

Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie

Introduzione	1
I diritti della persona malata. Cosa dicono le leggi.....	2
La tutela della salute in ospedale nelle residenze a domicilio	2
Tempi di ricovero e dimissioni dall'ospedale	3
Il ricovero ospedaliero in riabilitazione e lungodegenza.....	3
Le strutture residenziali extraospedaliere e le cure a domicilio.....	4
Le Residenze sanitarie assistenziali	4
Le Residenze protette.....	5
Il pagamento della retta	6
Come avviene l'inserimento in struttura.....	7
Le cure domiciliari.....	7
Cosa afferma la giurisprudenza. Alcune recenti sentenze del Consiglio di Stato.....	8
La competenza del difensore civico regionale.....	8

Aggiornata al
gennaio 2011

INTRODUZIONE

Sempre più spesso alle nostre associazioni si rivolgono persone che hanno un congiunto con una grave malattia che produce non autosufficienza e non trovano risposte adeguate rispetto ai loro bisogni di cura.

Così come capita con frequenza che alla dimissione dall'ospedale - pur continuando ad avere necessità di cure - al malato ed ai loro familiari non vengano fornite tutte le informazioni necessarie rispetto alle risposte che il servizio sanitario è tenuto a dare. In maniera identica riscontriamo spesso la mancata informazione, da parte delle istituzioni, ai malati che necessitano di accedere al sistema sociosanitario residenziale assimilando strutture rivolte a soggetti autosufficienti a quelle per non autosufficienti.

Questo accade perché nella maggioranza dei casi i cittadini non conoscono quali sono i loro effettivi diritti. L'obiettivo di questo opuscolo - redatto da un gruppo di associazioni di volontariato della regione Marche - è proprio quello di aiutare i cittadini (e i loro familiari) a conoscere quali sono i loro diritti così che possono districarsi all'interno della normativa sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale.

Nella lettura si deve tenere conto che alcune normative hanno carattere nazionale, molte altre invece si rifanno a specifiche norme della regione Marche che regolamentano l'organizzazione e la modalità di erogazione degli interventi.

Comitato associazioni tutela (CAT)

I DIRITTI DELLA PERSONA MALATA. COSA DICONO LE LEGGI

Il diritto alle cure sanitarie trova il suo fondamento nell'articolo 32 della Costituzione che recita «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*». Il Servizio sanitario nazionale garantisce quindi il diritto alle cure attraverso le Regioni e le Aziende sanitarie locali. Un diritto, stabilito fin dagli anni '50 dalla normativa italiana, che riguarda indistintamente la cura delle malattie acute e di quelle croniche. Ricordiamo la legge 4 agosto 1955, n. 692 «l'assistenza sanitaria deve essere fornita, indipendentemente dalla sua durata, alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia» e successivamente altre norme: Decreto del Ministri del lavoro del 21 febbraio 1956; Legge 12 febbraio 1968 n. 132, articolo 29; legge 13 maggio 1978, n. 180.

Ricordiamo inoltre che la legge 23 dicembre 1978, specifica che le ASL sono obbligate a provvedere alla «tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». Le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano «le cause, la fenomenologia e la durata» delle malattie.

La legge finanziaria 2003, all'articolo 54, ha confermato i livelli essenziali di assistenza indicati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, rilevando al comma 2 che «Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate dall'allegato 1" ovvero anche gli interventi di riabilitazione e di lungo degenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti.

LA TUTELA DELLA SALUTE IN OSPEDALE NELLE RESIDENZE A DOMICILIO

La cura può avvenire a casa, in ospedale, in strutture di riabilitazione e lungodegenza o in residenze sanitarie non ospedaliere o sociosanitarie come ad esempio le RSA anziani. La cura della malattia, non ha limiti di durata, e non può essere limitata dall'età del malato e dal tipo di malattia. Questo diritto spetta quindi anche agli anziani malati cronici non autosufficienti, alle persone colpite da malattie inguaribili o invalidanti, da malattie psichiatriche, dal morbo di Alzheimer, ecc.

TEMPI DI RICOVERO E DIMISSIONI DALL'OSPEDALE

La tendenza generalizzata alla riduzione del tempo di degenza in ospedale può produrre effetti molto gravi soprattutto in quei malati non autosufficienti, che necessitano ancora di cure sanitarie. Nessun malato che necessita di cure sanitarie può essere dimesso dall'ospedale dove è ricoverato a meno che gli sia stata garantita la continuità delle cure in altre strutture (la cosiddetta fase post-acuta della malattia deve essere svolta, a seconda dei bisogni, nei reparti ospedalieri di lungodegenza o di riabilitazione. In queste strutture la degenza è gratuita) o a domicilio (in questi casi bisogna accertarsi della garanzia della continuità degli interventi terapeutici. Purtroppo molto spesso accade che i servizi di cure domiciliari - assistenza domiciliare integrata - non siano in grado di garantire le prestazioni necessarie. Inoltre le prestazioni erogate sono diverse a seconda delle Zone territoriali).

Dunque prima di accettare le dimissioni, soprattutto nel caso di malattie croniche o invalidanti, è bene valutare con molta attenzione le conseguenze derivanti dalle proprie decisioni e dalle proposte formulate dalla struttura ospedaliera; in particolare nel caso in cui venga proposto il rientro al domicilio o in strutture residenziali sociali o sociosanitarie ritenute inadeguate a garantire le cure necessarie (strutture che in tutto o in parte chiedono il pagamento della retta di degenza). In tutti questi casi ci si può opporre alle dimissioni o al trasferimento in altra struttura che appaia chiaramente inadeguata. Se l'ospedale o la casa di cura convenzionata insiste, ci si può opporre inviando ai responsabili sanitari una lettera raccomandata (si può scaricare dal sito www.grusol.it o richiedere all'indirizzo in calce alla guida).

IL RICOVERO OSPEDALIERO IN RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

Queste strutture sono delegate alla gestione della fase post acuta della malattia e dunque in dimissione dall'ospedale per acuti (il trasferimento deve essere a cura dell'ospedale). In genere viene comunicato ai malati o ai loro familiari che la degenza non può superare i 60 giorni. In realtà le strutture (pubbliche o private) dopo 60 giorni vedono abbassarsi del 30-40% il rimborso della retta di degenza e quindi tendono a dimettere i malati ricoverati. Se però la condizione del malato non è compatibile con il trasferimento presso altre strutture sociosanitarie o a domicilio il ricovero può essere prolungato e nel caso di strutture private la ASL di residenza può autorizzare la permanenza del malato.

LE STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE E LE CURE A DOMICILIO

Oltre ai posti letto ospedalieri sono presenti residenze extraospedaliere sanitarie e sociosanitarie. Le prime sono strutture pubbliche o private la cui degenza è gratuita. In alcune casi si tratta di degenze a termine in altre permanenti. Le degenze a termine riguardano in particolare le *strutture di riabilitazione intensiva*, in questo caso i tempi di ricovero dipendono dalle problematiche riabilitative connesse con il ricovero. Il tempo di degenza massimo è di 120 giorni. L'accesso può essere disposto anche dal medico di base.

Le strutture di *riabilitazione estensiva*, accolgono malati anche in forma permanente nel caso di gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica) o con gravi danni cerebrali. Sempre con degenza gratuita sono poi presenti alcune residenze per persone in coma prolungato o con gravi insufficienze respiratorie.

Per quanto riguarda le strutture sociosanitarie rivolte ad anziani malati non autosufficienti nella regione Marche esse sono distinte in Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP).

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Le *RSA anziani* sono strutture sanitarie rivolte a «pazienti non autosufficienti, non curabili a domicilio, che si trovano in una condizione stabilizzata ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche. La durata della degenza è prolungata e può essere permanente, previa valutazione periodica delle UVD» (PSR 2003-06). Nelle RSA anziani i primi 60 giorni di degenza sono gratuiti. Dopo 60 giorni l'Unità Valutativa Distrettuale (UVD/UVI), valuta la permanenza dei requisiti che determinano la gratuità della prestazione e dispone l'eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla compartecipazione (DGR 704/2006). Quando prevista la quota sociale giornaliera a carico dell'utente e/o del Comune è pari a 33 Euro (la tariffa a determinate condizioni può subire un aumento o una diminuzione del 25%). La normativa regionale non specifica quali prestazioni alberghiere sono comprese nella retta.

N.B. La maggioranza delle RSA anziani nelle Marche (circa 850 posti) ospita malati in dimissione dall'ospedale e si comporta come un reparto ospedaliero di lungodegenza prevedendo degenze a termine. La normativa non stabilisce invece alcun vincolo temporale di permanenza nelle RSA anziani. Nel caso di dimissioni forzate ci si può pertanto opporre (vedi lettera fac simile in appendice).

Normativa regionale di riferimento: Deliberazione amministrativa n. 97 del 30 giugno 2003, *Piano sanitario regionale 2003-2006*; DGR n. 704 del 19 giugno 2006, *Approvazione del «Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA – Modifiche agli allegati A, B, e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005»*; DGR n. 480 del 1 aprile 2008, *Convenzionamento con residenze protette o nuclei di residenza protetta in case di riposo: Conferma per l'anno 2008 delle condizioni previste dalla DGR n. 704/2006 per la stipula delle convenzioni.*

LE RESIDENZE PROTETTE

La residenza protetta (RP) è una struttura sociosanitaria destinata ad accogliere anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di un basso livello di tutela sanitaria. Moduli di RP possono essere presenti all'interno di Case di Riposo. Queste strutture prevedono una compartecipazione a carico dell'utente o del Comune pari a 33 euro al giorno (la tariffa a determinate condizioni, purtroppo non specificate, può subire un aumento o una diminuzione del 25%). Secondo la normativa della regione Marche la RP deve assicurare 100 minuti di assistenza al giorno nel caso di anziani non autosufficienti e di 120 nel caso di soggetti con forme di demenza. Attualmente in tutta la regione sono circa 400 i posti letto attivati con questi standard. La normativa regionale non specifica quali prestazioni alberghiere sono comprese nella retta.

Si ricorda che ai sensi della normativa regionale la Casa di Riposo non può accogliere soggetti non autosufficienti in quanto è destinata alla sola accoglienza di soggetti autosufficienti (con il Regolamento regionale 3/2006 si è derogato a tale indicazione prevedendo la possibilità di permanenza, previa valutazione della UVI di ospiti non autosufficienti già presenti all'entrata in vigore della norma).

Dal 1 ottobre 2010 con vigenza 31.12.2012 il rapporto tra Residenze protette e azienda sanitaria unica regionale (ASUR) è disciplinato dalla dgr 1729/2010.

N.B. Occorre distinguere tra Residenze protette convenzionate e autorizzate e all'interno delle prime quali ricevono il finanziamento per erogare il minutaggio definito dalla normativa regionale (100 o 120 minuti al giorno). Ad oggi sono circa 400 i posti con questo standard. I restanti 3900 ricevono un finanziamento per erogare al 1.1.2011 un minutaggio di 72 minuti (che ad oggi non risulta attivato). Pertanto i familiari dei malati per i quali l'UVI propone il ricovero in RP, devono accertarsi che la struttura eroghi l'assistenza di una RP e rifiutare proposte di ricovero nelle altre strutture.

Normativa regionale di riferimento: Deliberazione amministrativa n. 97 del 30 giugno 2003, *Piano sanitario regionale 2003-2006*; - Legge 6 novembre 2002, n. 20, *Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale*; - Regolamento regionale, n. 1 del 25 febbraio 2004, *Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e diurno, come modificato dal Regolamento 3/2006* (BUR n. 105 del 2.11.2006),; - DGR n. 704 del 19 giugno 2006, *Approvazione del «Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA – Modifiche agli allegati A, B, e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005»*; DGR n. 480 del 1 aprile 2008, *Convenzionamento con residenze protette o nuclei di residenza protetta in case di riposo: Conferma per l'anno 2008 delle condizioni previste dalla DGR n. 704/2006 per la stipula delle convenzioni*; DGR n. 1230 del 1 agosto 2010, *Approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle Residenze protette per anziani alla normativa vigente. Anni 2010-2013*; DGR n. 1729 del 29 dicembre 2010, *Approvazione del modello di convenzione tra azienda sanitaria unica regionale e residenze protette per anziani*.

IL PAGAMENTO DELLA RETTA

Nelle strutture sociosanitarie che prevedono una compartecipazione dei costi tra settore sanitario (ASL) e sociale (Comuni), all'utente viene richiesto di contribuire, in genere, per l'intera quota sociale. Se non ha redditi sufficienti deve intervenire il Comune di residenza. Quasi sempre i Comuni chiedono - se il reddito dell'utente non è sufficiente - l'intervento dei familiari. Si ricorda che la normativa vigente stabilisce che chi ha più di 65 anni ed è stato dichiarato non auto-sufficiente dalla ASL di residenza - così come per le persone con handicap in situazione di gravità ai sensi della legge 104/1992 - il contributo richiesto deve fare riferimento ai soli redditi e beni (pensione, indennità, patrimonio) del ricoverato e non a quelli dei familiari. Dunque la contribuzione è solo nel limite del suo reddito personale ferma restando la riconosciuta prassi di trattenere per se un importo per le spese personali (nelle Marche la legge regionale 43/1988, stabiliva tale quota in 250.000 £). Recenti sentenze di TAR (Marche, Toscana, Sicilia, Lombardia) hanno confermato che si deve far riferimento al reddito personale. Per ulteriori informazioni ci si può rivolgere all'indirizzo posto alle fine della Guida.

Normativa di riferimento: Decreto legislativo n. 109, del 31 marzo 1998, *Definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate a norma dell'art. 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*; Decreto Legislativo 3 maggio 2000, n. 130, *Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, in materia di criteri unificati*

di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate.

COME AVVIENE L'INSERIMENTO IN STRUTTURA

L'inserimento (e l'eventuale dimissione) dalla RSA o RP viene disposto dalla Unità di Valutazione Distrettuale (UVI). Tale organismo, composto da più figure professionali, ha il compito, secondo la normativa della regione Marche, dopo la valutazione della persona, di definire il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso. A seguito della valutazione l'UVI deve indicare, la tipologia di struttura più adeguata ai bisogni del malato. La certificazione della UVI non può essere di natura amministrativa. **Considerato che le strutture per non autosufficienti hanno lunghe liste di attesa è diffusa la tendenza a proporre ricoveri verso strutture per autosufficienti. E' opportuno che i familiari pretendano dettagliate informazioni riguardo l'assistenza che verrà fornita nella tipologia di struttura residenziale proposta. Si ricorda che ai sensi della normativa regionale la degenza nelle RSA anziani può essere permanente.**

Normativa regionale di riferimento: DGR n. 709 del 19 giugno 2006, *Approvazione del «Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA – Modifiche agli allegati A, B, e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005»*; D.G.R. n. 1566 del 14 dicembre 2004, *Approvazione atto di indirizzo concernente: «Sistema dei servizi degli anziani della Regione Marche: Sviluppo programmatico e organizzativo – prevenire, contrastare, ridurre ed accompagnare la non autosufficienza»*; DGR n. 1729 del 29 dicembre 2010, *Approvazione del modello di convenzione tra azienda sanitaria unica regionale e residenze protette per anziani.*

LA CURE DOMICILIARI

Nella regione Marche le cure domiciliari vengono erogate attraverso l'assistenza domiciliare integrata. Le prestazioni che ogni Zona deve assicurare sono: assistenza medico di base, assistenza medico specialistica, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa. L'assistenza infermieristica e riabilitativa deve essere erogata su sei mattine (6 ore) e cinque pomeriggi (3 ore). Il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza. **Purtroppo nella maggior parte delle Zone sanitarie non vengono erogate le prestazioni con gli orari indicati. E' pertanto opportuno, nel**

caso di dimissione da strutture ospedaliere ed extraospedaliere, con necessità di prosecuzione di cure a domicilio, che i familiari si assicurino quali prestazioni sono garantite e con quale modalità.

Normativa regionale di riferimento: D.G.R., n. 606, del 20.3.2001, *Linee guida regionali per le cure domiciliari.*

COSA AFFERMA LA GIURISPRUDENZA. ALCUNE RECENTI SENTENZE DEL CONSIGLIO DI STATO

Numerosi sono gli atti giurisprudenziali in tema di attribuzione delle spese sostenute per l'assistenza sanitaria o socio-assistenziale a malati cronici. Recentemente ripetute sentenze del Consiglio di Stato (3377/03, n. 152/04, 479/04, 4693/06) hanno condannato le aziende sanitarie locali al pagamento delle rette di degenza di soggetti affetti da gravi malattie. Le Asl ritenevano di non essere tenute al pagamento delle rette in quanto la prestazione era da ritenersi di natura assistenziale - di competenza del Comune - e non sanitaria. Le decisioni, hanno confermato la competenza sanitaria - dunque l'assunzione dei corrispondenti oneri - negli interventi con carattere di «cura» delle patologie in atto, ricordando che la stessa normativa non dispone che debbano definirsi tali solo i trattamenti che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente. Facendo riferimento al DPCM 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*, le sentenze specificano che il DPCM considera di carattere sanitario «i trattamenti volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite». Viene ribadito, dunque, che la competenza del settore sanitario (e dunque anche i conseguenti oneri finanziari) non si arresta alla fine di un processo che può portare alla guarigione o alla riabilitazione, ma rimane anche quando gli interventi sono «volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite». La cura non termina dunque, nelle fasi acute e post acute della malattia. Le decisioni rivestono la massima importanza a conferma della tesi, in rispetto della normativa vigente, che alla sanità e non all'assistenza competono gli interventi di cura quand'anche non portino alla guarigione.

LA COMPETENZA DEL DIFENSORE CIVICO REGIONALE

Il difensore civico regionale interviene sulle pubbliche amministrazioni - in particolare Regione (compresa ASUR) e amministrazioni periferiche dello stato - per verificare che agiscano con imparzialità, efficienza, equità, trasparenza. Può evidenziare eventuali irregolarità o illeciti, assicurare l'accesso alla

documentazione amministrativa o anche soltanto fornire dei chiarimenti. Non fa sentenze, ma può dare pareri e sollecitare provvedimenti. L'intervento è gratuito e la segnalazione è informale. Anche molti comuni hanno un proprio difensore civico.

Per maggiori informazioni: www.consiglio.marche.it/difensorecivico; Difensore civico regionale della Marche C.so Stamira 49 - 60122 Ancona Tel. 071.2298483; fax 071.2298264.

e-mail: difensore.civico@regione.marche.it

Per ricevere ulteriori informazioni rispetto ai contenuti della Guida: Comitato Associazioni Tutela (CAT), c/o Gruppo Solidarietà, via S. D'acquisto 7, 60030 Moie di Maiolati (AN). Tel e fax 0731-703327. e-mail grusol@grusol.it - www.grusol.it.

Tutti i riferimenti legislativi citati sono presenti nel sito www.grusol.it

Lettera per opporsi alle dimissioni di malati non autosufficienti dalle RSA Anziani

Raccomandata a.r.

- Egr. Direttore Generale ASUR Zona territoriale n. __
Via _____ Città _____

Raccomandata a.r.

- Egr. Responsabile RSA _____ Via _____ Città _____

_____ lettera normale per conoscenza

- **Comitato Associazioni Tutela (CAT)** - Via Salvo D'acquisto 7 - 60030 Moie di Maiolati Spontini (AN)

Oggetto: **Opposizione alle dimissioni**

__I__ sottoscritt _____

abitante _____ in _____

Via _____ n. _____

visto l'art. 41 della legge 12.2.1968 n. 132 (che prevede il ricorso contro le dimissioni, e tenuto conto che l'art. 4 della legge 23.10.1985 n. 595 e l'art. 14, n. 5 del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità),

chiede che __I__ propri _____

abitante in _____

Via _____ n. _____ attualmente

ricoverat_ e curat_ presso

la RSA _____

non venga dimess_ per i seguenti motivi:

1) il paziente è gravemente malato e non autosufficiente e necessita di permanenti interventi di natura sanitaria che non possono essere erogati in altra residenza o a domicilio

2) è necessario di una continua sorveglianza del malato al fine di provvedere alle esigenze del degente (specificare le necessità:

3) Le RSA anziani sono strutture deputate all'accoglienza di malati non autosufficienti stabilizzati non curabili a domicilio

Si fa presente che la legislazione vigente impone all'ospedale la cura di tutti i malati, acuti e cronici (leggi 4.8.1955 n. 692, 12.2.1968 n. 132, 17 agosto 1974 n. 386, 13.5.1978 n. 180 e 23.12.1978 n. 833 (in particolare art. 2 punti 3 e 4 lettera f).

Per quanto riguarda la normativa sulle RSA anziani la normativa nazionale stabilisce invece che esse

1) «Costituiscono una forma di risposta alle situazioni di bisogno sanitario di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, che per ragioni molteplici non possono essere assistite in ADI o OD» (Progetto Obiettivo Anziani – 1992)

2) «sono destinate a soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi» (Dal DPR 14.1.1997).

La normativa della regione Marche assegna alle RSA anziani «la gestione di pazienti non autosufficienti, non curabili a domicilio, che si trovano in una condizione stabilizzata ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche. La durata della degenza è prolungata e può essere permanente, previa valutazione periodica delle UVD».

Non esiste quindi alcun vincolo temporale di permanenza nelle RSA che devono essere destinate a soggetti stabilizzati e non per la gestione di malati in fase post acuta.

Per questo motivo si ribadisce il rifiuto della dimissione dalla RSA

Ringrazia e porge distinti saluti.

Data _____

Firma _____