
QUANDO GLI ANNI NON SONO POCHI...

VADEMECUM

con riflessioni
e suggerimenti utili
nell'età anziana
e nel fine vita





**“QUANDO GLI ANNI
NON
SONO POCHI...”**

VADEMECUM

**CON RIFLESSIONI E SUGGERIMENTI UTILI
NELL'ETA' ANZIANA E NEL FINE VITA**

EDIZIONE MAGGIO 2026

Sommario

PROLOGO	4
Cap.1 L'ETA' ANZIANA	5
1.1 Cosa mi può essere utile	6
A - Che anziani siamo: persone autosufficienti – persone non autosufficienti	6
Gli interventi di aiuto sociale	6
Gli interventi di supporto nel contesto di vita	8
L'assistenza domiciliare	9
L'aiuto per il decadimento cognitivo	9
Il trasporto assistito	11
L'amministratore di sostegno	11
B - Assistenza sanitaria ed emergenza sanitaria	11
Il medico di medicina generale	11
La continuità assistenziale	12
Le case della comunità	13
Il pronto soccorso	14
Il ricovero ospedaliero	15
Le cure palliative	16
C - Lasciare la propria casa	17
I servizi semiresidenziali	17
Le soluzioni abitative alternative	18
I servizi residenziali	19
1.2 Cosa posso decidere	21
Il Testamento	21
Predisporre il proprio funerale	21
Disporre la qualità delle proprie esequie	22
Evitare l'accanimento terapeutico (le DAT)	22

Donare gli organi	22
Donare il corpo alla scienza	23
La cremazione	23
Dove destinare le ceneri	23
Cap.2 VERSO IL FINE VITA	24
Cosa s'intende per "fine vita"	25
Il "domicilio accogliente"	25
Le strutture disponibili	26
I trattamenti possibili	26
Gli aspetti bio etici	26
Un nuovo ruolo: "End of Life Doula"	27
Cap.3 ATTORNO AL DECESSO	28
Al momento del decesso	29
Chi fa cosa	29
Che cos'è il funerale	30
La scelta dell'impresa di onoranze funebri	30
I documenti necessari	31
Come informare chi	31
Ritualità e strumenti del ricordo	31
L'elaborazione del lutto	32
Cap.4 LE INCOMBENZE DI CHI RIMANE	33
La gestione delle volontà testamentarie	34
La comunicazione alla banca	34
La segnalazione a: Datore di lavoro -Agenzia delle Entrate –Enti pensionistici/assicurativi	34
La gestione di utenze – contratti – abbonamenti	35
La gestione del patrimonio digitale	35
EPILOGO	37

PROLOGO

La Società per la Cremazione di Milano, prima Socrem operativa europea, nata nel 1876, osserva con grande soddisfazione che lo storico compito istituzionale di contribuire alla diffusione dell'idea cremazionista può considerarsi, nel proprio contesto operativo, abbondantemente raggiunto.

E dunque, poiché Socrem è oggi un Ente appartenente al cosiddetto Terzo Settore, appare opportuno identificare aree d'azione nuove che, ovviamente, continuino ad avere come riferimento di fondo l'offerta di un contributo ad un miglioramento del benessere sociale.

Questo "vademecum" si colloca nell'ambito qui sopra citato.

Si tratta di un documento che propone argomenti che non tutti affrontano con piacere.

Ma, ne siamo convinti, rappresenta uno strumento utile e pratico per orientare riflessioni e scelte su temi che entrano nella vita di tutti noi quando gli anni diventano tanti.

Si parla anche di "conclusione" della vita: un pensiero, questo, che non va rimosso, rappresentando un passaggio ineludibile e importante dell'esistenza di ciascuno e dove si rende opportuno considerare per tempo, proprio per la delicatezza di quel momento, le tante incombenze che si dovranno affrontare..

Buona lettura

"Tutta la vita è un sogno che cammina, tutta la morte è un ritorno a casa"

Proverbio cinese

NOTA

Questo documento nasce con il contributo fondamentale di Stefania Zazzi, medico di medicina sociale, già funzionaria all'Assessorato Politiche Sociali del Comune di Milano, referente del progetto "Cittadini più Coinvolti & più Sicuri" (BUSTA ROSSA) per la diffusione e promozione sul Territorio, e appassionata Socia Socrem, alla quale va un sentito grazie da Giovanni Bossi, Presidente di Socrem Milano dal 2006 al 2025, e promotore del presente lavoro.

Cap.1 L'ETA' ANZIANA

1.1 Cosa mi può essere utile

Il territorio è la città in cui si vive ed è dove risulta importante conoscere la rete dei servizi dedicati a tutte le fasi dell'invecchiamento. Per questo la prima azione è quella di capire in che fase si è di questo invecchiamento, che tipo di anziano si è e cosa può servire nell'avanzamento dell'età. Per servizi si intendono: l'offerta del Comune di Milano in ambito socio-ricreativo-assistenziale, l'organizzazione dell'Agenzia di Tutela della Salute-ATS in ambito sanitario per la cura di patologie e della cronicità stabilizzata e le offerte degli Enti del Terzo Settore-ETS in ambito della socialità, le associazioni ma anche parrocchie e iniziative dei locali del territorio. Il nostro compito è di accompagnare la persona anziana nel percorso dell'invecchiamento considerando che l'evoluzione del bisogno porta al transitare da un servizio all'altro (transitional care) alternando assistenza domiciliare a opportunità diurne e ricoveri brevi sino alla residenzialità temporanea e/o definitiva.

A - Che anziani siamo: persone autosufficienti – persone non autosufficienti

In Italia il riferimento normativo attorno all'invecchiamento più recente e completo è la Legge 33 del 2023 "Deleghe del Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" (non ancora completamente applicata). Questa legge ha carattere nazionale e rappresenta l'insieme delle disposizioni per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura, di riabilitazione e assistenza delle persone anziane nel rispetto di ogni fase della vita, indipendentemente dall'età anagrafica e dalla presenza di menomazioni e disabilità. Questo comporta la distinzione funzionale della popolazione anziana in anziani autosufficienti, con l'offerta delle politiche di invecchiamento attivo e l'anziano non autosufficiente con le politiche dei servizi messi a sistema strutturato.

Schematicamente gli interventi per la persona anziana si possono così sintetizzare :

- a) per l'anziano autosufficiente over 65 anni con la promozione dell'invecchiamento attivo attraverso la valorizzazione e promozione delle attività di partecipazione sociale, socializzazione e volontariato
- b) per l'anziano non autosufficiente, che viene identificato e certificato a seguito della Valutazione Multidimensionale delle sue capacità e dei suoi bisogni, con la presa in carico nei servizi sociosanitari, sanitari e dei servizi di cura e assistenza a lungo termine.

Si tratta di un panorama ampio, con offerte differenziate da concordare sempre con la famiglia in un contesto di fiducia. Una sorta di "alleanza per la tutela quotidiana" lungo il percorso dell'invecchiamento sino alla fine naturale della vita perché la vecchiaia è una normale età della vita.

Gli interventi di aiuto sociale

Per interventi di aiuto sociale s'intendono le prime forme semplici di aiuto alle persone anziane utili per la conduzione della vita quotidiana:

- il buon vicinato
- la Custodia sociale(Comune di Milano)
- la Teleassistenza (Comune di Milano)
- la BUSTA ROSSA (Gruppo Volontari BUSTA ROSSA)
- il servizio Tate-colf-assistenti famigliari (Comune di Milano)

Avere rapporti di **buon vicinato** fa bene alla vita sociale, alla mente e anche alla salute : il buon vicinato è importante non solo per prevenire stress e liti tra condomini, ma anche per assicurarsi una vita tranquilla e, a quanto pare, più lunga e assume un ruolo di primaria importanza

nell'avanzare con l'età in quanto prima o poi, tutti abbiamo bisogno di un piccolo aiuto o di un favore e chi, meglio dei nostri vicini di casa, può venirci in soccorso? Seguendo questo decalogo, quali sono le regole di condominio da rispettare e come comportarsi per essere dei vicini modello, seppur anziani : 1.conoscere le regole del buon vicino - 2.rispettare il silenzio - 3.evitare rumori molesti - 4.salutare sempre - 5.avvisare se accade qualcosa di particolare - 6.rispettare gli spazi altrui e quelli comuni - 7.tenere a bada gli animali domestici.

La **Custodia Sociale** è un servizio del Comune di Milano che si avvale di operatori professionali di enti accreditati, attivi nell'ambito sia degli stabili di Edilizia Residenziale Pubblica di proprietà comunale (gestione MM) sia di quelli di proprietà Aler, in ogni zona della città. Il custode sociale è l'operatore del Comune di Milano che rileva il bisogno e fornisce sostegno alle persone e alle famiglie, e favorisce il presidio e il monitoraggio del quartiere/via. Sono presenti anche in condomini e associazioni di quartiere per attività di custodia sociale in forma privata.

La Custodia Sociale collabora con i Servizi Sociali Professionali Territoriali (SSPT) del Comune di Milano, con i servizi di guardiania degli stabili di Milano Metropolitana-MM, con i Comitati Inquilini, le Parrocchie, i servizi pubblici e privati e le Associazioni del territorio. Il servizio è rivolto con priorità a quei cittadini, residenti nelle case popolari dei Municipi di Milano, che vivono in condizioni di disagio: anziani, persone con disabilità, persone sole, famiglie numerose e caratterizzate dalla compresenza di varie forme di disagio (ad esempio povertà e problemi di salute mentale).

La **Teleassistenza** è un servizio del Comune di Milano che garantisce un intervento tempestivo a chi si trova in situazioni di difficoltà e ha bisogno di aiuto immediato. Il Servizio è gratuito per tutte le persone over 85 anni che vivono da soli/e, che non abbiano una persona badante h24, indipendentemente dal reddito. Le persone residenti nel Comune di Milano, e che abbiano compiuto i 75 anni di età o con meno di 75 anni se in possesso di un'invalidità superiore al 67%. La teleassistenza è fattibile anche con l'acquisto di apparecchi deputati a tale funzione anche se, in tale modalità, viene meno il supporto di monitoraggio continuo.

La **BUSTA ROSSA** nasce nel 2012, per offrire un aiuto concreto alle persone più fragili: il progetto "Cittadini più coinvolti e più sicuri", meglio noto come "BUSTA ROSSA", si rivolge principalmente a chi è e vive solo, o in situazioni di difficoltà e precarietà, e mette a disposizione "strumenti salvavita" individuali che permettono di superare l'anonimato quando non si è in grado di collaborare con chi ci aiuta e presta soccorso. Sono quindi interventi utili sia nella vita quotidiana sia, a maggior ragione, in caso di situazioni impreviste o di allarme sanitario. Gli obiettivi sono:

- aumentare la sicurezza fisica e psicologica delle persone fragili di ogni età
- consentire di vivere tranquillamente in casa anche da soli
- facilitare i soccorsi in casi di emergenza

Il **servizio Tate-colf-badanti** è un servizio del Comune di Milano attivato dal sistema Welfare Milano-WeMi nato nel 2015 con l'obiettivo di offrire alla cittadinanza le soluzioni più idonee ai bisogni contingenti del singolo e delle famiglie. Opera attraverso le attività d'informazione e orientamento, sia negli spazi fisici (Sportelli WeMI) che sul portale web dedicato diventando così quel servizio che, in maniera facile e veloce, aiuta i cittadini in cerca di una soluzione operativa (assistenza a bambini/anziani/disabili, cura animali domestici, giardinaggio, piccola manutenzione della casa, ore di assistenza Badanti, ecc). E' un supporto utile soprattutto per chi vive solo.

Gli interventi di supporto nel contesto di vita

Per interventi di supporto nel contesto di vita s'intendono interventi pubblici che offrono un sostegno specifico alle persone che permangono al proprio domicilio :

- le Case di Quartiere e il servizio Cittadini over 60 (Comune di Milano)
- i Gruppi Auto Mutuo Aiuto
- le Associazioni dei Familiari
- il supporto al Caregiver familiare
- le azioni della LILT

Le **Case di Quartiere** a Milano sono di recentissima istituzione (2025) e hanno sostituito gli storici Centri Socio Ricreativi Culturali-CSRC ovvero i Centri per anziani del Comune. Le Case di Quartiere offrono diversi tipi di attività tra le quali: Ginnastica Dolce per anziani, Tai Chi, Yoga, Pilates, Giochi di Carte, Burraco, Tombola, Laboratori d'Arte, Passeggiate, Visite Guidate, Gruppi di lettura, Centri Estivi, Danza, Sessioni di Ballo, Pranzi e Merende condivise, momenti di libera aggregazione, Feste, Bocce, Sportelli di Digitalizzazione e altro ancora. Questi spazi d'aggregazione sono rivolti a tutti i cittadini e alle varie età in un contesto d'integrazione intergenerazionale atto a proporre l'invecchiamento attivo degli anziani e affrontare le sfide del decadimento fisico, dell'isolamento e della solitudine.

Per **servizio Cittadini over 60** s'intende l'insieme dei servizi del Comune di Milano dedicati alle persone che hanno compiuto 60 anni, c.d. area anziani. La richiesta dell'attivazione del servizio avviene direttamente da parte della persona interessata o su segnalazione di parenti, del Medico di medicina generale-MMG o altri servizi territoriali quali il Servizio Sociale Professionale Territoriale-SSPT del proprio Municipio (assistente sociale). Si possono attivare richieste di Pasti a domicilio, cura della persona e della casa, contributi economici, domande di ricovero nelle Residenze Sanitarie Assistenziali-RSA, progetti d'inserimento in alloggi protetti e nei Centri Diurni ecc.

I Gruppi di Auto Mutuo Aiuto-AMA I Gruppi di Auto Mutuo Aiuto, spesso chiamati anche "self-help", sono gruppi di persone che s'incontrano per condividere esperienze e affrontare insieme un problema comune, aiutarsi a vicenda per migliorare il proprio benessere psico-fisico e psico-sociale nonostante situazioni di stress come la gestione di una malattia cronica, il superamento di una dipendenza o il supporto a chi ha perso una persona cara. Esistono diverse associazioni e reti che promuovono i Gruppi AMA contattabili attraverso le associazioni di volontariato, le strutture sanitarie/ATS o online. I gruppi sono aperti e accessibili a chiunque desideri partecipare indipendentemente dall'età.

Le **Associazioni dei Familiari-AdF** prendono piede nel 1992 con l'obiettivo di portare all'attenzione del dibattito culturale e politico italiano la famiglia come soggetto sociale. A tale scopo sono nate le AdF, per aiutare i familiari a superare gradualmente l'alone del pregiudizio e dei sentimenti negativi. Scopo di queste forme di aggregazione è di affrontare insieme l'impreparazione, a volte totale, di fronte al decadimento progressivo del proprio caro, superare la posizione "docile e passiva" e l'abbandono in cui si trovano tradizionalmente a vivere le famiglie, con i congiunti malati. Per questo si dà indicazione ai familiari di incontrarsi, di ritrovarsi, di parlare e discutere insieme. L'AdF diventa così una presenza vigile e costante a fianco dei servizi e del volontariato attivo, una risorsa con cui collaborare attivamente. Gli obiettivi diventano la prevenzione di un disagio maggiore inadeguatamente affrontato e/o affrontato in solitudine.

Il supporto al Caregiver familiare significa dare aiuto e conforto alla persona che dedica assistenza a un proprio caro non autonomo. Col termine "caregiver", parola inglese entrata da tempo nel nostro lessico quotidiano, s'intende "colui che si prende cura" di un'altra persona in maniera volontaristica, continuativa e rilevante nel tempo. Il Caregiver familiare, in particolare, si prende cura senza che

questo impegno abbia fini di lucro. La condizione del Caregiver familiare è spesso caratterizzata da un forte impatto emotivo e relazionale che può creare malessere e disagio se vissuto in solitudine. Il lavoro di cura può avere serie implicazioni sul piano fisico, relazionale, emozionale ed economico, fino a comportare un impatto sulla salute ed incidere sulle condizioni psicologiche e sulle reti relazionali. Per il Caregiver familiare diventa fondamentale, quindi, prendersi cura del proprio benessere. Esistono opportunità di sostegno, condivisione, supporto relazionale, psicologico e di socializzazione.

Le **azioni della Lega Italiana per la Lotta contro il Tumore-LILT** coinvolgono molte persone, sia gli stessi malati di cancro e gli operatori sanitari sia i volontari. La LILT è attiva dal 1948 ed è quindi da più di 75 anni riferimento per la prevenzione oncologica in Italia e la riduzione dell'impatto dei tumori nella società. Azioni della LILT sono l'aiuto, sostegno e conforto, l'ascolto dei bisogni sociali e sanitari, l'accompagnamento alle terapie, la prevenzione primaria-secondaria-terziaria e la ricerca scientifica.

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare comprende :

- il Servizio di Assistenza Domiciliare-SAD
- l'Assistenza Domiciliare Integrata-ADI

Il **Servizio di Assistenza Domiciliare-SAD** del Comune di Milano rappresenta un'opportunità per favorire la permanenza a casa di persone con bisogni assistenziali e/o educativi, garantendo loro una migliore qualità di vita. Le finalità di questo intervento è di migliorare la qualità della vita accompagnando la persona anziana e con riduzione delle sue capacità d'autonomia e nella costruzione di sane abitudini di cura, igiene personale, alimentazione, attività fisica e socialità. In tale modo si previene l'isolamento delle persone che vivono sole, in stato di depressione o in presenza di altre forme di disagio. Il SAD previene il deterioramento dell'ambiente di vita anche al fine di evitare il ricorrere all'istituzionalizzazione. Oltre al Comune ci sono anche molte agenzie specializzate nell'Assistenza Domiciliare tramite il reperimento di assistenti familiari (badanti).

L'Assistenza Domiciliare Integrata-ADI è rivolta a persone in situazioni di fragilità, caratterizzate dalla presenza di una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo (condizione di impossibilità a deambulare e di non trasportabilità presso i presidi sanitari ambulatoriali, di non autosufficienza). L'ADI è un servizio socio-sanitario che offre cure e supporto professionale direttamente a casa, attraverso un sistema coordinato di interventi programmati ripetuti nel tempo a causa delle gravi condizioni di salute.

L'aiuto per il decadimento cognitivo

Gli interventi del Comune di Milano sono:

- la Rete Alzheimer MILANO
- gli Interventi psicosociali
- i Centri di Psicologia per l'Anziano e l'Alzheimer
- i Centri d'Incontro
- l'Assistenza Domiciliare Alzheimer
- i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenza

La **Rete Alzheimer Milano** Il Comune di Milano dal 2013 ha attivato un coordinamento di vari soggetti istituzionali, fra i quali anche l'Agenzia Territoriale per la Salute-ATS Milano Metropolitana e diversi enti del Terzo Settore, che in città sono impegnati sul tema delle demenze costituendo appositamente la Rete Alzheimer Milano, attiva per tutta la città. Successivamente, nel 2024, si è ampliata come **Rete cittadina**. Per ulteriori informazione cercare sul sito del Comune di Milano in RETE ALZHEIMER. I principali interventi della Rete sono gli interventi psicosociali e i CPAA.

Gli **Interventi psicosociali** si rivolgono alle persone con decadimento cognitivo lieve-moderato e di diversa gravità e si differenziano nettamente dagli interventi farmacologici in quanto propongono attività a scopo riabilitativo. Gli interventi comprendono principalmente gli Alzheimer Café che vedono la partecipazione sia dei malati sia dei familiari/caregiver. Altre attività si svolgono in piccoli gruppi utilizzando diverse tecniche di tipo artistico, teatrale, danzaterapia, musicoterapia, ecc. con l'obiettivo di favorire la socialità in un ambiente sereno e di stimolare le competenze cognitive presenti per mantenerle attive il più a lungo possibile. Gli interventi sono gestiti da Enti del Terzo Settore dei vari Municipi di Milano.

I **Centri per l'Anziano e l'Alzheimer-CPAA** sono servizi gestiti da professionisti del Comune o del Terzo settore (psicologhe), con esperienza nella **Psicologia dell'invecchiamento**. Offrono analisi del bisogno, orientamento ai servizi presenti sul territorio, accompagnamento in percorsi personalizzati di utilizzo dei servizi, psico-educazione e supporto psicologico, anche a contrasto dell'ansia per l'invecchiamento progressivo. Questi Centri svolgono colloqui e interventi di supporto aiutando le persone con disagio cognitivo a rimanere nel proprio domicilio e offrendo orientamento e sostegno alle famiglie. Il servizio è gratuito. I Centri sono presenti in tutti i nove Municipi della città

I **Centri d'Incontro-CI** si rivolgono alle famiglie che assistono a domicilio una persona con diagnosi di demenza lieve e moderata. Offrono attività specifiche per le persone con demenza e percorsi di supporto e informazione rivolti ai caregiver. Sono presenti in alcuni Municipi a Milano e seguono un preciso protocollo validato, con attività ricreative, creative e terapeutiche che permettono alle persone con decadimento cognitivo di esprimersi ed essere coinvolte. I CI sono predisposti per accogliere 30 persone, 15 diadi con l'utente e il proprio caregiver/accompagnatore. Le specificità del CI sono molteplici: si rivolge alla parte iniziale della malattia, il prendere in carico l'intera famiglia e il miglioramento della qualità di vita nonostante il disagio cognitivo.

Il **servizio di Assistenza Domiciliare Alzheimer-AD Alzheimer** consiste nell'assistenza domiciliare per malati di demenza e malattia di Alzheimer certificati. Questo tipo di assistenza garantisce supporto professionale e personalizzato direttamente a casa, facilitando il mantenimento della routine quotidiana e l'ambiente familiare che riduce lo stress del malato. Per avviare l'intervento è importante rivolgersi ai servizi sociali del proprio Comune/Municipio o alle associazioni specializzate, presentando la documentazione che attesta la diagnosi e lo stato di disagio cognitivo. Viene garantito un supporto a tutto tondo come l'igiene personale, la vestizione, l'alimentazione, la cura generale della persona, la costante stimolazione cognitiva che include attività mirate a mantenere le capacità e a rallentare il declino e la complessa compromissione generale. Fondamentale è il monitoraggio della terapia farmacologica.

I **Centri Disturbi Cognitivi e Demenza-CDCD** sono strutture sanitarie regionali previste dal Piano Nazionale Demenze elaborato dal Ministero della Salute nel 2014. Sono centri specializzati nella valutazione dei disturbi cognitivi e comportamentali per la diagnosi della malattia di Alzheimer e di altre forme di demenze e si avvalgono delle competenze specialistiche di tipo geriatrico, internistico, neurologico e psichiatrico.

Nei CDCD viene effettuata la diagnosi, valutato lo stadio della malattia anche iniziale, definita la terapia e la successiva presa in carico della persona e l'eventuale attivazione di servizi della rete territoriale. Vengono inoltre svolte attività di consulenza e di supporto ai familiari/caregiver.

Il trasporto assistito

I servizi di trasporto e accompagnamento per anziani rappresentano un supporto fondamentale per migliorare la qualità della vita delle persone più fragili. Con l'avanzare dell'età, infatti, molte attività quotidiane, come recarsi a una visita medica, fare la spesa o partecipare a eventi sociali, possono diventare difficili da gestire autonomamente. Offrire un servizio di trasporto dedicato permette agli anziani di mantenere una certa indipendenza, favorendo il loro benessere fisico ed emotivo. Le soluzioni offerte devono adattarsi alle esigenze specifiche di ogni individuo, considerando eventuali difficoltà motorie, l'utilizzo di sedie a rotelle o la necessità di accompagnatori durante gli spostamenti. I Servizi per la disabilità: il Comune di Milano rilascia ai residenti il contrassegno di sosta e circolazione nel formato europeo, che consente di ottenere esenzioni e deroghe per l'ingresso nelle Zone a Traffico Limitato-ZTL e nelle corsie riservate ai mezzi di trasporto pubblico e attivare aree di sosta personalizzate e pass per chi fornisce assistenza. L'Autonoleggio e Taxi accessibili a persone con disabilità, sono taxi accessibili a persone con disabilità motoria allestiti ad hoc in grado di ospitare una carrozzina e/o di caricarla a bordo con sistemi automatizzati (chiamata Radiotaxi).

L'amministratore di sostegno

La misura di protezione dell'**Amministratore di Sostegno-AdS**. L'AdS è una figura giuridica regolata dalla Legge n. 6/2004, recentemente aggiornata con le modifiche introdotte dal DL 149/2023 (in vigore dal gennaio 2025). Questo istituto protegge le persone con disabilità fisiche, psichiche o mentali che incontrano difficoltà nel gestire autonomamente i propri interessi. Rispetto all'interdizione e all'inabilitazione, rappresenta una soluzione più moderna e rispettosa dell'autodeterminazione individuale. Sotto il profilo dei poteri, l'AdS in relazione alle condizioni di salute e all'autonomia residua del beneficiario, potrà essere investito dal Giudice Tutelare di un ruolo di rappresentanza esclusiva (sostituendosi integralmente al soggetto) o di mera assistenza (affiancandosi al soggetto nell'assunzione delle decisioni). La scelta dell'AdS viene effettuata dal Giudice Tutelare "con esclusivo riguardo alla cura e agli interessi della persona beneficiaria". E' un valido supporto per consentire la permanenza al domicilio delle persone fragili e disagiate.

B - Assistenza sanitaria ed emergenza sanitaria

Il medico di medicina generale

Il **medico di medicina generale-MMG**, detto anche medico di famiglia o medico di base è un laureato in medicina e chirurgia di formazione specifica in medicina generale (specializzazione), eroga l'assistenza sul territorio, assumendo il ruolo di medico curante degli assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale-SSN iscritti nelle proprie liste. E' il responsabile della cura globale della persona, rappresenta l'accesso del cittadino al SSN e ha il compito di coordinare sotto la sua responsabilità l'intera vita sanitaria e psicologica dei suoi pazienti. Nell'ambito delle sue funzioni, è un pubblico ufficiale e riveste il ruolo di medico curante, ovvero il medico che ha il compito di concordare col paziente una strategia diagnostico-terapeutica complessiva. L'MMG viene comunemente considerato anche medico di fiducia e/o medico curante, perché è un libero professionista scelto da ciascun cittadino per garantirsi una prima forma di assistenza, quella di primo livello, esterna all'ospedale (intervento sanitario di primo livello). Il cittadino può anche chiedere di cambiare il

medico di famiglia precedentemente assegnato. La revoca del medico può avvenire anche in caso di cambio di residenza/domicilio/domicilio,

Compiti del medico di famiglia sono:

- mette a disposizione uno studio professionale, aperto per cinque giorni la settimana, di mattina o di pomeriggio. L'apertura dell'ambulatorio è rimessa alla sua libera iniziativa con l'obbligo di esporre l'orario stabilito nella sala d'attesa o all'entrata
- deve tenere e aggiornare per ogni assistito una scheda sanitaria che presenti un preciso quadro anamnestico, aggiornata di visita in visita e che traccia un percorso degli avvenimenti che riguardano lo stato di salute, eventuali ricoveri, interventi, le terapie svolte e consegnarla al paziente che la richiede
- redigere ricette per richieste analisi, visite specialistiche o prescrizioni di farmaci e può eseguire sia certificati gratuiti – come quelli di malattia per i lavoratori o d' idoneità alle attività sportive dei giovani – sia a pagamento – come quelli a fini assicurativi o di invalidità o per attività fisica non agonistica
- nel caso in cui le condizioni del paziente siano tali da impedirgli di recarsi al suo studio, egli è tenuto ad effettuare visite domiciliari. Quando la richiesta perviene entro le ore 10, deve essere eseguita nel corso della stessa giornata; quando invece la richiesta perviene dopo le ore 10, deve essere effettuata entro le 12 del giorno successivo
- prescrivere proposte di inserimento nei Centri Diurni-CD, nell'Assistenza domiciliare Integrata-ADI, ricovero in RSA oppure in ospedale o cure termali. Quando il paziente è ricoverato in ospedale il Medico di famiglia ha il dovere di collaborare coi colleghi ospedalieri in caso di necessità e in particolare durante la dimissione per concordare la strategia terapeutica da continuare
- invia il paziente al medico specialista consulente con apposita lettera d'invio contenente informazioni sulla storia clinica e il quesito diagnostico.
- nel caso in cui le condizioni del paziente siano tali da impedirgli di recarsi al suo studio, egli è tenuto ad effettuare visite domiciliari. Quando la richiesta perviene entro le ore 10, deve essere eseguita nel corso della stessa giornata; quando invece la richiesta perviene dopo le ore 10, deve essere effettuata entro le 12 del giorno successivo.
- quando il paziente decide di rivolgersi a un consulente privato è compito del Medico di famiglia valutare di volta in volta l'appropriatezza dell'esame o della terapia suggerita ed eventualmente prescrivere farmaci o meno a carico del SSN sulla base della buona pratica clinica
- invia il paziente in Pronto Soccorso-PS per prestazioni urgenti non differibili e ha il compito di redigere apposita lettera di invio contenente la storia clinica del paziente, i farmaci assunti e il motivo dell'invio

L'assistenza primaria, assicurata dal medico di famiglia e dal medico di continuità assistenziale (ex guardia medica) risulta così attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Per l'esecuzione delle proprie prestazioni non sussiste nessun obbligo remunerativo in capo all'utente perché il **medico convenzionato** è remunerato dalla ATS in forza del rapporto di convenzionamento con la propria Regione. I cittadini residenti in altre regioni e temporaneamente domiciliati nel territorio di un'altra ATS per motivi di lavoro/studio/salute possono effettuare l'iscrizione temporanea al SSN con la scelta del Medico di Medicina Generale. È possibile, nel caso in cui non si decida di iscriversi al SSN, ricorrere all'istituto delle visite occasionali presso un qualsiasi Medico di Medicina Generale: in questo caso è prevista il pagamento al Medico di una quota pari a 15 € visita ambulatoriale e 25 € visita domiciliare, rimborsabili dal Servizio Sanitario di Residenza.

La continuità assistenziale

Il **servizio di Continuità Assistenziale-ex Guardia Medica**, è un servizio gratuito di assistenza sanitaria a richiesta telefonica per i casi di urgenza, nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi.

Al telefono risponde un medico che effettua una prima analisi del problema, consiglia sul da farsi e, se necessario, si reca dal paziente per una visita a domicilio. Questo servizio interviene negli orari in cui gli studi dei medici di famiglia sono chiusi. Il n. 116 117 è il numero unico nazionale per richiedere assistenza, prestazioni o consigli sanitari non urgenti. Il Servizio è disponibile:

- nei giorni prefestivi, festivi, sabato e domenica dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- dal lunedì alla domenica dalle ore 20.00 alle ore 8.00
- l'accesso all'ambulatorio deve avvenire dopo contatto telefonico per una prima valutazione della richiesta;
- i pazienti, qualora possibile, devono recarsi in ambulatorio da soli ed è necessario presentare la tessera sanitaria.

Gli Ambulatori di Continuità Assistenziale sono nella maggioranza collocati presso le Case di Comunità. (v. più avanti). Le visite Ambulatoriali e domiciliari effettuate dai medici operanti nei servizi di Continuità Assistenziale nei confronti di cittadini fuori regione (iscritti al Servizio Sanitario Gli Ambulatori di Continuità Assistenziale sono collocati presso le Case di Comunità. (v. più avanti). Le visite Ambulatoriali e domiciliari effettuate dai medici operanti nei servizi di Continuità Assistenziale nei confronti di cittadini fuori regione (iscritti al Servizio Sanitario di altre Regioni) sono a pagamento; tali prestazioni sono saldate direttamente dal cittadino al medico con le tariffe omnicomprensive: visita ambulatoriale di € 20,00 - visita domiciliare € 35,00.

Le case della comunità

Le **Case della Comunità'-CdC** sono strutture socio-sanitarie di recente istituzione, previste dalla Legge sanitaria n. 22 del 2021 di potenziamento per la presa in carico in particolare di pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche. L'attivazione complessiva di tutte le CdC previste, sul territorio nazionale dalla progettazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR si concluderà nel 2026. Le CdC si caratterizzano come punto complessivo di riferimento per la popolazione: qui è possibile trovare accoglienza, informazione e orientamento del cittadino. Nelle Casa di Comunità, a regime, sono presenti diversi servizi che interagiscono tra loro:

- Area di accesso e dei servizi amministrativi, comprende il Punto Unico di Accesso (PUA), il Centro Unico di Prenotazione (CUP), il servizio di Scelta e Revoca Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (MMG/PLS), i servizi di accettazione
- Area dell'assistenza primaria, comprende le attività di Medici di famiglia e Medici di Continuità Assistenziale, l'Assistenza Domiciliare Integrata-ADI e l'Infermiere di Famiglia e di Comunità-IFeC
- Area della specialistica ambulatoriale (circa 14 ambulatori specialistici), rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello
- Area della prevenzione e promozione della salute, con programmi di screening, l'attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive
- Area dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso l'integrazione dei servizi sanitari della CdC con quelli socio-assistenziali dei comuni (servizi sociali) e con la valorizzazione delle reti sociali attive sul territorio (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

Servizi della CdC di particolare importanza per le persone anziani, con fragilità e cronicità sono: il Punto unico di accesso - la valutazione del paziente anziano - l'Unità di Continuità Assistenziale - la Psicologia delle cure primarie

Il **Punto Unico d'Accesso-PUA** è il più importante sportello polifunzionale della CdC che promuove l'informazione, l'orientamento e le indicazioni dei servizi per soddisfare i bisogni di salute della persona intesa nella sua globalità. L'accoglienza è la fase in cui il PUA si attiva sulla base di una richiesta dell'utente o della sua famiglia, oppure del Medico di medicina generale-MMG o del Pediatra di libera scelta, dei servizi sociali del comune o degli ospedali. In questa fase vengono fornite informazioni sull'accesso ai servizi, si orienta l'utente (o la famiglia) e si compie una preliminare valutazione della complessità del bisogno.

La CdC effettua la **valutazione dei pazienti anziani** attraverso due interventi:

- a) la Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell' Anziano-SVAMA, rivolta a pazienti anziani che richiedono prestazioni sanitarie di particolare impegno. È compilata dal Medico di famiglia-MMG che, sulla base della situazione clinica del paziente, segnala alla CdC le criticità e i bisogni del paziente. Al fine di stabilire il livello di autonomia e/o di non autonomia dell'anziano
- b) il Piano di Assistenza Individuale-PAI, rivolto ai pazienti cronici e previsto nel Piano Nazionale Cronicità. Sulla base di valutazioni clinico-sociali il Medico di Medicina Generale-MMG redige un programma a lungo termine di assistenza territoriale del paziente cronico con la collaborazione di altre figure professionali (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e fisioterapisti).

Nelle CdC è attiva l'**Unità di Continuità Assistenziale-UCA**, è una équipe mobile composta da medici e infermieri che opera direttamente sul territorio per supportare l'assistenza domiciliare di pazienti in condizioni cliniche complesse con l'obiettivo di stabilizzare il quadro clinico-assistenziale del paziente. L'UCA è dotata di strumenti diagnostici portatili (ecografi ed elettrocardiografi) che consentono accertamenti direttamente a domicilio. L'intervento ha lo scopo di supportare l'approfondimento diagnostico, aiutare a definire l'approccio terapeutico e contribuire a definire il percorso di cura più appropriato: prosecuzione dell'assistenza a domicilio oppure eventuale ricovero ospedaliero.

Nelle CdC è stato recentemente attivato il **servizio di Psicologia delle cure primarie**, istituito dalla Legge Regionale n.1/2024, ha l'obiettivo di rafforzare l'assistenza psicologica sul territorio, migliorando l'accessibilità alle cure psicologiche, rispondendo in maniera tempestiva ai primi segni di disagio e prevenendo l'aggravarsi delle situazioni di vulnerabilità. Il servizio si rivolge a persone di ogni età e alle loro famiglie, con particolare attenzione alle persone in condizioni di fragilità: adolescenti, persone anziane affette da cronicità, e in generale chiunque si trovi ad affrontare eventi di vita stressanti come la perdita del lavoro, una disabilità o altre crisi evolutive nel ciclo di vita (vedovanza).

Il pronto soccorso

Il **Pronto Soccorso-PS** è un servizio della medicina d'urgenza per i pazienti che arrivano senza appuntamento, con mezzi propri o in ambulanza. Oggi i PS sono luoghi di diagnosi e cura dove si garantisce la prima valutazione, in cui professionisti molto formati, specialisti dell'emergenza-urgenza, trattano le acuzie e le malattie tempo-dipendenti oltre a dare risposte nelle maxi-emergenze e durante le pandemie. Il paziente viene valutato e immediatamente classificato per gravità o rischio di evoluzione sfavorevole. Caratteristica principale del PS è la garanzia di servizio ai cittadini 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno. L'accesso non avviene sulla base dell'ordine di arrivo delle persone che giungono al PS bensì sulla gravità delle loro condizioni valutata attraverso il "triage", una funzione svolta da un professionista/un infermiere, specificamente formato e con esperienza di area d'emergenza, che identifica le priorità assistenziali dei pazienti attraverso una valutazione clinica e dell'eventuale rischio evolutivo e attribuisce a ogni paziente un codice di priorità in 5 livelli espressi in numeri Il triage quindi non riduce in genere i tempi di attesa ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità maggiore:

- Cod 1 colore rosso - EMERGENZA: interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali
- Cod 2 colore arancione - URGENZA: rischio compromissione funzioni vitali con rischio evolutivo o dolore severo
- Cod 3 colore azzurro - URGENZA DIFFERIBILE: condizioni stabili, senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che presuppone solitamente prestazioni complesse
- Cod 4 colore verde - URGENZA MINORE: stabile, senza rischio evolutivo, richiede solitamente prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici, mono-specialistiche
- Cod 5 colore bianco - NON URGENZA: problema non urgente, di minima rilevanza clinica.

In molte regioni come la Lombardia, è attivo il NUE, numero unico di emergenza 112, un solo numero telefonico che fa confluire tutte le telefonate effettuate ai numeri di emergenza 112, 113, 115 e 118 ad un'unica Centrale Operativa. Il compito istituzionale del NUE, definito "centralino laico" perché si avvale del lavoro di operatori tecnici non specializzati, è quello di identificare il chiamante e la località per la quale si richiede l'intervento di emergenza, e di inoltrare la richiesta alla competente centrale operativa di secondo livello (emergenza sanitaria, Carabinieri, Polizia e Vigili del Fuoco).

Il ricovero ospedaliero

Il ricovero ospedaliero è il periodo di tempo che il paziente trascorre presso le strutture dell'azienda ospedaliera, necessario per assicurargli le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie che richiedono interventi che non possono essere affrontati o risolti a domicilio. La degenza non può superare i 30-60 giorni. Il Reparto di Medicina garantisce la presa in carico globale e l'assistenza a pazienti affetti da varie patologie acute o croniche, soprattutto anziani con comorbidità (presenza di più malattie importanti) che non necessitano di un approccio chirurgico. Ci sono differenti tipologie di ricovero:

- ricovero in urgenza-emergenza - il ricovero urgente è attivato tramite le modalità dell'accesso diretto del paziente al Pronto Soccorso
- ricovero ordinario - il ricovero in regime di degenza ordinaria è una forma di ricovero la cui durata dipende dal tipo di patologia e di cure necessarie, rientra anche il Week Surgery (ospedale feriale) caratterizzato da una degenza post-operatoria breve (da due a cinque giorni)
- ricovero programmato – è un ricovero non urgente, e quindi programmabile, che può essere proposto dal Medico di famiglia, dal medico della Continuità assistenziale (ex guardia medica) o da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale. La convocazione per il ricovero avviene nel rispetto del livello di gravità clinica di ciascun caso
- ricovero Diurno - Day Hospital-DH, ricovero che non prevede pernottamento, per accertamenti diagnostici e terapie che non possono essere svolti in ambulatorio
- Day Surgery - chirurgia di giorno, ricovero che non prevede pernottamento, per interventi chirurgici che non necessitano di osservazione post-operatoria superiore alle 12 ore
- ricovero per il Trattamento Psichiatrico Obbligatorio - TSO, è un trattamento sanitario obbligatorio (abbreviato con l'acronimo T.S.O.) con il quale una persona è sottoposta a cure mediche a prescindere dalla sua volontà. È un atto composito, di tipo medico e giuridico, che consente l'effettuazione di determinati accertamenti e terapie. Agisce in ambito psichiatrico, qualora un soggetto affetto da malattia mentale che, anche se in presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, rifiuti il trattamento ordinario. Il T.S.O. ha una durata massima di sette giorni, ma può essere prorogato più volte
- ricovero temporaneo di sollievo, rappresenta una soluzione di assistenza qualificata volta a sostegno di una persona, perlopiù anziani e/o disabili, per un breve periodo. È possibile usufruirne a seguito di un intervento chirurgico, un infortunio o una malattia, oppure laddove sia richiesto un livello elevato di assistenza rispetto a quella che il paziente può ricevere presso il domicilio. Il ricovero temporaneo per anziani è indicato laddove sia necessario un supporto rispetto a problematiche specifiche sulle quali non è possibile intervenire presso il

domicilio, dove si ritiene opportuno un recupero psico-fisico oppure nei casi in cui non sia possibile alla famiglia né al caregiver accudire adeguatamente l'anziano, è rivolto anche a soggetti dimessi dall'ospedale e che presentano particolari condizioni oppure casi di decadimento cognitivo e demenza

- ricovero in Ospedale di Comunità, l'Ospedale di Comunità-OdC è una struttura sanitaria abbinata alle Case della Comunità (v. capitolo precedente) che eroga interventi sanitari a media/bassa intensità clinica tramite ricoveri brevi e una gestione prevalentemente infermieristica, offre continuità di assistenza e facilita il passaggio dal contesto ospedaliero a quello domestico del rientro a casa
- ricovero in lungodegenza per riabilitazione, l'ammalato che ha superato la fase acuta della malattia, ma ha ancora bisogno di un periodo di osservazione o riabilitazione, può essere ricoverato in un reparto di lungodegenza. Questo tipo di ricovero in genere non supera i due mesi. Sono strutture di ricovero per malati, soprattutto anziani e non autosufficienti, affetti da forme morbose croniche che necessitano di trattamenti fisioterapici e assistenza sanitaria finalizzata a ottenere un miglioramento della condizione di malattia o a impedirne il peggioramento
- ricovero in Hospice, (dal termine latino "hospitium") è una struttura socio-sanitaria residenziale, un luogo di accoglienza e ricovero temporaneo per malati terminali, per permettere di vivere al meglio questa fase naturale della propria esistenza con un appropriato sostegno medico, assistenziale, psicologico e spirituale. L'Hospice è un servizio pubblico gratuito, in grado di offrire autonomamente tutti i servizi previsti dai livelli assistenziali propri della rete di cure palliative e quindi di assicurare la piena continuità assistenziale (v capitolo successivo)

Le Dimissioni Protette - Le dimissioni ospedaliere protette rappresentano il passaggio programmato e concordato di un paziente dal ricovero in ospedale ad un altro luogo assistenziale. Si applica in accordo con il paziente e prevede un coordinamento tra il medico curante-MMG e i servizi sanitari del territorio di appartenenza. Il momento delle dimissioni dall'ospedale viene spesso vissuto dai pazienti come un passaggio critico, a seguito del quale si devono affrontare molti disagi: si passa infatti da un'assistenza h24 ad un livello assistenziale ridotto, che spesso grava sulle famiglie. L'istituzione delle dimissioni protette nasce proprio al fine di assicurare al paziente un percorso di cure anche al di fuori dell'ospedale.

Le **cure intermedie di riabilitazione** sono un'ulteriore unità di offerta di cure post acuzie e/o dimissioni ospedaliere. Quando l'utente a seguito delle dimissioni protette rientra al domicilio e ha cambiato notevolmente le proprie autonomie, può ancora avere bisogno di assistenza medico-infermieristica elevata. Si crea solitamente il bisogno di ottenere un recupero tramite la riabilitazione estensiva a seguito di esiti di fratture, ma la stessa necessità può fare anche riferimento a cure neurologiche, urologiche, respiratorie, cardiologiche o metaboliche. Per riabilitazione estensiva s'intende quella attività assistenziale complessa per utenti che hanno superato una fase di acuzie e necessitano di interventi mirati a garantire un recupero funzionale in un tempo solitamente compreso tra i 30 e i 60 giorni. Questo ricovero avviene solitamente in convenzione (parziale o quasi totale) con il Servizio Sanitario Nazionale ma può anche essere effettuato privatamente (in solvenza).

Le cure palliative

Le cure palliative comprendono:

- l'assistenza domiciliare palliativa
- l'Hospice

Le **cure palliative** e gli Hospice sono entrambi forme di assistenza specializzate a sostegno dei soggetti con malattie gravi e che alterano la vita, entrambe sono cure mediche specializzate della

Medicina palliativa che mirano a migliorare i sintomi e la vita delle persone che convivono con una malattia grave non risolvibile. Il principio ispiratore della Medicina palliativista è la qualità dell'esistenza in vita e in morte. Le cure palliative mirano a migliorare la qualità della vita aiutando le persone a determinare gli obiettivi delle proprie cure e ad alleviare i sintomi problematici e lo stress psicosociale e spirituale. Le cure palliative sono compatibili con molti trattamenti con intento curativo o che prolungano la vita. La maggior parte dei malati gravi ha bisogno di una combinazione di trattamenti per correggere, prevenire o alleviare gli effetti di varie malattie e disabilità. Le cure palliative possono essere fornite da singoli operatori sanitari organizzati in team interdisciplinari e da programmi degli Hospice. I singoli specialisti di cure palliative si concentrano sul riconoscimento e sul trattamento del dolore e di altri sintomi fastidiosi, i team interdisciplinari preposti alle cure palliative sono composti da vari professionisti (ad esempio, medici, infermieri, assistenti sociali e cappellani) che lavorano insieme ai medici di famiglia e specialistici che hanno in cura il soggetto. L'attività delle cure palliative rientra nell'ambito dei servizi sanitari territoriali che possono essere attivati a seguito di una richiesta per un malato inguaribile. La sua funzione di assistenza in cure palliative si esplica in due modalità:

- assistenza domiciliare palliativa, attraverso il lavoro di un'équipe multidisciplinare che si occupa del paziente nel calore della sua casa con l'ausilio di diverse figure professionali come infermieri, medici, fisioterapisti e assistenti sociali
- assistenza residenziale palliativa, all'interno dell'Hospice, strutture sanitarie che si prendono cura dei malati per i quali non è più possibile una cura finalizzata alla guarigione, attraverso il ricovero in degenza o l'assistenza in day hospice e in long day.

Le **Cure palliative domiciliari** sono un servizio gratuito erogato da un'équipe multidisciplinare, composta da medico, infermiere, assistente sanitario (OSS), psicologo, volontario e, al bisogno, anche assistente sociale, dietista e fisioterapista. L'obiettivo del servizio è prendersi cura in modo integrato del paziente inguaribile in fase avanzata nel suo ambiente (in famiglia e al domicilio). Il servizio prevede un'assistenza attiva e/o telefonica 24 ore su 24, 7 giorni su 7. La casa è sempre considerata il luogo privilegiato di cure, perché permette al paziente di vivere tra i propri ricordi e l'affetto dei familiari, senza però rinunciare all'assistenza continuativa e integrata delle sue équipe.

Quando le cure domiciliari non sono possibili, si garantisce un servizio di **degenza in Hospice**. L'Hospice è un concetto e un programma terapeutico espressamente ideato per ridurre al minimo la sofferenza dei malati terminali e dei loro familiari. Anche se i programmi Hospice non puntano al prolungamento della vita, un buon Hospice può di fatto prolungare lievemente la vita, verosimilmente evitando i potenziali effetti collaterali gravi prodotti dalla chirurgia e da farmaci aggressivi. I programmi Hospice sono incentrati sull'attenuazione del sintomo, sulle cure di conforto e sul supporto emotivo per il paziente e la famiglia. Un familiare, un amico stretto o entrambi intervengono nel processo decisionale relativo all'assistenza del malato terminale quando questo non è più capace di intendere e di volere. Il personale fa generalmente visita al soggetto tutte le volte che il paziente ne ha bisogno, è disponibile 24 ore su 24. I piani di cure in Hospice aiutano i familiari a prepararsi alle difficoltà legate alla morte di una persona cara e ad affrontare la situazione al momento del decesso, nei ruoli e nelle procedure da seguire per ottenere l'aiuto necessario.

C - Lasciare la propria casa

I servizi semiresidenziali

I servizi semiresidenziali comprendono:

- i Centri Diurni e i Centri Diurni Integrati
- i Centri Diurni Alzheimer

Esistono diversi tipi di strutture come luoghi di vita alternativi al domicilio per gli anziani, ognuna delle quali risponde a esigenze specifiche, è fondamentale conoscerne le differenze per scegliere quella più adatta alle necessità dell'anziano e della sua famiglia. Le strutture per anziani più diffuse sul territorio sono di due tipi: i servizi semiresidenziali, ovvero con rientro a casa alla sera e nei fine settimana/festività (Centri Diurni) e le strutture residenziali (Alloggi protetti – Case di cura - Case di riposo – Residenze Sanitarie Assistenziali-RSA).

I **Centri Diurni per anziani-CD** sono strutture pensate per offrire assistenza e occasioni di socializzazione alle persone anziane durante il giorno, permettendo loro di tornare a casa la sera. Sono dedicati alle persone di età superiore ai 65 anni (o inferiore, se affetti da gravi patologie) non autosufficienti oppure autosufficienti ma con problematiche di ordine sociale e psicologico. . Questi Centri rappresentano un'ottima soluzione per le famiglie che vogliono garantire un ambiente stimolante ai propri cari senza ricorrere a un ricovero permanente. Sono altresì utili per gli anziani che vivono soli e a rischio d'isolamento, che in questi Centri beneficiano della compagnia di molte altre persone, svolgendo attività di gruppo. I CD possono essere pubblici, privati o convenzionati. Questi servizi includono generalmente il monitoraggio dello stato di salute, attività di cura e igiene della persona, attività di riattivazione psicomotoria e di animazione-socializzazione, i pasti diurni (prima colazione, pranzo, spuntino di metà pomeriggio), senza il trasporto da e verso l'abitazione.

Centri Diurni Integrati-CDI. La Lombardia, ha favorito un modello di Centro Diurno "integrato" entro i confini di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), funzionale a un'impostazione che vede in quest'ultima il centro della rete dei servizi socio-sanitari. L'integrazione auspicata, riguarda sia la messa in comune d'interventi sociali e sanitari sia la condivisione funzionale di spazi, servizi e operatori fra due servizi visti come complementari. Accanto agli interventi sociali e di animazione, l'offerta dei CDI prevede, variamente modulati, interventi medico-infermieristici, servizi riabilitativi e servizi alla persona forniti da personale socio-assistenziale o socio-sanitario. Le attività proposte in questi CDI sono soprattutto preventive, con un forte accento sul mantenimento e il consolidamento delle capacità residue.

I **Centri Diurni Alzheimer-CD Alzheimer**, all'interno dei CDI per anziani la presenza di persone con decadimento cognitivo è ormai molto elevata, fino al 70% delle presenze. I CD Alzheimer costituiscono oggi, rispetto all'insieme dei servizi rivolti alle persone con demenza, una delle proposte a più forte taglio innovativo. Sono luoghi di assistenza e di cura temporanea, finalizzati al trattamento intensivo di persone con diagnosi di demenza associata a importanti disturbi del comportamento, non gestibili con altre modalità assistenziali, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo (rientro al domicilio alla sera e nei fine settimana/festivi).

Le soluzioni abitative alternative

Il principio è **"Vivere insieme per vivere meglio"** ed è utile sapere la differenza tra :

- il Cohousing
- l'Alloggio protetto
- la Comunità alloggio
- la Casa famiglia

Il **Cohousing** o coabitazione è una soluzione abitativa innovativa basata sulla condivisione di spazi e servizi tra persone/condòmini dello stesso stabile. Favorisce la socializzazione e il supporto reciproco tra gli abitanti, pur garantendo l'indipendenza. Spesso è gestita da cooperative, associazioni o enti privati. E' un modello abitativo collaborativo che unisce alloggi privati/appartamenti ad ampi spazi e servizi comuni (cucine, lavanderie, giardini/orti, spazi ricreativi). E' una comunità intenzionale e gestita dai residenti stessi, fondata sulla condivisione delle risorse, buon vicinato e risparmio economico. Il cohousing migliora la qualità della vita, crea un ambiente

sicuro per i bambini e per gli anziani, favorisce l'invecchiamento attivo per anziani che scelgono di non vivere più in un contesto tradizionale, magari a seguito della vedovanza.

Gli **Alloggi protetti** costituiscono una soluzione abitativa pensata per anziani, singoli o in coppia (coniugi, coppie di fratelli o sorelle, coppie di parenti o amici) a partire da 65 anni, ancora in prevalenza autosufficienti ma in condizioni di fragilità. Sono di norma dei **monolocali/bilocali** in contesti residenziali o connessi ad una struttura residenziale (RSA), dotati di **angolo cottura, privi di barriere architettoniche** e gli ospiti possono usufruire liberamente del **giardino comune**. I mini alloggi protetti sono **collegati a servizi della RSA** ed in grado di offrire una **protezione costante sulle 24 ore**.

La **Casa Famiglia** è un'abitazione di piccole dimensioni, spesso a conduzione familiare o gestite da associazioni. Ospita un numero limitato di anziani in un contesto più intimo rispetto alle Case di riposo, è adatta per anziani autosufficienti o con lievi difficoltà motorie over 65 singoli o a coppie, che desiderano mantenere l'autonomia abitativa in un contesto sicuro capace di mettere insieme percorsi che facilitino legami e relazioni di valore e di buon vicinato e l'instaurarsi di nuove relazioni amicali.

La **Comunità Alloggio** è una struttura residenziale di piccole dimensioni, spesso con un numero limitato di posti (generalmente non più di 20). Accolgono anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti che desiderano vivere con un minimo di assistenza quotidiana. Offrono vitto, alloggio, assistenza di base e attività ricreative. Sono oggetto di progetti dei servizi sociali dei Comuni e/o offerte di associazioni e cooperative sociali con loro personale dedicato.

I servizi residenziali

I servizi residenziali sono soluzioni abitative stabili e durature e comprendono:

- le Case di riposo e le Case di cura per persone autosufficienti
- le Residenze Sanitarie Assistite e la RSA Aperta
- le Residenze Sanitarie Disabili

Le **Case di riposo** sono strutture residenziali destinate ad anziani autosufficienti o con lievi difficoltà motorie o cognitive. Qui gli Ospiti ricevono assistenza quotidiana per le attività di base (igiene personale, pasti, somministrazione di farmaci) e possono partecipare ad attività ricreative e sociali. Non forniscono assistenza medica continuativa, motivo per cui sono indicate per anziani che non necessitano di cure sanitarie complesse ma che trovano difficoltà a vivere da soli. Le Case di riposo possono essere sia pubbliche che private.

Le **Case di cura**, a differenza delle Case di riposo, offrono un'assistenza sanitaria più specializzata. Sono strutture destinate a persone anziane con patologie croniche o gravi che richiedono cure mediche continue e monitoraggio costante. Le Case di cura sono quindi indicate per anziani con gravi problemi di salute (malattie neurodegenerative, insufficienza respiratoria/cardiac/renale o decorso post-operatorio) che non possono essere assistiti a domicilio o in una Casa di riposo. Generalmente sono private o convenzionate.

La **Residenza Sanitaria Assistenziale-RSA**, è una struttura residenziale che offre un livello di assistenza intermedio tra la Casa di riposo e la Casa di cura. Sono destinate ad anziani non autosufficienti che necessitano di un supporto continuativo sia per le attività quotidiane sia per la cura della salute. Le RSA dispongono di personale medico e infermieristico presente 24 ore su 24, oltre a fisioterapisti e assistenti sociali. Si tratta di una soluzione adatta per anziani con malattie croniche o degenerative che non possono più vivere da soli ma che non necessitano di un ricovero ospedaliero permanente. Esistono sia RSA pubbliche (gestite da ATS, Comuni o enti pubblici) che private. La RSA offre interventi di riabilitazione, assistenza e animazione sociale. Di norma l'approccio di queste strutture prevede un intervento di cura globale e personalizzato scritto in un

Piano di Assistenza Individuale-PAI concordato con l'anziano e la sua famiglia. Alcune RSA sono specializzate anche nel trattamento di malattie neurodegenerative con appositi **Nuclei Alzheimer dedicati alle persone con demenza** e/o di aree per gli **stati vegetativi o di minima coscienza**.

La **RSA Aperta** è una Misura sociale, ovvero un intervento del servizio sociale dei Comuni e/o di associazioni del Terzo Settore che offre la possibilità di usufruire gratuitamente di servizi sanitari e socio-sanitari utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona il più a lungo possibile, con l'obiettivo di rinviare nel tempo la necessità di un ricovero nella RSA stessa. L'RSA Aperta fornisce, inoltre, supporto ai Caregiver, impegnati nell'assistenza quotidiana dei pazienti.

Le **Residenze Sanitarie per Disabili-RSD** sono strutture a carattere **socio-assistenziale**, destinate a persone con disabilità che risultano **prive del necessario supporto familiare**, o per le quali la permanenza nel proprio nucleo familiare sia valutata non più possibile. Le RSD sono strutture di lungodegenza che accolgono persone con disabilità congenita o acquisita di età adulta mediamente compresa tra i 18 e i 65 anni, parzialmente o totalmente non autosufficienti e bisognose di assistenza continua. Queste strutture, accreditate dalla Regione Lombardia, garantiscono prestazioni di carattere sanitario, assistenziale, riabilitativo, educativo con l'obiettivo di assicurare la cura della persona, il mantenimento delle capacità individuali e favorire l'integrazione sociale. Accoglie persone con gravi e gravissime disabilità dovute a patologie neurodegenerative (sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, corea di Huntington, distrofia muscolare) o di eventi acuti vascolari o traumatici (stato vegetativo, stati di minima coscienza, esiti di traumi).

1.2 Cosa posso decidere

Il Testamento

Il nostro ordinamento giuridico prevede uno specifico atto mediante il quale un soggetto può esprimere le sue volontà per quando avrà cessato di vivere: il testamento. L'autore del testamento è denominato "testatore". Il testamento è :

- un atto revocabile, nel senso che il suo testatore ha diritto di modificarne il contenuto fino all'ultimo istante della propria vita, e personale, non potendo essere redatto da terze persone
- la libertà che il testatore ha di deciderne il contenuto seppur la stessa incontra dei limiti: infatti, vanno rispettati i diritti dei familiari più prossimi del defunto, gli eredi legittimari, ai quali spetta per legge, una quota del suo patrimonio

Il nostro ordinamento civilistico prevede tipi diversi di testamento secondo la modalità di redazione, testamento olografo – pubblico – segreto, e alla stesura e conservazione del testamento seguono, con l'avvenuto decesso, le procedure di successione:

- il testamento olografo, è una scrittura privata, fatta di pugno, dove, insieme alle volontà, vanno messe data e firma e deve comunque usufruire di un Notaio affinché, attraverso la "pubblicazione" possa diventare esecutivo
- il testamento pubblico notarile prevede che le volontà siano rappresentate, in presenza di due testimoni, presso un Notaio che procede alla redazione, conservazione, pubblicazione del documento
- il testamento segreto è un documento consegnato in busta chiusa a un Notaio, che rilascia semplice ricevuta di ricevimento, e al quale bisognerà poi rivolgersi per la pubblicazione.
- il testamento speciale, il testatore può ricorrere a uno dei testamenti speciali, che non devono rispettare alcuna formalità, essendo previste delle semplificazioni in quanto si tratta di testamenti redatti in caso di malattia improvvisa, calamità naturali ed infortuni, a bordo di una nave o a bordo di un aeromobile, dai militari
- il testamento Biologico (biotestamento) conosciuto anche con l'acronimo Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT v. capitolo successivo
- un capitolo a parte riguarda il cosiddetto "testamento digitale" e cioè la volontà di destinare le informazioni racchiuse nei vari strumenti informatici (computer, tablet, telefono, ecc.) v. il capitolo La gestione del patrimonio digitale

Il costo del testamento dipende dal tipo di atto che si redige. Alla morte del testatore deve avvenire la pubblicazione del testamento e segue poi la successione testamentaria secondo le disposizioni ivi contenute.

Predisporre il proprio funerale

Sta diventando pratica comune la messa a disposizione da parte delle Imprese di Onoranze Funebri-IOF di un servizio che prevede il pre-pagamento del funerale. Si tratta di stipulare un vero e proprio "contratto" che definisce le modalità di svolgimento delle esequie (dalla prima presa in carico della salma sino alla consegna o alla tumulazione delle ceneri, passando ovviamente per la cerimonia funebre), fissando la relativa contropartita economica. Il pagamento può avvenire o attraverso la sottoscrizione di una polizza assicurativa o tramite versamento dell'ammontare concordato in uno specifico conto bancario gestito dall'impresa di onoranze. Il contratto prevede tutte le necessarie garanzie a tutela della puntuale esecuzione, all'accadimento, di quanto pattuito. V. capitolo Che cos'è il funerale.

Disporre la qualità delle proprie esequie

Forse non è molto usuale, ma ci sono alcuni fattori che potrebbero rendere più significativa, o più “coerente”, quella che potremmo un po’ creativamente definire la “festa di commiato”. In vita si può provare ad immaginare un piccolo questionario nel quale si annotano:

- quale abbigliamento per l’ultimo saluto?
- qualche oggetto da portare con me?
- cerimonia pubblica o privata?
- cerimonia religiosa o laica (no chiesa)?
- se cerimonia religiosa: qualche celebrante particolare?
- se cerimonia laica: qualche celebrante professionale?
- se cerimonia laica: in presenza del feretro o delle ceneri?
- suggerire qualche particolare lettura (brano, poesia)?
- qualche brano musicale che vorresti fosse suonato?
- quali persone dovranno essere informate?
- quali persone vorresti alla cerimonia?
- chi NON vorresti alla cerimonia?
- vorresti una comunicazione pubblica (necrologio, affissioni, social)?
- ci sono parole con le quali vorresti essere ricordato?
- vuoi/non vuoi simboli religiosi?
- vuoi/non vuoi fiori? Se sì, quali?
- la cassa deve essere di qualche legno particolare o di diverso colore ?

Queste sono alcune, magari non tutte, scelte che possono essere “pre concertate” con i familiari o che, meglio, potrebbero formare una specie di testamento scritto da rendere noto per tempo.

Evitare l’accanimento terapeutico (le DAT)

Si tratta di manifestare, per iscritto, la propria volontà di non subire iniziative di “accanimento terapeutico” in una situazione nella quale non si sia più in grado di farlo direttamente di persona. Il tutto è normato dalla Legge 219 del 2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, dette DAT . La normativa ha, infatti, introdotto disposizioni specifiche per regolare il Testamento biologico e il Consenso Informato, riconoscendo il diritto dei cittadini di esprimere le proprie volontà riguardo ai trattamenti sanitari futuri e stabilendo regole chiare per garantire che il processo decisionale sia trasparente, informato e rispettoso dei diritti individuali.

- Il Testamento Biologico (o biotestamento), è un documento attraverso il quale una persona può esprimere le proprie volontà riguardo ai trattamenti sanitari che desidera ricevere o rifiutare in futuro o nel caso diventi incapace di esprimere autonomamente le proprie decisioni
- Il Consenso Informato è, invece, un principio fondamentale dell’etica medica che sottolinea l’importanza di informare adeguatamente i pazienti riguardo ai trattamenti proposti, comprese le loro potenziali conseguenze e alternative.

Donare gli organi

In Italia, ogni cittadino maggiorenne può dichiarare il proprio consenso alla donazione degli organi. La donazione di organi è un atto di generosità volontario e gratuito, che può essere espresso in 5 modi: registrazione al Comune - iscrizione all’Associazione Italiana per la Donazione di Organi-AIDO - dichiarazione presso l’ATS di riferimento - con la Tessera del Donatore – con una Dichiarazione scritta su un foglio firmato.

È possibile modificare la propria scelta in qualsiasi momento. In caso di più dichiarazioni, farà fede l’ultima espressa in ordine temporale. E’ possibile donare organi e tessuti.

Secondo la legge, il cervello e le gonadi (testicoli e ovaie) non possono essere donati e la donazione da vivente è consentita solo a consanguinei e familiari.

Donare il corpo alla scienza

Donare il corpo alla scienza è un atto altruistico che permette di contribuire alla formazione dei futuri medici e al progresso della ricerca scientifica. In Italia, la legge 10/2020 “Norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica” ha reso operativo questo diritto, che prevede che il donatore nomini un fiduciario che avrà il compito di tutelare la sua volontà dopo la morte, e che le spese siano a carico delle strutture sanitarie o di ricerca.

La cremazione

La cremazione – con l’inumazione e la tumulazione – è una delle possibili modalità di destinazione del proprio corpo. E’ prassi antica – si pensi alle antiche “pire” – che ha trovato in questi ultimi anni un momento di straordinario sviluppo. La cremazione è un processo attraverso il quale una salma viene ridotta in cenere mediante l’esposizione a temperature molto elevate all’interno di un forno crematorio. Si pone come alternativa alla sepoltura tradizionale, regolamentata da norme specifiche per garantire rispetto e sicurezza e realizzata esclusivamente in forni crematori autorizzati. Molti optano per la cremazione per motivi personali, religiosi o ambientali, oltre che per i costi generalmente inferiori rispetto alla sepoltura tradizionale. La scelta cremazionista è considerata un gesto di anelito alla purezza, di attenzione sociale, di libertà spirituale. In Italia la cremazione è regolamentata dalla Legge n. 130 del 30 marzo 2001. La scelta cremazionista può essere fatta personalmente o delegata post-mortem ai familiari (coniuge in primis e/o discendenti – a maggioranza – o ascendenti). Quando si tratta di una decisione presa in vita dall’interessato, la modalità più sicura è quella di iscriversi ad una Società per la Cremazione-Socrem. In Italia ci sono una quarantina di Socrem e, a Milano, ha sede la Società per la Cremazione di Milano, nata nel 1876 e prima Socrem operante in Europa.

Dove destinare le ceneri

Sulla base delle leggi vigenti le possibili destinazioni delle ceneri sono:

- tumulazione in cimitero
- affido ai familiari
- dispersione in cimitero
- dispersione in natura.

Ormai quasi tutti i cimiteri dispongono di uno spazio per la dispersione delle ceneri. In particolare, a Milano, sono disponibili il “Giardino del Ricordo” al cimitero di Lambrate e il “Boschetto del Ricordo” al Cimitero Maggiore. Il primo, a Lambrate, può accogliere le ceneri di chi è residente o è deceduto in Milano, mentre, per situazioni diverse, la destinazione obbligatoria è il “Boschetto” di Musocco. E’ sempre necessario disporre di preventiva autorizzazione del Comune di destinazione, o, per dispersione in mare, anche della Capitaneria portuale. Al riguardo, dipendendo da Comune a Comune, potrebbe essere richiesta una specifica tassa autorizzativa.

Cap.2 VERSO IL FINE VITA

Cosa s'intende per "fine vita"

Il concetto di "fine vita" nasce poche decine di anni fa e cioè quando aumenta l'aspettativa di vita, le moderne tecniche diagnostiche danno indicazioni più precise su prevedibili decessi, cure più sofisticate possono prolungare questi decorsi e possono alimentare più speranze di possibile guarigione. Dunque la morte non è più percepita, come nel passato, come prematura, imprevista, breve, non rinviabile. E apre questo "territorio nuovo" tra vita piena e morte, nel quale gioca un ruolo cruciale la capacità, o no, di autodeterminazione dell'individuo. Affrontare il concetto di Fine vita in Italia significa confrontarsi con temi profondi, complessi e spesso confusi, tra cui Eutanasia, suicidio assistito, Testamento Biologico e Consenso Informato. È un momento che richiede non solo compassione, ma anche una riflessione attenta su questioni etiche e legali. È sempre bene ricordare che di qualunque argomento si parli, il o la paziente deve essere al centro: tutte le pratiche, infatti, **richiedono la volontà libera e consapevole della persona**. In sintesi:

- Il concetto di fine vita in senso generale si concentra anche sull'assistenza e il sostegno forniti ai pazienti terminali o gravemente malati per garantire una morte dignitosa e confortevole, e in questo contesto si inseriscono anche la sedazione palliativa e le altre cure palliative
- l'eutanasia coinvolge un atto intenzionale che pone fine alla vita del o della paziente (è il medico a somministrare il farmaco)
- il suicidio medicalmente assistito prevede che il o la paziente assuma da solo il farmaco, Mentre l'eutanasia è assolutamente vietata, il suicidio medicalmente assistito è possibile – come da giurisprudenza vigente – in presenza di quattro premesse fondamentali: irreversibilità della malattia, sofferenza fisica o psicologica insopportabile, tenuta in vita da trattamento di sostegno e assistenza vitale, capacità di intendere e volere. Il tutto come verificato da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale e previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Il "domicilio accogliente"

Non vi è dubbio che il poter terminare i propri giorni nel proprio ambiente domestico e con i propri cari sia una scelta privilegiata. E per rendere ancora migliore questa possibilità, sono stati studiati degli accorgimenti per offrire comfort, calore e una sensazione di benessere, trasformando l'abitazione in un ambiente personale e protetto. Gli elementi chiave e le caratteristiche che definiscono un domicilio accogliente sono così riassumibili:

- luce calda e soffusa, con uso di candele profumate
- colori caldi e tenui
- cuscini, coperte, tappeti morbidi
- piante, fiori freschi, oggetti personali
- ordine, pulizia, igiene
- buon isolamento termico e acustico

S' inseriscono anche l'attenzione, l'affetto e l'empatia dei familiari perché "tutto abbia un senso" anche andando verso la fine. Le definizioni di empatia comprendono un'ampia gamma di processi sociali, cognitivi, emotivi spirituali principalmente interessati alla comprensione degli altri (e delle emozioni degli altri in particolare) e delle situazioni

collettive. l'empatia designa un atteggiamento verso gli altri caratterizzato da un impegno di comprensione dell'altro, escludendo ogni attitudine affettiva personale (simpatia, antipatia) e ogni giudizio morale.

Le strutture disponibili

Per i pazienti in fine vita che desiderano restare a casa, scelta in primis, è disponibile il servizio di Cure palliative domiciliari, attivo 24 ore su 24, gestito da equipe specializzate che fanno riferimento a enti ospedalieri o a fondazioni allo scopo accreditate. La richiesta di accesso alle cure palliative, sia in Hospice sia a domicilio, viene attivata a cura del medico ospedaliero (in presenza di ricovero), dal medico di famiglia, o per contatto diretto con gli istituti accreditati per l'erogazione di questo servizio.

Assistenza terminale e cure palliative sono prestazioni tipicamente riconducibili alle strutture degli "Hospice residenziali". Gli "Hospice" sono strutture sanitarie accreditate dal Sistema Sanitario Regionale con ricovero gratuito (v. capitolo dedicato).

I trattamenti possibili

Si possono così sintetizzare:

- il rifiuto dell'accanimento terapeutico, che riprende il concetto di Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT. Con la legge 219 del 22/12/2017 il legislatore ha introdotto due importanti novità nei rapporti medico/paziente: il diritto al "consenso informato" e scrivere e depositare il proprio "testamento biologico"
- la sedazione palliativa profonda, è un trattamento medico, attivato in fase di malattia avanzata o terminale, che consiste nell'induzione farmacologica di uno stato di incoscienza, continua o temporanea, per alleviare condizioni fisiche o psichiche intollerabili. È un trattamento che normalmente non accelera la morte ma riduce la sofferenza
- il suicidio medicalmente assistito è un processo nel quale è il paziente medesimo che compie personalmente l'atto che procura la morte e che deve assumere il farmaco letale in modo autonomo (a differenza dell' "eutanasia" dove questo gesto è compiuto da altre persone, normalmente un medico).

Gli aspetti bio etici

Si può dire che il dibattito bioetico di fondo va a mettere in contrapposizione i concetti di qualità vs quantità della vita cercando di definire quando la vita, pur tecnicamente mantenuta, perde qualità e dignità e se questo giustifichi interventi che consentano la fine. Oltre alle disposizioni della nuova legge delle DAT, sono rilevanti anche i principi di autodeterminazione, tutela del consenso e diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari, desumibili da numerose fonti del nostro ordinamento.

I temi centrali su cui ruota il dibattito etico sono:

- lo scontro tra il diritto di autodeterminazione dell'individuo e il principio di sacralità della vita, come sostenuto da visioni etiche e religiose

- Il rifiuto di trattamenti medici sproporzionati e inutili (il cosiddetto “accanimento terapeutico”) con, invece, l’utilizzo di “cure palliative” come terapia del dolore e sostegno psicologico e spirituale
- Il ricorso alla “morte medicalmente assistita”, ossia all’eutanasia (dove il medico compie l’azione che porta al decesso) o al “suicidio assistito” (dove l’atto è compiuto dal paziente medesimo). Entrambe le azioni richiedono il consenso del paziente ma mentre il suicidio assistito – in presenza di talune condizioni – è consentito, l’eutanasia in Italia è considerata reato.

Un nuovo ruolo: “End of Life Doula”

Il termine Doula viene dal greco antico come appellativo dato alle “schiave di famiglia” particolarmente importanti durante il parto, che si occupavano di tutto ciò che riguardava l’assistenza personale e familiare delle donne. Studi abbastanza recenti hanno fatto capire che gli stessi gesti, le stesse emozioni di chi accompagna la madre e la famiglia durante la gravidanza e il parto potevano essere traslati e vissuti durante il passaggio verso la morte. La End of Life Doula è dunque una persona che assiste, porta conforto spirituale e psicologico, accompagna il morente e la famiglia ad avere il controllo di ciò che avviene e avverrà riconoscendo la morte come una fase naturale del vivere.

Nel nostro Paese questa figura è di recentissima creazione – grande protagonista al riguardo la Socrem di Genova – e ci si attende che questo ruolo diventi attivo nel breve volgere di uno/due anni.

Cap.3 ATTORNO AL DECESSO

Al momento del decesso

E' naturale che questo momento venga vissuto, oltre che con dolore, anche con uno stato di ansia rispetto a quello che si deve eseguire. L'invito è quello di affrontare la situazione con calma, seguendo questi passi.

Il decesso in casa - la prima cosa da fare è chiamare un medico (il medico curante o il medico di famiglia, o, al limite la guardia medica), che deve venire per constatare il decesso. In caso di impossibilità, è bene rivolgersi subito ad un'Impresa di Onoranze Funebri che provvede ad inviare il medico. Attenzione: questo servizio è di tipo privato, con pagamento diretto al medico da parte della famiglia. Se già non fatto, è necessario a questo punto interpellare l'impresa di Onoranze, con la quale fissare un appuntamento per definire tutti gli aspetti che seguono. Se ritenuto opportuno, si può chiedere da subito all'impresa di inviare al domicilio un infermiere per la composizione e vestizione della salma. Fissato l'appuntamento con l'impresa (o a domicilio o presso la sede dell'impresa stessa), l'incontro servirà a definire tutti gli aspetti connessi al funerale e relativi costi. Definiti gli aspetti di cui sopra, tutto il processo viene svolto a cura dell'impresa di Onoranze. In particolare, alla medesima sono affidate le incombenze burocratiche (autorizzazioni e bolli comunali), l'organizzazione della visita del medico necroscopo per la stesura del "accertamento necroscopico", gli accordi (eventuali) con la Chiesa, la data e l'ora del funerale. Ci permettiamo di dare ancora qualche piccolo suggerimento: se la situazione lo consente, è buona prassi predisporre per tempo un raccoglitore dove mettere tutti i documenti e le informazioni (comprese le password), che possono tornare utili ai familiari ad evitare poi ricerche spesso difficili. E vanno conservati e resi inattivi tutti i documenti (es. carte di credito) del defunto che potrebbero essere oggetto di furto di identità. Infine, se il defunto era un "donatore", questo va segnalato subito al medico che registra il decesso, affinché si possa agire tempestivamente per dare attuazione alla volontà del defunto stesso.

Il decesso in una struttura – il riconoscimento della morte è di competenza della struttura (Ospedale, RSA di ricovero, Hospice) . La famiglia poi provvede come sopra.

Chi fa cosa

Proviamo, in questo capitolo, a riepilogare le varie azioni e le relative attribuzioni di competenza nell'ambito del processo che va dal decesso al termine delle esequie.

- il recupero del "CERTIFICATO DI MORTE"
Se il decesso avviene in ambiente medico esterno (ospedale, clinica, Hospice,...) ci pensa la struttura.
Se il decesso avviene in casa DEVE PROVVEDERE LA FAMIGLIA, interpellando o il proprio medico fiduciario (medico di famiglia) o la guardia medica. È normale che questo servizio medico sia prestato a pagamento.
Compito del medico che accerta la morte è anche quello di compilare la "SCHEMA ISTAT" che sarà poi da consegnare all'Impresa di Onoranze Funebri scelta per la gestione del seguito.
- la scelta dell'IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI cui affidare tutto il susseguente processo funebre.

La famiglia concerterà, attraverso un formale contratto, tutti i passaggi che riguardano il funerale, dalla “vestizione” alla bara, dagli addobbi ai simboli, dalle caratteristiche della cerimonia (il trasporto, chiesa o non chiesa, oratore?, musica?, letture?, ecc.) alla modalità di comunicazione al “pubblico” e ai conoscenti/amici dell’avvenuto decesso.

- se è gradito, si può dare un ultimo saluto alla salma o, volendo, anche in occasione del ritiro delle ceneri, utilizzando l’apposita “Sala del Commiato” presso il Cimitero di Lambrate, dove si può prevedere l’allestimento di musica e dove, da un podio, si possono proporre racconti e poesie a ricordo di chi ci sta lasciando.
- con l’Impresa di Onoranze si possono concertare – nel senso che la famiglia può chiedere o meno la collaborazione – ulteriori passaggi e cioè il RITIRO ED IL TRASPORTO A DESTINAZIONE DELLE CENERI ED EVENTUALI ALTRE INCOMBENZE DI NATURA CIMITERIALE. Queste voci sono normalmente escluse dallo specifico costo del funerale.

Che cos’è il funerale

Il rito funebre o funerale (dal latino *funus* calare il corpo con delle funi) è un rituale civile e/o religioso che si svolge in seguito al decesso di una persona. Gli usi e le tradizioni relative a tale evento variano secondo il luogo, la fede religiosa o il desiderio del defunto e dei suoi congiunti. In Italia lo svolgimento dei funerali è normato dal DPR 285/90. In altri casi si preferisce un rito *privato* o si chiede espressamente che non vengano portati fiori. In tali casi è pratica piuttosto comune fare una donazione a un’associazione in beneficenza in memoria del defunto. Si distinguono due riti: il rito civile, con il funerale civile e il rito religioso, nella tradizione cattolica, con il funerale religioso (la veglia funebre - le esequie – il *pio officio della sepoltura*).

Il funerale è quindi il rito collettivo (civile o religioso) che si svolge per accompagnare alla sua ultima destinazione chi ci ha lasciato. È una cerimonia in parte regolata da norme certe (ad esempio è obbligatoria la presenza del feretro – ossia della “cassa”) ed in parte elaborata in base a quanto disposto in vita dal defunto (v. capitolo 1.2.3) o a quanto concertato tra i familiari e l’Impresa di Onoranze Funebri che si è scelta e a cui è affidato il processo.

La scelta dell’impresa di onoranze funebri

Premesso che non esiste un criterio di scelta che faccia riferimento ad un principio meritocratico, qui si vuole semplicemente proporre qualche suggerimento sugli aspetti che è bene verificare quando si discutono gli accordi. La scelta dell’ Impresa di Onoranze Funebri-IOF avviene spesso per “conoscenza” (rapporto già sperimentato positivamente in passato), per “vicinanza” (la IOF è “sotto casa”), per “referenza” (qualcuno di cui mi fido me l’ha suggerita), ecc. Poi però ci si trova di fronte ad un passaggio, almeno per molti, importante: il costo del funerale. Il costo, ovviamente, dipende da vari fattori: quale feretro, quale autovettura, quali fiori, quali altri servizi accessori che vanno ad aggiungersi ai costi fissi previsti dalle tariffe comunali (come ad esempio quello della cremazione). E’ prudente definire un chiaro “capitolato di servizio” dove sono elencate e quantificate in modo dettagliato tutte le voci di spesa (ad esempio il modello e il legno della cassa) e poi

raccogliere più di un preventivo, utilizzando il medesimo capitolato, e così comparare le diverse offerte e valutare come proseguire nella scelta. Questo, lo ribadiamo per amore di chiarezza, se i criteri di scelta sono puramente economici perché, come già evidenziato, altri fattori possono giocare un ruolo maggiormente significativo.

I documenti necessari

La gestione di un funerale ha in sé anche una significativa componente burocratica. Se ne dà, in questo capitolo, mera informazione, in quanto tutto il processo è – salvo diversa indicazione – gestito o assistito dall’Impresa di Onoranze Funebri-IOF cui è affidato il funerale: il primo documento fondamentale è il “Certificato di Morte” che attesta ufficialmente il decesso - la “Scheda ISTAT”, un documento obbligatorio che riporta la causa del decesso e altre informazioni a fini statistici - l’IOF procede con la richiesta del “Permesso di cremazione o di sepoltura” e se la salma deve essere portata fuori dal Comune di decesso, richiedere una “Autorizzazione al Trasporto” .

Come informare chi

E’ importante avere ben chiaro in mente quali sono le persone – o, talvolta anche le “istituzioni” – che devono essere informate del decesso. E può essere utile anche sapere, eventualmente, quali persone non è opportuno informare per evitare situazioni di imbarazzo. E tutto questo può essere fatto, tempestivamente, insieme alla persona che sta ragionando sul proprio funerale (v. capitolo precedente). Tornando alle modalità di comunicazione, quelle più classiche sono la “coccarda” esposta pubblicamente presso l’abitazione e nella chiesa dove viene officiata la cerimonia, un’inserzione negli appositi spazi previsti da tutti i quotidiani (necrologi), i manifestini incollati su specifiche pareti ancora in uso normalmente nei centri non urbani. Queste sopra potremmo definirle “informazioni pubbliche”.

Ben diverso è un approccio che utilizza la tecnologia di cui tutti noi oggi disponiamo, per cui si possono pensare messaggi dal più generico su YouTube al più mirato usando gli indirizzi di whatsapp o i contatti su Facebook, o con altri veicoli cosiddetti “social” (ovviamente per chi ne fa uso). Questi strumenti consentono quella personalizzazione a cui si faceva cenno, dove un “non invio” ha il significato di un “non invito”.

Ritualità e strumenti del ricordo

Per molti la morte rappresenta un passaggio simbolico e razionale. Ogni cultura propone una propria ritualità per accompagnare il distacco e strumenti di memoria per tener vivo il legame. In effetti già il funerale di per sé – magari preceduto da una veglia con preghiere – svolge un ruolo rituale, a maggior ragione quando prevede una cerimonia religiosa. In situazione volutamente laica possono giocare come elementi di rituale musiche e brani, o poesie, proposti o da amici e parenti o da un cerimoniere professionista che all’uopo concorda con la famiglia gli aspetti più significativi da far rivivere nel momento del saluto. Momenti di ricordo rituale possono essere organizzati in occasione di ricorrenze diverse: ad esempio alla consegna o alla dispersione delle ceneri, un mese/un anno dopo la data di morte.

A ricordare chi ci ha lasciato possono agire tante componenti: semplici fotografie incorniciate, album commemorativi, libri della memoria, i luoghi (dalla tomba di famiglia al semplice loculo), o dedicare una panchina con targa come oggi spesso usa per simbologie collettive. E poi c'è sempre il vasto mondo digitale, con archivi fotografici e video on line, o addirittura con siti web dedicati.

L'elaborazione del lutto

L'essere umano, per sua natura, quando affronta la perdita di una persona a lui vicina, reagisce in modi diversi a causa di una moltitudine di variabili, come la parentela con il defunto o il suo modo di esprimere il dolore che prova internamente. Data la differenza individuale che contraddistingue una persona dall'altra, ognuno di noi vive la morte di un caro in modo totalmente diverso: questo processo, in psicologia, prende il nome di elaborazione del lutto. Innanzitutto, è opportuno chiarire il concetto di lutto in ambito psicologico: si tratta di uno stato d'animo che un essere umano sperimenta in corrispondenza della perdita di un affetto, è uno stato psicologico molto doloroso che si innesca non solo quando una persona cara muore, ma anche quando una relazione termina, quando ci si sente abbandonati o quando ci si trova a fare i conti con una separazione. Nonostante ognuno lo viva in modo diverso, elaborare il lutto diviene indispensabile per tornare a vivere quotidianamente con serenità e tranquillità. Il lutto viene descritto in psicologia in diverse tipologie, ognuna caratterizzata da alcuni fattori determinanti.

Il lutto è un processo soggettivo e di durata variabile, alcuni studi hanno dimostrato che il tempo medio per completare il percorso di elaborazione del lutto oscilla dai 6 ai 24 mesi totali. Può essere molto utile chiedere aiuto professionale, con strumenti come la psicoterapia (individuale o di gruppo) o la partecipazione a "gruppi di automutuoaiuto" dove la condivisione di dolore ed esperienze simili aiuta a trovare percorsi di ripresa psicologica.

Cap.4 LE INCOMBENZE DI CHI RIMANE

La gestione delle volontà testamentarie

Si è accennato al testamento nel capitolo precedente, come elemento significativo delle procedure di successione :

- per primo la pubblicazione del Testamento, con la necessità, in caso di testamento “olografo” o “segreto”, di farlo pubblicare da un Notaio affinché, dopo il necessario periodo di pubblicazione diventi inappellabile a tutti gli effetti
- a seguire la Dichiarazione di successione è l’atto finale con cui si comunica l’avvenuta trasmissione dei beni e si pagano le relative imposte e, con essa, viene autorizzato l’aggiornamento dei registri catastali per i beni immobili ereditati. Va presentata – normalmente utilizzando i servizi di un professionista o di un CAF – all’Agenzia delle Entrate non oltre 12 mesi dopo il decesso. In caso di eredità devoluta al coniuge e ai parenti in linea retta con attivo ereditario non superiore a 100mila euro e senza beni immobili, la “Dichiarazione di successione” non è obbligatoria
- presentata la successione e pagate le imposte va aggiornata la proprietà degli immobili ed effettuata, entro 30 giorni, la voltura catastale o la trascrizione nei pubblici registri. Anche qui si opera tramite l’Agenzia delle Entrate
- provvedere al pagamento dei debiti lasciati insoluti dal defunto (passano in automatico agli eredi)

La comunicazione alla banca

Comunicare con la Banca del defunto è importante e necessario per bloccare temporaneamente conto e i movimenti sul patrimonio mobiliare. Alla Banca vanno consegnati il Certificato di Morte e, se già presente, la Dichiarazione di successione, nonché tutti gli strumenti di pagamento del defunto (bancomat, carte di credito, libretto assegni, chiave della cassetta di sicurezza). Se questi non si trovano è necessario sporgere denuncia. A richiesta degli eredi la Banca mette a disposizione gli estratti conti fino a dieci anni precedenti per consentire la verifica di eventuali anomalie. In caso di conto/i cointestato/i, con “diritto di sopravvivenza” la quota del defunto passa automaticamente al coniuge superstite. Se manca il “diritto di sopravvivenza” il coniuge superstite, se ha firma disgiunta, può operare sugli ammontari di propria quota mentre per la quota del defunto di nuovo si rende necessaria la procedura di successione.

La segnalazione a: Datore di lavoro -Agenzia delle Entrate –Enti pensionistici/assicurativi

Se il defunto era ancora in attività lavorativa, il “Datore di lavoro” va informato ufficialmente per consentire la gestione di tutte le pratiche di fine rapporto, inclusi i ratei dell’impiego corrente. Necessario, ovviamente, il “Certificato di Morte” nonché altra eventuale documentazione prevista dalle specifiche prassi aziendali.

Gli eredi devono presentare all’ Agenzia delle Entrate la dichiarazione dei Redditi (il modello 730) della persona deceduta, solitamente tramite un Centro Assistenza Fiscale-CAF o un commercialista, oppure via web . Si devono indicare i dati dell’erede e del defunto, barrando la casella “deceduto”. L’eventuale rimborso viene accreditato agli eredi, mentre i debiti

vanno pagati tramite F24. Si utilizza il “modello 730 senza sostituto d'imposta” (poiché il defunto non ha più un datore di lavoro o ente pensionistico che faccia da sostituto). Si usa il modello 730 se il decesso è avvenuto nell'anno precedente o entro il 30 settembre dell'anno in corso. La dichiarazione dei redditi, però, non è l'unico adempimento in caso di decesso. Anche la Dichiarazione di successione, se dovuta, deve essere inviata entro 12 mesi dalla data del decesso del de cuius.

Se il defunto era un regolare pensionato, normalmente l'INPS viene informato del decesso a cura dell'Ufficio di Stato Civile del Comune di residenza/decesso. E' comunque bene che anche i familiari si attivino, in quanto possono e devono presentare domanda per eventuali prestazioni spettanti (es. ultimo stipendio, riconoscimento di prestazioni straordinarie/premi di produzione/benefit aziendali ecc).

Se il defunto era titolare di polizze assicurative è altresì necessario segnalare il decesso all'Ente Assicurativo, con invio del “Certificato di Morte”. Questo sia per ottenere la liquidazione di eventuali polizze sulla vita (facendo specifica richiesta al riguardo e fornendo i documenti che la Compagnia assicurativa chiederà), sia per gestire eventuali altre polizze non vita che hanno il defunto come intestatario.

La gestione di utenze – contratti – abbonamenti

È un elenco che può essere anche molto lungo quello relativo a questi adempimenti, per cui proveremo a fornire, per gli stessi, le indicazioni più significative. Si devono produrre sostanzialmente gli stessi documenti visti in precedenza (Certificato di Morte, documenti di identità e fiscali del defunto e degli eredi, certificato di successione e autocertificazione di eredità). Per quanto riguarda le utenze domestiche (luce, gas, acqua, telefono, TV) le stesse non si estinguono automaticamente e devono essere o cessate (se l'immobile non viene più usato) o volturate a nome di un erede o di un nuovo fruitore dell'immobile. Qualora venisse richiesto il pagamento di bollette arretrate, gli eredi devono provvedere al saldo, in quanto i debiti fanno parte dell'eredità. Per quanto riguarda i tributi legati alla casa, l'Imposta Municipale U-IMU e la Tassa Rifiuti-TARI, è necessario dare informazione della nuova situazione al Comune di residenza. Anche per disdettare – o volturare – gli abbonamenti, la richiesta va fatta tempestivamente, si può procedere utilizzando raccomandata A/R, Posta elettronica Certificata-PEC, o, se previsti, moduli on line. Va ricordato il “Canone RAI” e altri abbonamenti possono essere a riviste, Club culturali, Associazioni sportive ecc .

Un'annotazione a parte riguarda il “cosa fare” dei documenti del defunto: non c'è obbligo di riconsegnare i documenti di identità e fiscali; vanno conservati quelli relativi a eventuali proprietà (auto, moto) per gestire i trapassi. Il Porto d'Armi e le armi in possesso del defunto vanno consegnati entro 8 giorni in Questura e/o segnalati ai Carabinieri.

La gestione del patrimonio digitale

La rivoluzione digitale non poteva che avere un impatto anche sul piano successorio. Oggi, il patrimonio delle persone fisiche si compone, infatti, anche di nuovi beni: I “beni digitali”. Sono tali, ad esempio, le criptovalute, i documenti informatici di testo, le immagini, i video, i *software*, gli *e-books*, la corrispondenza elettronica, i beni compravenduti *on-line* e, in generale, qualsiasi “dato” che sia stato creato dal defunto o su

cui lo stesso poteva vantare un diritto di proprietà esclusivo e assoluto. Possono poi rientrare anche le opere creative dell'ingegno e essere equiparati agli "scritti" di carattere confidenziale o riferiti all'intimità della vita privata (gli *account* - le credenziali di accesso e protezione. La password ecc). E' possibile richiedere l'assistenza di tecnici specializzati in informatica forense.

EPILOGO

Nell'auspicio che questo lavoro abbia incontrato il Vostro gradimento, e si sia magari reso utile, sottolineiamo che l'obiettivo primario che ci siamo posti è quello di dare buone informazioni di base, creando curiosità quanto basta per stimolare eventuali approfondimenti sui temi trattati.

E, a tale proposito, è già prevista la pubblicazione sul sito di Socrem Milano di specifiche monografie che riprendono e presentano in modo più ampio e dettagliato tutti i punti trattati nel presente documento.

La pubblicazione sarà anticipata da adeguata informazione.

Chiudiamo osservando che a questa prima edizione potranno seguire, nel tempo, altre di aggiornamento e dunque vi diciamo grazie se vorrete inviarci commenti, critiche, suggerimenti di cui terremo conto nel lavoro futuro.