali	43
n) Cooperative di tipo A (servizi a pagamento)	44
o) Multe autobus – tram - ferrovie	44
p) Tessera di libera circolazione	44
q) Diritto alla casa	45
13. INVALIDITA', PENSIONI, INDENNITA'	46
13.1 - L'invalidità civile e lo stato di handicap	46
a) Presentazione della domanda e documentazione necessaria	47
b) Ricorsi	47
c) Domanda di aggravamento	48
13.2 - Sostegno economico	48
a) Assegno ordinario di invalidità	48
b) Pensione di inabilità INPS	49
c) Indennità di accompagnamento	50
d) Indennità di frequenza	51
e) Assegno mensile di assistenza per invalidi civili parziali	52
f) Pensione ai superstiti	53
g) Per gli eredi	54
h) Assegno sociale	54
i) L'assegno al nucleo familiare	54
14. BENEFICI ED EROGAZIONI ECONOMICHE	56
14.1 – Benefici	56
14.2 – Prestazioni economiche	56
15. DIRITTO AL LAVORO	57
15.1 - Norme per il diritto al lavoro dei disabili – Legge 12.3.99 n. 68	57
15.2 - A chi si applica la legge	57
15.3 - Il ruolo dei Centri per l'Impiego	57
15.4 - Cooperative Sociali di tipo B	58
16. MISURE DI PROTEZIONE DELLE PERSONE PRIVE IN TUTTO O IN PARTE DI AUTONOMIA	59
Introduzione	59
16.1 - Inabilitazione	59

16.2 - Interdizione	59
16.3 - L'amministratore di sostegno	59
16.4 – Incapacità naturale	61
17. INDICAZIONI SU STRUMENTI UTILI ALLA FAMIGLIA PER IL “DOPO DI NOI”	62
17.1 – Usufrutto	
17.2 – Donazione	62
17.3 – Sostituzione federcommissaria	62
17.4 – contratto di vendita vitalizia	63
17.5 – contratto di mantenimento	64
17.6 – Trust	64
17.7 – Esecutore testamentario	64
17.8 – Trasferimento di proprietà	64
17.9 – Assicurazioni	65
17.10– Confronto tra rendita vitalizia / fondo d'investimento / titoli di stato	66
17.11– Pensione complementare	67
	68
ALLEGATI	
1. Legge 180 del 13 maggio 1978 – Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.	
2. Legge 833 del 23 dicembre 1978 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale: artt. 33, 34, 35 e 64 che si occupano di psichiatria.	
3. Legge 68 del 12 marzo 1999 – Norme per il diritto al lavoro dei disabili.	69
4. Legge n. 6 del 9 gennaio 2004 – Introduzione del libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all' istituzione dell'amministratore di sostegno e modifica degli artt. 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali.	
5. Fac-simile lettera per opposizione alle dimissioni.	

1. - INTRODUZIONE

La malattia mentale colpisce la popolazione in modo molto più ampio di quanto solitamente si creda. Si tenga presente che solo in Italia circa un milione di persone sono colpite da psicosi maggiori cosiddette “funzionali”, cioè disturbi gravi, i quali non sono che una ristretta fascia dei diversi disturbi psichici meno gravi, ma non per questo meno tragici. La malattia mentale è una sofferenza crudele, temuta e perciò “negata” sia dal malato, per vergogna e paura dello stigma sia dal “sano”, per inconfessato bisogno di rimozione.

Per chi non lo prova, è assai difficile immaginare cosa avvenga in una famiglia al primo insorgere di un grave disturbo psichico di un congiunto e come si possa farvi fronte. Si è disperatamente impotenti di fronte alla sofferenza per lo più inespressa del congiunto, sovente anche gli stessi famigliari non riescono a capire.

Disinformazione, angoscia, sensi di vergogna e colpa, paura del malato in crisi, paura per quanto può succedere a lui, ai fratelli, ai genitori, causano un pesantissimo senso di solitudine e la conseguente chiusura della famiglia in se stessa. E tutto ciò contribuisce a creare un ambiente di “elevata temperatura emotiva” assolutamente negativo per il malato.

Un primo passo per trovare qualche risposta agli interrogativi e una indicazione costruttiva per affrontare il durissimo cammino al fianco del malato è l'avvicinarsi a un'Associazione di Famigliari che, avendo già affrontato il problema, è in grado non solo di offrire comprensione e solidarietà, ma anche di far conoscere leggi, diritti e doveri del malato e della sua famiglia e di offrire un aiuto concreto.

La sofferta convivenza, il timore per l'aggravarsi del malato o degli altri membri del nucleo familiare nei momenti più duri, l'assistere all'avanzare della malattia e alla perdita progressiva delle qualità intellettive e culturali del malato ossessionato da rabbie, ire, paure dei fantasmi che lo annullano, o irrimediabilmente colpito da apatia totale e rifiuto anche per le più elementari funzioni di routine, come una doccia o un pranzo, possono annientare la famiglia distruggendone le capacità reattive. E qui l'Associazione, composta in prevalenza da persone che condividono lo stesso dramma, può sostenerla e aiutarla. Far parte di un'Associazione è la grande possibilità “per non essere soli”, per non cadere sotto al peso di una responsabilità impossibile da sopportare individualmente: il parlare, il confrontarsi, l'esprimere liberamente le proprie angosce senza provare vergogna, danno la forza di sconfiggere ingiustificati sensi di colpa e di reagire.

Il dolore, quando ha cause così profonde e assolute, non si può eliminare. Ma si può lenire.

2. - LA DI.A.PSI. E LE SUE FINALITA'

La DI.A.PSI. (Difesa Ammalati Psicici, ONLUS), associazione di famigliari di malati psichici e di volontari, è nata con il principale scopo di aiutare i malati e i loro famigliari ad affrontare la malattia e i suoi effetti dirompenti e di appoggiarli nella difesa e nella rivendicazione dei loro diritti, contrapponendo all'indifferenza ed all'egoismo i valori della solidarietà.

L'Associazione DI.A.PSI offre alle famiglie:

- accoglienza e ascolto quotidiano;
- uno sportello informativo per la consulenza assistenziale, previdenziale, legale;
- corsi psicoeducazionali per una migliore convivenza con il malato ed una più serena comunicazione familiare;
- corsi sistemici "arcipelago" per facilitare la comunicazione con gli altri e offrire spunti di riflessione sulla propria situazione: un lavoro sia di gruppo che sul gruppo per ridurre l'isolamento;
- incontri di sostegno psicologico per singoli nuclei familiari;
- gruppi di auto-aiuto.

Annualmente la Di.A.Psi tiene per i volontari rigorosamente selezionati, un "corso di formazione" con supervisione permanente. Il corso ha scopo informativo sulle varie patologie psichiatriche, sulla legislazione vigente in materia e sulla motivazione del volontariato in ambito psichiatrico. Viene inoltre illustrata l'importanza dell'attività di risocializzazione nella terapia delle malattie psichiche, in aiuto alla terapia farmacologica e al supporto psicoterapeutico.

L'Associazione dispone di un sito internet : " www.sospsiche.it " volto ad aiutare le famiglie con il sistema "help-line"; lo sportello informativo consultabile in rete 24 ore su 24 contiene, oltre a leggi nazionali e regionali, costantemente aggiornate, riguardanti l'assistenza sanitaria, anche letteratura, strutture, associazioni, indirizzari. E' inoltre attiva una rubrica di "ultimissime" che offre sia una rassegna stampa di notizie sulla salute mentale che dei "forum" riservati sia ai malati che agli altri utenti.

Fra le finalità della DI.A.PSI. vi è quella di sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi del settore attraverso conferenze, articoli su giornali, trasmissioni radiofoniche e televisive, ecc. Inoltre l'Associazione si adopera a stimolare le istituzioni ad affrontare la realtà della salute mentale, facendone una priorità assoluta.

La Di.A.Psi., per affermare il sacrosanto diritto all'assistenza del malato e della famiglia e passare dalla "famiglia ferita" alla "famiglia aiutata" e quindi alla "famiglia alleata", ha predisposto questo manuale il cui intento è quello di aiutare e guidare i volontari nella loro attività.

Inoltre, tutte le azioni svolte dalla Di.A.Psi. si sono dimostrate, negli anni, molto positive per i volontari. In particolare, coloro che intendono diventare operatori in campo psichiatrico, attraverso il corso di formazione e il lavoro con malati e familiari possono acquisire una grande esperienza circa le problematiche della malattia mentale vissuta e sofferta da malati e famiglie.

Le attività della Di.A.Psi. a favore dei malati e dei loro familiari sono gratuite.

3. - LA MALATTIA MENTALE E LE SUE CAUSE

Comprendere la malattia mentale e le sue cause è estremamente difficile ed ancor più arduo è comprendere il malato e convivere con lui.

E' questa una vera malattia che coinvolge le funzioni superiori dell'uomo ma si differenzia da ogni altra. Si tratta infatti di una patologia del pensiero, dell'umore, dell'affettività, della visione della realtà e del comportamento, Tale essenziale differenza ha fatto sì che nel tempo la malattia mentale sia stata colpita da uno stigma generato dalla paura e dall'ignoranza della sua vera natura. Stigma che ancor oggi è presente nella società ed agisce negativamente sia nei riguardi dei malati che delle loro famiglie.

Ma in ogni caso si tratta di una malattia ed è assurdo vergognarsene e tenerne nascosta la presenza, essa deve essere trattata alla stregua di qualsiasi altra malattia senza pregiudizi e idee preconconcette.

Le cause oggi accertate della malattia mentale si dividono in tre gruppi:

1. *cause biogenetiche* (biochimiche ed ereditarie), per le quali comportamenti ed affetti alterati sarebbero espressione di danni biologici, di alterazioni del cervello. Sulla ricerca di tali alterazioni, forse imputabili ad errori genetici ancora sconosciuti, sono avviati molti studi;
2. *cause psicologiche*, per le quali alterati rapporti interpersonali sarebbero prodotti da un arresto o da un'alterazione dell'evoluzione psichica del bambino o dell'adolescente;
3. *cause ambientali/sociali*, per le quali difficoltà sociali, familiari e culturali, e frustrazioni provocherebbero una disarmonica relazione col contesto sociale.

Nel determinare il quadro morboso potrà prevalere l'una o l'altra delle cause citate, ma certamente tutte e tre concorrono nel loro insieme a creare la complessità della malattia psichica.

Pertanto la definizione della malattia va oltre la sola concezione strettamente medica: comportamenti anomali possono essere ragionevolmente riconducibili a un vissuto difficile e a esperienze negative, che hanno innescato la malattia in un soggetto predisposto o fragile.

Le cure pertanto non possono limitarsi alle sole prescrizioni farmacologiche, ma si devono attivare concomitanti cure psicologiche, terapie occupazionali e risocializzanti con progetti definiti secondo l'individualità di ogni paziente.

Uno degli equivoci che si manifesta più frequentemente è quello di confondere il malato psichico con l'handicappato intellettivo o l'insufficiente mentale, cioè con il ritardato mentale o con il celebroleso. Il malato mentale, invece, non presenta deficit dell'intelligenza.

La malattia mentale è, purtroppo, molto diffusa e deve essere diagnosticata il più presto possibile. A volte si manifesta con una crisi acuta, che si risolverà in tempi brevi e che potrebbe anche non ripetersi più, altre volte si tratta dell'esordio di un male latente da tempo, che esplode improvvisamente e destinato a durare per anni o per tutta la vita con alterni periodi di maggior gravità.

Si deve porre molta attenzione al comportamento del bambino e del giovane per scoprire gli eventuali segni premonitori che sono, tra gli altri: le troppo frequenti incoerenze e bizzarrie del comportamento, le illogicità del pensiero, l'incapacità di mantenere l'attenzione, l'appiattimento affettivo, la chiusura in se stesso, i rapidissimi e incomprensibili cambiamenti di umore, la convinzione di subire costantemente ingiustizie, ecc.

Nel caso in cui questi segni si manifestino é necessario consultare, senza allarmismi, un bravo medico psichiatra per chiedere consiglio e seguire un'eventuale terapia.

Si deve sempre tenere presente che le malattie mentali sono difficilmente guaribili spontaneamente e che il malato non curato tende a peggiorare fino ad entrare in uno stato irreversibile.

Le patologie psichiatriche si dividono in due grandi gruppi: nevrosi e psicosi.

3.1 - Nevrosi

- non porta ad un'alterazione profonda della personalità;
- non c'è rottura con il mondo esterno o isolamento, ma solo disadattamento con gli altri;
- non ci sono fenomeni produttivi (allucinazioni, deliri, ecc.);
- in genere non c'è pericolosità sociale;
- il nevrotico è cosciente della malattia, anzi talora è come se volesse esibirla; è alla ricerca continua di rassicurazioni e sa dare una descrizione minuziosa e dettagliata, talora pedante, di tutti i suoi disturbi.

Le nevrosi si differenziano schematicamente in: ansiosa, depressiva, ossessivo-compulsiva (con ripetizione “ossessiva” di gesti e parole) e ipocondriaca (con paura immotivata delle malattie).

3.2 - Psicosi

- porta ad un’alterazione profonda della personalità;
- porta ad una completa rottura con il mondo esterno ed alla creazione di un mondo interno alternativo;
- presenta disturbi psico-sensoriali (allucinazioni visive o uditive, illusioni, ecc.) e turbe del pensiero (deliri);
- lo psicotico può essere pericoloso a sé o agli altri **se non è curato**;
- lo psicotico spesso non ha coscienza della malattia, non ammette di essere malato; questa forse è la caratteristica più importante e anche la più grave, perché lo rende ostile alle cure.

Le **psicosi** si dividono schematicamente in:

Psicosi maniaco-depressive: caratterizzate da un umore molto instabile e, quindi, dal passaggio dall’euforia alla depressione in fasi cicliche che possono durare uno o più mesi all’anno. Nella fase euforica il malato può assumere atteggiamenti di grandiosità assurda: spende tutto quello che ha, compra tutto quello che vede, oppure si sente invincibile e compie gesti rischiosi. Nella fase depressiva è soggetto a disperazione, a insopprimibili sensi di colpa e a sofferenze acutissime che a volte sfociano nel suicidio.

Depressione: è una malattia grave con caratteristiche precise, soprattutto di blocco sia mentale che fisico. La persona malata non ha più voglia di muoversi, di agire, ha una visione nera del futuro, una perdita della percezione reale del tempo e le ore sembrano non trascorrere mai.

Schizofrenia: è la più grave fra le patologie psicotiche, ed è caratterizzata da una forte frattura con la realtà, da una rottura del corso del pensiero, con deliri o con l’instaurarsi di convinzioni assurde come quella d’essere perseguitato, seguito, spiato. Esistono diversi tipi di schizofrenia: i disturbi possono essere a carico **dell’affettività** quando comportano l’incapacità di provare sentimenti, a carico **dell’umore** quando si passa da fasi di eccitazione a fasi di depressione e viceversa, a carico **della percezione** quando si hanno allucinazioni, soprattutto di tipo uditivo (voci spesso minacciose che danno ordini o proibiscono qualcosa). La schizofrenia di solito insorge in età giovanile e può durare a lungo, anche tutta la vita.

Gli schizofrenici sono pazienti sempre a rischio, con periodi di stabilizzazione del male se curati con adeguata terapia di farmaci, di psicoterapia e di attività riabilitative.

Va detto che questa patologia ha diversi livelli di gravità, fino a diventare inabilitante.

Disturbo Borderline: è un disturbo di personalità che viene sinteticamente descritto come grave patologia caratterizzata da instabilità pervasiva dell'umore, delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé, dell'identità e del comportamento, e una più generale anomalia nella percezione del senso di sé.

Il termine *borderline* deriva dall'antica classificazione dei disturbi mentali, raggruppati in nevrosi e psicosi, e significa letteralmente "linea di confine", riferita a pazienti con personalità che funzionano "al limite" della psicosi pur non giungendo agli estremi delle vere psicosi o malattie gravi (come ad esempio la schizofrenia).

4. - LE CURE IN PSICHIATRIA

La malattia mentale è data dall'interazione di fattori costituzionali, genetici ed altri che operano a livello sia psicologico che sociale.

Se da una parte c'è una tendenza che si evolve verso una visione globale della molteplicità di fattori che sono alla base delle cause e del decorso delle malattie mentali, dall'altra c'è la tendenza ad isolare un singolo fattore come spiegazione dei processi patologici. Questa tendenza è peraltro alimentata dagli innegabili e talvolta straordinari progressi delle neuroscienze e degli studi di genetica.

E' plausibile un modello che porti a concepire la malattia come il risultato di una complessa commistione di tratti temperamentali innati, esperienze infantili avverse, disfunzioni neurologiche e biochimiche, a loro volta geneticamente determinate o possibile conseguenza di una combinazione di esperienze negative precoci e di una vulnerabilità congenita.

Per i motivi sopra accennati si può ritenere che il trattamento ottimale, specie nelle patologie gravi, sia dato dall'integrazione di interventi psicofarmacologici, psicoterapici e riabilitativi.

4.1 - GLI PSICOFARMACI

La moderna psicofarmacologia nasce negli anni '50 del secolo scorso con la scoperta della clorpromazina (Largactil), capostipite dei neurolettici, scoperta per caso, come altri psicofarmaci, nel corso di ricerche avviate per sintetizzare nuove molecole per usi non psichiatrici.

Una possibile classificazione degli psicofarmaci è la seguente:

- neurolettici,
- stabilizzatori dell'umore,
- antidepressivi,
- ansiolitici e ipnoinducenti.

a) Neurolettici

Sono farmaci usati nel trattamento dei sintomi psicotici (ad es. nella schizofrenia, nel disturbo schizoaffettivo, negli episodi maniacali e negli episodi depressivi con manifestazioni psicotiche). I cosiddetti antipsicotici classici (clorpromazina, aloperidolo ecc.), attivi attraverso il blocco dei recettori dopaminergici (parti specializzate delle cellule nervose a cui si lega la dopamina, sostanza prodotta dai neuroni), sono efficaci nel controllo dei cosiddetti sintomi psicotici positivi quali allucinazioni, deliri, disorganizzazione del comportamento, agitazione ecc. Non sono efficaci nel trattamento dei sintomi psicotici negativi quali appiattimento affettivo, chiusura, apatia, limitazione nella fluidità del pensiero, mancanza di volontà, compromissione dell'attenzione (sintomi per altro non sempre facilmente distinguibili dai vissuti nei confronti della malattia, o talvolta indotti dall'ambiente poco stimolante o dai farmaci stessi). Gli antipsicotici di prima generazione possono dare spiacevoli effetti collaterali; tra i principali i disturbi del movimento simili al morbo di Parkinson (acinesia, tremore, rigidità), movimenti involontari del volto e della lingua (discinesia tardiva), aumento dell'ormone prolattina con amenorrea e galattorrea.

Per il trattamento dei disturbi del movimento e del tono muscolare indotti da neurolettici si possono usare i farmaci anticolinergici (biperidene, orfenadrina ed altri), a loro volta non privi di effetti collaterali.

La situazione è migliorata con la disponibilità dagli anni '90 dei cosiddetti antipsicotici atipici (risperidone, clozapina, quetiapina, olanzapina, aripiprazolo), che bloccano i recettori della dopamina e della serotonina; questi farmaci, pur non privi di effetti collaterali importanti (a seconda dei casi aumento ponderale, diminuzione dei globuli bianchi ecc.), provocano scarsa presenza di sintomi parkinsoniani e sono più efficaci sui sintomi negativi.

Per alcuni antipsicotici sia tipici (aloperidolo, zuclopentixolo, flufenazina, perfenazina) che atipici (risperidone) esistono preparazioni cosiddette depot o long-acting che permettono un'unica somministrazione per via intramuscolare ogni 2-4 settimane: il principio attivo del farmaco è legato a sostanze che ne permettono una lenta e continua liberazione nel sangue per cui l'azione di ciascuna somministrazione è prolungata. Possono essere utili in quelle situazioni in cui c'è una scarsa affidabilità del paziente nell'assunzione regolare della terapia prescritta.

b) Gli stabilizzatori dell'umore

Sono farmaci usati nel trattamento delle fasi maniacali del disturbo bipolare, patologia caratterizzata da episodi sia maniacali (euforia, iperattività, onnipotenza, aggressività ecc.) che depressivi, e nella prevenzione di nuovi episodi.

Vengono usati il litio, alcuni antiepilettici (valproato, carbamazepina, gabapentin, topiramato e lamotrigina) e gli antipsicotici atipici (in particolare l'olanzapina).

Il litio è efficace ma poco maneggevole; può in particolare provocare effetti indesiderati a livello renale, cardiaco e tiroideo e la bassa soglia al di sopra della quale può provocare una grave intossicazione costringe spesso a controllare il dosaggio nel sangue.

Gli altri farmaci sono più maneggevoli, pur presentando anch'essi effetti indesiderati. Il valproato è di prima scelta in quelle forme in cui ci sono rapidi viraggi dalla depressione all'euforia o quando coesistono sintomi maniacali e depressivi.

c) Gli antidepressivi

Sono farmaci indicati nel trattamento delle forme depressive più gravi, denominate episodi depressivi maggiori, e nei disturbi d'ansia quali il disturbo da attacchi di panico con agorafobia, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo ossessivo compulsivo; trovano indicazione anche nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

Gli antidepressivi di prima generazione (imipramina, amitriptilina, clorimipramina, nortriptilina ecc.), efficaci sul piano clinico, provocano una serie di fastidiosi effetti collaterali e vanno somministrati con cautela a cardiopatici, epatopatici, anziani, epilettici.

Dagli anni '80 sono disponibili farmaci antidepressivi che agiscono in modo selettivo sulla serotonina (l'aumento dell'attività dei neuromediatori serotonina e noradrenalina ha effetto antidepressivo) quali la fluoxetina e successivamente fluvoxamina, paroxetina, citalopram, sertralina ecc.. Altri farmaci comparsi più di recente, con meccanismo d'azione più complesso sono la venlafaxina, la mirtazapina, la duloxetina. Questi farmaci si sono mostrati efficaci ma soprattutto più maneggevoli, causando minori e meno gravi effetti indesiderati.

La tendenza oggi, anche a fronte della maggiore maneggevolezza, è di prescrivere tali farmaci per periodi prolungati, oltre la risoluzione dell'episodio depressivo.

d) Gli ansiolitici e ipnoinducenti

L'ansia è uno stato soggettivo caratterizzato da paura, tensione emotiva, spesso accompagnato da sintomi fisici (tremori, sudorazione, dolori diffusi o localizzati, sensazione di fame d'aria, vertigini ecc.). E' un fenomeno diffuso e gli ansiolitici sono tra i farmaci più soggetti ad uso improprio o abuso.

L'intervento farmacologico nell'ansia dovrebbe limitarsi a sostenere altri interventi farmacologici, psicoterapeutici e ambientali volti a identificare e modificare i fattori che hanno condotto al manifestarsi del disagio.

Gli ansiolitici più usati sono le benzodiazepine (dal clordiazepossido e il diazepam sintetizzati negli anni '60 seguiti da lorazepam, bromazepam fino all'alprazolam, triazolam ecc.), che oltre ad una attività ansiolitica posseggono un'attività ipnoinducente (favoriscono l'addormentamento) e miorilassante (consentono un rilassamento muscolare).

Le benzodiazepine costituiscono un gruppo omogeneo di composti che si differenziano per la durata d'azione per cui alcune sono indicate come ansiolitici, altre come ipnoinducenti.

Provocano effetti indesiderati quali sonnolenza, vertigini, disturbi dell'equilibrio e della motilità, depressione respiratoria in pazienti con insufficienza respiratoria; inoltre possono arrecare fenomeni di dipendenza, tolleranza (diminuzione dell'efficacia nel tempo a parità di dosaggio), astinenza.

4.2 - LA RIABILITAZIONE

La malattia compromette le funzioni psichiche, rende difficili la comprensione della realtà circostante e la comunicazione con gli altri, porta all'isolamento.

La riabilitazione psicosociale si pone come obiettivo aiutare le persone affette da gravi disturbi mentali ad utilizzare le abilità emotive, relazionali e sociali necessarie per vivere nel modo più autonomo possibile e sviluppare al massimo le proprie potenzialità nell'ambiente in cui vivono.

Partendo da una valutazione delle capacità integre e di quelle compromesse, viene stilato con il paziente un programma che tiene conto di capacità, interessi, livello culturale, gravità della patologia. I programmi riabilitativi mirano a migliorare la capacità di comunicazione e relazione con gli altri, la consapevolezza di sé e l'autostima, la capacità di progettare e realizzare la vita quotidiana.

E' un percorso lungo e graduale che richiede l'interazione di figure professionali diverse e l'uso di varie tecniche quali arteterapia, musicoterapia, attività di espressione corporea ma che si realizza anche in attività lavorative e di semplice vita quotidiana.

4.3 - LA PSICOTERAPIA

Per psicoterapia si intende una terapia basata sul presupposto che il disagio e la sintomatologia che una persona presenta possano essere influenzati dalla relazione con altre persone.

Esistono vari tipi di psicoterapie (psicodinamiche, sistemico-relazionali, comportamentali, cognitive ecc.) che si differenziano per i presupposti teorici e le tecniche di intervento.

Le indicazioni sono varie, riguardano in particolare disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi di personalità. Va però sottolineato che anche nelle patologie più gravi è opportuno che ci sia un intervento psicoterapeutico, con funzioni di sostegno, integrato con gli altri interventi di tipo farmacologico e riabilitativo.

4.4 - LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

Una valutazione dell'efficacia di un trattamento farmacologico o di altro genere in psichiatria può non essere semplice in quanto la malattia ha un suo corso naturale, a prescindere dai farmaci (questo è stato ben osservato nel lungo periodo che ha preceduto la nascita della moderna psicofarmacologia). Inoltre è influenzata dalle tappe dello sviluppo della persona, dagli eventi di vita, dalla vulnerabilità, dalle aspettative. Un ruolo importante possono averlo le variabili storiche o sociali; basti pensare cosa hanno comportato la chiusura dei manicomi, la legge 180 e la comparsa di nuove realtà istituzionali.

Infine il farmaco ha un suo significato simbolico e si colloca all'interno di una relazione che lega medico e paziente; questo è un elemento che di fatto influenza l'efficacia di qualsiasi intervento .

La terapia farmacologica è efficace non solo su base biochimica ma anche come mezzo che rende il paziente accessibile alle elaborazioni psicologiche; spesso solo attraverso l'intervento psicoterapico si possono capire i significati negativi attribuiti al farmaco e la non adesione del paziente al trattamento proposto.

4.5 - VALUTAZIONI DI ORDINE GENERALE

Le malattie mentali gravi sono fenomeni estremamente complessi e purtroppo mancano terapie risolutive, sia per la complessità stessa di tali fenomeni sia per l'attuale ignoranza al riguardo.

Diventa essenziale che i medici e tutti coloro che si occupano della cura mirino a un programma di cura che ponga al centro i bisogni del paziente; in altre parole che non privilegino alcun tipo di intervento ma che si chiedano che cosa sia importante per quel paziente in quel momento della sua vita e della sua storia di malattia. Parimenti sono importanti gli interventi educativi e di sostegno sull'ambiente che circonda il paziente, a partire naturalmente dalla famiglia, in modo che essa possa diventare realmente una risorsa.

5. - IL RUOLO DELLA FAMIGLIA

Il manifestarsi della malattia mentale in uno dei membri di una famiglia costituisce un elemento dirompente all'interno della famiglia stessa.

Dapprima vi è l'incomprensione. Non si capisce cosa stia succedendo, di quale malattia si tratti, molte volte ci si illude, più o meno consapevolmente, che si tratti di una cosa passeggera, che guarirà in breve tempo.

E' assai difficile riconoscere che il proprio congiunto, figlio, marito, fratello, sia malato di mente; si attribuiscono i suoi comportamenti ad altre cause, li si giustifica con le circostanze. Ma poi arriva il momento in cui ci si deve arrendere e riconoscere che il proprio congiunto è malato e deve essere adeguatamente curato. Allora si cerca disperatamente un aiuto, una soluzione, qualcosa che risolva la situazione e lentamente si impara ad affrontare la dolorosa esperienza.

La presenza di un malato psichico stravolge la vita della famiglia, mina l'equilibrio degli altri suoi membri, per essi diventa sempre più difficile mantenere quella normalità che permette di salvaguardare la loro salute mentale e nel contempo aiutare l'ammalato. Si crea un'atmosfera di frustrazione e di angoscia con sentimenti di insofferenza verso il malato da parte di alcuni componenti della famiglia, per cui non se ne comprende più la sofferenza. La famiglia stessa spesso si disgrega. A tutto questo si aggiunge molte volte la difficoltà di far curare il malato che spesso si oppone alle cure, considerandosi perfettamente sano.

Sovente i rapporti con i Servizi Psichiatrici sono critici, i familiari hanno l'impressione che il loro caso venga trascurato o non adeguatamente trattato; gli operatori si sentono assillati dalle richieste dei familiari.

Le difficoltà economiche in cui si dibatte da sempre la sanità italiana complicano e rendono difficoltosi gli interventi.

Indifferenza, paura, incomprensione, diffidenza sospetto circondano la malattia mentale costituendo una barriera fra l'ammalato ed il resto del mondo; molto spesso anche gli stessi familiari si vergognano e tendono a nascondere come se si trattasse di una colpa e non di una malattia come tutte le altre.

Dopo un lungo periodo di colpevolizzazione della famiglia¹ attualmente se ne è

¹ Il rapporto tra malattia mentale e responsabilità morale che la vecchia psichiatria custodialistica incentrava sul malato "sorvegliato e punito" è stato specularmente ribaltato dall'antipsichiatria, che ha colpevolizzato la società repressiva borghese produttrice di malattia e la famiglia che non vuole (o non può) accogliere il malato al suo interno.

riscoperto il ruolo fondamentale nel percorso terapeutico del malato, ma a questo riconoscimento non sempre seguono nella pratica, da parte dei Servizi Psichiatrici, atteggiamenti e comportamenti conformi.

Molte volte la presa in carico della persona malata da parte del Servizio Psichiatrico avviene con difficoltà, dopo molte insistenze da parte dei famigliari; ne risulta che le fasce più deboli, meno informate e meno combattive rischiano di non essere adeguatamente assistite.

Ad eccezione dei brevi periodi di ricovero per crisi o dei periodi di inserimento del malato nelle comunità, la famiglia, se esiste, è il luogo di vita del malato e pertanto riveste un ruolo fondamentale nella sua cura. E' necessario tenere presente alcuni principi basilari, evitando errori e comportamenti sbagliati che potrebbero aver contribuito alla manifestazione della malattia.

Si deve tentare di rasserenare l'ambiente familiare. La freddezza e l'ostilità vengono percepite negativamente dal malato; anche l'atteggiamento iperprotettivo, l'eccessiva apprensione, l'emotività vanno evitati; è stato osservato che un clima più disteso genera un diradarsi delle crisi e una migliore stabilità del malato.

E' bene che i famigliari non facciano del malato l'unico, ossessivo, centro delle loro attenzioni, ma continuino a coltivare interessi all'esterno, a frequentare gli amici, senza rinchiudersi in loro stessi e senza vergognarsi del famigliare ammalato.

Si deve comprendere (evitando di assecondare le sue manie) e accettare il fatto che gli atteggiamenti del malato, a volte ingiuriosi, di rifiuto di apatia o di odio non dipendono dalla sua volontà e non corrispondono veramente al suo sentire, ma derivano dalla sua malattia.

Si deve combattere quel sentimento di tristezza e di abbandono che colpisce così spesso tutti i membri della famiglia, minando la loro capacità di lotta e di reazione.

Se il malato è cosciente del suo stato e consente a curarsi è bene che provveda lui stesso a seguire regolarmente le terapie ed all'assunzione dei medicinali. Spesso, il malato non accetta l'idea di curarsi e rifiuta le medicine; in questo caso è importante che i famigliari facciano su di lui pressione, sia pure con discrezione, affinché segua la terapia o siano essi stessi a somministrare i farmaci. E' bene che i famigliari osservino con attenzione il comportamento del malato per fornire allo psichiatra, con cui dovranno tenersi in contatto costante, le necessarie informazioni circa lo stato di salute e l'effetto dei farmaci.

Fra curante e famigliari dovrebbe esistere un'alleanza terapeutica; purtroppo questo non sempre si verifica, sia per cause derivanti dall'atteggiamento degli operatori (desiderio di rapportarsi solo con l'ammalato per conquistarne la fiducia), che dei famigliari (eccessiva ingerenza).

Se la situazione si aggrava è necessario agire tempestivamente, prima che diventi drammatica, chiedendo l'intervento dello psichiatra e, se necessario, provvedendo al ricovero obbligatorio.

Riassumendo, per una migliore convivenza col malato, è bene seguire le seguenti regole:

1. Cercare di non modificare il proprio comportamento e di agire naturalmente.
2. Non accentrare la vita di tutti attorno al malato ma coltivare i rapporti sociali, gli interessi, gli affetti all'esterno della famiglia.
3. Se non si sa cosa dire o fare, limitarsi ad ascoltare.
4. Non aspettarsi progressi troppo rapidi, non coltivare speranze troppo grandi. Si deve seguire con pazienza il cammino giornaliero che a volte presenta delusioni e arretramento.
5. Non scoraggiare il malato disapprovandolo e facendo continui confronti con altre persone o con le sue precedenti capacità. Usare il suo passato come raffronto sempre e soltanto quando questo è positivo.
6. Cercare di mantenere l'ambiente circostante calmo e tranquillo. Evitare, nei limiti del possibile, le situazioni stressanti.
7. Rispettare il desiderio di isolamento del malato, che può durare anche giorni, pur rimanendo sempre disponibili.
8. Si devono stabilire all'interno della famiglia delle regole che vanno rispettate. I comportamenti aggressivi o troppo disturbanti non devono essere tollerati. Ricordarsi che la presenza di regole dà sicurezza anche all'ammalato.
9. Comunicare col congiunto malato in maniera chiara, semplice, concisa. Troppe parole creano confusione.
10. Seguire scrupolosamente le prescrizioni ed i consigli del medico curante.

6. – A CHI RIVOLGERSI

Il medico di base è il perno dei cosiddetti "servizi di primo livello", ovvero i servizi che costituiscono il punto di riferimento di pazienti o familiari che per la prima volta si trovano ad affrontare situazioni di disagio o disturbo mentale.

Infatti, occorre saper distinguere “situazioni di disagio” dai “disturbi”.

- il Disagio, è una situazione di sofferenza psichica che può essere definita fisiologica in quanto compagna di momenti stressanti propri della vita umana, come un lutto, un abbandono, una delusione ecc.;
- il Disturbo mentale, situazione caratterizzata da una sofferenza psichica che raggiunge livelli di intensità elevata, sia perchè lo stato di disagio precedente non ha trovato possibilità di espressione, e quindi di soluzione, sia perché lo sforzo di adattamento richiesto dalla situazione stressante è, in quel momento della vita, superiore alle risorse dell'individuo stesso e del suo contesto di appartenenza;
- il Disturbo stabilizzato, malattia mentale, è la condizione di quelle persone che mantengono nel tempo un quadro di alterazioni, più o meno stabilizzate, a seconda della loro adesione alle terapie. Non solo le alterazioni del comportamento, del pensiero, dei vissuti della persona perdurano nel tempo, ma alimentano a loro volta le reazioni dell'ambiente circostante.

Il Medico di Base è in grado di aiutare il paziente a distinguere in quale di questi stati egli si trova e, in quanto interlocutore abituale del paziente, è indicato dal Servizio Sanitario Nazionale come il migliore primo gradino di assistenza al quale rivolgersi in caso di necessità. Se lo riterrà opportuno sarà lui stesso a indicare al paziente se il problema segnalato è affrontabile senza ulteriori apporti specialistici o, in caso contrario, sarà necessario andare oltre.

In quest'ultimo caso il Medico di Base è in grado di fornire tutte le informazioni e di guidare il paziente verso i servizi specialistici di "secondo livello", quelli che intervengono quando la presenza di un disturbo mentale è acclarata.

Gli specialisti: chi sono, come sceglierli.

Gli esperti della psiche sono: lo psicologo, lo psicoterapeuta, lo psichiatra, il neurologo ed in alcuni casi il sessuologo: professionisti dotati di lauree e preparazioni molto diverse.

Lo psicologo

E' il primo specialista cui ricorrere per problematiche ad andamento psicologico che non richiedano una terapia, cioè una vera e propria cura.

Non essendo un medico, lo psicologo non può prescrivere farmaci ma, come studioso della psiche umana è in grado di consigliare le persone nei periodi critici riguardanti sia vicende familiari che eventi particolarmente dolorosi della vita aiutandole a ritrovare la serenità perduta.

Lo psicoterapeuta

Solo i medici e gli psicologi possono diventare psicoterapeuti. Essi agiscono per curare, con le psicoterapie, i disturbi della psiche (psicopatologie).

Lo psicoterapeuta copre un campo d'azione molto vasto che comprende disturbi anche non gravi; non cura con i farmaci ma prevalentemente attraverso la parola. Solo lo psicoterapeuta medico però può prescrivere anche i farmaci in aggiunta al percorso psicoterapeutico. Egli interviene sia in situazioni di disagio emotivo molto forte che la persona da sola non riesce ad affrontare che in tutti i disturbi del comportamento che non possono essere risolti senza l'aiuto di uno specialista.

La specializzazione e l'esperienza sono importanti perché garantiscono il paziente in quanto il professionista si propone di modificare comportamenti, pensieri ed emozioni che lo disturbano. E' perciò essenziale che lo psicoterapeuta abbia tutte le competenze diagnostiche e la piena padronanza dei metodi di cura.

Lo psicoanalista

Tratta i disturbi mentali sondando, portando alla luce e analizzando i contenuti inconsci (oltre a quelli consci) della psiche dei pazienti.

Esistono scuole ad indirizzo e molte altre che si rifanno ad allievi di Freud, come quella di Jung.

La psicoanalisi utilizza il racconto che il paziente fa di sé, dei suoi ricordi, dei suoi meccanismi interiori; attraverso il racconto il paziente si rende conto dei meccanismi che regolano l'inconscio e le ragioni del disagio.

Lo psichiatra

E' il medico che cura le malattie di origine psicologica o mentale con terapie farmacologiche.

E' autorizzato a prescrivere psicofarmaci. Una terapia psichiatrica richiede una accurata visita preliminare, tramite colloqui ed eventuali test, al fine di formulare una diagnosi precisa. In questa fase molti medici considerano utile il DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), in particolare il DSM-IV ed il sistema ICD - International Classification of Diseases come riferimenti.

Il neurologo

E' il medico che cura le malattie del sistema nervoso come le lesioni al cervello, l'epilessia, il morbo di Parkinson, i traumi cranici.

Spesso la competenza del neurologo si sovrappone a quella dello psicoterapeuta o psichiatra in quanto le malattie neurologiche si riflettono in disturbi del comportamento, dell'umore e altri. Al neurologo si può affiancare il **neuropsicologo**, un laureato psicologia che ha seguito un corso di specializzazione in neuropsicologia.

Il sessuologo

E' il professionista che cura i disturbi della sfera sessuale (impotenza, frigidità, ecc.) attraverso terapie di tipo psicologico. Aiuta a ridimensionare paure o convinzioni sbagliate sul sesso e a migliorare la relazione con il partner. Spesso è affiancato da un ginecologo o un andrologo che suggeriscono cure per disturbi fisici.

7. - L'ASSISTENZA PSICHIATICA

Le leggi che regolano la psichiatria in Italia sono:

- La legge 180 del 1978, legge nazionale di riforma psichiatrica (che ebbe come scopo principale quello di chiudere i manicomi) e gli art. 33 e seguenti della legge 833/78 in cui i contenuti della legge 180 sono stati incorporati.
- Il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000” (Dpr. 10/11/1999), che ridefinisce i criteri per l’assistenza psichiatrica sul territorio e dalle “Linee di Indirizzo per la salute mentale” approvate con l’intesa del 20 marzo 2008 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Trattasi di “atti di indirizzo” e non di una legge. Essi indicano strategie di intervento mediante Servizi Psichiatrici e Socio Sanitari congiunti e tipi di strutture che sarebbero necessarie. Mancano norme obbligatorie che solo una legge vera e propria può renderle tali.
- Leggi psichiatriche regionali che non possono essere in contrasto con la legge nazionale.
- Il decreto legislativo 502/1992 all’art. 14 afferma che “il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio (o dell’ospedale, n.d.r.), a richiesta degli assistiti adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell’assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse da parte dell’interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione competente, osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro 15 giorni dal momento in cui l’interessato abbia avuto conoscenza dell’atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi. Tali opposizioni vanno indirizzate al Direttore generale della ATS o dell’azienda, che decide in via definitiva o comunque provvede entro 15 giorni, sentito il Direttore sanitario”. La procedura suddetta impedisce di procedere per via legale.

- D.P.R. 14/1/199 che approva l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Attualmente l'assistenza psichiatrica in Italia presenta diverse disomogeneità da regione a regione in quanto il progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" (D.P.R. 10/11/1999) non è stato applicato in modo omogeneo.

In Lombardia vige la legge regionale n. 61 del 23/10/1989 ("Disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e la riorganizzazione dei Servizi Psichiatrici") e la D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997 che stabilisce gli standards strutturali e organizzativi del Dipartimento di Salute Mentale ² Ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) è dotata di un Dipartimento di Salute Mentale il quale è strutturato in Centri di Salute Mentale facilmente rintracciabili sulle normali guide telefoniche o su Internet.

Descriviamo i tipi di strutture oggi previste ma non sempre pienamente realizzate sul territorio sia per mancanza di fondi che per ideologie diverse.

7.1 - I SERVIZI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

a) DSM - Dipartimento di Salute Mentale

Il DSM rappresenta l'assetto delle strutture proprie dell'Assistenza Psichiatrica della ASL - Azienda Sanitaria Locale. E' dotato di strutture ospedaliere, ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali. E' diretto da un Direttore il quale assicura il coordinamento fra le articolazioni organizzative ed è responsabile di tutte le attività svolte dal Dipartimento nonché della gestione delle risorse assegnate.

Il budget del DSM viene negoziato annualmente dal suo direttore con la direzione generale dell'azienda sanitaria, in funzione degli obiettivi prefissati, previa valutazione dei risultati raggiunti. In proposito va precisato che, nonostante l'assenza di una precisa indicazione nel Progetto Obiettivo 98-2000, in sede di stesura della norma il Ministro della Sanità e le Regioni si sono assunti l'impegno formale di destinare almeno il 5% del Fondo Sanitario Nazionale per le attività dei DSM.

E' opportuno rivolgersi sempre al DSM del proprio territorio.

² Attualmente in fase di modifica e/o abrogazione da parte di un "gruppo di lavoro" formato da esperti.

b) Carta dei servizi

La Direzione del Dipartimento provvede alla stesura e relativa diffusione della carta dei servizi della ASL di appartenenza per quanto riguarda la parte inerente i servizi di salute mentale.

La carta dei servizi comprende come minimo:

- la descrizione delle strutture presenti, con modalità di accesso e orari;
- la descrizione delle priorità del DSM e delle principali attività svolte;
- l'indicazione dei responsabili;
- le modalità di segnalazione dei reclami e l'impegno a dare loro risposta ³;
- l'indicazione dei tempi di attesa prevedibili;
- i costi per gli utenti;
- l'impegno dei DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni dei famigliari, degli utenti e di volontariato.

c) CSM - Centro di Salute Mentale e/o CIM – Centro di Igiene Mentale

E' una struttura sanitaria che svolge attività di assistenza in regime ambulatoriale e domiciliare a favore di pazienti psichiatrici adulti. E' la sede del progetto terapeutico individuale e degli interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici e socio-terapeutici ambulatoriali, nonché il centro organizzativo degli interventi a domicilio e nelle comunità alloggio; collabora al "progetto terapeutico" dei propri pazienti ricoverati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e nelle Comunità Terapeutiche. Collabora con l'Organizzazione Distrettuale e con i Medici di Medicina Generale.

E' il primo interlocutore della popolazione ed è il luogo in cui sono espresse le domande di assistenza provenienti dalle singole persone o dal loro entourage familiare, professionale, sociale e scolastico.

Eroga prestazioni di accoglienza, visite specialistiche, colloqui psicologici, presa in carico del paziente ed elaborazione dei progetti terapeutici, valutazione per inserimenti residenziali e semiresidenziali, terapie farmacologiche, visite a domicilio, ecc.

³ Si rammenta che, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 3 della legge 241/90 e s.m.i., e, dall'art. 328 del codice penale (come modificato dalla legge 26 aprile 1990 n. 86), la risposta scritta deve pervenire entro il termine di novanta giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Gli orari di apertura variano a seconda del CSM ma dovrebbe essere attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per sei giorni la settimana.

Se il malato ha una crisi e il familiare chiede un intervento a domicilio dello psichiatra e questo non viene, si può configurare il reato di omissione di soccorso.

Tra le varie azioni di intervento che il CSM deve effettuare, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, vi è quella di adottare programmi di aiuto alle famiglie con malati mentali, per sostenere i gravi carichi assistenziali che esse affrontano quotidianamente.

d) Day Hospital

E' una struttura semiresidenziale (non ospedaliera) per accertamenti diagnostici e trattamento terapeutico a medio e lungo termine. E' utilizzata da pazienti con disturbi psichici sub- acuti e ha lo scopo di facilitare le dimissioni di pazienti gravi o con concomitanti patologie mediche che necessitano ancora di monitoraggio. Per alcuni pazienti si pone in alternativa al SPDC.

E' aperto almeno 8 ore al giorno per 5 giorni la settimana.

E' collegato con il CSM e con l'SPDC ed è dotato di posti letto per le emergenze.

e) Centro Diurno

Si tratta di una struttura semiresidenziale di tipo socio-assistenziale con funzioni terapeutiche-riabilitative collocata in ambito territoriale.

Accoglie pazienti psichiatriche nelle ore diurne su proposta dell'equipe terapeutica che li ha in cura nel Centro di Salute Mentale. Rappresenta uno dei trattamenti privilegiati per alcune forme di psicosi e per le schizofrenie, in quanto consente di curare i pazienti, senza allontanarli completamente dalla famiglia.

La cura consiste nel ricreare le condizioni emotive e psicologiche, affinché il malato possa condurre una vita affettiva, familiare e sociale migliore, recuperando quelle abilità che sono andate perdute.

La finalità dei laboratori del Centro Diurno è sempre terapeutico-riabilitativa ma, a seconda della patologia del paziente e delle caratteristiche di detto "Centro", può essere orientata verso un'attività clinica o verso un intervento di preformazione lavorativa. Il lavoro clinico, diretto sia ai pazienti che ai loro familiari, e la riabilitazione sono mirati anche ad un recupero sociale.

Tali Centri possono essere dati in gestione al privato sociale, sempre sotto la responsabilità dei DSM.

Sono aperti almeno 8 ore al giorno per 5 giorni la settimana.

f) S.P.D.C. - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura costituisce il presidio ospedaliero dedicato alle cure ed è in stretto collegamento con il DEA - Dipartimento di Emergenza e Accettazione del pronto soccorso.

E' situato presso un ospedale e accoglie i pazienti in situazioni di crisi che richiedono una terapia urgente e che hanno bisogno di trattamenti ospedalieri.

Eroga Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatori (Trattamento Sanitario Obbligatorio – TSO – vedere “Informazioni utili per l’assistenza psichiatrica” cap. 12).

Dispone di un numero non superiore a 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per attività comuni.

Il ricovero avviene per iniziativa e su invio dei medici del Centro di Salute Mentale, del Medico di famiglia, tramite il 118 o spontaneamente.

Ogni Servizio Dipartimentale Psichiatrico dispone, per le esigenze di diagnosi e cura ospedaliera del proprio territorio, di un S.P.D.C. detto anche “repartino”.

Per un ricovero che richieda una lunga durata con cure appropriate, e per un significativo recupero del malato, al momento, non esistono strutture intermedie ma solo Case di Cura private ad indirizzo neuro-psichiatrico e Comunità Terapeutiche, entrambe sono convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.

E' compito del medico curante e degli assistenti sociali adoperarsi per trovare al malato un posto libero in una Casa di Cura o nelle Comunità Terapeutiche per poter continuare le cure. Molto spesso, però, per mancanza di posti liberi, o per mancanza di risorse economiche, dopo il ricovero in S.P.D.C., si tende a rimandare a casa la persona malata benché ancora bisognosa di cure e tutt’altro che migliorata. Pertanto, se non si è in grado di assistere al domicilio il proprio congiunto e, se non è garantita la continuità terapeutica con l’assistenza domiciliare o con l’inserimento in altra struttura idonea, occorre opporsi alle dimissioni. L’opposizione va effettuata con lettera raccomandata (vedere fac-simile negli allegati).

g) 118 -

Il 118, servizio telefonico di pronto intervento cittadino, è, insieme al Medico di base, il servizio di assistenza di primo livello.

A differenza del Medico di base, al 118 vi si ricorre nelle emergenze-urgenze psichiatriche. Esso deve essere utilizzato con modalità ben definite qualora la patologia si estrinsechi in stati di alterazione tali che non consentono al soggetto di autovalutarsi e di acconsentire ad un approccio volontario alla struttura.

Il Ricorso al 118 può avvenire per:

1. emergenza che riguarda **persona non nota alla struttura pubblica** (persone disagiate senza fissa dimora, situazioni non chiare di pertinenza psichiatrica con o senza altra malattia somatica, primi episodi di scompenso acuto in persone non seguite dalla struttura pubblica – cioè dal Centro di Salute Mentale). Il personale del 118 andrà sul posto, valuterà il caso e disporrà l'invio alla struttura più idonea;
2. emergenza che riguarda **persona già seguita dalla struttura pubblica**: questa persona, ovvero i suoi familiari, devono rivolgersi direttamente al CSM, che valuterà il caso e disporrà il da farsi (ascolto telefonico, visita e terapia a domicilio, ricovero ospedaliero o in Day Hospital, in SPDC, accoglienza in altra struttura anche per breve osservazione, consulenza internistica o chirurgica ecc.). Se il ricorso al CPS non è possibile si ricorre al 118.

In caso di crisi acuta, se il malato non consente ad essere accompagnato al pronto soccorso,

L'intervento di personale specializzato a domicilio è molto importante perché spesso riesce a tranquillizzare il malato evitando un eventuale ricovero o a rendere il ricovero stesso meno traumatico.

h) Pronto Soccorso

Si trova nell'ospedale pubblico di zona, è aperto 24 ore su 24.

Uno psichiatra ha l'obbligo di reperibilità ed in caso di chiamata deve intervenire immediatamente.

In caso di crisi di particolare gravità, se il paziente è consenziente, può essere accompagnato direttamente al Pronto Soccorso, se non è consenziente occorre chiamare la Guardia Medica. Lo psichiatra del Pronto Soccorso, se lo riterrà necessario, potrà provvedere al ricovero in SPDC – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura -, se non lo ritiene necessario il malato fa ritorno a casa.

i) Ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile

Ha l'importantissimo compito della diagnosi precoce nel caso di danni neuromotori, di disturbi ed anomalie dello sviluppo affettivo e relazionale e nella patologia neurologica ed epilettica

in particolare. Attua interventi terapeutici e di appoggio alla famiglia. Ci si rivolge a tale struttura per i bambini dalla nascita fino ai 18 anni.

7.2 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE - STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

a) Comunità Terapeutiche

Sono un presidio sanitario ove vengono effettuati interventi terapeutici e psico-riabilitativi di lunga durata, in condizioni di residenza protetta, con assistenza continuativa nelle 24 ore, per quei pazienti che, per la presenza di costanti alterazioni psichiche, siano incapaci di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali e sociali.

Possono essere pubbliche o private convenzionate e sono suddivise in due tipologie “A” e “B” caratterizzate da diverse funzioni e livelli assistenziali.

L’inserimento avviene tramite invio del CSM.

Comunità di Tipo “A”: sono di elevata intensità terapeutica ed intervento riabilitativo; il tempo di permanenza è definito sulla base del progetto terapeutico individuale e comunque non è superiore a 36 mesi. Hanno un massimo di 2 posti letto per pazienti in fase sub-acuta o iniziale di un progetto riabilitativo.

Comunità di Tipo “B”: sono di medio livello di protezione e di intervento riabilitativo; il tempo di permanenza è più prolungato in funzione dei progetti terapeutici, per pazienti in fase già avanzata del percorso riabilitativo. Hanno un massimo di 20 posti letto.

Le strutture private sono sottoposte alla vigilanza, al controllo e alla verifica di qualità da parte delle ASL.

Appartengono al settore sanitario e sono totalmente a carico della ASL

b) Centro Terapie Psichiatriche

E’ una struttura sanitaria extra-ospedaliera di 12/20 posti letto.

E’ il presidio ove vengono effettuati gli interventi terapeutici e psico-riabilitativi - anche in situazioni di residenzialità protetta diurna, notturna o continuativa - che richiedono specifici strumenti, strutture e modalità operative.

Il Centro Terapie Psichiatriche riunisce in una sintesi funzionale ed organizzativa:

- un Centro Diurno per le attività psico-terapeutiche, occupazionali e risocializzanti, alle quali partecipano sia i pazienti ospiti delle strutture residenziali sia i pazienti esterni;

- una Comunità Terapeutica, con assistenza infermieristica continuativa e con ospitalità residenziale per quei pazienti che, per la loro sintomatologia, richiedono un intervento terapeutico intensivo a medio-lungo termine.

Appartiene al settore sanitario ed è totalmente a carico della ATS

c) Comunità alloggio

E' un presidio socio-assistenziale a carattere residenziale per quei pazienti psichiatrici che, pur avendo una sufficiente capacità di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali, presentano rilevanti difficoltà relazionali che impediscono una normale collocazione abitativa in famiglia e altrove.

E' utilizzato a supporto di un progetto terapeutico-riabilitativo gestito dal C.S.M. competente per territorio. E' garantito uno stile di vita "familiare". Ha un massimo di 10 posti letto.

Alla funzione terapeutico-riabilitativa provvede il CSM competente per territorio con personale proprio o in convenzione, ovvero i pazienti possono fare riferimento al Centro Diurno.

I livelli di assistenza e protezione variano in funzione della tipologia degli ospiti e del progetto terapeutico/riabilitativo individuale.

Per la gestione alberghiera (approvvigionamento, refezione, pulizia e lavanderia) nonché per le attività assistenziali il servizio socio-assistenziale si avvale di risorse proprie, dei servizi di assistenza delle ATS o del Comune nonché della cooperazione sociale. Le funzioni di approvvigionamento, refezione, lavanderia e pulizia possono essere svolte con la partecipazione degli ospiti. Tali attività, benché opzionali, sono parte integrante del progetto riabilitativo.

Appartengono al settore socio-sanitario a cui possono essere applicati i L.E.A. - Livelli Essenziali di Assistenza (ved. Cap. 12.i).

7.3 - INTERVENTI ALTERNATIVI AL RICOVERO E ALL'INSERIMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PROTETTE

a) Interventi di assistenza domiciliare

Il D.S.M. attiva progetti di assistenza domiciliare psichiatrica sia al domicilio privato che al domicilio sociale.

Per gli assistiti a domicilio il D.S.M. può avvalersi di personale proprio, implementando l'organico del C.S.M. e/o utilizzando personale in convenzione con il privato sociale e/o con associazioni giuridicamente riconosciute, associazioni di familiari e associazioni di volontariato.

Può essere attivata una pronta disponibilità notturna e festiva.

b) Gruppi appartamento

Sono soluzioni abitative per rispondere a specifiche esigenze di residenzialità assistita, rivolte a pazienti giunti in una fase avanzata del loro reinserimento sociale – max 5 utenti per nucleo.

Ciascun gruppo appartamento non può avere più di 2 nuclei abitativi.

Sono gestiti direttamente dal DSM che garantisce un sostegno domiciliare con risorse proprie o con risorse del privato sociale ovvero con associazioni giuridicamente riconosciute, associazioni di familiari e associazioni di volontariato.

I livelli di assistenza e protezione variano in funzione della tipologia degli ospiti e del progetto terapeutico/riabilitativo individuale.

I pazienti contribuiscono economicamente alla gestione degli stessi appartamenti. I costi della funzione sanitaria sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Le abitazioni sono messe a disposizione dei DSM dalla ASL, utilizzando anche alloggi dell'ATC – Agenzia Territoriale per la Casa, e dagli enti locali. I Gruppi appartamento rappresentano esclusivamente unità abitative e i pazienti rimangono in carico al DSM.

La vigilanza viene esercitata direttamente dal DSM.

Appartengono al settore socio-sanitario a cui possono essere applicati i L.E.A. - Livelli Essenziali di Assistenza (ved. Cap. 12.i).

c) Affido familiare

La famiglia affidataria deve essere individuata dal medico responsabile del progetto terapeutico/riabilitativo del paziente; deve aver frequentato un apposito corso di formazione organizzato dal DSM. L'efficacia di tale percorso deve essere costantemente verificata dal DSM.

Si configura come terapeutico-riabilitativo, pertanto di **esclusiva competenza sanitaria**.

E' previsto un sostegno economico alla famiglia affidataria.

7.4 - INTERVENTI DI TIPO ECONOMICO

- a) **Assegno terapeutico:** può essere erogato al fine di aiutare il malato in modo tale da ridurre i ricoveri in strutture residenziali sanitarie e deve essere parte integrante di un progetto terapeutico-riabilitativo. E' pertanto di **esclusiva competenza sanitaria**.

Può essere erogato al paziente, ai familiari ovvero al tutore; non sostituisce pensione di invalidità, contributi dei Servizi Sociali, ecc. .

- b) **Borse lavoro:** il D.S.M. nell'ambito di quanto previsto dal D.P.R. 7.4.94, lettera A), può istituire con propri fondi "borse lavoro" per inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali per fasce di utenza giovane e adulta.
- c) **Inserimenti lavorativi:** le aziende ATS devono riservare una quota di lavori di pulizia, manutenzione (compresa quella delle aree verdi) e attività analoghe, per l'affidamento a cooperative di tipo B ⁴, al fine dell'inserimento lavorativo di pazienti seguiti dal DSM nell'ambito dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

8. - CASE DI CURA PRIVATE AD INDIRIZZO NEURO-PSICHIATRICO

1. **Area di riabilitazione neuro-psichiatrica:** il trattamento riabilitativo richiede la presa in carico clinica mediante la predisposizione di un "progetto riabilitativo individuale" elaborato da parte dell'equipe curante e inviato al DSM di riferimento dell'assistito. L'invio può avvenire dal D.E.A., tramite lo psichiatra, dagli SPDC, dalle strutture del DSM, dal Medico di Medicina Generale o per trasferimento dall'area di acuzie della stessa struttura. La dimissione avviene al termine del percorso terapeutico riabilitativo previa comunicazione al DSM di riferimento dell'assistito.
2. **Area di lungodegenza neuro-psichiatrica:** afferiscono a quest'area i pazienti clinicamente stabilizzati con finalità di mantenere le autonomie funzionali conseguite, nonché pazienti con progetti di permanenza medio-lunga finalizzati alla collocazione in situazione abitativa stabile (domicilio, comunità alloggio, RSA, RAF) su richiesta motivata del DSM, in attesa di attivare posti letto alternativi al ricovero. L'invio può avvenire dal D.E.A., tramite lo psichiatra, dagli SPDC, dalle strutture del DSM, dal Medico di Medicina Generale o per trasferimento dall'area di acuzie o di riabilitazione della stessa struttura. Nel caso di ricoveri prolungati sono previste proroghe oltre il 60[^] giorno di degenza, concordate con il DSM, fino ad un massimo di 120 giorni. Dal 121[^] giorno, ovvero alla scadenza del periodo concordato se inferiore a 120 giorni, nell'impossibilità di procedere alla ricollocazione del paziente e di intesa con il DSM territorialmente competente, il paziente

⁴ Le cooperative sociali possono offrire servizi socio-assistenziali ed educativi (tipo A) o, in alternativa, la possibilità di inserimento lavorativo alle persone svantaggiate.

deve essere preso in carico dalla sua ATS di riferimento dell'assistito e la tariffa è a carico della medesima (fatturazione diretta) senza abbattimento tariffario.

Il CSM di competenza, così come i Medici di base, possono inviare gli ammalati in una Casa di Cura per un periodo di media-lunga degenza a causa di momenti di particolare difficoltà che rendono inopportuna la loro permanenza a casa. Il ricovero deve essere volontario.

Anche in questo caso la famiglia può fare opposizione alle dimissioni se non è garantita la continuità terapeutica.

9. - CLINICHE PSICHIATRICHE DELLE UNIVERSITA'

Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi accordi (ai sensi dell'art. 6, comma 2 del Dlgs. 502/1992 e successive modificazioni), viene affidato un modulo-tipo del DSM alle cliniche psichiatriche universitarie, agli istituti universitari di psichiatria e alle sezioni di psichiatria dei dipartimenti universitari in relazione alle specifiche funzioni assistenziali svolte complementariamente a funzioni di formazione e di ricerca. Dette cliniche sono dotate di alcuni posti letto per il ricovero dei malati.

10. - RSA, RAF (Residenza Sanitaria Assistenziale, Residenza Assistenziale Flessibile) - (Istituti assistenziali o Case di Riposo)

La RSA è una struttura assegnata alla titolarità delle ASL e destinata al ricovero di anziani non autosufficienti, che spesso sono anche malati cronici o lungodegenti.

La RAF è una struttura del settore assistenziale con standard medici, infermieristici e di assistenza molto inferiori alla RSA.

La quota sanitaria è a carico della ASL mentre la quota alberghiera è a carico dell'utente se ha redditi propri o a carico del Comune.

Alcuni CSM tendono ad inserire nelle RSA/RAF pazienti psichiatrici non ancora anziani o anziani prevalentemente psichiatrici, sia per mancanza di strutture idonee ad ospitarli sia per l'impossibilità di curarli al proprio domicilio. A tali inserimenti ci si può opporre, facendo valere il diritto di essere curati in strutture sanitarie adeguate.

Salute

L'Italia chiude tutti gli ospedali psichiatrici

•
•
•

Raggiunto l'obiettivo previsto dalla legge del 2015. Il "buco nero" degli OPG, quell'«autentico orrore indegno di un paese appena civile», per dirla con Giorgio Napolitano, sono tutti

chiusi. Attive 30 Rems nei territori, con 569 pazienti. Per Stop OPG è una «giornata storica» e l'Italia, dopo la riforma Basaglia, «conferma di essere all'avanguardia nella legislazione per il diritto delle persone alla salute mentale»

Due anni dopo la deadline indicata dalla legge e un anno dopo la nomina di Franco Corleone a commissario unico, **l'Italia chiude con gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)**. Lo hanno annunciato ieri il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e Franco Corleone, giunto alla scadenza del suo mandato: **gli ultimi sei pazienti saranno trasferiti a giorni dall'ultimo Opg rimasto, quello di Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia**. «Oggi è una giornata storica», ha affermato il ministro, «siamo riusciti a realizzare questo grande traguardo, nei diritti umani e nel percorso della salute mentale».

Nel dicembre 2011, in concomitanza con l'inizio dell'avventura della legge 81, approvata poi nel 2014, le persone internate nei sei OPG d'Italia erano 1300. Alla vigilia del 31 marzo 2015, data indicata dalla legge n. 81 del 2014 per il superamento definitivo degli OPG, nei sei OPG erano rimaste 708, persone di cui una buona metà immediatamente dimissibili. Quasi un anno dopo, nel febbraio 2016, ancora sopravvivevano 4 OPG - Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa e Barcellona Pozzo di Gotto - con un centinaio di persone internate illegalmente e sei regioni inadempienti rispetto all'attuazione dei programmi per il superamento degli OPG, la presa in carico delle persone e l'apertura delle REMS, le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, indicate dalla legge. [Arrivò così la nomina di Franco Corleone a Commissario unico del Governo.](#)

Oggi sono attive trenta Rems, che a regime arriveranno a 32. Nelle Rems oggi in Italia ci sono 604 posti e 569 pazienti presenti, dei quali 350 con una misura definitiva e 215 con una misura provvisoria. Ma il dato importante per Corleone è che «nel periodo di funzionamento delle Rems, a partire da aprile 2015, vi sono stati 950 ingressi e 415 dimissioni, il che vuol dire che le Rems lavorano in coordinamento con i Dipartimenti di salute mentale Dsm e dunque le persone sono state inoltrate sul territorio in strutture diverse: alcune sono in libertà e alcune in altre strutture territoriali»: questo – ha sottolineato - **«dimostra il funzionamento delle Rems», che «funzionano perché hanno personale e molto motivato e vi sono i pilastri della territorialità e del numero chiuso dei pazienti».** Nelle Rems la pratica della contenzione meccanica non è più utilizzata, «tranne che a Castiglione delle Stiviere, anche per le sue dimensioni di oltre 120 ospiti».

La possibilità [che le Rems fossero dei “mini Opg”](#) era una delle più forti preoccupazioni del [Comitato Stop OPG](#), che in questi anni ha svolto un ruolo fondamentale e che non per nulla in questi mesi ha fatto un “viaggio attraverso le Rems”, che intende continuare. Stefano Cecconi, Giovanna Del Giudice, Denise Amerini e Patrizio Gonnella, ringraziando per il loro ruolo decisivo il Sottosegretario alla Salute Vito De Filippo (ora all'Istruzione), che ha presieduto l'organismo di coordinamento per il superamento degli OPG e il Commissario Franco Corleone, **oggi scrivono che «con la chiusura definitiva degli OPG possiamo aprire una nuova fase, assegnando alle Rems un ruolo utile ma residuale, e puntando decisamente al potenziamento dei servizi di salute mentale e del welfare locale, costruendo così concrete alternative alla logica manicomiale**, per affermare il diritto alla salute mentale e alla piena e responsabile cittadinanza per tutte le persone, senza distinzione, come vuole la nostra Costituzione».

Per Stop OPG è in particolare positiva la decisione del Governo di **mantenere attivo un organismo istituzionale di monitoraggio sul superamento degli OPG**, annunciata dalla Lorenzin, «che chiediamo sia aperto al contributo della società civile e nel quale ci rendiamo da subito pronti a partecipare». L'Italia oggi, «dopo la chiusura dei manicomi decisa con la riforma Basaglia, conferma di essere all'avanguardia nella legislazione per il diritto delle persone alla tutela della salute mentale». Nel suo discorso di fine anno, nel dicembre 2012, Giorgio Napolitano aveva definito gli OPG un «autentico orrore indegno di un paese appena civile».

12. - INFORMAZIONI UTILI PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA

a) La scelta dello specialista

L'art. 15 del Decreto Legislativo n. 517/93 prevede per tutti i cittadini la libera scelta del medico di base e dello specialista. Nel caso si ritenga necessario il cambio dello specialista se ne faccia richiesta spiegandone le ragioni. Se necessario rivolgersi al Direttore Sanitario.

Di fronte ad eventuali resistenze rammentare che la libera scelta è un **diritto** e la si deve pretendere.

b) Cambiamento della ATS

Il cambiamento della ATS è quasi impossibile da ottenere in quanto comporta un aggravio economico per la ATS di competenza cui spetta sempre l'intervento economico. L'unico caso in cui vi è un cambio automatico di ATS è quando avviene un cambio di residenza.

c) Se il malato non vuole recarsi dal medico

Nel caso in cui il malato rifiuti di recarsi dal medico e pertanto rischi di rimanere senza cure o nel caso in cui i servizi non seguano il malato con la scusa che questi non si reca all'ambulatorio, è ben ricordare che recenti sentenze hanno ritenuto penalmente responsabili i medici dei reati dei loro pazienti. Pertanto il medico è tenuto a recarsi presso il malato e a fornire le cure dal caso. In caso di rifiuto ci si deve rivolgere con lettera raccomandata al Direttore Sanitario invitando il servizio ad attivarsi.

d) In caso di grave crisi

Se la crisi di manifesta di giorno si deve chiamare il CSM (Centro di Salute Mentale) annotando ora, nome e qualifica di chi risponde al telefono. Lo psichiatra ha l'obbligo di intervenire per le urgenze motivate. Il mancato intervento si può configurare come omissione di soccorso, penalmente perseguibile.

Se la crisi avviene di notte ci si deve rivolgere al Pronto Soccorso di zona, dove, se è possibile, si deve accompagnare il malato.

Se il malato non acconsente ad andarvi si deve chiedere l'intervento del 118, sempre facendo presente che si tratta di un caso psichiatrico.

Il pronto soccorso ospedaliero, aperto 24 ore su 24, non può rifiutarsi di ricoverare un malato psichiatrico.

e) T.S.O. – T.S.V. (Trattamento Sanitario Obbligatorio – Trattamento Sanitario Volontario)

Numerosi sono i casi di non consapevolezza del proprio stato di salute e quindi di non adesione alle cure da parte del malato; sono queste le situazioni che più gravano sulle famiglie. In tali casi il ricovero obbligatorio, nell'assoluto rispetto della persona, rappresenta l'unica possibilità di avviare un percorso di cura.

I trattamenti sanitari coinvolgono la sfera decisionale del singolo e, in particolare, la capacità di esercitare criticamente il diritto alla cura. Ogni atto sanitario esige la presenza e la manifestazione

di un consenso oppure l'espressione formale di un dissenso da parte di chi lo esercita. La validità del consenso e del dissenso va accertata, quindi valutata, soprattutto in occasione di trattamenti di natura psichiatrica.

Il possibile riferimento normativo per un'azione tempestiva del DSM, nell'urgenza in assenza di consenso, è l'art. 54 del Codice Penale (stato di necessità) in base al quale il medico ha il dovere di operare in scienza e coscienza per il bene del paziente; spetterà, eventualmente, al Giudice Tutelare stabilire se sia stata fatta la cosa più giusta.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del Sindaco, nella sua qualità di Autorità Sanitaria Locale, su proposta motivata di un medico. Il provvedimento, corredato dalla proposta medica e convalidato da un medico della struttura pubblica, deve essere notificato entro 48 ore dal ricovero al Giudice Tutelare nella cui circoscrizione rientra il Comune.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio del malato psichiatrico si svolge solo in ospedale, nel cosiddetto "repartino" ed è attuabile solo per situazioni gravi e ingestibili. Esso può essere richiesto dal medico responsabile del malato e, in caso di emergenza psichiatrica, anche dai familiari chiamando il CSM di pertinenza o la Guardia Medica (118).

Nel caso in cui il TSO debba protrarsi oltre il settimo giorno, il Sanitario Responsabile del Servizio Psichiatrico formula una proposta motivata al Sindaco il quale ne dà comunicazione al Giudice Tutelare.

Chiunque può chiedere al Sindaco la revoca del provvedimento, il Sindaco entro 10 giorni decide.

f) Ricoveri

I ricoveri possono essere disposti **solo dal medico psichiatra che ha in cura il malato.**

Gli inserimenti, sempre volontari, possono avvenire in strutture psichiatriche sanitarie come le Comunità Terapeutiche (C.T.) per interventi terapeutici riabilitativi e psicoriabilitativi con assistenza medico/infermieristica 24 ore su 24; in strutture assistenziali come le Comunità Alloggio, residenze protette per persone abbastanza inserite a cui il DSM garantisce sostegno e vigilanza con personale proprio; nelle Case Famiglia, normali famiglie che, previa preparazione, accolgono i malati psichici.

Il ricovero nelle Case di Cura convenzionate può essere disposto anche dal Medico di Medicina Generale con apposita impegnativa.

Elemento **indispensabile** per questi tipi di ricovero è il fatto che **il paziente sia consenziente**. Senza il consenso del paziente il ricovero non è possibile, così come non è possibile trattenere il malato se vuole lasciare la struttura.

g) Le dimissioni premature e forzate

Spesso le famiglie, dopo un breve periodo di ricovero del loro malato in S.P.D.C., Case di Cura, Comunità terapeutiche, si trovano di fronte a dimissioni imposte o precoci.⁵

Prima di accettare le dimissioni, bisogna valutare attentamente la situazione. Se si accettano le dimissioni quando permane ancora lo stato di malattia acuta o cronica si va incontro a gravi rischi.

Occorre formulare un progetto di cure prolungate che può anche essere realizzato a domicilio se la famiglia è consenziente⁶ e se è garantita l'assistenza domiciliare da parte della ASL che deve assicurare, sulla base del progetto terapeutico concordato, la prosecuzione delle cure e la presa in carico del malato.

Le famiglie devono tenere presente che la legge è dalla loro parte e non devono lasciarsi intimorire da eccessive pressioni ed accettare dimissioni illegittime con ritorno a casa senza adeguato sostegno sanitario o accettare l'inserimento in strutture improprie non adeguate e non terapeutiche (ma a basso costo).

La legge penale poi vieta l'uso di minacce contro le persone. La prima parte dell'art. 610 del c.p. (violenza privata) dispone quanto segue: *“Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni”*.

La Corte Suprema di cassazione ha precisato che: *“Ai fini del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento o atteggiamento, sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo ad incutere timore e a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare, o omettere qualcosa”*. La stessa Corte ha chiarito che la violenza e la minaccia sono punibili anche quando con esse si voglia costringere altri ad adempiere ad un dovere giuridico.

⁵ Il Servizio Sanitario Nazionale è obbligato, in base alle leggi vigenti, a curare tutte le persone malate, siano esse giovani o adulte o anziane, colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti.

⁶ I congiunti dei malati non sono obbligati a svolgere le attività di competenza del Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, non hanno nessun obbligo giuridico di sostituirsi alla sanità. Il P.O. 98-2000 recita: è giusto coinvolgere la famiglia ma si precisa che “il coinvolgimento è volontario e la responsabilità nell'assistenza è del Servizio Psichiatrico e non della famiglia”.

h) Come opporsi alle dimissioni da una struttura sanitaria

Per evitare le dimissioni è sufficiente inviare le lettere raccomandate con ricevuta di ritorno come da fac-simile (vedere fac-simile negli allegati) ⁷ Nei casi di assoluta urgenza è opportuno inviare il seguente telegramma al Direttore Sanitario della struttura in cui il malato è ricoverato: ***“segnalo mia assoluta impossibilità accettare dimissioni (cognome e nome del malato) gravemente malato e non sempre capace di programmare il proprio futuro. Segue lettera”.***

Chi vuole impedire le dimissioni deve essere molto deciso e deve chiedere una risposta scritta da parte del Direttore Sanitario. Allo scopo di avere le prove delle richieste avanzate, si deve sempre o inviare lettere raccomandate con **ricevuta di ritorno** o telegrammi. Il fax non è sufficiente perché si ha la prova di averlo spedito ma non quella che sia stato ricevuto.

Se si hanno degli incontri con medici, assistenti sociali o altri operatori, è consigliabile non assumere mai impegni verbali o scritti. Inoltre, subito dopo ogni incontro, è opportuno inviare un telegramma così redatto: ***“a seguito dell’incontro di ieri, di cui ringrazio, confermo la mia opposizione alle dimissioni come richiesto con lettera raccomandata da me inviata in data di cui attendo risposta scritta”.***

i) Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) DCPM 12 gennaio 2017

Art. 25

Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi
in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia;

⁷ attenzione: le persone a cui si indirizzano le lettere faranno il possibile per non rispondere per iscritto in modo da non assumere impegni ed evitare eventuali problemi con l'Autorità Giudiziaria.

- e) visite neuropsichiatriche;
- f) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- j) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida, ivi incluse le Linee guida dell'Istituto superiore di sanita';
- k) interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attivita' della vita quotidiana;
- l) attivita' di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;
- m) gruppi di sostegno per i familiari;
- n) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- o) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- p) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;
- q) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- r) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorita' giudiziaria minorile;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidita';
- t) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuita' assistenziale dei minori in vista del passaggio all'eta' adulta.

2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensita', complessita' e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da

parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;

- e) visite psichiatriche;
- f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;
- l) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- n) collaborazione con i medici di medicina generale;
- o) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidita';
- p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;
- q) progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuita' assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'eta' adulta.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 27

Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilita'

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilita' complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensita', complessita' e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

- a) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia;
- c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- d) colloqui psicologico-clinici;
- e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- f) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;
- g) abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita;
- h) interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attivita' della vita quotidiana;
- i) gruppi di sostegno;
- j) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- k) consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri



Associazione di promozione sociale

"Giulia e Matteo"

servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

l) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

n) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

a) accoglienza;

b) valutazione diagnostica multidisciplinare;

c) valutazione dello stato di dipendenza;

d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;

e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;

f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;

g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;

h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;

i) colloqui psicologico-clinici;

j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;

k) interventi di riduzione del danno;

l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

m) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;

n) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;

o) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;

p) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

q) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

r) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;

s) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale

con riferimento ai pazienti con comorbidità'.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

,

j) Permessi orari e congedi per l'assistenza alle persone con handicap

La legge 53 del 8 marzo 2000 (Disposizioni per il sostegno alla maternità e paternità, per il diritto alla cura...) ha portato alcune modifiche alle disposizioni della legge quadro sull'handicap (L. 104/1992). Esse disciplinano tra l'altro i permessi per l'assistenza alle persone con handicap. Le disposizioni ivi previste si applicano anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto (es. il padre di un disabile la cui moglie sia casalinga) inoltre si applicano a genitori (anche adottivi o affidatari) e familiari lavoratori che assistono con continuità e in via esclusiva un parente o un affine handicappato, anche se non convivente, entro il 3° grado.

E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

La legge dispone le seguenti agevolazioni sia per i lavoratori che hanno figli o familiari con handicap che per i lavoratori essi stessi handicappati:

- a) permessi mensili di tre giorni, fruibili in maniera continuativa o frazionata, per genitori, parenti o affini entro il 3° grado che assistono persone handicappate gravi, purché non ricoverate a tempo pieno e conviventi con il lavoratore che richiede il permesso;
- b) diritto di scelta, ove possibile, della sede di lavoro più vicina al domicilio per genitori o familiari che assistono con continuità persone handicappate gravi;
- c) possibilità per il lavoratore handicappato di usufruire di permessi giornalieri (due ore al giorno per un orario di lavoro pari o superiore alle sei ore) o mensili (tre giorni a mese) ed eventualmente possibilità di avere come sede di lavoro la più vicina al proprio domicilio, che non può essere trasferita in altro luogo senza il suo consenso.

Se la persona disabile maggiorenne non convive con i genitori, ma nel nucleo familiare vi sono altre persone in grado di assisterla, non c'è esclusività dell'assistenza. E' necessario che l'assistenza sia prestata in condizioni di continuità ed esclusività da parte del lavoratore che richiede il permesso.



Associazione di promozione sociale

"Giulia e Matteo"

k) Congedo straordinario ⁸

Per l'assistenza di parenti o affini con handicap grave viene previsto anche un congedo straordinario della durata massima di due anni, durante l'arco della vita lavorativa, frazionabile a mesi, a settimane o a giorni.

I lavoratori domestici e quelli a domicilio non hanno diritto al congedo straordinario.

l) Esenzione pagamento ticket sanitari ⁹

Possono essere riconosciute esenzioni totali o parziali (per categoria) per invalidi pari o superiori al 57% .

Dal 1° gennaio 1994 i farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale sono stati classificati in fasce (A, B, C ed H). Il Prontuario Terapeutico Nazionale comprende la lista dei medicinali in commercio in Italia.

Dal 16 gennaio 2003, le fasce dei farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Nazionale sono state ridotte a tre: fascia A, fascia H e fascia C.

- **La fascia A** comprende i farmaci essenziali e per le malattie croniche, interamente rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale, fatta salva la possibilità per le Regioni di introdurre delle quote di compartecipazione alla spesa (ticket).
- I farmaci in **fascia H** sono di esclusivo uso ospedaliero, pertanto non possono essere venduti ai cittadini dalle farmacie aperte al pubblico, ma possono essere utilizzati in ospedale o essere distribuiti dalle Aziende Sanitarie Regionali.
- Nella **fascia C** rientrano tutti i farmaci che sono completamente a carico del cittadino.

m) Agevolazioni fiscali

E' prevista la detraibilità o la deducibilità, in sede di dichiarazione dei redditi, delle spese per i contributi per la colf o per l'addetto all'assistenza.

Per ogni figlio con handicap fiscalmente a carico spetta una deduzione dal reddito imponibile.

⁸ Fonte: "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità"

⁹ Fonte: sito internet Regione Piemonte

n) Cooperative di tipo A (servizi a pagamento)

Quando la famiglia del malato ha bisogno di un servizio socio-sanitario od educativo, questo può essere offerto dalle cooperative di tipo “A” che, però, offrono i loro servizi solo a pagamento.

o) Multe- autobus – tram - ferrovie

Alle persone con problemi psichici si può applicare la norma dettata dall’art. 2 della legge 24.11.1981 n. 689 che recita:

“Capacità di intendere e volere. Non può essere assoggettato a sanzione amministrativa chi, al momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i diciotto anni o non aveva, in base ai criteri indicati nel codice penale, la capacità d’intendere e di volere, salvo che lo stato di incapacità non derivi da sua colpa o sia stato da lui preordinato.

Fuori dai casi previsti dall’ultima parte del precedente comma, della violazione risponde chi era tenuto alla sorveglianza dell’incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto.”

In caso di ripetute multe tramviarie e ferroviarie è possibile chiederne l’annullamento inviando agli enti preposti le richieste di annullamento unite ad una dichiarazione medica.

p) Tessera di libera circolazione

Il Comune di Torino, con deliberazione della Giunta Comunale del 3.4.2001 (mecc. 0101828/06), ha autorizzato l’Azienda GTT – Gruppo Trasporti Torinesi S.p.A. a rilasciare, alle persone disabili con un’invalidità certificata superiore o uguale al 71% che presentano richiesta, la tessera di libera circolazione che ha validità su tutte le linee urbane e extraurbane (autobus e treni) finanziate dalla Regione Piemonte.

q) Diritto alla casa

La legge 104 sull’handicap prevede che vengano riservati alloggi di edilizia residenziale pubblica a persone portatrici di handicap oppure a nuclei familiari tra i cui componenti figurano persone handicappate in situazioni di gravità o con ridotte o impedito capacità motorie.

Il Progetto Obiettivo 98-2000 stabilisce che “i comuni e i loro organi di rappresentanza garantiscono il diritto alla casa anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare”.

E’ possibile subentrare nell’alloggio dell’A.T.C. - Agenzia Territoriale per la Casa alla morte del conduttore solo se si è stati conviventi per almeno 3 anni.

13. - INVALIDITA', PENSIONI, INDENNITA'

13.1 - L'invalidità civile e lo stato di handicap

Tutti i cittadini affetti da minorazioni fisiche o psichiche possono ottenere la certificazione di invalidità civile, di handicap delle capacità lavorative:

- legge 118/71: accerta l'invalidità civile e riconosce una percentuale di invalidità;
- legge 104/92: accerta lo stato di handicap. A seconda del grado di handicap la persona consegue il diritto di ottenere diversi benefici e percorsi di priorità nell'accesso alle risorse;
- legge 68/99: accerta le capacità lavorative, per l'iscrizione alle liste di collocamento obbligatorio delle persone aventi residue capacità lavorative.

La Legge 104/92, articolo 3), comma 1), stabilisce:

"E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

La Legge 104/92, articolo 3), comma 3), stabilisce:

“Qualora la minorazione, singola o plurima, 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 quello di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici”.

L'invalido civile è quella persona affetta da minorazioni fisiche o psichiche congenite o acquisite non derivanti da cause di guerra, lavoro o servizio. (L. 118/71 e L. 482/68).

L'accertamento della condizione di invalidità civile è effettuata da una commissione operante presso l'ASL del territorio di residenza del richiedente. A seguito della visita medica la Commissione ASL stabilisce la percentuale di invalidità, sulla base di apposite tabelle che raccolgono le patologie più diffuse, e la riporta su un verbale. A tale invalidità corrispondono determinati benefici, tra cui anche alcune provvidenze economiche, l'esenzione dal ticket e l'iscrizione alle liste di collocamento obbligatorio.

a) Presentazione della domanda di invalidità e documentazione necessaria

La domanda può essere presentata dall'interessato o da chi lo rappresenta legalmente (genitore, tutore per i minorenni, curatore, amministratore di sostegno) allegando apposito certificato compilato dal medico di base o medico specialista di struttura pubblica.

Il certificato medico deve attestare la natura dell'infermità invalidante e la relativa diagnosi deve essere espressa dal medico certificante con chiarezza e precisione, in modo da consentire l'individuazione dell'infermità che, per la sua particolare gravità, determina la totale incapacità lavorativa o che, per la sua media o minore entità, determina invece la riduzione di tale capacità.

Il DPR 618/94 sancisce che la convocazione per la visita deve avvenire entro tre mesi dalla data di presentazione della domanda. Nel caso la commissione medica non fissi la visita di accertamento entro il citato termine, è possibile presentare una diffida all'Assessorato Regionale alla Sanità che provvederà a fissare la data per la visita entro nove mesi dalla data di presentazione della domanda. Se questo non accade (silenzio rigetto) si può ricorrere al giudice ordinario.

Durante la visita di accertamento è possibile farsi assistere dal proprio medico di fiducia e, nel caso in cui l'interessato sia impossibilitato a presentarsi personalmente per documentati motivi

di salute, la Commissione medica disporrà una visita domiciliare che può essere richiesta anche da un familiare convivente.

In seguito alla visita la commissione invalidi civili dell'ASL trasmette l'esito alla commissione di verifica ¹⁰ che lo convalida o meno. La commissione di verifica ha 60 giorni di tempo per richiedere la sospensione della procedura, trascorsi i quali vige il principio del silenzio-assenso.

L'ASL trasmette all'interessato il verbale che riporta l'esito della visita.

b) Ricorsi ¹¹

Nell'ambito dell'invalidità civile si possono presentare ricorsi sia contro i pareri sanitari sia contro quelli amministrativi.

1. **Ricorso contro il parere sanitario:** se non si condivide il parere sanitario espresso dalla commissione medica dell'ASL, è possibile presentare ricorso solo in via giurisdizionale, entro sei mesi dalla data di ricevimento del verbale della visita di accertamento di invalidità. Dal 1°

gennaio 2005, infatti, non è più possibile presentare ricorso amministrativo presso la commissione medica superiore del Ministero dell'economia e delle finanze. Se il ricorso viene respinto dal giudice, chi lo presenta è tenuto al pagamento delle spese processuali, qualora nell'anno precedente a quello della scadenza avesse un reddito imponibile (comprensivo dei redditi esenti da Irpef) superiore ai limiti stabiliti dalla legge.

2. **Ricorso contro il parere amministrativo:** nel caso in cui, dopo l'accertamento dell'invalidità, la regione d'appartenenza o l'ente da questa delegato (INPS, ASL o Comune) si rifiuti di pagare la prestazione economica concessa per mancanza dei requisiti amministrativi (superamento dei limiti di reddito, di età ecc.) si può presentare ricorso all'ente che ha emanato il provvedimento, indirizzandolo al Comitato provinciale dell'INPS territorialmente competente. Il ricorso va presentato in carta semplice entro 90 giorni dal ricevimento della lettera con la quale è stato comunicato il rifiuto. Trascorsi 90 giorni dalla presentazione del ricorso ci si può rivolgere al giudice ordinario.

¹⁰ La legge 248 del 2 dicembre 2005, articolo 10, ha trasferito all'INPS le funzioni di verifica riguardanti i verbali di invalidità civile (legge 118/70) e di riconoscimento dell'handicap (legge 104/92) e disabilità (legge 68/99). L'INPS che, come noto, già provvede all'erogazione delle provvidenze economiche, diventa anche organo di verifica dei verbali dell'ASL.

¹¹ Tratto da: "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità"

c) Domanda di aggravamento

Chi ha ottenuto il riconoscimento di invalido civile può presentare richiesta di aggravamento.

La procedura è come quella prevista per la prima visita. In questo caso, alla documentazione va aggiunta la copia del verbale della prima visita. Qualora sia stato attivato il ricorso al giudice ordinario, la domanda di aggravamento può essere presentata soltanto dopo la definizione del ricorso stesso, se negativo.

Il richiedente deve sapere che la Commissione valuterà il quadro clinico attuale e quindi il riconoscimento della relativa percentuale sarà direttamente correlato al miglioramento o aggravamento delle condizioni sanitarie, per questo motivo è importante che il medico che certifica la patologia ponga l'accento sulle condizioni che ne hanno causato un peggioramento, descrivendole dettagliatamente. Ne consegue che la percentuale ottenuta nella prima visita potrà essere aumentata o diminuita.

13.2. SOSTEGNO ECONOMICO

a) Assegno ordinario di invalidità ¹²

Il lavoratore che presenta minorazioni fisiche o mentali che pregiudicano la sua capacità lavorativa può, se sussistono i requisiti sanitari e contributivi, richiedere l'assegno di invalidità.

Requisito sanitario

Successivamente alla presentazione della domanda all'INPS, l'interessato sarà chiamato a sostenere una visita che verrà effettuata dai medici dell'INPS, i quali dovranno verificare se l'infermità fisica o mentale è tale da ridurre permanentemente la capacità lavorativa a meno di un terzo (almeno 67% di invalidità), in occupazioni confacenti alle attitudini dell'interessato.

Requisito contributivo

Per avere diritto alle prestazioni colui che è stato riconosciuto invalido deve possedere anche precisi requisiti assicurativi:

- aver versato complessivamente almeno tre anni di contributi (156 settimane) nel quinquennio precedente la domanda;

¹² Tratto da: "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità"

- essere iscritto all'INPS da almeno cinque anni.

L'assegno ordinario di invalidità ha carattere temporaneo: dura tre anni e può essere rinnovato su richiesta del lavoratore disabile. Dopo il terzo rinnovo consecutivo l'assegno diventa definitivo. Per evitare che il pagamento dell'assegno si interrompa bisogna presentare domanda di rinnovo nel semestre precedente la scadenza del triennio. L'assegno non è reversibile.

L'importo dell'assegno di invalidità è calcolato sulla base dei contributi versati. Nel caso in cui risulti di importo modesto e i redditi posseduti non superano determinati limiti, può essere aumentato fino al raggiungimento di una cifra non superiore all'assegno sociale che per il 2009 ammonta a 409,05 euro.

Ricorso

Se la domanda di assegno ordinario di invalidità viene respinta è possibile presentare ricorso al Comitato provinciale dell'INPS entro 90 giorni dalla data di ricevimento della lettera di risposta.

b) Pensione di inabilità INPS ¹³

La pensione di inabilità è stata istituita dall'art. 12 della legge 30 marzo 1971 n. 118.

Spetta agli invalidi civili nei confronti dei quali è stata accertata una totale inabilità al lavoro e che si trovino in stato di bisogno economico. Per questa seconda condizione vengono annualmente fissati dei limiti di reddito personale che non devono essere superati.

Requisito

Il lavoratore dipendente o autonomo ha diritto alla pensione di inabilità se possiede i seguenti requisiti sanitari e contributivi:

- un'infermità fisica o mentale, accertata dai medici dell'INPS, che impedisca lo svolgimento di una qualunque attività lavorativa (invalidità pari al 100%);
- età compresa fra i 18 e i 65 anni;
- almeno tre anni di contributi versati (156 settimane) nel quinquennio precedente la domanda;
- l'iscrizione all'INPS da almeno cinque anni.

La domanda può essere presentata a qualunque sede INPS.

¹³ Tratto da: "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità" - opuscolo UTIM

La pensione di inabilità è incompatibile con la svolgimento di qualunque attività lavorativa e con eventuale rendita INAIL per infortunio o malattia professionale. Nel caso in cui si abbia diritto a entrambi i benefici si può scegliere quello più favorevole.

La pensione di inabilità è compatibile con l'indennità di accompagnamento e con tutte le pensioni percepite a titolo di invalidità (guerra, per cause di servizio, ecc.).

La pensione di inabilità è reversibile.

Al compimento del 65° anno di età la pensione di inabilità viene trasformata in assegno sociale.

Per il 2009 l'importo mensile della pensione di inabilità è di € 255,13.

Ricorso

Se la domanda di pensione di inabilità viene respinta è possibile presentare ricorso al Comitato provinciale dell'INPS entro 90 giorni dalla data di ricevimento della lettera di risposta.

c) Assegno mensile di assistenza

I titolari di pensione di inabilità hanno anche diritto **all'assegno mensile di assistenza personale e continuativa**, se non possono svolgere le attività quotidiane senza un aiuto costante.

L'assegno non spetta nei periodi di ricovero in istituti pubblici a lunga degenza e non è compatibile con la rendita INAIL corrisposta per infortuni sul lavoro o per malattie professionali.

La domanda di assegno mensile di assistenza, che può essere fatta contestualmente a quella per la pensione di inabilità, deve essere presentata presso la sede dell'INPS.

d) Indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento è stata istituita dalla legge n. 18 dell'11 febbraio 1980.

Viene erogata, indipendentemente dall'età, all'invalido civile a cui è stata riconosciuta una invalidità al 100%. Per poter percepire l'indennità di accompagnamento la persona invalida però non deve essere ricoverata in strutture che prevedano il pagamento della retta a carico dello Stato o Ente pubblico.

Nel caso di domande finalizzate ad ottenere l'indennità di accompagnamento, il certificato medico, oltre ad esprimere con chiarezza e precisione la diagnosi della malattia invalidante, deve anche contenere la dicitura "Persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore", oppure "Persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita".

L'indennità di accompagnamento:

- non è compatibile con le erogazioni di provvidenze simili, erogate per cause di servizio, lavoro o guerra;
- è compatibile con lo svolgimento di attività lavorative;
- viene erogata al solo titolo della minorazione; pertanto è indipendente dal reddito posseduto dall'invalido e dalla sua età;
- è compatibile con la titolarità di una patente speciale;
- viene erogata anche ai detenuti;
- non è reversibile.

Inoltre:

- con sentenza n. 667 del 22 gennaio 2002 la Cassazione ha precisato che l'indennità di accompagnamento prevista dalla legge 18/80 deve essere attribuita anche alla persona affetta da disturbi psichici che, pur essendo in grado di deambulare, di mangiare e di lavarsi da sola, non abbia la capacità di organizzarsi autonomamente per la sopravvivenza.¹⁴
- con sentenza n. 1268 del 2005, la Corte di Cassazione ha ulteriormente disposto che "l'indennità di accompagnamento, prevista quale misura assistenziale diretta anche a sostenere il nucleo familiare, va riconosciuta a coloro che, pur capaci di compiere materialmente gli atti elementari della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, pulirsi), necessitano di accompagnatore perché sono incapaci (in ragione di gravi disturbi della sfera intellettuale e cognitiva, addebitabili a forme avanzate di stati patologici) di rendersi conto della portata dei singoli atti che vanno a compiere e dei modi e dei tempi in cui gli stessi devono essere compiuti".¹⁵

Per il 2009 l'importo mensile dell'indennità è di € 472,04.

e) Indennità di frequenza¹⁶

L'indennità di frequenza, prestazione a favore dei minori per il sostegno dell'inserimento scolastico e sociale, è stata istituita dalla legge n. 289 dell'11 ottobre 1990.

Requisiti:

- essere riconosciuto "minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età" o "minore con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore";
- frequentare un centro di riabilitazione, o un centro di formazione professionale, o un centro occupazionale o una scuola di ogni ordine e grado o un asilo nido;
- non disporre di un reddito annuo personale superiore ad € 4.382,43 per il 2009.

¹⁴ fonte: superabile - INAIL

¹⁵ fonte: INTRAGE

¹⁶ tratto da "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità" – opuscolo "UTIM"

E' concessa fino ai 18 anni di età.

Al compimento della maggiore età, l'individuo se non è già stato riconosciuto invalido con totale e permanente invalidità lavorativa e con impossibilità a deambulare, può presentare domanda di rivalutazione dello stato di invalidità civile per ottenere una percentualizzazione della capacità lavorativa residua che permetta di mantenere i diritti acquisiti rispetto alle prestazioni sanitarie e, se la percentuale è pari o superiore al 46%, l'iscrizione nelle liste speciali ai fini dell'integrazione lavorativa.

L'indennità di frequenza non spetta nei periodi in cui il minore è ricoverato, con carattere di continuità, in istituti pubblici ed è incompatibile con l'indennità di accompagnamento.

Per il 2009 l'importo mensile dell'indennità di frequenza è di € 255,13.

f) Assegno mensile di assistenza per invalidi civili parziali ¹⁷

L'assegno mensile di assistenza è stato istituito dall'articolo 13 della legge 30 marzo 1971 n. 118. Spetta agli invalidi civili nei confronti dei quali sia stata accertata una percentuale di invalidità minima del 74%.

L'importo dell'assegno mensile è pari a quello della pensione di inabilità, ossia € 255,13 per il 2009.

Requisiti:

- età compresa tra i 18 e i 65 anni di età;
- avere il riconoscimento dell'invalidità civile dal 74% al 99%;
- disporre di un reddito annuo personale non superiore al limite di legge;
- essere iscritti ai Centri per l'impiego;
- non svolgere attività lavorativa (requisito soddisfatto anche se l'attività lavorativa è minima e non comporta il superamento di un reddito personale annuo pari a € 7.500,00 per lavoro dipendente o € 4.500,00 per lavoro autonomo).

L'assegno è incompatibile con l'erogazione di altre pensioni di invalidità erogate da altri organismi (INPS, INPDAP, ecc.). E' inoltre incompatibile con pensioni di invalidità di guerra, lavoro e servizio. Dopo il sessantacinquesimo anno di età l'assegno viene trasformato in pensione sociale.

In seguito alla sentenza n. 329 del 9 luglio 2002 della Corte Costituzionale, l'INPS, con circolare n. 157 del 22 ottobre 2002, ha corretto la precedente posizione stabilendo che la frequenza scolastica comprovata con regolare certificazione sarà sufficiente a dimostrare la "non collocazione" al lavoro

ed a consentire, quindi, l'erogazione dell'assegno mensile di assistenza se sussistono gli altri requisiti anche agli studenti al di sopra dei 18 anni.

Se la percentuale di inabilità per invalidi civili totali riconosciuta è del 100% l'invalido ha diritto alla pensione di inabilità (diversa dalla pensione di inabilità dell'INPS, per la quale sono necessari requisiti contributivi) di importo pari all'assegno di assistenza pari a € 255,13. In questo caso il tetto di reddito da non superare sale a € 14.886,28 annui per il 2009.

g) La pensione ai superstiti ¹⁸

E' la pensione che, alla morte del lavoratore assicurato o pensionato, spetta ai componenti del suo nucleo familiare e quindi anche ai figli inabili, di qualsiasi età, se a carico.

Questa pensione può essere di **reversibilità** se la persona deceduta era già pensionata (pensione di vecchiaia, anzianità o inabilità) oppure **indiretta** se la persona, al momento del decesso, svolgeva attività lavorativa. In tal caso il deceduto doveva aver accumulato in qualsiasi epoca almeno 15 anni di contributi oppure doveva essere assicurato da almeno 5 anni di cui almeno 3 versati nel quinquennio precedente la data di morte.

In mancanza del coniuge, dei figli, dei nipoti e dei genitori, possono usufruire della pensione ai superstiti anche i fratelli celibi e le sorelle nubili che alla data della morte del lavoratore o del pensionato siano inabili al lavoro, anche se minori, non siano titolari di pensione e che risultino a carico dell'assicurato o pensionato deceduto con un reddito non superiore all'importo del trattamento minimo maggiorato del 30%.

Sono considerati a carico:

- I figli maggiorenni inabili che hanno un reddito non superiore a quello richiesto dalla legge per il diritto alla pensione di invalido civile totale. Per il 2009 è pari a € 1.240,52 mensili.
- I figli maggiorenni inabili, titolari dell'indennità di accompagnamento, che hanno un reddito non superiore a quello richiesto dalla legge per il diritto alla pensione di invalido civile totale aumentato dell'importo dell'indennità di accompagnamento. Per il 2009 è pari a € 1.712,56 mensili.

h) Per gli eredi ¹⁹

¹⁷ Tratto da: "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità" – opuscolo "UTIM"

¹⁸ Tratto da: opuscolo "UTIM"

¹⁹ Tratto da: "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità"

Se la persona con disabilità muore dopo aver fatto domanda di accertamento sanitario, ma prima di essere stata chiamata a visita, gli eredi possono chiedere che la procedura continui, se sono in possesso di una documentazione medica che comprova chiaramente la causa della situazione invalidante e che può consentire un compiuto e motivato giudizio medico-legale.

Se, invece, la morte sopraggiunge dopo l'accertamento dell'invalidità e l'assegnazione di una qualunque indennità o pensione, le somme eventualmente non riscosse spettano agli eredi secondo le vigenti norme sulle successioni.

Se vi sono più eredi le somme possono essere riscosse da uno solo di questi, munito di delega, oppure suddivise, secondo le quote spettanti a ciascuno.

i) Assegno sociale ²⁰

Al compimento del 65° anno di età, coloro che in precedenza percepivano la pensione di inabilità, l'assegno mensile di assistenza o la pensione non reversibile per sordomuti, hanno diritto, in presenza di determinati requisiti reddituali, alla sostituzione di questi trattamenti con l'assegno sociale, di importo più alto.

Per stabilire il reddito gli invalidi civili devono considerare soltanto i redditi personali assoggettabili all'Irpef.

In caso di superamento del limite di reddito stabilito dalla legge, l'assegno sociale viene sospeso fino a quando i redditi non rientrano nei limiti disposti.

I titolari di assegno sociale che non hanno altri redditi o che hanno redditi inferiori ai limiti di legge possono ottenere un aumento dell'importo dell'assegno (maggiorazione sociale). Per il diritto alla maggiorazione sociale si devono considerare tutti i redditi, anche quelli non assoggettabili all'Irpef. Agli invalidi civili totali, ai titolari di pensione di inabilità, ai sordomuti e ai ciechi assoluti, in presenza del requisito reddituale, la maggiorazione sociale spetta già al compimento del sessantesimo anno.

j) L'Assegno al nucleo familiare ²¹

Si riportano di seguito alcune note riguardanti gli assegni familiari in quanto, nel caso di lavoratori aventi a carico una persona con handicap, esse si differenziano dalle norme generali.

²⁰ Tratto da: "Le Guide" INPS – "I diritti delle persone con disabilità"

Per il pagamento dell'assegno è necessario che il reddito familiare non superi determinati limiti di reddito stabiliti ogni anno dalla legge. Il reddito è costituito da quello del richiedente e di tutte le persone che compongono il nucleo familiare. Il reddito del nucleo familiare, da prendere in considerazione ai fini della concessione dell'assegno, è quello prodotto nell'anno solare precedente il 1° luglio di ogni anno ed ha valore fino al 30 giugno dell'anno successivo.

Al fine del diritto all'assegno si considera la somma dei redditi complessivi assoggettabili all'Irpef e dei redditi di qualsiasi natura, quelli esenti da imposta e quelli soggetti a ritenuta alla fonte se superiori a € 1.032,91.

I redditi da lavoro vanno considerati al netto dei contributi previdenziali ed assistenziali.

L'assegno spetta solo se la somma dei redditi derivanti da lavoro dipendente, da pensione o da altre prestazioni conseguenti ad attività lavorativa dipendente (integrazioni salariali, disoccupazione, ecc.) riferita al nucleo familiare nel suo complesso, ammonta almeno al 70% dell'intero reddito familiare.

A chi spetta.

Per i componenti del nucleo familiare:

- il richiedente l'assegno;
- il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli (legittimi, legittimati, adottivi, affiliati, naturali, legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati, nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge, affidati a norma di legge) e i nipoti viventi a carico, di ascendente diretto di età inferiore a 18 anni;
- i figli maggiorenni inabili che si trovano, per difetto fisico o mentale, nella assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro;
- i fratelli, le sorelle ed i nipoti collaterali del richiedente minori di età o maggiorenni inabili, a condizione che siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano diritto alla pensione ai superstiti.

Tutte queste persone fanno parte del nucleo anche se:

- non sono conviventi con il richiedente (ad eccezione dei figli naturali);
- non sono a carico del richiedente;
- non sono residenti in Italia.

²¹ Tratto da: opuscolo "UTIM"

14. - BENEFICI ED EROGAZIONI ECONOMICHE

14.1 - Il riconoscimento dell'invalidità civile può portare i seguenti **benefici** a seconda della percentuale di invalidità indicata sul verbale:

- **con percentuale di invalidità tra il 33 e il 45%** si ha diritto ad ottenere gratuitamente protesi e ausili ortopedici;
- **dal 46%** in poi si ha diritto all'iscrizione nelle liste speciali dei Centri per l'impiego per **l'assunzione agevolata** al lavoro.

14.2 - Per avere diritto alle **prestazioni economiche**, la legge prevede che la percentuale di invalidità sia più alta:

- con almeno il 74% è riconosciuta la qualifica di **invalido parziale** e si ha diritto al pagamento di un **assegno mensile di assistenza** (in presenza di determinati requisiti di reddito);
- col 100% è riconosciuta la qualifica di **invalido totale** e si ha diritto al pagamento della **pensione di inabilità**. Inoltre, se la persona non è autosufficiente o non riesce a spostarsi autonomamente (deambulabilità), ha diritto **all'indennità di accompagnamento**.

Ogni anno vengono ridefiniti, collegandoli agli indicatori dell'inflazione e del costo della vita, gli importi delle pensioni, gli assegni e le indennità che vengono erogati agli invalidi civili, ai ciechi e ai sordomuti e i relativi limiti reddituali previsti per alcune provvidenze economiche.

Per il 2009, importo delle provvidenze e limiti reddituali sono stati fissati dalla Direzione Centrale delle Prestazioni dell'INPS (vedere tabella sotto) .

	Tipo di prestazione	Limite di reddito personale annuo in €	Importo mensile in €
Invalidi Civili	Assegno di assistenza	4.382,43	255,13
Invalidi civili	Indennità di frequenza minori	4.382,43	255,13
Invalidi civili	Pensione di inabilità	14.886,28	255,13
Invalidi civili	Indennità di accompagnamento	Senza limite	472,04

fonte: www.inps.it

Il comune può assegnare un'indennità integrativa (fino al raggiungimento di 410,00 € totali) ed un contributo per l'affitto.

15. – DIRITTO AL LAVORO

Il Progetto Obiettivo 98-2000 prevede che *“le Regioni, le Province Autonome e i Comuni garantiscono la partecipazione degli utenti del DSM alle attività di formazione finalizzata all’inserimento lavorativo, programmato nel proprio ambito territoriale”*.

15.1 - Norme per il diritto al lavoro dei disabili - Legge 12 marzo 1999 n. 68

La nuova normativa di “diritto al lavoro dei disabili” sostituisce quella relativa al “collocamento obbligatorio” (legge 482/1968).

15.2 - A chi si applica la legge

- ✓ Agli invalidi civili affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45% (quindi dal 46%);
- ✓ agli invalidi del lavoro, accertati dall’INAIL, con un grado di invalidità superiore al 33%;
- ✓ alle persone non vedenti (cecità assoluta o con residuo visivo non superiore a un decimo a entrambi gli occhi) o sordomute (colpite da sordità dalla nascita o prima dell’apprendimento della lingua parlata);
- ✓ agli invalidi di guerra.

15.3 - Il Ruolo dei Centri per l’impiego

Per le persone con disabilità disoccupate, l’iscrizione alle liste speciali presso i “Centri per l’impiego” è non solo un diritto, in quanto consente di godere di un’attenzione particolare per le assunzioni in ambito pubblico e privato, ma è anche un requisito indispensabile per accedere ad alcuni benefici economici.

Per iscriversi è sufficiente recarsi presso il “Centro per l’impiego” competente per residenza con un documento di identità valido e il verbale della commissione medica che attesta l’invalidità. Non è previsto un limite massimo di età, salvo quello stabilito per la normale cessazione dell’attività lavorativa (65 anni per gli uomini e 60 per le donne).

Dopo l'iscrizione si viene inseriti in una lista unificata per tutte le categorie di persone con disabilità. Per ogni persona disabile presente nell'elenco viene compilata una scheda nella quale sono annotate le capacità lavorative, il livello d'istruzione, le attitudini personali, la natura e il grado di disabilità, in modo da consentire un inserimento mirato che tenga conto del livello di preparazione professionale e culturale, secondo le disposizioni di legge.

Va precisato che i datori di lavoro pubblici e privati con più di 15 dipendenti sono obbligati ad assumere un certo numero di invalidi. La legge prevede, infatti, delle quote di riserva calcolate in proporzione all'organico dell'azienda:

- 1 lavoratore con disabilità, se l'azienda occupa da 15 a 35 dipendenti;
- 2 lavoratori con disabilità, se l'azienda occupa da 36 a 50 dipendenti;
- il 7%, se gli occupati sono più di 50.

Quando scatta l'obbligo di assunzione, l'azienda ha 60 giorni di tempo per effettuare, ai competenti uffici del lavoro, la richiesta di avviamento al lavoro di persone disabili, pena l'applicazione di sanzioni.

I disabili psichici vengono avviati al lavoro su richiesta nominativa mediante convenzione.

E' uno strumento finalizzato a definire un programma di supporto all'avviamento al lavoro di disabili che presentino particolari caratteristiche e difficoltà di inserimento in cicli lavorativi ordinari. La Provincia e gli Enti Locali possono stipulare con il datore di lavoro convenzioni; in questo caso il datore di lavoro non è più obbligato ad attingere dalla lista secondo un ordine di iscrizione. Sarà privilegiato chi potrà dimostrare competenza, attitudine e capacità lavorativa per le mansioni offerte, a prescindere dalla tipologia della disabilità.

La convenzione può essere stipulata anche con datori di lavoro che non sono obbligati alle assunzioni di disabili.

In questo caso il disabile può sperimentare l'inserimento lavorativo attraverso il tirocinio finalizzato all'assunzione. Il datore di lavoro assolve, per la durata del tirocinio stesso, agli obblighi in materia di collocamento obbligatorio.

Ai lavoratori disabili, assunti obbligatoriamente, si applica il trattamento economico e normativo previsto dalle leggi o dai contratti collettivi; il datore di lavoro non può chiedere a questi lavoratori prestazioni non compatibili con la loro disabilità.

15.4 - Cooperative Sociali di tipo B

Le cooperative sociali di tipo B offrono lavoro protetto. Questo inserimento deve essere richiesto, attraverso la ASL di competenza, dal medico referente e dall'assistente sociale. Non è necessario un certificato di invalidità, basta la diagnosi medica.

16. – MISURE DI PROTEZIONE DELLE PERSONE PRIVE IN TUTTO O IN PARTE DI AUTONOMIA

Introduzione

Talvolta è necessario tutelare il malato e la famiglia contro decisioni sconsiderate del malato stesso, oppure è necessario sventare imbrogli di persone in malafede che approfittano del suo stato mentale.

In tali casi, dopo una ponderata valutazione è necessario ricorrere a una delle tre forme di tutela previste dalla legge: ***inabilitazione, interdizione, amministratore di sostegno***.

La legge 9 gennaio 2004 n. 6, introduce nel codice civile alcuni articoli relativi all'istituzione dell'amministratore di sostegno e ne modifica altri relativi all'interdizione e all'inabilitazione.

La finalità di questa legge è di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.

16.1 - Inabilitazione

L'inabilitazione priva la persona della capacità di compiere atti importanti, come la compravendita di beni senza autorizzazione del tutore, ma non le impedisce di compiere atti di ordinaria amministrazione e di sposarsi. Le persone inabilite sono affiancate da un curatore, che le assiste per riscuotere capitali e stare in giudizio (in caso contrario gli atti sono annullabili). Per gli atti di straordinaria amministrazione occorre l'autorizzazione del Giudice Tutelare e in certi casi del Tribunale.

Tale misura viene adottata abitualmente per gli ammalati che sono sconsideratamente prodighi.

16.2 - Interdizione

L'interdizione priva la persona della capacità di agire. Essa agisce attraverso un tutore, che la sostituisce nel compimento degli atti di ordinaria e straordinaria amministrazione (l'interdetto non può compiere atti con contenuto patrimoniale e quindi non può vendere o acquistare beni, sposarsi, fare testamento). Il tutore nominato gestisce i beni dell'ammalato dandone rendiconto annuale al Giudice Tutelare.

Il Giudice è comunque responsabile o garante di tutte le principali decisioni riguardanti la vita dell'interdetto e in particolare di tutte le operazioni patrimoniali che non sono di ordinaria amministrazione.

16.3 - L'amministratore di sostegno

La legge 9 gennaio 2004 n. 6, stabilisce che:

- ✓ *“il ricorso per l'istituzione dell'amministratore di sostegno può essere proposto dallo stesso soggetto beneficiario, anche se minore, interdetto o inabilitato, ovvero da uno dei soggetti indicati nell'art. 417” e cioè dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore ovvero dal Pubblico Ministero.*
- ✓ *“se il ricorso concerne persona interdetta o inabilitata il medesimo è presentato congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione davanti al giudice competente per quest'ultima”;*
- ✓ *“i responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso” dunque, il servizio sanitario è obbligato ad intervenire e se non segnala la situazione di un utente “a rischio” compie un'omissione d'ufficio; perciò, in caso di danni morali e/o materiali al soggetto in difficoltà, è perseguibile civilmente e penalmente.*

L'amministrazione di sostegno non rappresenta né la privazione né la limitazione della capacità di agire, è uno strumento molto più flessibile rispetto alla tutela e alla curatela. Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione:

- ✓ della durata dell'incarico;
- ✓ dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;
- ✓ degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno.

Da ciò si desume che i compiti e gli ambiti d'intervento dell'amministratore di sostegno sono molto specifici, di conseguenza tutti gli atti che non vengono indicati nel decreto di nomina possono essere compiuti in piena autonomia dall'amministrato.

Per il momento molti giudici tendono a confermare o a scegliere l'interdizione in tutti i casi in cui il disabile non appare in grado di intervenire, attivamente e coscientemente, nelle decisioni che lo riguardano.

Sia l'interdizione, che l'inabilitazione che la nomina dell'amministratore di sostegno sono atti reversibili.

Gli atti compiuti dall'interdetto, dall'inabilitato e dall'amministrato in violazione di quanto disposto dalla legge e dal decreto di nomina possono essere annullati (ved. art. 428).

Per tutti questi atti, che sono di competenza del tribunale, è necessario rivolgersi ad un avvocato esperto nel diritto di famiglia.

16.4 – Incapacità naturale

Anche quando non c'è una sentenza di inabilitazione o interdizione, il codice civile prevede una forma generale di tutela di chi è incapace di amministrarsi.

Gli atti di una persona "incapace di intendere o di volere" (al momento della stipulazione dell'atto) possono essere annullati su richiesta della persona stessa o di eredi o aventi causa, se risulta un grave danno (e quindi la malafede dell'altro contraente). Occorre intentare causa e si può farlo entro cinque anni dall'atto.

Rimane la necessità di un'azione legale e di dover provare che c'è stato danno e malafede. In caso contrario l'atto rimane pienamente valido.

17. – INDICAZIONI SU STRUMENTI UTILI ALLA FAMIGLIA PER IL “DOPO DI NOI” ²²

17.1 - Usufrutto

L’usufrutto è il diritto al godimento di una cosa altrui con l’obbligo di rispettare la destinazione economica.

L’usufruttuario, ossia chi gode del bene, può usarlo come se fosse il proprietario; il proprietario è privato del suo utilizzo e viene definito **“nudo proprietario”**

L’usufruttuario deve rispettare la destinazione economica o d’uso, non potrà cioè fare delle trasformazioni (ad esempio se l’oggetto dell’usufrutto è un appartamento, potrà abitarlo o darlo in affitto, ma non trasformarlo in negozio).

L’usufruttuario: ha il possesso della cosa, può darla in locazione, può cedere il proprio diritto ad altri, ha l’uso ed il godimento del bene e dell’eventuale reddito e ha diritto ad una indennità se fa dei miglioramenti.

L’usufruttuario paga le imposte e gli oneri fiscali e le spese di manutenzione ordinaria. Il proprietario paga le spese straordinarie.

L’usufrutto termina di solito con la morte dell’usufruttuario. Termina anche per prescrizione se per vent’anni vi è un **“non uso”**, oppure per il totale deperimento della cosa su cui è costituito o quando usufrutto e proprietà si riuniscono nella stessa persona.

L’usufrutto può essere costituito a favore di più persone, e si estingue in questo caso alla morte dell’ultimo superstite.

Può essere costituito anche a favore di una persona giuridica (ente, associazione, fondazione), in tal caso l’usufrutto si estingue in 30 anni.

17.2 – Donazione

La donazione è un contratto con il quale una parte volontariamente arricchisce l’altra. E’ un atto definitivo e può anticipare la successione.

Non ha nessun valore la promessa di donazione.

La donazione può essere fatta con atto pubblico (dinanzi ad un notaio) ed alla presenza di due testimoni.

L’accettazione della donazione può essere fatta con lo stesso atto o con atto pubblico successivo: in questo caso la donazione è conclusa e perfetta da quando l’accettazione è comunicata al donante.

²² tratto da “guida per i volontari e le famiglie” de “Il Cerchio aperto”

Prima che la donazione sia perfetta, tanto il donante quanto il donatario possono revocare la loro dichiarazione.

La donazione può avere per oggetto la nuda proprietà, con riserva di usufrutto a favore del donante.

Si può stabilire che i beni tornino al donante se il donatario o i suoi discendenti muoiono prima del donante.

Esiste l'obbligo del donatario di prestare gli alimenti al donante se successivamente si trova in stato di bisogno.

Possono ricevere donazioni sia le persone giuridiche (enti, associazioni, fondazioni) che gli enti non riconosciuti (che per accettarla dovranno chiedere il riconoscimento).

Non è ammessa la donazione a favore del Tutore (o del Protutore) dell'incapace.

Il Codice Civile prevede anche la “**donazione remuneratoria**”, cioè una donazione fatta per riconoscenza o per meriti del destinatario o per servizi particolarmente apprezzati dal donante. La donazione remuneratoria non dà luogo ad obbligo alimentare del donatario verso il donante.

Il Codice Civile prevede inoltre la “**donazione modale**”, ovvero un contratto gravato dall'obbligo del donatario di utilizzare il bene o la somma donata per un determinato motivo (es. ti dono una casa con l'obbligo di organizzarvi una comunità alloggio).

Il “modo” può risultare anche da una scrittura privata.

17.3 – Sostituzione federcommissaria

Con il termine “sostituzione federcommissaria” si intende la disposizione con la quale chi scrive un testamento impone all'erede l'obbligo di conservare i beni ricevuti per restituirli, anche quelli costituenti la legittima, alla sua morte, ad un'altra persona indicata dal testatore medesimo.

Il Codice Civile prevede che un genitore (oppure un coniuge o un ascendente) di una **persona interdetta** possa effettuare un testamento con la “**clausola della sostituzione federcommissaria**”. In tal modo è possibile istituire erede un figlio (oppure un coniuge o un nipote) disabile, con l'obbligo che alla sua morte ciò che resta del patrimonio sia destinato, sotto la vigilanza del Tutore, alla persona o agli enti che ne hanno avuto cura.

Se le persone o gli enti che hanno avuto cura dell'incapace muoiono o si estinguono prima della morte di lui, i beni ereditati saranno devoluti ai successori legittimi dell'interdetto.

E' possibile che il Giudice Tutelare estenda questa disposizione al genitore (oppure al coniuge o un ascendente) di **persona sottoposta ad amministratore di sostegno**.

Chi intende utilizzare tale clausola potrà richiederlo formalmente al momento della presentazione del ricorso per la nomina dell'Amministratore di Sostegno. Può anche presentare un ricorso successivo se la nomina è già avvenuta.

17.4 – Contratto di rendita vitalizia

Può essere costituito come atto tra vivi o per testamento. Prevede la cessione di un bene immobile o di un capitale in cambio di una rendita periodica e fissa per tutta la durata della vita di un beneficiario. Il vantaggio o lo svantaggio economico sono incerti perché non si conosce l'effettiva durata della vita del beneficiario.

17.5 – Contratto di mantenimento

Con il contratto di mantenimento una parte conferisce all'altra il diritto di esigere **“vita natural durante”** di essere mantenuta, in cambio di un bene mobile o immobile o della cessione di un capitale.

Nel contratto di mantenimento, oltre all'incertezza della durata della vita del beneficiario, vi è l'incertezza relativa alle sue necessità (che possono cambiare in relazione alle condizioni di salute ed all'invecchiamento).

Si può stipulare un contratto a favore di terzi che entrerà in vigore dopo la morte di chi lo stipula.

L'obbligato (cioè la persona che riceve il bene o il capitale) fornisce l'assistenza materiale e/o morale al beneficiario “vita natural durante”.

Il contenuto della prestazione di mantenimento comprende normalmente una serie di obblighi di “dare” (ad esempio vitto e alloggio), e obblighi di “fare” (fondati sulla fiducia nella persona, come ad esempio assistenza, pulizia, compagnia).

17.6 – Trust

Un nuovo meccanismo (nuovo per la legislazione italiana) è invece il “trust”, che sottrae al patrimonio familiare determinati beni (di un certo valore) e li vincola nell'interesse del disabile, con la possibilità di garantire la competenza e la correttezza dell'amministrazione.

La normativa, soprattutto fiscale, è ancora poco chiara e di difficile interpretazione.

17.7 – Esecutore testamentario

Chi fa testamento può nominare un “esecutore testamentario” per assicurarsi che siano esattamente eseguite le proprie disposizioni. E’ una possibilità che si utilizza quando l’eredità è particolarmente consistente e complessa.

L’esecutore testamentario è soggetto a formalità e controlli pubblici. Acquisto solo il possesso dei beni ereditati per un anno dalla morte del testatore (estendibile di un altro anno in casi particolari).

17.8 – Trasferimento di proprietà

Il trasferimento di beni a favore di interdetti, inabilitati o incapaci naturali può avvenire in modi diversi, in genere collegati ai tradizionali modi di trasferimento della proprietà.

Si distingue tra:

1. atti tra vivi
2. atti a causa di morte.

Tra gli “**atti tra vivi**” vi sono la compravendita e la donazione diretta o indiretta.

Tra gli “**atti a causa di morte**” vi sono il testamento e il legato (donazione prevista da un testamento a favore di chi non è un erede diretto).

Vi sono poi altre scelte che, senza trasferimento diretto di proprietà, assicurano al disabile una disponibilità economica e sono collegate a forme assicurative.

Per la **compravendita**, sia gli interdetti che gli inabilitati possono acquistare o vendere solo nei limiti e con l’assistenza imposta dalla Legge.

Gli incapaci naturali possono invece farlo e gli atti sono annullabili, entro cinque anni, solo se ne risulta un danno per l’incapace e si può provare la malafede dell’altro contraente.

La **donazione diretta** al disabile, se non è di valore modico, deve assumere la forma di atto pubblico ed è considerata atto eccedente l’ordinaria amministrazione.

Come per la compravendita, l’interdetto e l’inabilitato devono essere sostituiti o assistiti perché l’atto sia valido.

Si può donare denaro, titoli oppure immobili, ma i costi sono diversi.

Per gli immobili è anche possibile cedere solo la nuda proprietà, riservandosi l’usufrutto per tutta la vita.

Anche la **donazione indiretta** è un atto eccedente l'ordinaria amministrazione. Essa avviene ad esempio quando i genitori comprano con i propri soldi un immobile da intestare al figlio.

Non è richiesto un atto pubblico di donazione e non ci sono quindi costi aggiuntivi a quelli dell'acquisto.

Rimane però ugualmente il principio che il valore della donazione andrà considerato per il calcolo della legittima.

17.9 – Assicurazioni

Vi sono scelte che, senza un trasferimento diretto di proprietà, assicurano al disabile una disponibilità economica e sono collegate a forme assicurative.

Le polizze di assicurazione si distinguono prima di tutto in:

- polizze per il caso di morte,
- polizze per il caso di vita,
- polizze miste.

La **polizza per il caso di morte** può essere temporanea, quando ad esempio un padre di famiglia stipula un contratto decennale e paga ogni anno una certa somma per garantire ai propri figli una somma, pagata solo nel caso in cui lui muoia in quel periodo.

Le polizze **temporanee** non si rinnovano tacitamente: alla scadenza del periodo occorre stipulare un nuovo contratto, a nuove condizioni.

La polizza per il caso di morte può invece essere **a vita intera**, quando si vuole garantire un capitale in qualunque momento avverrà la morte.

E' logicamente più costosa e non è più accettata dalle assicurazioni quando l'assicurato è anziano.

Per la stesura della polizza la compagnia di assicurazione richiede la compilazione di un questionario sanitario e in certi casi una visita medica.

Occorre dare informazioni precise per evitare contestazioni successive.

Nella **polizza per il caso vita** si ha invece una rendita rivalutabile per tutta l'esistenza a partire da una certa data (oppure il pagamento del capitale in quella data), contro versamento di premi periodici, in genere rivalutabili e quindi crescenti.

Normalmente il premio da pagare è annuale, per tutto il periodo tra la firma della polizza e la scadenza prevista.

Se però l'assicurato muore prima della data stabilita, vengono restituiti agli eredi i premi versati fino a quel momento, rivalutati, dedotte le imposte.

Queste polizze, offerte da tutte le compagnie e spesso presentate come pensioni integrative. Sono collegate a un fondo di gestione che investe le somme raccolte e passa una percentuale dell'80-90% (dei guadagni realizzati annualmente) al fondo stesso.

Hanno generalmente dei costi (impliciti) piuttosto elevati, che nel gergo assicurativo si chiamano "caricamenti". Non sono quindi finanziariamente consigliabili.

Una forma particolare è la **rendita vitalizia immediata**. Chi ha già un grosso capitale a disposizione può in questo caso pagare un premio unico, in cambio di una rendita vitalizia con decorrenza immediata anche a favore di un terzo beneficiario.

E' un'ipotesi da prendere in considerazione solo da parte di un genitore anziano, senza altri parenti prossimi oltre al figlio disabile, e che voglia garantire una rendita al figlio.

La **polizza mista** garantisce alla scadenza il pagamento di un capitale o di una rendita (come per le polizze vita) e contemporaneamente il capitale viene corrisposto agli eredi se il contraente muore prima della scadenza.

Dal punto di vista strettamente finanziario è poco conveniente.

Chi fosse interessato ai prodotti assicurativi deve chiedere informazioni precise sui "caricamenti".

Alla scadenza, la rendita entrerà nella denuncia dei redditi.

Se si sceglie di incassare il capitale, verrà tassata la differenza tra le somme versate e quella riscossa.

Per gli invalidi va tenuto presente che l'assegno mensile per chi non ha una invalidità del 100% è attualmente vincolato al fatto di non superare un determinato reddito (piuttosto basso).

Questo può influire al momento opportuno sulla scelta tra rendita o capitale.

Come considerazione generale le assicurazioni hanno l'unico vantaggio di assicurare una rendita certa e rivalutabile per tutta la vita della persona disabile.

17.10 – Confronto tra Rendita vitalizia / Fondo d'investimento / Titoli di Stato

La **rendita vitalizia** assicura per tutta la vita del disabile una rendita rivalutata come potere d'acquisto, perché l'importo segue l'andamento dei tassi e si adegua all'inflazione.

I pagamenti sono garantiti anche se si vive molto più a lungo delle aspettative di vita media della popolazione. Se si muore prima di quanto previsto dalle statistiche, sarà un guadagno netto per l'assicurazione.

Il **fondo d'investimento** può consistere in un fondo misto (o un insieme di fondi), con quote versate periodicamente negli anni.

Si può ipotizzare un rimborso programmato, cioè si stabilisce che periodicamente verrà disinvestita una certa somma pagata come rendita. Il piano di disinvestimento può essere modificato o sospeso se necessario.

Va fatto un piano realistico di aspettative di vita, perché si tratta di utilizzare lentamente anche il capitale e non solo gli interessi (a meno di avere a disposizione una somma molto grande).

Se il disabile muore prima che sia utilizzata l'intera somma, quanto rimane va ai suoi eredi.

Un investimento in **titoli di stato** può essere gestito (spendendo meno) come se si trattasse di un fondo di investimento obbligazionario. E' opportuno scegliere titoli con interessi e scadenze distribuite nel tempo.

Occorre però l'impegno di una persona con qualche competenza finanziaria, che reinvesta una parte degli interessi (altrimenti si esaurisce gradualmente il capitale stesso) e che rinnovi in modo sollecito alla scadenza i titoli scaduti.

17.11 – Pensione complementare

La recente normativa italiana sulle "**pensioni complementari**" prevede delle agevolazioni fiscali per chi aderisce a questo "secondo pilastro pensionistico".

Se un disabile aderisce a un fondo pensione (aperto o chiuso a seconda delle possibilità) può dedurre dal reddito i versamenti fino a 5.164 euro all'anno.

Se il disabile ha un reddito che è inferiore alla somma versata, la deduzione viene fatta prima dal reddito del disabile e per la parte rimanente dal reddito del genitore.

Se la somma non può essere dedotta dal disabile (perché ad esempio non ha reddito proprio), un genitore (o i due genitori) che hanno sostenuto la spesa possono dedurla dal proprio reddito fino ad un massimo di 5.164 euro, con un notevole vantaggio fiscale.

La prova di chi ha sostenuto la spesa può risultare dal bonifico; in caso contrario chi l'ha effettivamente sostenuta fa una dichiarazione di responsabilità da allegare al documento del versamento.

Il disabile otterrà una pensione quando raggiunge l'età pensionabile.

Se muore prima le somme accumulate vanno agli eredi ed è possibile indicare un beneficiario.

Quando si raggiunge l'età pensionabile ci sono tre alternative:

1. richiedere il pagamento dell'intera pensione per il resto della vita,
2. incassare metà della somma maturata e destinare il resto al pagamento di una pensione più ridotta,
3. incassare tutto il capitale accumulato (soltanto se la pensione complementare non raggiunge certi limiti).

ALLEGATI

1. Legge 180 del 13 maggio 1978 – Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.
2. Legge 833 del 23 dicembre 1978 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale: artt. 33, 34, 35 e 64 che si occupano di psichiatria.
3. Legge 68 del 12 marzo 1999 – Norme per il diritto al lavoro dei disabili.
4. Legge n. 6 del 9 gennaio 2004 – Introduzione del libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all' istituzione dell'amministratore di sostegno e modifica degli artt. 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali.
5. Fac-simile lettera per opposizione alle dimissioni.