

Guida sul decadimento intellettivo

Per familiari e operatori

Seconda edizione, anno 2021

A cura di Associazione Nuovamente (ODV)



a Enrica Crippa
anima di Nuovamente



Le memorie della vita sono magiche

La vita delle memorie è fragile

Indice

1) Prefazione	4
2) Presentazione	5
3) Invecchiamento e decadimento intellettivo, uno sguardo ai numeri	7
4) Funzioni cognitive e loro alterazioni	11
5) Decadimento intellettivo, diagnosi, terapia, prevenzione	15
6) Vita quotidiana, consigli per l'assistenza	21
7) Rete dei servizi territoriali e strutture per le demenze	31
8) Invalidità civile e tutela civilistica	39
9) Amministrazione di sostegno	43
10) Inabilitazione, interdizione e tutela penalistica	49
11) Note sugli autori	51

Prefazione

Aggiornando la prefazione alla nuova edizione della “Guida sul decadimento intellettivo” non posso non richiamare di nuovo “Le età della vita”, testo fondamentale del Cardinal Martini che tratta anche di *“quella fase dell’esistenza spesso segnata dalla dipendenza dagli altri, fase che richiede rispetto, comprensione, gratitudine e presenza”*.

A distanza di anni, ho pensato che forse oggi possiamo parlare, opportunamente, anche di una fase di *nascondimento cognitivo*.

Sappiamo infatti ancora troppo poco di cosa conserva o seleziona la nostra mente, come difesa o come esito di un’offesa, poiché la vita è fatta di una immensità di eventi, gioie, sorprese, dolori e fatiche a volte troppo grandi da poter essere custodite tutte insieme.

Nella babele di ricordi confusi e sovrapposti, di sogni che appaiono reali, di vuoti che non fanno colmarsi, c’è la consapevolezza della nostra vulnerabilità: le nuove scoperte scientifiche sul funzionamento della mente permettono di ampliare sempre più gli orizzonti e gli sguardi ma devono anche fare i conti con vecchie e nuove patologie, con difficoltà di comprensione e di relazione.

Siamo allora invitati a custodire tutta la conoscenza e la sapienza che sta nella storia e nella biografia di ogni persona, nel rispetto della sacralità della vita come testimonianza di un altro sé, inintelligibile forse perché ignoto, scrigno da proteggere pur non sapendone sempre il contenuto.

Un impegno spesso troppo grande e gravoso per fare da soli; per questo occorre un’azione corale da parte dei servizi sanitari e sociali, che sappia incrociare le competenze per rispondere a bisogni complessi che sono, insieme, di assistenza, di supporto, di vicinanza, di prossimità relazionale alle persone fragili e ai loro familiari. La comunità intera è chiamata non solo a far crescere i ragazzi ma anche ad avere cura degli anziani per conservare la memoria e la dignità della vicenda umana.

Anche a nome dei Sindaci del Distretto di Lecco, ringrazio *nuovamente* l’Associazione “NuovaMente” che, con la collaborazione di professionisti e volontari, ci propone questa nuova versione aggiornata del testo.

Marzo 2021

Guido Agostoni, Presidente Distretto di Lecco.

Presentazione

Il cervello. Un mondo in gran parte sconosciuto che a volte va in tilt manifestandosi con gravi problemi cognitivi dovuti a lesioni cerebrali. Un evento vissuto il più delle volte con paura e sconforto da parte dei familiari.

È proprio su “paura e sconforto” che vogliamo soffermarci. Perché paura e sconforto? Per mancanza di coraggio? No, forse perché i familiari si ritrovano catapultati in un mondo sconosciuto che comporta un cambiamento improvviso delle proprie abitudini. L’Associazione NuovaMente vuole proprio evitare questo stato di timore, informando, guidando e supportando le famiglie che affrontano questa nuova realtà.

L’Associazione NuovaMente nasce dall’idea di un gruppo di persone che si sono conosciute in ambito ospedaliero, accomunate da una stessa esperienza, personale o familiare: un problema cognitivo conseguente a una lesione cerebrale. Con problema cognitivo si intende riguardante memoria, linguaggio, attenzione, mentre la lesione cerebrale può essere conseguenza di un ictus, di un trauma cranico, di un intervento al cervello o di malattie degenerative. Le difficoltà quotidiane comuni e la necessità di scambiarsi informazioni per affrontare in modo migliore la nuova situazione alimentarono l’entusiasmo e la volontà di questo gruppo; da qui la decisione di unire le energie per destinarle al miglioramento del benessere di chi vive un’esperienza analoga. Un supporto per assistere le persone, con le rispettive famiglie.

L’Associazione ha tra gli obiettivi quello di informare sulla malattia, sui riferimenti sanitari presenti sul territorio, riguardo la disponibilità di supporti assistenziali e legislativi e riguardo le pratiche da svolgere per essere tutelati e sostenuti economicamente durante il percorso della malattia. Ma non solo. Oltre a formare con corsi mirati per famiglie e volontari, con distribuzione di materiale scientifico e promozione di campagne preventive e di sensibilizzazione, NuovaMente mira anche a promuovere contatti tra le famiglie di persone con disturbi cognitivi, promuovere attività di aggregazione, sensibilizzare il contesto sociale e favorire contatti con persone sensibili al problema oltre che incentivare la collaborazione con altre associazioni che operano con finalità simili.

Riteniamo dunque fondamentale sostenere la pubblicazione di questa guida come strumento indispensabile per tutti coloro che si trovano improvvisamente in una realtà completamente nuova e sconosciuta, che spesso spaventa. Una guida che sia un punto di riferimento e di supporto per tutta la popolazione lecchese, e non solo.

Clemente Napoli, Presidente Ass. NuovaMente (ODV)



Coscritti, Santuario San Martino, Valmadrera.

Invecchiamento della popolazione e decadimento intellettuale: Uno sguardo ai numeri

La popolazione italiana, come quella di altri Paesi europei, negli ultimi decenni è andata incontro ad un processo di progressivo invecchiamento.

Secondo i dati del Censimento Permanente ISTAT, in Italia nel 2019 il 23,2% (13.836.000 persone) della popolazione residente aveva superato i 65 anni, l'11,8% (7.037.000 persone) aveva superato i 75 anni, ed il 3,6% (2.147.000) aveva superato gli 85 anni (di cui il 66,9% donne), vedi grafico 1.

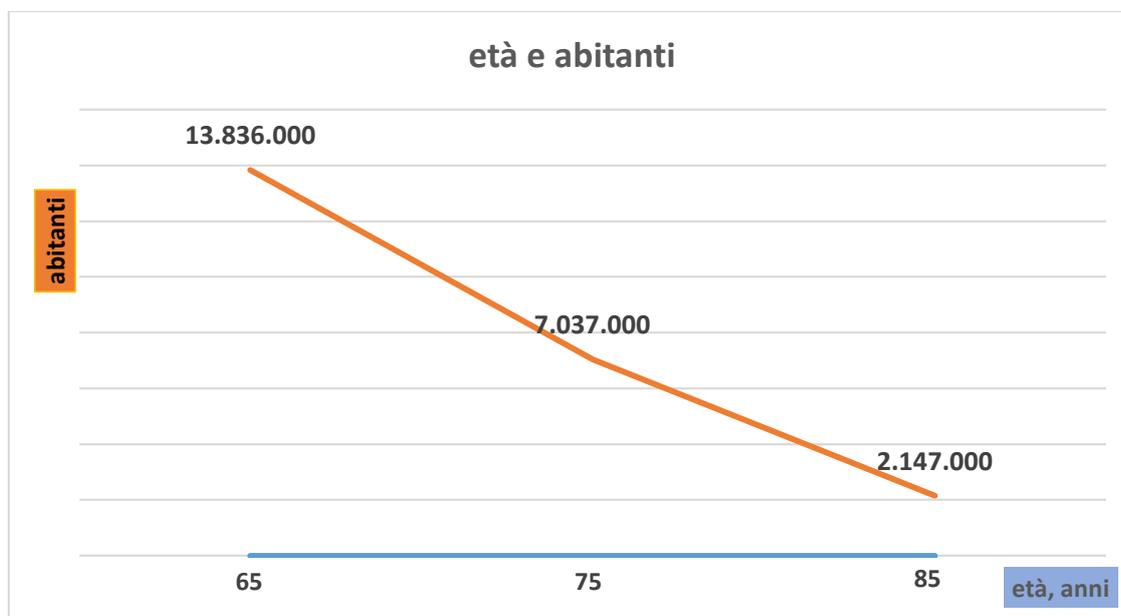


Grafico 1. Popolazione italiana dai 65 agli 85 anni

Nello stesso anno, nel nostro Paese vivevano 14.804 centenari. Al 1 gennaio 2019, in Italia si contavano 173 anziani (sopra i 65 anni) ogni 100 giovani (sotto i 15 anni).

L'invecchiamento della popolazione è frutto della concomitanza di più fenomeni, come l'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita (in particolare dal secondo dopoguerra), la decrescita della natalità, ed il raggiungimento dei livelli più alti della piramide dell'età da parte dei *baby boomers*.

Nel 2018 la speranza di vita alla nascita in Italia era di 80,9 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne. Soltanto vent'anni prima, nel 1998, la speranza di vita alla nascita era di 75,5 anni per gli uomini e 81,5 anni per le donne. Agli inizi del Novecento nel nostro Paese, per molti aspetti arretrato rispetto al resto d'Europa, tale aspettativa di vita, indistintamente dal genere, era di soli 43 anni.

Invecchiamento non è sinonimo di decadimento cognitivo o disabilità. Anzi, la longevità è una conquista positiva delle società europee contemporanee. Grazie al mantenimento di uno stile di vita attivo, sano, all'investimento su percorsi culturali e di socialità, oggi una buona parte della popolazione anziana mantiene una buona funzionalità psicofisica, fino anche a fasi molto avanzate del processo di invecchiamento. Tuttavia, una certa parte di questa popolazione, per meccanismi multifattoriali e tuttora in fase di studio, come processi di degenerazione neuronale, multimorbilità, eventi traumatici (es. cadute), perdita delle capacità fisiche (es. funzionalità cardiovascolare), problemi nella sfera della salute mentale, etc., va incontro ad un progressivo processo di deterioramento delle abilità cognitive. L'aumentare dell'età è il principale fattore di rischio rispetto all'insorgenza del decadimento cognitivo e delle demenze.

Secondo i dati più recenti, in Italia vi sarebbero circa 1.100.000 persone affette da demenza, pari all'8% della popolazione over 65, con circa il 4,5% delle persone ai 65 anni, l'11% ai 75 anni e il 25% agli 85 anni, vedi grafico 2.

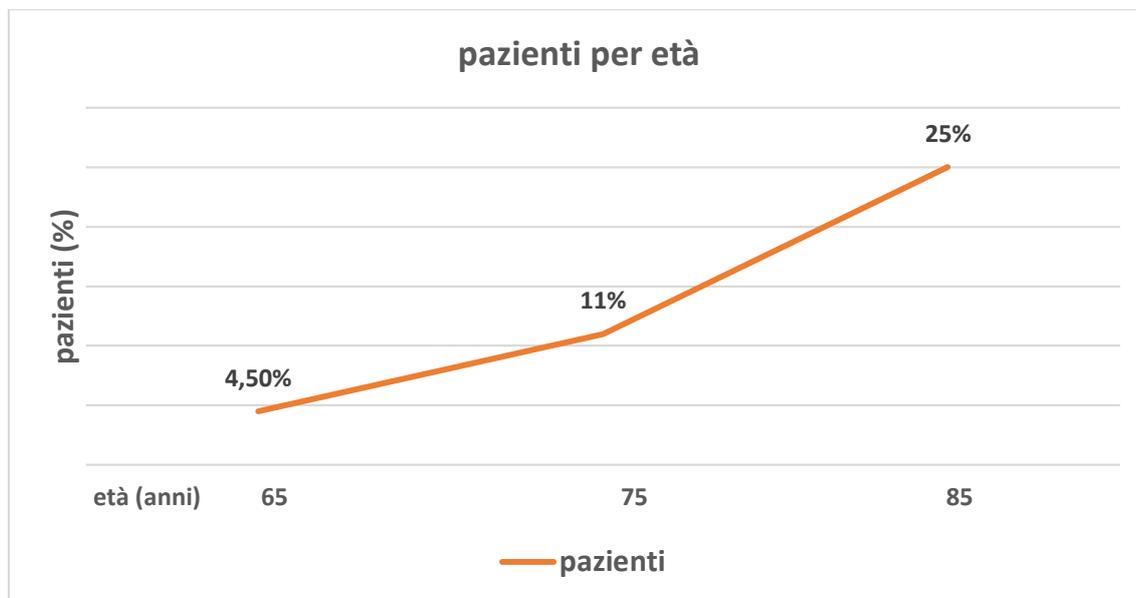


Grafico 2. Percentuale di pazienti con demenza dai 65 agli 85 anni

Circa 600.000 sono affetti dalla malattia di Alzheimer, altri da demenze vascolari, da demenze fronto-temporali, altri ancora da forme più rare.

Ogni anno, le demenze figurano tra le cause di morte di oltre 52.000 casi di decessi tra gli anziani.

Accanto alle persone che vivono con demenza vi sarebbero inoltre circa 3 milioni di persone coinvolte, in maniera diretta o indiretta, nella loro assistenza. In Italia il sistema di welfare, infatti, è fortemente supportato dalla rete familiare che, in molti casi, supplisce alle mancanze del sistema sanitario pubblico e privato. Più in generale, le attuali generazioni di 50 e 60enni sono molto coinvolte nei processi di cura, non solo di anziani con demenza. Si calcola che circa il 16% delle persone in questa fascia di età abbia i genitori viventi; la percentuale era del solo 3,4% nel 1960.

Sappiamo da recenti dati su scala europea che circa il 5,4% delle donne e il 2,2% degli uomini in età lavorativa, tra i 18 ed i 64 anni, hanno necessità di ridurre l'orario di lavoro o di chiedere un congedo lavorativo per accudire i propri cari. L'Associazionismo, il volontariato e la messa in comune delle esperienze possono fare molto per venire incontro e supportare tutte queste persone: gli anziani, le persone con demenza, e chi se ne prende cura (care-givers).



Lago di Lecco

Le funzioni cognitive e le loro alterazioni

Vengono descritte le principali funzioni cognitive, come la memoria, l'attenzione, il linguaggio, la gestualità, le percezioni, l'ideazione, e le loro alterazioni durante il decadimento intellettivo.

La memoria

Con il termine memoria intendiamo la capacità di acquisire, conservare e rievocare le informazioni, che principalmente sono visive o verbali.

Sulla base della conservazione nel tempo e delle modalità di archiviazione, possiamo distinguere alcuni fondamentali sottotipi di memoria.

Una memoria a "breve termine", dove le informazioni vengono ricordate per brevi istanti (giusto il tempo di annotare un numero di telefono o un indirizzo); è un tipo di memoria "usa e getta", che utilizziamo appunto nell'immediato, dove le informazioni si cancelleranno nel giro di un breve lasso di tempo, proprio perché non abbiamo bisogno di ricordarle (a meno che non vengano messe in atto strategie per mantenerle in essere).

La memoria a "lungo termine" invece ci permette di archiviare le informazioni in maniera più duratura, a volte addirittura per tutta la vita, come nel caso degli apprendimenti motori o delle forme di memoria implicita (es. andare in bicicletta). Un particolare sottotipo di questa memoria è quella autobiografica, dove gli eventi hanno una loro precisa connotazione temporale.

Nel passaggio dalla memoria a breve a quella a lungo termine il ruolo decisivo viene svolto dalla parte mediale dei lobi temporali dell'encefalo; i ricordi duraturi vengono poi archiviati in una diffusa rete di neuroni nelle aree associative dell'encefalo.

Tutte le informazioni archiviate non restano comunque rigidamente cristallizzate, ma subiscono un costante rimaneggiamento: nuove informazioni modellano e contaminano quelle già esistenti, una parte delle informazioni vengono perse, una parte viene rievocata nelle varie esperienze dell'esistenza.

All'esordio del decadimento intellettivo l'incapacità di formare nuovi ricordi duraturi è una frequente manifestazione, con il conseguente essere ripetitivo.

L'attenzione

Con questa parola si intende genericamente un meccanismo cognitivo che ci consente di focalizzare alcuni stimoli e scartarne altri.

Possiamo distinguere diversi tipi di attenzione, come quella “selettiva”, cioè la capacità di selezionare solo gli stimoli importanti per un determinato compito, ignorando quelli distraenti.

Quella “divisa” invece è la capacità di distribuire le proprie risorse attentive tra due o più compiti da eseguire contemporaneamente.

Quella “sostenuta”, infine, consente di mantenere la capacità di rispondere agli stimoli per un lungo periodo di tempo necessario all’esecuzione di un compito.

Molto spesso, nell’anziano, si tende a giustificare la difficoltà di memoria attribuendo alla funzione attentiva il ruolo principale della defaillance cognitiva, accompagnando ed avvalorando questa ipotesi con frasi tipo “non stai mai attento quando ti parlo”, “non ascolti”, “ti interessa solo ciò che vuoi tu”.

Il linguaggio

Il linguaggio è quella funzione che traduce il pensiero in parole; esistono aree cerebrali che principalmente decodificano le informazioni verbali in ingresso e altre invece deputate alla loro espressione. A livello encefalico queste funzioni sono dominanti su un emisfero, il sinistro in genere.

Un disturbo comune già nell’anziano normale è la difficoltà di accesso al proprio vocabolario, in particolare ai nomi propri (es. non ricordare più il nome di un compagno di scuola, pur avendo presente la sua immagine), al nome di altri esseri viventi o di vari oggetti. Nella demenza questa difficoltà di accesso ai nomi è notevolmente accentuata, come è frequente la difficoltà nella costruzione di frasi, che diventano povere, con uso ricorrente di parole passepartout (es. la parola “cosa” per indicare ogni oggetto) o infine ridotte ad una singola parola che riassume una frase intera; la comprensione delle frasi viene in genere conservata più a lungo.

In alcune forme di decadimento intellettivo il disturbo del linguaggio domina la scena per alcuni anni, o sul versante della espressione o su quello della comprensione (afasia progressive)

I gesti (prassie)

L’incapacità ad eseguire gesti (aprassia) nonostante l’integrità della funzione motoria si osserva o in gesti che non richiedono l’uso di oggetti (es. fare un saluto con la mano) o in quelli che invece lo richiedono, come usare una forbice o indossare correttamente un vestito.

In genere si tratta di disturbi che compaiono nelle fasi avanzate delle demenze e che compromettono l'autonomia personale

Le percezioni

Le informazioni sensoriali (es. visive, acustiche) vengono organizzate in percezioni sulla base di caratteristiche specifiche dell'encefalo.

Le percezioni di un oggetto in assenza dello stimolo sono dette "allucinazioni": quelle più comuni sono quelle visive, per esempio vedere persone che in realtà non ci sono; o uditive, per esempio sentire voci minacciose ma in realtà inesistenti.

Le idee

In termini riduttivi possiamo considerare l'ideazione come la capacità di rappresentare il mondo, a cui compete l'attributo della verità, e di creare delle espressioni composite connesse da una logica.

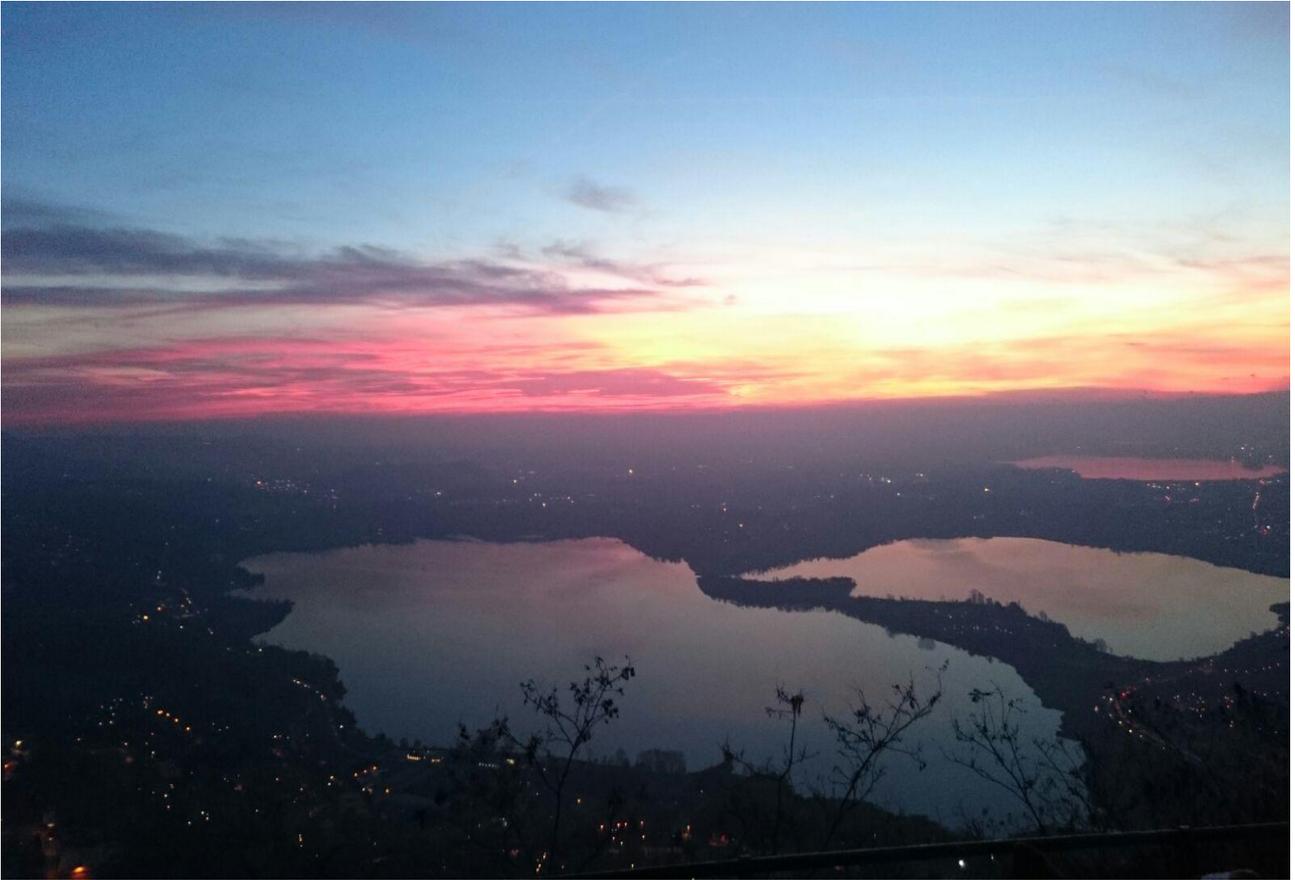
Inoltre possiamo distinguere una capacità di astrazione (es. immaginare cosa è la giustizia) da forme più concrete, meno complesse.

Le idee assurde, non correggibili nemmeno di fronte all'evidenza contraria, sono dette "deliri".

Nelle demenze è comune sia un impoverimento ideativo, con ridotta capacità di astrazione, che la presenza di deliri, in particolare di persecuzione, quando il paziente pensa che gli altri intendano fargli del male; di latrocinio, quando pensa che gli vengano rubati soldi o oggetti; di gelosia, quando crede nella infedeltà del coniuge nonostante la franca impossibilità dell'evento.

Le allucinazioni e i deliri possono innescare comportamenti inopportuni.

Un particolare delirio nella demenza avanzata è quello della convinzione di vivere come attuali alcuni momenti del remoto passato, per esempio di essere ancora con i genitori viventi nella vecchia casa dell'infanzia (trasposizione diacronica).



Lago di Annone, visto dal monte Barro.

Decadimento intellettivo: diagnosi, terapia e prevenzione

Con il termine decadimento intellettivo si intende la perdita delle varie funzioni cognitive descritte in precedenza, che in genere avviene gradualmente, in età avanzata.

Le cause principali

La prima causa è quella neurodegenerativa e in questo ambito la malattia di Alzheimer è la forma più rappresentata. L'alterazione primitiva è a livello delle cellule cerebrali (neuroni), dove si accumulano proteine anomale sia a livello intracellulare (proteina tau) che all'esterno in prossimità delle terminazioni sinaptiche, cioè dove i neuroni comunicano fra loro (proteina beta amiloide). Questi processi comportano la progressiva perdita di funzione e la morte dei neuroni. La progressiva riduzione dei neuroni configura una atrofia cerebrale, figura 1.

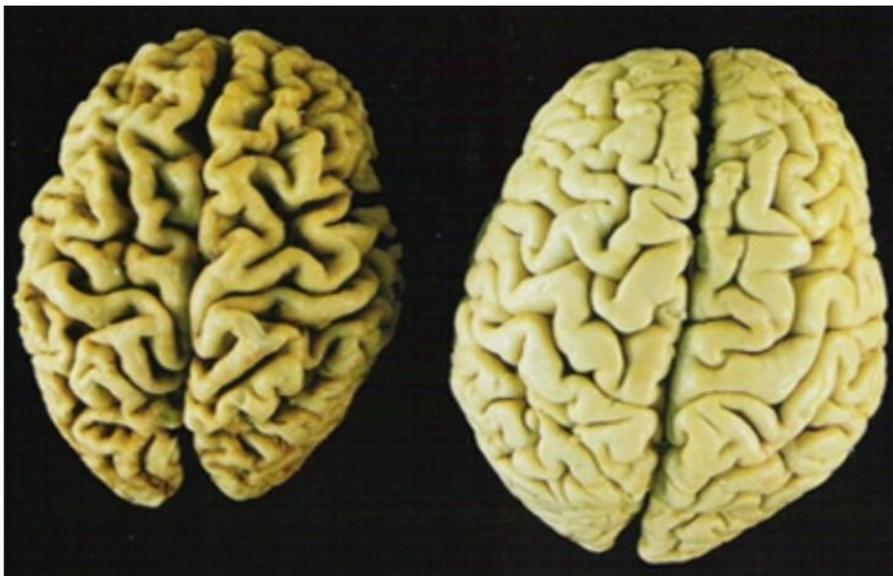


Figura 1. A destra l'encefalo normale, a sinistra quello atrofico di un paziente con malattia di Alzheimer in fase avanzata.

In questo caso le aree cerebrali coinvolte principalmente sono quelle centrali, cioè i lobi temporali e parietali.

Quando invece il processo degenerativo si colloca prevalentemente nelle regioni anteriori si configurano le demenze “fronto-temporali”.

La seconda causa è vascolare, per la sofferenza dei vasi più piccoli (microcircolo) o di quelli di calibro maggiore che possono andare incontro a occlusione con conseguente ischemia del territorio a valle o meno frequentemente a rottura, con conseguente emorragia.

Altre cause sono i traumi cranici con lacerazione tessutale, o i processi tumorali con distruzione di alcune aree cerebrali.

Infine si possono realizzare disturbi del circolo liquorale (il liquor cerebro-spinale è quella camicia d’acqua che circonda l’encefalo, normalmente viene prodotto in alcune aree profonde e riassorbito in altre superficiali); per un difetto di riassorbimento il liquor si può accumulare all’interno della scatola cranica, creando un eccesso di contenuto liquido (idrocefalo).

Più cause contemporaneamente possono essere responsabili della demenza, per esempio disturbi degenerativi e vascolari possono coesistere, specie nell’età avanzata.

L’esordio

In base alla funzione cognitiva svolta dall’area cerebrale dove il processo patologico inizia si avranno le varie manifestazioni cliniche di esordio.

Dato che l’area più comune d’inizio è quella del lobo temporale mediale, che svolge la decisiva funzione di trasformare ricordi labili in ricordi duraturi, la manifestazione clinica sarà la difficoltà a formare nuovi ricordi. Le tracce delle informazioni recenti andranno definitivamente perse dopo pochi minuti e il paziente diventa ripetitivo.

Una altro disturbo comune all’esordio è quello della percezione del tempo, con il disorientamento sul giorno o mese o anno in cui si è, oppure con la difficoltà a collocare nel tempo gli eventi della propria vita (es. nozze, nascita figli)

Anche il disturbo del linguaggio è frequente, con la impossibilità di recuperare il nome di oggetti e soprattutto di persone (anomie) peraltro riconosciuti visivamente, o con la difficoltà nella costruzione di frasi.

Il decorso

Nel tempo, i disturbi delle varie funzioni cognitive si accentuano e compaiono deficit di altre funzioni, per esempio accanto al deficit di memoria recente si aggiunge quello della memoria remota.

L'ideazione si impoverisce e tende ad appiattirsi su temi concreti, oppure si generano idee assurde e incorreggibili (deliri), sempre con temi "tristi," come quello di latrocinio (es. mi rubano i soldi o gli oggetti) o di persecuzione (es. mi vogliono avvelenare) o ancora di gelosia. Talvolta sono le percezioni visive o uditive a essere disturbate, con allucinazioni visive o uditive.

La consapevolezza dei propri disturbi è ridotta o del tutto assente, quindi i pazienti posso vivere convinti di non essere ammalati, con il rischio di clamorosi errori di giudizio.

Negli stadi avanzati, sia per le demenze degenerative che per quelle vascolari, la cura della persona si riduce nettamente, fino a diventare dipendente da altri, e si perde la capacità di svolgere le comuni attività della vita quotidiana.

La diagnosi

Si avvale della storia clinica, dello studio delle funzioni cognitive, di esami ematici generali e di indagini neuroradiologiche (Tomografia Assiale Computerizzata o Risonanza Magnetica).

Talora si possono aggiungere esami di secondo livello, come la tomografia a emissione di positroni (PET encefalo) con studio del metabolismo encefalico o PET con traccianti per la proteina beta amiloide nel sospetto di malattia di Alzheimer. A differenza della Risonanza magnetica, che dà una informazione morfologica dell'encefalo, la PET fornisce una informazione dinamica.

Esistono anche alcuni test genetici per le rare forme ereditarie di malattia di Alzheimer, come quello del gene della presenilina 1 o 2.

La terapia

Occorre innanzitutto distinguere tra malattia di base e manifestazioni cliniche.

Per le malattie degenerative non esistono terapie specifiche, il tentativo di contrastare la deposizione di beta amiloide encefalica non ha dato i risultati sperati,

né con il vaccino né con gli anticorpi monoclonali. Gli interventi sulla proteina anomala intracellulare (tau) sono ancora in fase di sperimentazione.

I farmaci approvati finora per la malattia di Alzheimer agiscono solo sui sintomi; modificano solo il neurotrasmettitore più carente all'esordio della malattia (l'acetilcolina), senza modificare in modo significativo la storia clinica.

Quando invece la causa è vascolare ci sono farmaci più specifici, come gli antiaggreganti piastrinici (es. cardioaspirina) o gli anticoagulanti, accanto a tutte le altre misure di protezione vascolare, come il controllo della pressione arteriosa o dell'eventuale diabete.

Esistono farmaci attivi su alcuni specifici disturbi, come la flessione del tono dell'umore, i deliri, le allucinazioni e sui conseguenti disturbi comportamentali, come l'aggressività verbale o gestuale. Alcuni sono di semplice uso, altri, come i neurolettici di seconda generazione, richiedono attenti monitoraggi della funzione cardiaca.

Infine, esistono svariati integratori, che hanno avuto negli anni alterni momenti di fortuna; i polivitaminici, utili quando viene documentata la carenza di vitamina b12 o di acido folico nel sangue; gli antiossidanti, come la vitamina E, gli oligoelementi, attualmente sono valorizzati i supplementi a base di omega 3.

La prevenzione

Esistono alcuni fattori di rischio per le demenze, modificabili con interventi individuali o sociali, che è necessario conoscere, anche per una possibile prevenzione.

Secondo un report della commissione della rivista medica Lancet, 2020, sono:

- Ipertensione arteriosa
- Fumo di sigaretta
- Diabete mellito
- Obesità (indice massa corporea, che è il peso diviso altezza al quadrato, > di 30)
- Inattività fisica e intellettuale
- Ipoacusia
- Eccessivo consumo alcolico
- Inquinamento ambientale

Il potenziamento cognitivo

Nella direzione dello stimolo all'attività intellettuale, uno dei passatempi preferiti sono le "parole crociate", che migliorano soprattutto l'accesso al lessico. E qui ci piace ricordare che il primo a proporre le parole incrociate fu un impiegato al Comune di Lecco, Giuseppe Airoldi, nel 1890.

La Associazione Nuovamente ha promosso negli anni degli esercizi, definiti potenziamento cognitivo, rivolti ad anziani sani, mirati a quelle funzioni cognitive più vulnerabili con l'età: la memoria anterograda, con difficoltà a formare nuovi ricordi; l'eccesso al lessico, con difficoltà a rievocare nomi di persone o di oggetti seppur in presenza dell'immagine e dei concetti corrispondenti; la capacità di rimanere attenti a più stimoli; la capacità di collocare nel tempo gli eventi, sia autobiografici che storici condivisi.

Il fine è stato quello di costituire una "riserva cognitiva" che consentisse di ritardare la eventuale comparsa del decadimento intellettuale. Inoltre, si sono presentate strategie efficaci, come l'elaborazione profonda e l'organizzazione delle informazioni, le associazioni e la gestione delle emozioni, in modo da superare il circolo vizioso "insuccesso-demotivazione-evitamento".

Anche nel decadimento intellettuale iniziale, dove per un certo tempo una sola funzione cognitiva è compromessa, è indicato un intervento o riabilitativo di quella funzione (es. il linguaggio nelle afasie progressive) e/o di potenziamento delle altre funzioni, anche qui con il proposito di costituire una riserva cognitiva.



Bici speciale, Villa Reale, Monza.

Vita quotidiana: consigli per l'assistenza

Il decadimento intellettivo comporta una sfida per l'assistenza quotidiana, sia per la perdita delle funzioni cognitive che per l'assenza di consapevolezza di queste perdite, con frequenti disturbi del comportamento, come contrarietà e aggressività.

Inoltre, come ogni persona ha una sua originalità anche ogni paziente ha una sua nuova originalità data dalle diverse funzioni cognitive compromesse e dalla loro diversa entità. Questi consigli vanno quindi considerati solo orientativi.

Deficit della memoria

Fin dalle prime fasi della malattia può essere opportuno utilizzare dei promemoria, come agende, schede e diari settimanali, biglietto per la spesa, per le varie annotazioni e la gestione di attività che l'anziano deve affrontare.

È importante che si crei una "rappresentazione positiva" rispetto a questi ausili, ovvero che ne venga compreso il ruolo di supporto per una migliore gestione delle attività domestiche ed extradomestiche. Inoltre, è opportuno che si stabilizzi nel tempo una certa routine rispetto alle attività giornaliere, affidando alla persona dei compiti che sia poi effettivamente in grado di portare a termine. Ad esempio, se fare la spesa quotidiana può comportare dei problemi (es. nell'acquisto delle cose necessarie, nella gestione dei soldi e dei resti) può essere utile fornire all'anziano un elenco con i prodotti da acquistare ed affidargli soltanto i soldi strettamente necessari.

Comunicazione

Durante la conversazione, è bene assicurarsi di aver intercettato l'attenzione e l'interesse del malato, per esempio chiamandolo direttamente per nome, e utilizzare un linguaggio per quanto possibile chiaro, costituito da frasi semplici e brevi ed evitando di gridare e di ripetersi.

È preferibile ricorrere a domande chiuse, con la possibile risposta sì- no, per esempio: vuoi bere un caffè? E non cosa vuoi bere?

È inoltre del tutto inopportuno rivolgersi al malato in maniera infantile (come ad un bambino piccolo), per evitare una perdita di interesse e un senso di frustrazione.

Considerando che i pazienti hanno delle difficoltà con l'apprendimento di informazioni recenti, non iniziare la conversazione da avvenimenti accaduti da poco o da persone viste nei giorni precedenti ("è stato qui da noi la scorsa settimana!") ma parlare di quei temi e argomenti nei quali la persona è più sicura, anche di eventi più lontani, la cui rievocazione può far piacere al malato.

È bene non suggerire al paziente le parole da dire e rispettare i turni comunicativi, facendoli rispettare a sua volta al malato. Può essere utile invece ricordare più volte nel corso della giornata alcuni elementi di orientamento fondamentali (es. "oggi è martedì", "abbiamo da poco finito di pranzare") e introdurre ogni "correzione" con molta cautela.

È opportuno che eventuali visitatori tengano presente che l'ammalato può non ricordarsi del tempo trascorso dalla visita precedente e non rendersi conto del tempo che intercorrerà fino alla visita successiva. È bene dunque sorvolare su questi argomenti, non fissare quindi né l'orario della partenza né il giorno della prossima visita. Si potrà dire semplicemente ad esempio: "Adesso vado, ma ritornerò di nuovo".

Occorre, inoltre, non sentirsi mortificati se l'ammalato non ringrazia e non pare soddisfatto della visita, come non ci si deve impressionare se l'ammalato piange al momento del congedo, poiché nella maggior parte dei casi si tratta di reazioni del tutto transitorie. È altrettanto importante, però, non smettere di visitare l'ammalato, poiché le visite regolari vengono, nella maggior parte dei casi, percepite in modo positivo.

Infine, è bene non parlare delle condizioni del malato, soprattutto in termini negativi, in sua presenza.

Alimentazione

Il paziente può essere in difficoltà nel preparare e cucinare i cibi, ad esempio rispetto a ingredienti, modalità di cottura e tempi. Per quanto possibile, è bene aiutarlo e non sostituirsi a lui. Ad esempio, può essere utile rievocare insieme, o tramite lettura di ricette, la corretta sequenza di preparazione di alcuni cibi (come le minestre, il risotto o le verdure), in modo da cercare di mantenere queste attività il più a lungo possibile.

È prudente disporre di fornelli con dispositivi di sicurezza nel caso di spegnimento della fiamma.

Nelle fasi più avanzate di malattia, le difficoltà potranno diventare via via più gravi, fino a riguardare lo stesso consumo, per esempio perché il paziente non saprà più le corrette sequenze o usare le posate.

Alcuni accorgimenti utili possono essere quelli di presentare il pasto poco per volta, se necessario con il cucchiaino, già sminuzzato e alla giusta temperatura, e allontanare altri prodotti che potrebbero venire scambiati per cibo. Potrebbe essere opportuno l'uso di posate particolari, facili da impugnare e non taglienti.

Considerata inoltre la preferenza dei pazienti per le abitudini consolidate e la diffidenza verso le novità, è bene mantenere i pasti ad orari fissi e regolari.

Un problema comune che può insorgere è quello della difficoltà a deglutire (disfagia), per la mancanza di atti motori coordinati. All'inizio il problema riguarda i liquidi, e qui si può fare ricorso ad addensanti per l'acqua, nel contempo è bene evitare cibi con componenti di densità diversa (es. minestrina di riso) e preferire cibi semisolidi omogenei.

Vestirsi

Il paziente può non rievocare la corretta sequenza con cui indossare i capi, o non ricordare la maniera di infilarsi alcuni indumenti, come i calzini, o essere in difficoltà con operazioni ancor più complesse, come allacciarsi i bottoni del cappotto o alzare una cerniera. È allora utile cercare di utilizzare un abbigliamento il più possibile semplice, per esempio con chiusure a velcro; evitare cinture, bretelle, lacci difficili da affrancare; scegliere capi in cui sia facile identificare un davanti ed un dietro o capi reversibili.

È inoltre opportuno collocare i vestiti sempre nello stesso posto e nello stesso ordine in cui devono essere indossati.

Qualora l'anziano rifiutasse di cambiare alcuni capi del proprio abbigliamento, manifestando aspetti di rigidità di pensiero e di perseverazione, non è proficuo porlo di fronte all'evidenza, o ancor peggio giungere ad uno scontro. Un'opzione è quella di giungere a dei compromessi pattuiti di volta in volta, cercando di non modificare troppo le abitudini dell'anziano, ma anche facendo in modo che abbia un abbigliamento decoroso.

Un ulteriore problema consiste nella difficoltà di scegliere un abbigliamento adeguato alla stagione, infatti è possibile che l'anziano ritardi molto nel cambiare i capi stagionali e quindi, ad esempio, esca ancora con un cappotto pesante in piena primavera o leggero in inverno. È necessario quindi scegliere con lui soltanto quei capi adatti alla stagione ed al clima.

Circa le calzature, un paio di comode scarpe sono preferibili alle pantofole ed ancor più alle ciabatte, in quanto sono più facili da portare e comportano un minor rischio di cadute.

Igiene personale

Il paziente può non avvertire l'esigenza di lavarsi, oppure non essere più in grado di eseguire gesti complessi, come tagliarsi le unghie o usare un rasoio, o ancora non ricordare la corretta sequenza di alcune azioni (es. insaponarsi e poi risciacquarsi).

È bene quindi cercare di rendere il "bagno" una situazione il più possibile rasserenante e convincere il paziente dell'utilità della nostra collaborazione. Se il paziente non è a suo agio, si possono tenere le parti intime coperte mentre lo si aiuta, o incaricarsi soltanto di una supervisione.

La doccia o la vasca da bagno possono essere dotate di ausili per ridurre i rischi di caduta, come i tappetini antiscivolo o le maniglie di appoggio.

Servizi igienici

Il paziente può non avvertire la necessità di andare ai servizi, oppure non arrivare in tempo. In secondo luogo, può non riuscire più ad utilizzare il bagno, o a rievocare la corretta sequenza di azioni per svolgere i propri bisogni, a partire dall'abbassarsi i pantaloni. È bene portare il malato in bagno ad orari più o meno fissi, iniziando al risveglio, poi ogni 4 ore circa, e sempre prima di coricarsi.

Qualora il malato presenti la tendenza a svegliarsi durante le ore notturne per andare in bagno, si può pensare all'installazione di luci notturne nel bagno e nei corridoi. In alcuni casi, può essere opportuno agganciare al letto contenitori esterni per le urine.

Con l'avanzare della malattia, può essere necessario fare indossare dei pannoloni-mutandina, all'inizio in alcune fasce orarie, oppure soltanto a quando si esce.

Allucinazioni e deliri

Nel caso di allucinazioni visive o uditive occasionali, o che comunque non inducono un disturbo del comportamento, per esempio se il paziente sente delle canzoncine che non lo allarmano, non è necessario intervenire con farmaci maggiori.

Se invece sente voci minacciose e cerca ripetutamente l'intervento dei carabinieri, bisogna senz'altro rassicurarlo o intervenire farmacologicamente.

Nel caso dei deliri bisogna vincere la naturale tendenza di confrontarsi con il malato e portarlo sul piano di realtà, nemmeno con delle prove inconfutabili a disposizione, come quando al paziente convinto che il genitore sia ancora vivente dimostrare il contrario portandolo al camposanto.

Può essere utile rassicurare il paziente dichiarando di comprendere le sue elaborazioni, che però sono solo sue, cercando poi di sviare la sua attenzione o "sfruttare" i problemi di memoria dell'ammalato coinvolgendolo su altri argomenti.

Un particolare intervento non farmacologico, la bambola-terapia, si può proporre soprattutto per i deliri di trasposizione temporale, quando il paziente è convinto di vivere al tempo della sua infanzia e talvolta è allarmato per l'assistenza che deve ai figli piccoli. Al paziente viene affidata una bambola con particolari caratteristiche antropomorfe, a cui si relaziona come se fosse un bambino vero. Questa condizione, che vista dall'esterno sembra una regressione infantile, recupera nel paziente il bisogno di "prendersi cura" e un ruolo positivo genitoriale.

Disturbi dell'umore

Può accadere che il paziente sia parzialmente consapevole della riduzione delle proprie facoltà e ciò può portare ad una flessione del tono dell'umore (depressione) con conseguente chiusura in sé stesso, riduzione delle iniziative e minor coinvolgimento sociale.

Altre volte un certo grado di apatia si stabilisce indipendentemente da queste percezioni di insufficienza e viene confusa e trattata impropriamente con farmaci antidepressivi.

In un'altra condizione che non coincide con la depressione è la variazione repentina dell'umore al pianto di fronte a semplici stimoli emotivi (labilità emotiva) per esempio incontrando un amico di vecchia data.

Irritabilità e aggressività

In molti casi il paziente può risultare irritabile ed aggressivo. L'irritazione può limitarsi ad attacchi verbali del tutto transitori, che possono essere tollerati. In altri casi può essere conseguenza di una sensazione di mancato controllo rispetto all'ambiente

circostante. Per esempio un paziente può diventare irrequieto in un luogo chiuso e affollato, come un supermercato, in un contesto in cui gli stimoli sono eccessivi rispetto a quelli che può gestire. In questo caso è preferibile frequentare piccoli negozi.

Altre volte l'aggressività nasce dai deliri sottesi e dall'esigenza di assecondarli, per esempio il desiderio di tornare alla propria casa natale, perché quella in cui si vive non viene più riconosciuta come propria, che tende a presentarsi nel tardo pomeriggio. In questi casi è necessario utilizzare farmaci che spengano il delirio.

Comportamento sessuale

In molti casi possono non riscontrarsi particolari problemi relativi alla sfera sessuale. Altre volte, il paziente può comportarsi in maniera non adeguata o mettere in imbarazzo il partner con esibizioni insolite. In questi casi può essere utile provare a distrarlo o coinvolgerlo in altre attività; in alternativa servirà una terapia farmacologica.

Gestione finanziaria

Nelle prime fasi della malattia il paziente può non rendersi conto di non stimare più con precisione il valore di beni o di non saper più gestire i soldi. Un'utile soluzione è quella di sorvegliare la gestione finanziaria e lasciare a disposizione per il malato pochi soldi contanti da gestire per acquisti minori, eliminando l'uso di home banking e carte di credito.

Dipendenza

Nella maggior parte dei casi, il malato tende a riferirsi ad una sola persona, che per lui è quella di maggior fiducia, di solito il coniuge o un figlio. Il rischio è quello che il care-giver, ossia questa persona "scelta" dal paziente, si senta sovraccaricato sia da un punto di vista di investimento affettivo, sia da un punto di vista di compiti materiali da assolvere, peraltro di solito senza alcun ringraziamento.

Un ulteriore pericolo è quello che si crei una dipendenza inversa, del care-givers nei confronti del paziente, che a sua volta riduce le proprie iniziative e i legami sociali.

È fondamentale quindi che questa persona venga assistita e supportata dagli altri familiari e dalle altre figure assistenziali. Per esempio fornendo aiuto indiretto, come

andare a fare la spesa o qualche commissione, oppure trovando durante la settimana uno o più spazi di assistenza diretta.

Al termine della malattia, si crea poi in molti casi un senso di colpa nel care-giver, che percepisce la morte come un senso di “liberazione” da un carico assistenziale troppo grande, e gli sembra per questo di essere “cattivo” nei confronti del paziente deceduto. Si tratta di dinamiche classiche, molto complesse ma prettamente umane, che potranno essere affrontate con maggior serenità con il supporto degli altri familiari e, se necessario, con uno specialista di riferimento.

Regolarità del sonno

Nel caso di difficoltà nell’addormentamento e di frequenti risvegli notturni, prima di far ricorso a farmaci, è consigliato seguire alcune norme igieniche, come mantenere un certo livello di attività fisica durante il giorno, non assumere bevande stimolanti, come il caffè, non appisolarsi nel pomeriggio e non esporsi nelle ore serali a stimoli emotivi intensi.

Quando invece la malattia comporta una inversione del ciclo sonno-veglia, con il paziente che vaga per ore in casa durante la notte, convinto che sia giorno, per poi addormentarsi durante il giorno, i risultati degli interventi sia farmacologici che igienici sono meno incisivi.

Gestione dello spazio domestico e disorientamento spaziale

Una certa routine domestica dovrebbe sempre essere mantenuta, se ci si rende conto che le attività di programmazione complessa, come il cucinare, non portano a risultati soddisfacenti, si dovrà impegnare il paziente in attività più semplici, come apparecchiare e sparecchiare la tavola, spolverare e tenere puliti gli ambienti.

Talvolta il paziente si coinvolge in attività ripetitive senza un apparente utilità (affaccendamento afinalistico), per esempio toglie i fazzoletti dal cassetto e poi in qualche modo li rimette, per poi ricominciare gli stessi atti; in questo caso è bene tollerare fin dove è possibile questa attività, senza rimarcare che non c’è alcuna logica.

In alcuni casi può essere utile marcare gli ambienti domestici con contrassegni grandi e ben visibili, che ne rendano esplicita la funzione e che possono aiutare a mantenere l’orientamento. Questi contrassegni dovranno essere predisposti in forma di disegno e non di scritte (es. disegno del water per il bagno, disegno di un piatto con le posate

per la cucina) e in alcuni casi potrà essere utile indicare i percorsi più importanti con delle frecce (es. il percorso dalla camera al bagno).

Disorientamento nello spazio extradomestico

Potrà accadere che il paziente fuori casa si perda e non ritrovi la via del ritorno. È quindi prudente accompagnare il paziente nei suoi spostamenti, o se esce da solo assicurarsi che porti con sé un documento di identificazione e un dispositivo elettronico di localizzazione.

È possibile poi che si manifesti un incremento patologico del cammino, con il paziente che continua a girare per casa, o cerca ripetutamente di uscire. Questo “vagabondaggio” (wandering) comporta il rischio della fuga da casa, è bene quindi adottare appropriate chiusure di sicurezza alle porte.

Se il paziente è abituato a trascorrere alcune settimane in villeggiatura in ambienti noti, potrà continuare a farlo. Occorre però tenere presente che vi potranno essere maggiori problemi di orientamento e di gestione nelle attività quotidiane; la stessa condizione potrebbe presentarsi al rientro a casa, prima di un graduale ritorno alle abitudini quotidiane.

Un particolare spazio extradomestico è l'ambiente ospedaliero. Quando sarà necessario accedervi, per accertamenti o cure, il paziente avrà molta più difficoltà rispetto agli altri a comprendere le motivazioni, orientarsi, mantenere gli orari particolari e incontrare operatori diversi.

Ne risulterà un aggravamento della condizione generale, ancora più marcato se il paziente dovrà essere sottoposto a impegnativi interventi chirurgici o se andrà incontro a processi infettivi sistemici.

Guida di autoveicoli e patente

La guida è un'attività complessa, poiché richiede l'attivazione di funzioni percettive, di previsione, di abilità visivo-spaziali, programmazione ed esecuzione motoria fine: Il tutto in tempi rapidissimi.

Purtroppo il paziente non è consapevole di queste difficoltà e in genere desidera continuare a guidare. Impedire la guida e ritirare la patente è quindi difficile, non solo per previste resistenze del paziente (che spesso si giustifica dicendo di non aver mai avuto un incidente) ma anche perché i care-givers o i familiari non sempre colgono le reali difficoltà del paziente e tendono a sopravvalutare le capacità residue.

Se nei percorsi abituali il comportamento può apparire adeguato, basta il cambio di un segnale stradale, per esempio una nuova rotonda o un nuovo senso unico per lavori in corso, per creare grandi difficoltà.

Può essere utile ricorrere allora a piccoli trucchi e bugie che possano temporaneamente dissuadere il paziente dal guidare, dalla semplice perdita delle chiavi dell'auto al dire che il veicolo è in riparazione e che la parte danneggiata non è sostituibile. Oppure cominciare ad accompagnare il paziente, mostrandogli che i posti che desidera frequentare possono essere comunque raggiunti.

Se la revoca della patente è indispensabile, il medico di riferimento (neurologo o medico di famiglia) dovrà dichiarare lo stato di malattia aggiungendo che il paziente non è più idoneo a compiere le attività complesse della vita quotidiana.

Questa documentazione deve essere consegnata alla Commissione Patenti in occasione delle periodiche revisioni della patente, oppure abbinata alla richiesta a tale Commissione di anticipo della visita per sopraggiunta malattia, che può essere fatta dai parenti.

La Commissione Patenti, a sua volta, potrà chiedere il parere di altri esperti o esami strumentali e cognitivi (valutazione neuropsicologica) atti ad accertare l'idoneità psico-fisica alla guida. In seguito a questi accertamenti la Commissione può disporre la revoca della patente. In Provincia di Lecco è presente un'unica Commissione Medica Locale Patenti, che si riunisce nella sede dell'ASST di via G. Tubi, 43, o di Merate (L.go Mandic, 1).



Binari Trenord

La rete allargata dei servizi e le strutture per le demenze

Vengono presentati dapprima i servizi medici, generali e specialistici, poi quelli a carattere medico-assistenziali a livello domiciliare, con la finalità di mantenere l'anziano il più a lungo possibile nel proprio ambiente, promossi da enti diversi (ATS, ASST, Comuni, Regione Lombardia).

In seguito quelli che prevedono il distacco dal proprio domicilio per alcune ore del giorno, come i centri diurni, e infine quelli che prevedono il trasferimento del paziente in strutture dedicate, note come Case di riposo, ora denominate Residenze Sanitarie Assistenziali.

Medico di Medicina Generale (MMG)

La figura fondamentale cui fare riferimento, sia durante il processo diagnostico che durante il decorso della malattia, è costituita dal medico di medicina generale.

Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

Sono ambulatori specialistici dedicati alle demenze, ex UVA (Unità Valutazione Alzheimer).

In Provincia di Lecco sono presenti due unità, una presso il presidio dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Merate e l'altra presso quello di Lecco. In questi ambulatori vengono svolte le funzioni di diagnosi, valutazione e gestione clinica del paziente. I medici specialistici, insieme al medico di base, potranno quindi costituire un valido punto di riferimento, poiché potranno seguire nel tempo la storia clinica del paziente e rispondere alle domande dei familiari. Le Strutture Complesse di Neurologia dei due presidi hanno inoltre posti letto ove è possibile gestire le complicanze di queste malattie.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

È un servizio erogato dall'Azienda Tutela Salute (ATS) e dell'ASST. Si può attivare nel caso in cui ci fossero i criteri stabiliti dalle linee guida di riferimento. Ha lo scopo di aiutare la persona al domicilio, attraverso prestazioni medico-specialistiche ed attività

infermieristiche e assistenziali. Le modalità dell'intervento possono essere diverse e vengono decise in base alle necessità specifiche della persona.

Questo servizio può essere attivato sia attraverso richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) sia in seguito ad un ricovero ospedaliero. Gli uffici preposti all'accettazione della domanda, da parte del MMG, sono denominati Strutture per la Disabilità e la non autosufficienza, presenti sia sul territorio di Lecco, che di Merate.

Non prevede costi a carico della famiglia

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

È un servizio per accompagnare e sostenere la famiglia nella cura di un anziano fragile al domicilio, con interventi prevalentemente di natura assistenziale (igiene), da parte di personale specializzato, al fine di sollevare la famiglia e garantire una corretta cura della persona, anche nelle situazioni più complesse.

Il SAD, pur non essendo rivolto esclusivamente a persone con problemi di demenza, costituisce un supporto importante anche nella gestione dei disturbi comportamentali, frequenti nelle demenze, che rendono spesso critico il momento dedicato all'igiene e alla cura del corpo.

Il servizio, strutturato in ogni Comune del territorio, viene attivato tramite richiesta all'assistente sociale del Comune di residenza o domicilio. Prevede una compartecipazione ai costi della assistenza.

Servizi Integrati per la Domiciliarità (SID)

Sono servizi specialistici, presenti nel Comune di Lecco dal 2015, divenuti riferimento per la cittadinanza, in merito alle tematiche relative all'invecchiamento. Si occupano di consulenza, orientamento, attivazione e coordinazione di tutte le risorse a disposizione. I servizi accolgono le domande dei cittadini (prevalentemente caregiver) e con loro struttura individuano percorsi di cura e accompagnamento, che comprendano anche la rete di opportunità territoriali, in grado di partecipare ad un progetto a sostegno della famiglia.

Il SAD è uno dei servizi principali del SID e, proprio perché si trova inserito in un progetto più ampio, dell'équipe fanno parte anche un'educatrice, che si occupa di stimolazione cognitiva dell'anziano e sviluppo/ recupero delle competenze relazionali

interne ed esterne al nucleo familiare, e una psicologa, coinvolta nel momento in cui si rileva l'importanza di offrire supporto emotivo e psicologico all'anziano o alla sua famiglia.

RSA aperta e le misure B1 e B2.

Sono misure a supporto dei care-giver, promosse da Regione Lombardia.

In particolare, nel primo caso si tratta di progetti, a titolarità di una RSA del territorio, che, sulla base di alcuni requisiti specifici (consultabili sul sito di Regione o di ATS), permettono ad anziani di usufruire di interventi assistenziali, educativi e sanitari al domicilio, in alternanza, ove possibile, alla frequenza di strutture diurne.

Nel secondo caso, sono opportunità di supporto economico a familiari che si occupano di persone in dipendenza vitale (B1), o con limitazioni importanti nelle autonomie (B2), che attraverso l'accesso alla misura, possono usufruire di prestazioni specializzate. Non sono rivolte esclusivamente ad anziani e la differenza principale tra queste misure e l'RSA aperta, consiste nel fatto che l'RSA aperta nasce come opportunità rivolta all'anziano affetto da demenza.

Assistente Familiare (Badante)

Molte famiglie tendono a mantenere l'anziano a domicilio per più tempo possibile, e ricercano per un aiuto un'Assistente Familiare. Le agenzie e cooperative private che operano in questo settore, a fronte dell'aumento della complessità della gestione dell'anziano fragile al domicilio, si stanno sempre più dotando anche di personale qualificato, con competenze di natura assistenziale, in grado di occuparsi in modo adeguato della persona e delle sue difficoltà. Nel caso di individuazione privata della persona da inserire nel contesto di vita dell'anziano, presso i patronati locali sono presenti specifici sportelli, in grado di accompagnare la famiglia nell'espletamento di tutte le pratiche correlate all'assunzione.

Centro Diurno Integrato (CDI)

È un luogo ove l'anziano parzialmente autosufficiente, può trascorrere parte della giornata, in attività di vario genere, con l'obiettivo di stimolare l'utente, favorendo il mantenimento delle autonomie residue. In questi centri, inoltre, si possono

sperimentare occasioni di socializzazione, importanti per prevenire l'isolamento che caratterizza l'età anziana e, in particolare, i pazienti con demenza.

I CDI, strutture accreditate da ATS, prevedono il rispetto di standard quantitativi e qualitativi specifici. Nel primo caso si tratta prevalentemente di aspetti legati al numero degli utenti accolti, di requisiti strutturali e documentali. Nel secondo caso, riguardano la presenza di figure professionali di carattere sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti), assistenziali (OSS) ed educative e le relative attività proposte. Inoltre, la frequenza al CDI prevede la definizione di un progetto, condiviso con la famiglia, e di una serie di documenti che attestino il monitoraggio dell'andamento dell'ospite, per eventuali rimodulazioni del progetto stesso.

Caratteristica dei CDI è quella di attivare le risorse territoriali, inserendosi in una rete che comprenda tali strutture, al fine di non essere identificati come luoghi di cura a sé, isolati, ma favorendo scambi e sviluppando forme di integrazione.

I CDI presenti in Provincia di Lecco sono:

- Centro Polifunzionale per anziani LASER, Lecco
- Casa di Riposo Madonna della Fiducia, Calolziocorte
- Corte Busca, Lomagna
- Il Castello, Cesana Brianza
- Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi, Lecco
- Le Querce di Mamre, Galbiate
- Polo Frassoni, Lecco

Il Polo Frassoni è un servizio recente, attivato nel 2016 e connotato come centro sperimentale, rivolto ad anziani con una demenza iniziale. Comprende, oltre al Centro Diurno, 18 alloggi protetti per anziani autosufficienti, un alloggio destinato ad attività di formazione delle famiglie e dei care-givers e una unità di residenzialità leggera per pazienti in condizioni di fragilità.

Alloggi protetti

Sono un altro possibile luogo di cura, rivolto ad anziani fragili, con livelli di demenza compatibili con un intervento assistenziale leggero. Sono posizionati all'interno di strutture sanitarie o socio sanitarie, offrono ospitalità per brevi o lunghi periodi, sulla base delle condizioni dell'anziano. Questo modello abitativo viene spesso utilizzato a supporto di persone che hanno ancora autonomie tali da non richiedere il ricovero in RSA (Residenze Sanitarie Assistite), ma per le quali, a causa di alcune caratteristiche (assenza di rete, impossibilità di inserire al domicilio un'assistente familiare fissa, presenza di barriere architettoniche presso l'abitazione), si considera opportuno individuare una soluzione abitativa alternativa, con il plusvalore della presenza di personale dedicato (seppure a intensità minore rispetto a quanto garantito dalle RSA).

I familiari interessati ad approfondire la conoscenza di tali strutture, possono rivolgersi direttamente alle strutture stesse o valutare insieme all'assistente sociale del Comune di residenza, le possibili prospettive di inserimento, sulla base di una valutazione complessiva e articolata, circa la migliore risposta per il benessere dell'anziano e del suo nucleo familiare.

Residenzialità Assistita (RA)

Alcune strutture, sulla base di una convenzione stipulata con ATS, prevedono anche l'inserimento dell'anziano attraverso la formula della Residenzialità Assistita, tipologia specifica di accoglienza, regolamentata dalla misura regionale D.G.R.7769/2018.

I potenziali beneficiari di tale opportunità dovranno presentare domanda presso l'ASST di riferimento territoriale rispetto al Comune di residenza, che provvederà ad effettuare la valutazione multidimensionale, al fine della rilevazione dei bisogni socio sanitari, verificare la presenza di vulnerabilità sociale e l'assenza di incompatibilità con altre misure/servizi in atto.

Sarà cura della ASST predisporre il Progetto Individuale e accompagnare la persona nella scelta della struttura. Inoltre, tale misura prevede per la persona che vi accede, il riconoscimento di un voucher, per le spese di permanenza presso l'alloggio.

Residenze Sanitarie Assistite (RSA)

Quando la malattia si aggrava e, per varie ragioni, non è più possibile che l'anziano resti al domicilio –ad esempio per l'eccessivo carico assistenziale richiesto o per la presenza di problemi concomitanti– si può considerare la possibilità di un ricovero in RSA.

Questi istituti accolgono persone anziane con un basso livello di autonomia o non autosufficienti, ed erogano servizi e prestazioni sociali e sanitarie. Il personale delle RSA si prende cura dell'ospite sia da un punto di vista fisico e di conservazione delle autonomie il più a lungo possibile, che per quanto riguarda il mantenimento delle relazioni sociali e degli interessi personali. Esiste un modello unico per la richiesta di ingresso in RSA, reperibile presso le strutture stesse o gli assistenti sociali del Comune di residenza e comprende informazioni di carattere anagrafico, sociale e sanitario. È bene tenere presente che di solito fra domanda e ricovero ci sono dei tempi di attesa.

L'inserimento in RSA costituisce un passaggio delicato, che spesso si accompagna a grandi timori ed ansie per i familiari. A questo proposito, è opportuno sottolineare che, seppur si tratti di un momento emotivamente difficile per la famiglia, esso non deve essere vissuto con eccessiva preoccupazione, poiché le RSA del nostro territorio sono qualificate unità di assistenza.

In alcune di esse sono presenti i “Nuclei Alzheimer” dotati di tutte le strutture, apparecchiature e personale preparato per gestire pazienti con demenza in fasi avanzate, spesso complicata da disturbi comportamentali. Nello specifico, le strutture dotate di Nucleo Alzheimer sono:

- Villa Serena, Galbiate (20 posti letto)
- Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi, Lecco (20 posti letto)
- Villa dei Cedri, Merate (30 posti letto)

Sul sito di ATS Brianza e di Regione Lombardia, è possibile trovare informazioni dettagliate rispetto alle diverse tipologie di servizio brevemente presentate in queste pagine.

Di seguito i link rispetto ai servizi per anziani e il link specifico relativo ad Alzheimer e demenze

<https://www.ats-brianza.it/it/anziani.html>

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/cittadini/persone-casa-famiglia/anziani>

<https://www.ats-brianza.it/it/anziani/255-alzheimer-e-demenze.html>



Sidecar, Indiana Jones e l'ultima crociata.

Domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile, della legge 104/92 sull'handicap e dell'accompagnamento.

Dal 1 gennaio 2010 queste domande vanno presentate per via telematica direttamente all'INPS (Istituto Nazionale Previdenza Sociale)

Il primo passaggio per essere sottoposto a visita è quello di andare dal medico di medicina generale che invierà il certificato medico del paziente all'INPS.

Al cittadino il medico consegnerà il codice identificativo del certificato medico che ha una validità di tre mesi e con questo il cittadino procede alla compilazione della domanda on-line (per fare questo si può avvalere della collaborazione di un Patronato/Associazione) per essere convocati a visita di accertamento.

L'INPS trasmette telematicamente la domanda all'ASST (Azienda Socio Sanitaria Locale) di residenza che provvede alla convocazione e alla visita in Commissione.

L' Interessato al momento della visita dovrà avere un documento d'identità valido e tutta la documentazione sanitaria che attesti quanto riportato dal certificato del proprio medico.

La Commissione redige un verbale della visita che, se confermato dalla Commissione INPS, diventerà il certificato di invalidità civile.

Le richieste che l'interessato può presentare in caso di demenza sono due: invalidità civile che nel massimo grado arriva all'indennità di accompagnamento e la legge 104/92.

La invalidità viene quantificata in termini percentuali in base ad una tabella per le malattie invalidanti.

Se la percentuale di invalidità è superiore al 74% è previsto un contributo economico, se il reddito annuale non supera un certo limite (ora circa 5000 euro) e con un requisito anagrafico (ora 67 anni)

La malattia di Alzheimer nella fase di media gravità dà diritto al punteggio di 100%.

Ma ottenere la invalidità al 100% non significa ottenere automaticamente l'assegno di accompagnamento, per questo è necessario che la persona sia impossibilitata a compiere gli atti della vita quotidiana e necessiti di assistenza continua.

L'assegno di accompagnamento è indipendente dal reddito e dall'età, decorre dal momento della presentazione della domanda.

Nel caso di più patologie, per esempio demenza e cardiopatia, si tiene conto di ognuna, ma non con la semplice somma dei punteggi tabellari di ognuna bensì con un calcolo riduzionistico.

La legge 104/92 consente invece di ottenere il riconoscimento di handicap grave (art. 3 comma 3 legge 104/92) che dà diritto a tutta una serie di agevolazioni, come la concessione ai familiari di permessi lavorativi per assistere la persona invalida, pari a tre giorni di permesso retribuito che possono essere di sei mezze giornate o può essere preso ad ore in accordo con il datore di lavoro.

Questi permessi sono coperti da contribuzione figurativa e la loro fruizione non incide sulla maturazione di ferie e tredicesima

Per i familiari che sono lavoratori dipendenti è prevista anche la possibilità di usufruire di un congedo straordinario della durata di due anni, retribuito e coperto da contribuzione figurativa.

La legge 104/92 consente anche di avere dei benefici fiscali, per avere tutte le informazioni si consiglia di rivolgersi ad un patronato o ad un'associazione di categoria.

Tutela civilistica

Il decorso della demenza comporta inevitabilmente l'incapacità di provvedere ai propri interessi. L'ordinamento giuridico definisce questa situazione come "incapacità di intendere e di volere", che è una incapacità detta "naturale". Quando l'autorità Giudiziaria riconosce questa situazione si parla di "incapacità legale". Il sistema di protezione legale del soggetto incapace copre vari aspetti.

Responsabilità civile

Se il paziente demente commette un fatto che lo obbligherebbe a risarcire il danno, ad esempio lascia cadere un vaso di fiori dal balcone che causa lesioni ad un passante o ad un bene di terzi, la legge stabilisce che il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace (es. genitore, infermiere).

Vale la pena sottolineare che tale procedura si applica sia nel caso in cui il soggetto è stato dichiarato incapace dalla Autorità Giudiziaria (incapace legale) sia nel caso del soggetto incapace di fatto (incapace naturale).

I sorveglianti saranno ritenuti responsabili, salvo che riescano a dimostrare di non avere potuto impedire il fatto, cioè devono dimostrare di avere svolto il compito con la massima diligenza possibile.

Attività negoziale dell'incapace naturale

La disciplina del codice civile si riferisce a tutti gli atti giuridici, sia di natura non patrimoniale (es. matrimonio, testamento) sia agli atti unilaterali di contenuto economico (es. disdetta di un contratto di locazione, recesso da un contratto) e comprende anche i contratti veri e propri (es. compravendita) conclusi da un soggetto incapace di intendere e volere.

La regola generale per tutti questi tipi di atti è la loro annullabilità.

Per gli atti non patrimoniali è sufficiente dimostrare l'incapacità. Quindi se un soggetto incapace naturale contrae matrimonio, questo può essere annullato, provando l'incapacità di intendere e volere. Per gli atti unilaterali a contenuto patrimoniale, l'annullamento è possibile solo se si dimostra che dall'atto deriva un grave pregiudizio per l'incapace; in caso contrario l'atto è valido.

Infine, per i contratti, per l'annullamento occorre provare che: il soggetto era incapace nel momento in cui ha concluso il contratto, che egli ha subito un pregiudizio e che l'altro contraente era in malafede.

La procura

A prescindere dall'applicazione delle misure di protezione dei soggetti incapaci previste dalla legge (amministratore di sostegno, inabilitazione e interdizione) è possibile attribuire ad un terzo il potere di agire in nome e per conto del malato, mettendolo in grado di effettuare in sua vece atti di disposizione in generale.

Per atti di disposizione generale si intendono azioni che un terzo compie nell'interesse del malato (es. ritiro della pensione). Il mezzo tecnico utilizzabile è la Procura, che deve essere rilasciata dal malato quando è ancora in grado di intendere e volere.

La procura può essere "speciale", cioè riferita a singoli affari, ovvero "generale" e deve essere conferita mediante atto pubblico da un notaio. In essa dovranno essere specificati gli atti di straordinaria amministrazione che sono compresi nel potere del terzo cui viene conferita la procura. Occorre sottolineare che la procura non impedisce che il paziente agisca in proprio, con il rischio che compia atti dissennati.

Una volta che la procura è stata conferita mantiene la sua validità anche nel caso in cui il malato diventa incapace di intendere e volere, fino a quando detto stato di incapacità viene riconosciuto dall'autorità giudiziaria con l'emissione di una misura di protezione in favore dell'incapace.

Le misure di protezione dell'incapace legale sono: nomina di un Amministratore di Sostegno, di un Curatore o di un Tutore. Verrà descritta in modo esaustivo la prima, attualmente più praticata, con un cenno alle altre due.

L'Amministrazione di Sostegno

È una misura di protezione volta a tutelare il soggetto debole, limitandone la capacità di compiere atti giuridicamente rilevanti e offrendo, tramite l'Amministratore di Sostegno (AdS) un tipo di assistenza che incide il meno possibile sulla capacità di agire di chi si trova nella impossibilità anche solo parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi

Beneficiano dell'AdS coloro che si trovano in una situazione di grave e lunga incapacità derivante da una menomazione fisica (portatori di handicap, anziani, lungodegenti) o psichica (tossicodipendenti, alcolisti, autistici). L'infermità non deve essere definitiva e totale ma deve impossibilitare tali soggetti a provvedere ai loro interessi e ad espletare le normali funzioni della vita quotidiana.

In alcuni casi è lo stesso beneficiario che, in previsione della propria eventuale futura incapacità, può presentare domanda e nominare il proprio amministratore di sostegno mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. L'interdetto o l'inabilitato possono beneficiarne, ma solo dal momento in cui avviene la pubblicazione della sentenza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione.

La domanda per ottenere l'Amministratore di Sostegno

Può essere fatta dal beneficiario stesso della misura di protezione, dal coniuge o la persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado e gli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore, dal pubblico ministero, dal responsabile dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona. Questi soggetti se sono a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura di un procedimento di AdS, sono tenuti a presentare al giudice tutelare il ricorso per l'amministrazione o comunque ad informare della situazione il Pubblico Ministero.

Si propone innanzi al Giudice Tutelare del luogo dove il beneficiario ha la residenza o il domicilio effettivi. Se la richiesta riguarda una persona interdetta o inabilitata, la richiesta di AdS deve essere presentata, congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione, davanti al giudice competente per quest'ultima.

La richiesta di effettua con apposito ricorso da depositare presso la cancelleria del Giudice Tutelare, unitamente alla documentazione allegata. Il ricorso deve contenere: nome, cognome, data di nascita residenza e dimora abituale del beneficiario; nome, cognome, data di nascita, residenza ed eventuale grado di parentela (o indicazione di essere responsabile di servizio sanitario o sociale); le ragioni per cui si chiede la

nomina dell'AdS; l'indicazione degli atti per il compimento dei quali si rende necessaria l'assistenza o la rappresentanza dell'AdS; l'esposizione dei fatti posti alla base della domanda; il nominativo del coniuge, degli ascendenti e dei discendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario qualora siano conosciuti dal ricorrente; le conclusioni, inclusa l'indicazione della persona proposta come AdS; la sottoscrizione del ricorrente o del suo difensore.

Al ricorso devono essere allegati: copia dei documenti d'identità del ricorrente e del beneficiario; certificato di residenza del beneficiario; certificato storico anagrafico del beneficiario; stato di famiglia del beneficiario; documentazione medica del beneficiario (certificati medici specialistici attestanti la malattia da cui è affetto purché rilasciati da una struttura pubblica nonché ogni altro certificato o referto utile; eventuale documentazione relativa alle operazioni da compiere; copia delle dichiarazioni fiscali (se esistenti).

L'udienza di comparizione

È il momento cui il Pubblico Ministero e il Giudice Tutelare procedono all'audizione del beneficiario, se comparso, e valutano l'effettivo stato di menomazione fisica o psichica dello stesso. Se il beneficiario non è in condizioni di comparire all'udienza, se occorre, il giudice può recarsi nel luogo in cui questo si trova, compatibilmente alle esigenze di protezione dello stesso, nonché ai suoi bisogni, interessi e richieste.

Il Giudice, quindi, assunte le informazioni ritenute utili e necessarie all'indagine e sentite le persone indicate nel ricorso o cui è stato notificato provvede con la nomina dell'amministratore. Se però il Giudice deve proseguire per la necessità di eseguire accertamenti medici o altri mezzi istruttori utili ai fini della decisione, può, se necessario, adottare anche d'ufficio i provvedimenti urgenti per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio, nominando un AdS provvisorio con l'indicazione degli atti che è autorizzato a compiere.

Il beneficiario può stare in giudizio da solo e compiere tutti gli atti del procedimento anche in caso di nomina provvisoria dell'AdS.

La persona dell'Amministratore di Sostegno

Può essere indicata dallo stesso beneficiario, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. In mancanza

o in presenza di gravi motivi, è il giudice tutelare a designare l'AdS scegliendo preferibilmente tra: il coniuge non separato legalmente o la persona stabilmente convivente; il padre, la madre, il figlio, il fratello o la sorella; un parente entro il quarto grado o un soggetto designato dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata; in mancanza, altra persona idonea (AdS volontario /avvocato)

Tali soggetti non possono ricoprire la funzione di AdS se si trovano nelle seguenti condizioni: hanno in cura o in carico il beneficiario in qualità di operatori dei servizi pubblici o privati; non hanno la libera amministrazione del proprio patrimonio; sono stati esclusi dalla tutela per disposizione scritta del genitore che per ultimo ha esercitato la potestà; hanno o stanno per avere una lite con il beneficiario, dalla quale potrebbe derivare una perdita notevole del patrimonio di questo. Detta disposizione si applica anche quando la lite vede coinvolto un ascendente, un discendente o il coniuge del soggetto che deve essere nominato; oppure sono incorsi nella perdita o decadenza della potestà dei genitori o sono stati rimossi da altra tutela; sono falliti e non sono stati rimossi dal registro dei falliti; sono dispensati d'ufficio o dietro apposita domanda di dispensa.

La nomina dell'Amministratore di Sostegno

Avviene da parte del Giudice Tutelare dopo l'audizione del beneficiario e entro 60 giorni dalla data di presentazione della richiesta, con decreto motivato immediatamente esecutivo.

Se l'interessato è un interdetto o un inabilitato, il decreto è esecutivo dalla pubblicazione della sentenza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione.

Il decreto di nomina in particolare deve contenere: le generalità della persona beneficiaria e dell'AdS; la durata (che può essere a tempo indeterminato) e l'oggetto dell'incarico; gli atti che l'AdS ha il potere di compiere da solo, in nome e per conto del beneficiario; gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'AdS; gli atti che il beneficiario può compiere da solo; i limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore può sostenere utilizzando le somme in disponibilità dell'amministrato; la periodicità con cui l'AdS deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

Il decreto di apertura dell'AdS ed ogni altro provvedimento adottato dal giudice in tale ambito sono soggetti a pubblicità mediante: annotazione a cura del cancelliere nel registro delle AdS presso l'ufficio del Giudice Tutelare (istituito con DM Giustizia il

12 marzo 2004); comunicazione entro 10 giorni dal decreto di nomina all'ufficiale dello stato civile che annota il provvedimento sul certificato di nascita del beneficiario; iscrizione nel casellario giudiziale.

Se la durata dell'incarico è a tempo determinato le annotazioni devono essere cancellate alla scadenza del termine indicato nel decreto di apertura o in quello eventuale di proroga.

Il Giudice Tutelare può, in ogni tempo, modificare o integrare anche d'ufficio, le decisioni assunte con il decreto di nomina dell'AdS.

Se la durata dell'incarico è a tempo determinato, il Giudice Tutelare, prima della scadenza del termine, può prorogarlo anche d'ufficio con decreto motivato.

Il Giudice può inoltre, anche successivamente al decreto di nomina, disporre che determinati effetti, come limitazioni o decadenze, previsti dalla legge per l'interdetto o l'inabilitato, si estendano all'amministratore di sostegno, con riguardo all'interesse del medesimo. Il provvedimento è assunto con decreto motivato a seguito di ricorso che può essere presentato anche direttamente dal beneficiario.

L'AdS non è tenuto a continuare nello svolgimento dei suoi compiti per una durata superiore a dieci anni, ad eccezione dei casi in cui tale incarico sia rivestito dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dagli ascendenti o dai discendenti.

La impugnazione avverso il decreto di nomina dell'Amministratore di Sostegno

Tutti coloro che avrebbero avuto diritto a proporre la domanda, anche nel caso in cui non abbiano partecipato al giudizio, nonché l'AdS stesso, sono legittimati a proporre la impugnazione. Si propone innanzi alla Corte d'Appello tramite reclamo. Il reclamo deve essere proposto nel termine di 10 giorni dalla comunicazione del decreto, se è dato nei confronti di una sola parte, o dalla notificazione, se è dato nei confronti di più parti. La Corte d'Appello decide con decreto che può essere impugnato solo con ricorso per Cassazione.

Il giuramento dell'Amministratore di Sostegno

Prima dell'inizio dell'attività l'AdS deve giurare di esercitare l'incarico ricevuto con fedeltà e diligenza. In caso di violazione dei propri doveri, l'amministratore deve rispondere verso il beneficiario di ogni danno cagionato. L'attività dell'AdS è gratuita, salvo un'equa indennità che viene determinata a carico del beneficiario.

L'AdS può compiere i seguenti atti di straordinaria amministrazione solo previa autorizzazione del Giudice Tutelare: acquisto di beni, eccetto quelli necessari all'uso del minore, per l'economia domestica e per l'amministrazione del patrimonio; riscossione di capitali, assenso alla cancellazione di ipoteche o allo svincolo di pegni, assunzione di obbligazioni (salvo quelle relative alle spese necessarie per mantenere il beneficiario o per l'amministrazione ordinaria del suo patrimonio);

Inoltre accettazione e rinuncia di eredità, accettazione di donazioni o legati; conclusione di contratti di locazione di mobili od immobili; promozione di giudizi (salva la denuncia di nuova opera o di danno temuto, di azioni possessorie o di sfratto e di azioni per riscuotere frutti o per ottenere provvedimenti conservativi); alienazione di beni, eccettuati i frutti e i beni mobili soggetti a facile deterioramento.

Nell'autorizzare la vendita il Giudice Tutelare determina se debba farsi all'incanto o a trattativa privata, fissando sempre il prezzo minimo e stabilendo il reimpiego delle somme ricavate; costituzione di pegni ed ipoteche; divisioni ed introduzione dei relativi giudizi; conclusione di compromessi e transazioni o accettazione di concordati.

Tutti gli atti sopraelencati compiuti senza l'autorizzazione giudiziale sono annullabili.

Sono inoltre vietati all'AdS i seguenti atti: acquisto diretto o per interposta persona dei beni e dei diritti del beneficiario; locazione dei beni del beneficiario senza l'autorizzazione e le cautele fissate dal giudice tutelare; cessione di credito verso il beneficiario. In caso di compimento questi atti sono annullabili.

L'obbligo di rendiconto dell'Amministratore di Sostegno

L'AdS deve tenere una regolare contabilità dell'amministrazione e renderne conto annualmente al giudice tutelare.

Il beneficiario dell'AdS conserva, di norma, la capacità di agire per tutti gli atti di ordinaria amministrazione che siano necessari a soddisfare le esigenze della sua vita quotidiana, nonché per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'AdS.

Egli può inoltre statuire disposizioni testamentarie, convenzioni e donazioni a favore dell'AdS, purché questo sia parente entro il quarto grado ovvero coniuge o persona con lui stabilmente convivente.

In caso di conflitto d'interessi, dissenso o contrasto tra il beneficiario e l'AdS, quest'ultimo deve informare tempestivamente il Giudice Tutelare.

Nel caso in cui l'AdS compia atti dannosi o sia negligente nel perseguire gli interessi o nel soddisfare i bisogni o le richieste del beneficiario, quest'ultimo, il Pubblico Ministero e tutti i soggetti legittimati possono ricorrere al Giudice Tutelare affinché adotti gli opportuni provvedimenti nei confronti dell'AdS.

Revoca dell'Amministratore di Sostegno

Quando sussistono i presupposti per la cessazione dell'amministrazione, quali ad esempio il venir meno dell'infermità o l'aggravarsi della stessa con conseguente necessità di interdizione. In questi casi il beneficiario stesso, l'AdS, il pubblico ministero, o taluno dei soggetti legittimati devono rivolgere istanza motivata al Giudice Tutelare. L'istanza deve essere comunicata al beneficiario e all'AdS, se presentata da soggetti diversi da questi.

La revoca dell'AdS, in quanto misura di protezione temporanea o parziale, non comporta l'instaurazione di un nuovo procedimento; di conseguenza non comporta l'apertura di un nuovo fascicolo né l'attribuzione di un nuovo numero di ruolo generale.

Il Giudice Tutelare provvede altresì, anche d'ufficio, alla dichiarazione di cessazione dell'amministrazione di sostegno quando questa si sia rivelata non idonea a realizzare la piena tutela del beneficiario. In tale ipotesi, se ritiene che si debba promuovere un giudizio di interdizione o di inabilitazione, ne informa il Pubblico Ministero, affinché vi provveda. In questo caso l'amministrazione di sostegno cessa con la nomina del tutore o del curatore provvisorio o con la dichiarazione di interdizione o di inabilitazione.

Inoltre, il Giudice Tutelare può sempre esonerare l'AdS dall'incarico, quando questo sia diventato eccessivamente gravoso e vi sia un soggetto in grado di sostituire l'amministratore. Il Giudice può anche rimuoverlo per negligenza, abuso dei poteri o incapacità nell'adempimento dei compiti affidatigli, immeritevolezza dell'incarico per atti anche estranei alla tutela, sopravvenuta insolvenza.

Alla cessazione dell'incarico, l'AdS deve subito consegnare i beni che ha amministrato nonché presentare, nel termine di 2 mesi, il conto finale dell'amministrazione al Giudice Tutelare che lo esamina e se non ci sono osservazioni, anche da parte del beneficiario, lo approva. In caso contrario nega l'approvazione.

Inabilitazione e interdizione

Nel caso in cui la legge consente l'interdizione del soggetto incapace occorre dare impulso, a mezzo di un legale, ad una procedura per la dichiarazione di interdizione (nei casi più gravi) o di inabilitazione (nei casi meno gravi) avanti il Tribunale competente secondo la residenza del soggetto incapace. Nella quasi totalità dei casi sottoposti al Tribunale, la valutazione dello stato di intendere e volere è demandata ad una Consulenza Tecnica d'Ufficio.

Il soggetto dichiarato "interdetto" non può compiere nessun atto personalmente. Egli si trova in quella condizione definita "incapacità assoluta". In questi casi viene nominato un Tutore che, in qualità di rappresentante legale dell'interdetto agisce in suo nome e conto.

Quando invece il soggetto viene dichiarato "inabilitato" può continuare a compiere solo gli atti di ordinaria amministrazione (cioè la gestione del proprio patrimonio), deve invece essere assistito da un altro soggetto, chiamato Curatore, negli atti di straordinaria amministrazione (cioè la disponibilità del patrimonio).

I soggetti che possono richiedere queste misure di protezione del soggetto incapace sono gli stessi che possono richiedere l'apertura dell'amministrazione di sostegno.

Tutela penalistica

Dal punto del diritto penale il demente giunto ad un certo stadio della malattia, è considerato incapace di intendere e di volere, pertanto se commette reati non è imputabile e quindi non può essere punito.

In tale ipotesi non occorre che vi sia stata previa applicazione di una misura di protezione, poiché il Giudice Penale nel momento in cui si dovrà svolgere un ipotetico processo a carico del soggetto dovrà accertare "a mezzo di Consulenza Tecnica d'Ufficio" lo stato di capacità di intendere e volere al momento della commissione del fatto.



Cow parade, Cascina Don Guanella, Valmadrera.

Note sugli autori

Danila Beltrame

Psicologa, Psicoterapeuta e Neuropsicologa, Clinica San Martino, Malgrate (LC)

Désirée Bonacina

Educatrice Professionale, coordinatrice Servizi Integrati per la Domiciliarità, Comune di Lecco

Felicita Burini

Assistente Sociale, U.O.C. Medicina Legale, ASST Lecco

Lorella Castagna

Avvocato, libero professionista, Lecco

Enrico Ripamonti

Dottore di Ricerca in Statistica, Karolinska Institutet, Stoccolma

Giuliano Sozzi

Neurologo, Clinica San Martino, Malgrate (LC), Ospedale Fatebenefratelli, Erba (CO)

Qualcuno noterà la mancanza in questa edizione della esuberante Assistente Sociale **Nelda Merlo**, purtroppo deceduta il 6-12-2019. Vogliamo ricordarla condividendo un pensiero di Cesare Pavese affidato ai Dialoghi con Leucò.

L'uomo mortale, Leucò, non ha che questo di immortale. Il ricordo che porta e il ricordo che lascia.

A cura di

Associazione Nuovamente, Organizzazione di Volontariato (ODV), Lecco

www.nuova-mente.net

tuttinoi@nuova-mente.net

Facebook.com NuovaMente. Organizzazione nonprofit