Nuova
PROPOSTA
n. 1/2
2021

UNEBA
Unione nazionale
istituzioni
e iniziative
di assistenza
sociale
www.uneba.org

LA DUREZZA DI QUESTI TEMPI NON CI DEVE FAR PERDERE LA TENEREZZA DEI NOSTRI CUORI

all'interno:

- Legge di bilancio 2021
- Decreto ristori
- Nuove indicazioni per emergenza Covid

anno XLVII - Poste Italiane SpA - spediz. in abb. post. 70% - C/RM/DBC ISSN 2532-8344

Innoviamo insieme le Residenze Sanitarie Assistenziali

*Riportiamo un estratto del "**Position Paper – Residenze Sanitarie Assistenziali**" (il testo integrale è consultabile su www.uneba.org/uneba-aris-speranza-paglia) firmato congiuntamente da UNEBA e ARIS e presentato, a novembre scorso, nel corso dell'audizione alla Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, guidata da mons. Vincenzo Paglia.*

Secondo i dati ISTAT nel prossimo futuro la popolazione anziana crescerà ulteriormente e molte persone si troveranno nel prossimo futuro a vivere da sole la fascia di età successiva ai 75 anni. E' dunque evidente che l'intero sistema di protezione sociale (sanitario, socio-assistenziale e, nel limite del possibile, anche le famiglie) dovrà prepararsi a questo cambiamento ed è necessario un investimento culturale e finanziario a beneficio dei c.d. bisogni da *long term care* (LTC).

Le RSA – spesso prima ignorate e oggi finite, troppe volte ingiustamente, nel mirino mediatico – sono strutture sociosanitarie, richiamate nei LEA che erogano, all'interno di specifici nuclei assistenziali, prestazioni di natura medica, infermieristica, di assistenza tutelare e riabilitativa nonché attività di natura sociale ed educativo/animativa. Tali strutture sono indirizzate a persone anziane non autosufficienti impossibilitate a rimanere presso il loro domicilio. Delle RSA ci sarà sempre bisogno, soprattutto se si considera che in Italia i posti letto per acuti negli ospedali pubblici e privati sono 215.000 a cui si aggiungono altri 35.000 posti letto di riabilitazione. I posti letto nelle RSA sono 285.000 e 40.000 nelle residenze per persone con disabilità.

L'auspicio è di poter mantenere l'anziano, anche non autosufficiente, nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale. Tuttavia non è sempre possibile, soprattutto nelle situazioni di maggior fragilità nelle quali la famiglia fatica a farsi carico del complesso dei bisogni di cura della persona interessata. Il primo bisogno delle famiglie, in questi casi, è disporre di un *continuum* di risposte e di opzioni che vada dal sostegno alla domiciliarietà fino alla risposta residenziale sostitutiva.

I servizi sociosanitari si appoggiano per lo più ad un sistema di strutture "private" che ricomprende sia gestori religiosi che organismi del Terzo settore e fondazioni che nel tempo hanno sviluppato, anche in relazione alle diverse normative regionali, modelli organizzativi e gestionali talora significativamente diversi tra loro.

Delle RSA non si può certo fare a meno. Ma è altrettanto certo che sia assolutamente necessario ripensarne il ruolo istituzionale partendo dal tema della "qualità della vita" degli ospiti che spesso si coniuga col tema dell'appropriatezza nella loro accoglienza. Evitare i ricoveri impropri significa sviluppare il contesto organizzativo e territoriale in cui le RSA sono chiamate ad operare, organizzando i servizi in una logica di continuità nella "presa in carico" ed inserendole in un modello di "prossimità" – ovvero la vicinanza territoriale e l'appartenenza ad una rete di servizi – più rispondente ai nuovi bisogni delle persone anziane fragili e delle loro famiglie.

Le RSA dovrebbero in sostanza trasformarsi in "centri multiservizi" territoriali in stretto collegamento con la rete ospedaliera e i medici di base, all'interno di una rete di servizi "aperti", capaci di assicurare interventi al domicilio delle persone anziani fragili insieme a risposte residenziali protette, in collegamento con le altre realtà assistenziali. Una rete ampia che va dall'assistenza domiciliare (non di poche ore all'anno), ai centri diurni, ai mini alloggi protetti, alle comunità alloggio, alla teleassistenza e alle RSA. Servizi non alternativi fra loro ma complementari, per rispondere in maniera differenziata a bisogni differenti e ponendo al centro la persona fragile, il suo progetto di vita, le capacità residue, i bisogni, le relazioni, il contesto famigliare e le condizioni economiche.

Dovremo riflettere sulle carenze e sulle mancate risposte rilevate durante la pandemia. Per troppi anni il Servizio Sanitario Nazionale, di cui il settore sociosanitario fa parte a pieno titolo, non ha trovato nei bilanci pubblici la dovuta attenzione. Poco si è fatto anche per la prevenzione nelle scuole, nei luoghi di lavoro e per le persone a rischio per età o per patologie croniche.

UNEBA e all'ARIS sono associazioni gestite da enti con ispirazione cristiana e congregazioni religiose che hanno come riferimento la Conferenza Episcopale Italiana. Le istituzioni ad esse aderenti sono "private no profit", un *modus operandi* che non esclude la necessità di un'organizzazione gestionale che va dal mantenimento dell'efficienza delle strutture e della tecnologia di servizio all'equa retribuzione dei lavoratori, provvedendo a tutte le iniziative per il benessere dei propri ospiti. Le attuali fonti di finanziamento non consentono voli pindarici nel conseguimento degli obiettivi prefissati; rendersi conto di questa necessità aiuterebbe certamente a sviluppare la potenzialità di queste strutture.

ARIS e UNEBA sono disponibili ed aspirano ad ogni forma di collaborazione affinché possa trovare una risposta l'appello del Presidente Sergio Mattarella, il quale ha esortato ad "avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo". Preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per il futuro di una comunità "civile e democratica".

UN MONDO DI IGIENE

Lidi Group offre un servizio di lavaggio e noleggio di biancheria piana da letto e da bagno, materasseria e guanciali, divise per il personale, lavaggio degli indumenti dei pazienti con sistema di tracciatura e identificazione.

La richiesta delle moderne strutture sanitarie tende in direzione di standard di efficienza sempre più elevati.
Lidi Group è il partner che grazie ad un know-how specializzato nel settore sanitario è in grado di dare risposte specifiche ad ogni vostra problematica.

Qualità costante, sicurezza, convenienza.

Lidigroup s.r.l
Strada statale Romea 15
44029-PortoGaribaldi
tel.0533327195
info@lidigroup.it

Piano **vaccinale**

La **circolare del Ministero della Salute del 24 dicembre 2020**, intitolata "*Raccomandazioni per l'organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2/COVID-19 e procedure di vaccinazione*", illustra come deve essere organizzato un Punto Vaccinale in Struttura Residenziale, fornisce indicazioni circa la documentazione da acquisire per il consenso informato (il modulo per il consenso e la nota informativa sono allegati alla circolare) e spiega come conservare, manipolare, somministrare e smaltire il vaccino. Riportiamo un estratto della circolare.

Punto Vaccinale in Struttura Residenziale (PVSR)	L'attività di vaccinazione dei dipendenti e degli ospiti di presidi e strutture residenziali per anziani e per persone non autosufficienti dovrà essere garantita presso la struttura stessa. In relazione della capacità organizzativa della stessa Struttura e con la supervisione del Centro Vaccinale di riferimento, i PVSR saranno costituiti, ove necessario, da personale dei Centri Vaccinali e/o delle ASL di riferimento organizzato in team mobili, supportato e integrato dal personale sanitario, OSS e amministrativo operante nella Struttura. A tal fine è opportuno che il Centro vaccinale e/o la ASL di riferimento prenda contatti preliminarmente con i responsabili della Struttura. Per la ricostituzione del vaccino, ove prevista, è possibile la predisposizione di specifiche procedure, con l'individuazione di personale *ad hoc* a supporto dei PVSR.
Standard minimi di personale per Team Mobile di supporto al PVSR	*Personale medico*: Ogni PVSR deve prevedere la presenza di un medico responsabile di seduta vaccinale che potrà essere identificato nel personale medico già operante presso la struttura o da personale del team mobile. *Personale vaccinatore*: il personale vaccinatore sarà costituito da operatori sanitari che garantiscono l'effettuazione della vaccinazione. Ai fini programmatori potrà essere considerato un minimo di n. 2 operatori per singolo team mobile.
Programmazione	Tutte le Regioni ricevono le dosi in appositi punti di ricezione dei vaccini. Ogni punto di ricezione rifornisce uno o più Punti Vaccinali in Struttura Residenziale (PVSR) e team mobili. Ogni Regione definisce le priorità di consegna di ogni punto di ricezione. Ogni punto di recezione dei vaccini verifica le modalità di trasporto nella prossimità dell'erogazione della vaccinazione. Per ogni PVSR i centri di coordinamento territoriali sono responsabili della programmazione delle sedute vaccinali in base al numero di persone da vaccinare, alla quantità di vaccini disponibili e al personale dedicato alla vaccinazione, tenendo conto delle caratteristiche di conservazione e gestione dei vaccini disponibili.
Aggiornamento delle procedure aziendali	Per ogni PVSR le procedure aziendali prevedono già le seguenti fasi da verificare/aggiornare con quelle già in uso. Tra queste: - Preparazione seduta vaccinale (tra cui elenco nominale dei vaccinandi); - Compilazione scheda anamnestica; - Raccolta del consenso informato; - Somministrazione della vaccinazione; - Registrazione della vaccinazione (in applicativo informatizzato). Per ogni PVSR sede vaccinale può essere identificato un "Archivio" (anche in formato digitale), nel quale viene raccolta e conservata la documentazione inerente.

Il presidente nazionale di UNEBA, Franco Massi, i vicepresidenti nazionali e tutti i presidenti regionali, con un comunicato stampa congiunto, hanno dichiarato che "*prendersi cura dei più fragili è il valore fondante di UNEBA e dei suoi circa 1.000 enti associati in tutta Italia, in maggioranza RSA e strutture per anziani; è la missione quotidiana di chi lavora in tali strutture.*

Anche la campagna di vaccinazione contro il Covid è una via per prendersi cura dei più fragili.

Lo dimostra il fatto che hanno la priorità gli anziani ospiti delle RSA e chi opera al loro fianco: un segno che finalmente conferma che le strutture sociosanitarie hanno pari dignità con gli ospedali e sono, a pieno titolo, parte del Sistema Sanitario Nazionale.

Le lavoratrici e i lavoratori delle RSA e delle strutture per anziani hanno compiuto sforzi enormi per proteggere gli anziani, e se stessi, ma pure le loro famiglie e le comunità e i territori in cui vivono, dalla diffusione del virus. Un vaccino efficace è un ottimo alleato del loro stesso impegno.

Per questo, pur comprendendo l'incertezza generata da questa situazione inedita, e nel rispetto della libertà di ciascuno, si auspica che le lavoratrici e i lavoratori aderiscano alla campagna vaccinale. Se, viceversa, ci saranno rinunce al vaccino, l'assistenza agli anziani andrà in grandi difficoltà. In ogni caso, a fare testo sarà il consenso che esprimeranno (o non esprimeranno) quando saranno interpellati dalle aziende sanitarie nei territori.

Contiamo sul fatto che saranno il senso di responsabilità e la solidarietà che sempre contraddistinguono la loro opera quotidiana a orientare la loro decisione".

QUOTA ASSOCIATIVA PER IL 2021

Si ricorda agli associati che gli importi e le modalità di pagamento delle quote di adesione a UNEBA per l'anno 2021 sono riportate sul sito internet alla pagina ***www.uneba.org/iscrizione-a-uneba-anno-2021***. Le quote sono invariate rispetto al 2020.
Per alcune regioni è prevista una quota regionale aggiuntiva: sul sito sono pubblicate le relative informazioni, regione per regione.

SERVE ANCHE IL VACCINO CONTRO LA SOLITUDINE

Lettera al Ministro della Salute, Roberto Speranza, sottoscritta congiuntamente il 20 gennaio 2021 da UNEBA, ANFFAS, ARIS, AGESPI e ANASTE

Onorevole Sig. Ministro,
Le proponiamo un **"Vaccino contro la solitudine"**.
Plaudendo alla scelta di dare priorità nella vaccinazione anti-Covid 19 agli **anziani** ed alle persone fragili accolti in **RSA** e in strutture residenziali per disabili - una scelta che può davvero fare la differenza tra la vita e la morte – tuttavia pensiamo che il vaccino non sia sufficiente a rimediare all'altra ferita che questi mesi di pandemia hanno inferto ai nostri anziani e disabili: quella della **solitudine**.
Indubbiamente contemperando le visite e i contatti con l'esterno, si è limitata la diffusione del virus: è però anche vero che ciò ha ridotto moltissimo le opportunità di relazione.
A soffrire altrettanto fortemente per questa limitazione agli incontri sono stati i componenti della famiglia e i parenti stretti delle persone anziane e delle persone con disabilità.
Per questo chiediamo che per ogni anziano e disabile vaccinato, sia vaccinato un famigliare.
In questo modo si consentirebbe al famigliare di visitare il parente ricoverato, nel rispetto di tutte le misure di protezione; ecco il motivo per cui abbiamo denominato questa iniziativa "**vaccino contro la solitudine**". Per dare all'anziano e al disabile anche una importante carica di benessere psicofisico.
Le videochiamate e gli altri sistemi di comunicazione a distanza in cui le strutture nostre associate tanto si sono impegnate in questi mesi, sono state e sono preziose, ma non possono sostituire la relazione faccia a faccia, specie per le persone anziane fragili vissute in epoche niente affatto digitali.
Già altre voci, ad esempio del sindacato, hanno lanciato la proposta di vaccinare un famigliare per ogni anziano e disabile nelle strutture residenziali. **Volentieri le nostre Associazioni si uniscono e rilanciano l'appello: chiediamo una modifica del Piano Vaccinale, per introdurre nelle categorie prioritarie un famigliare per ogni ospite**.
Con l'occasione, ci pregiamo di inviarLe i più cordiali saluti.

La **legge** di **bilancio** per il **2021**

di Alessio Affanni

Esaminiamo le principali disposizioni riguardanti il settore socio-sanitario e sanitario contenute nella legge di bilancio per il 2021 (Legge n. 178 del 30 dicembre 2020), pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 322 del 30 dicembre 2020. Molte delle disposizioni indicate, ai fini della loro operatività, richiederanno un successivo decreto attuativo. Per alcune misure di carattere sanitario verranno utilizzate anche le risorse del Programma Next Generation EU.

Alzheimer **(art. 1, commi 330-332)**	Viene istituito, nello stato di previsione del Min. della salute, il Fondo per l'Alzheimer e le demenze, con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023. Il Fondo è destinato al finanziamento delle linee di azione previste dalle regioni in applicazione del **Piano nazionale demenze**, nonché al finanziamento di investimenti, anche mediante l'acquisto di apparecchiature sanitarie, volti al potenziamento della diagnosi precoce, del trattamento e del monitoraggio dei pazienti con malattia di Alzheimer.
Autismo **(art. 1, commi 454 – 456)**	Viene incrementato con 50 milioni di euro per l'anno 2021 il **Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico**. La destinazione delle risorse del Fondo è da regolamentare con decreto interministeriale, secondo i seguenti criteri: a) una quota pari al 15% per lo sviluppo di progetti di ricerca, il trattamento e le buone pratiche terapeutiche ed educative; b) una quota pari al 25% all'incremento del numero delle strutture semiresidenziali e residenziali pubbliche e private con competenze specifiche in grado di effettuare il trattamento di soggetti, sia minori che adulti, con contributo da erogare alle strutture private subordinatamente al conseguimento dell'accreditamento da parte del SSN; c) una quota pari al 60% all'incremento del personale del SSN preposto alla prestazione delle terapie indicate nelle Linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico adottate dall'Istituto superiore sanità.
Bambini malati oncologici **(art. 1, comma 329)**	La dotazione del Fondo per l'assistenza dei bambini affetti da patologia oncologica viene stabilita in 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021.
Caregiver familiare **(art. 1, comma 334)**	Viene **istituito un Fondo**, con una dotazione di 30 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, **per interventi legislativi** finalizzati al **riconoscimento del valore sociale ed economico** dell'attività di cura non professionale svolta dal caregiver familiare.
Contrasto a violenza di genere **(art. 1, commi 1134 - 1136)**	Viene istituito, presso la Presidenza del Cons. dei ministri, un Fondo contro le discriminazioni e la violenza di genere con una dotazione di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2021 al 2023, al fine di prevenire e contrastare le forme di violenza e di discriminazione fondate sul sesso, sul genere, sull'orientamento sessuale, sull'identità di genere e sulla disabilità. Destinatarie delle risorse del Fondo sono le **associazioni del Terzo settore** che rechino nello Statuto finalità di questo tipo, che abbiano almeno tre anni di attività ed un curriculum che documenti attività compiute in attuazione delle citate finalità. Le risorse del Fondo sono destinate alle spese di funzionamento delle associazioni, comprese le spese per il personale formato e qualificato, nonché al recupero e alla rieducazione dei soggetti maltrattanti.

Cure palliative e cure domiciliari **(art. 1, commi 405 - 406)**	Si fa decorrere dal 31 dicembre 2020 il termine di 18 mesi entro il quale deve essere presentata l'istanza di certificazione dei requisiti da parte dei medici abilitati ad operare presso le reti di cure palliative. Modificati alcuni articoli del D.Lgs. n. 502 del 1992, estendendo la disciplina per l'autorizzazione e l'accreditamento anche alle **strutture che erogano cure domiciliari** e in particolare: - l'applicazione delle norme sull'autorizzazione richiesta per l'esercizio di attività sanitarie; - l'applicazione delle norme per il rilascio dell'accreditamento istituzionale da parte della regione. L'accreditamento istituzionale di tali strutture sarà pertanto subordinato alla rispondenza ai requisiti di qualificazione, funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e verifica dell'attività svolta; - l'applicazione, anche a tali strutture, delle disposizioni relative ai contratti stipulati da regioni e aziende sanitarie locali con gli enti privati.
Disabilità **(art. 1, comma 66, commi 365 – 366, commi 819 - 820 e commi 960 - 963)**	La **detraibilità al 110% delle spese per gli interventi di efficienza energetica e antisismici sugli edifici** (cosiddetto **"superbonus"**) viene prorogata fino al 30 giugno 2022 e viene specificato che rientrano nell'agevolazione **anche gli interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche, inclusi quelli effettuati in favore di persone con più di 65 anni**. Finanziamenti per ciascuno degli anni scolastici 2021/22, 2022/23 e 2023/24 allo scopo di garantire la **continuità didattica per gli alunni con disabilità** e per l'inclusione scolastica (con incremento del numero di insegnanti di sostegno). Vengono inoltre stanziati 10 milioni di euro per l'acquisto e la manutenzione di attrezzature tecniche e di sussidi didattici e definite le risorse professionali di sostegno didattico e di assistenza specialistica agli alunni con disturbi specifici di apprendimento. Alle madri disoccupate o monoreddito in nuclei familiari monoparentali con figli a carico aventi una disabilità in misura non inferiore al 60%, è concesso un **contributo mensile** nella misura massima di 500 euro netti, per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023. Previsti contributi in favore dei comuni che, con ordinanza adottata entro il 30 giugno 2021, provvedono a istituire spazi riservati destinati alla sosta gratuita dei veicoli adibiti al servizio di persone con limitata o impedita capacità motoria ovvero delle donne in stato di gravidanza.
Famiglia **(art. 1, commi 23-26 e commi 362 - 364)**	Il Fondo per le politiche della famiglia viene incrementato nella misura di: - 50 milioni di euro per il 2021, al sostegno delle misure adottate dalle imprese per favorire il rientro al lavoro delle madri lavoratrici dopo il parto; - 500.000 euro per il 2021 per il finanziamento delle attività di **associazioni che prestino assistenza psicologica** a favore dei genitori in relazione al lutto per la perdita dei propri figli, nonché per interventi a sostegno dei genitori stessi. L'assegno di natalità viene riconosciuto per ogni figlio nato o adottato dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2021. Viene elevata da 7 a 10 giorni la durata, per il 2021, del congedo obbligatorio per il padre lavoratore dipendente. Esteso il congedo di paternità obbligatorio e facoltativo nei casi di morte perinatale.
LEA **(art. 1, commi 493 – 494 e comma 496)**	Al **Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA**, viene demandata l'adozione di **Linee guida** sui sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori di prestazioni sanitarie accreditati e l'elaborazione di un programma nazionale di valutazione e miglioramento dei processi di mobilità e dei flussi interregionali, al fine di sviluppare i servizi di prossimità. Si consente l'accesso agli IRCCS da parte di pazienti fuori regione introducendo però un tetto di spesa complessivo di 20 milioni annui a decorrere dal 2021, con copertura tramite il Fondo per le esigenze indifferibili.

Personale sanitario **(art. 1, commi 409 - 417 e commi 423 – 428)**	Viene definita, nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di **335 milioni di euro**, una indennità di specificità infermieristica da riconoscere al personale dipendente del SSN in sede di contrattazione collettiva nazionale, con decorrenza dal 1° gennaio 2021. Inoltre per i dipendenti del SSN appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, di assistente sociale nonché degli operatori sociosanitari, è riconosciuta, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale del triennio 2019-2021 nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 100 milioni di euro, **un'indennità di tutela del malato e promozione della salute**, con decorrenza dal 1° gennaio 2021. Si dispone che un importo di **40 milioni di euro** sia destinato, nell'esercizio 2020, ad **incrementare i fondi per gli incentivi economici del personale sanitario impiegato nell'emergenza da Covid-19.** Per l'esecuzione di tamponi **antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta** viene autorizzata l'ulteriore spesa di 70 milioni di euro per l'anno 2021, secondo le modalità definite dagli Accordi collettivi nazionali di settore. Per garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria derivanti dalla diffusione del Covid-19, gli enti del Servizio sanitario nazionale, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono avvalersi anche nell'anno 2021 del personale reclutato grazie alle misure già previste dal Decreto Cura Italia, in deroga ai vincoli legislativi, **non oltre il 31 dicembre 2021.** **Innalzato da 650 a 800 il numero di assistiti, quale parametro che determina la sospensione della corresponsione della borsa di studio al medico abilitato** che, durante la frequenza dei corsi di formazione specialistica, assuma incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale e svolga servizi di guardia notturna, festiva e turistica, fino al termine dell'attuale stato di emergenza sanitaria. **Prorogate al 31 dicembre 2021 anche le misure sulle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca),** incluso il trattenimento in servizio dei dirigenti medici e sanitari anche in deroga alle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza.
Povertà ed esclusione sociale **(art. 1, comma 335)**	Al fine di prevenire condizioni di **povertà ed esclusione sociale** di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, la quota del Fondo Povertà viene integrata di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023. Lo stanziamento è riservato, in via sperimentale, a interventi volti a permettere di completare il percorso di crescita verso l'autonomia garantendo la continuità dell'assistenza nei confronti degli interessati, fino al compimento del ventunesimo anno d'età.
Povertà educativa **(art. 1, commi 507 - 509)**	Il MIUR promuove, con il Min. dell'istruzione, un **programma nazionale di ricerca e di interventi sul contrasto della povertà educativa**, della durata di 12 mesi. Possono essere coinvolte le **organizzazioni del Terzo settore** con esperienza nel contrasto della povertà educativa e della dispersione scolastica. A tal proposito viene istituito un Fondo con una dotazione di 2 milioni di euro per l'anno 2021.
Strutture private accreditate **(art. 1, comma 495)**	Le regioni che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da Covid-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle **strutture private accreditate fino a un massimo del 90% del budget assegnato** nell'ambito degli accordi e dei contratti stipulati per l'anno 2021, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il contributo una tantum è a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti, durante la sospensione, e rendicontati dalla struttura privata accreditata.
Telemedicina **(art. 1, comma 444)**	Le regioni destinano una quota pari allo 0,5% dello stanziamento del programma pluriennale di interventi di ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, per l'**acquisto di dispositivi e applicativi informatici** che consentano di effettuare refertazione a distanza, consulto tra specialisti e assistenza domiciliare da remoto.

Terzo settore **(art. 1, commi 44 – 46, commi 188 - 190 e commi 1087 - 1088)**	**- Gli utili percepiti dagli enti non commerciali** che esercitano, senza scopo di lucro, in via esclusiva o principale, una o più attività di interesse generale (tra le quali l'assistenza agli anziani e le attività di cura per patologie varie o per disturbi psichici e mentali) **non concorrono alla formazione del reddito imponibile nella misura del 50% a decorrere dall'esercizio in corso al 1° gennaio 2021**. Sono esclusi gli utili provenienti da partecipazioni in imprese. L'imposta sul reddito non dovuta va destinata al finanziamento delle attività di interesse generale, accantonando l'importo non ancora erogato in una riserva indivisibile per tutta la durata dell'ente. - Al fine di favorire il perseguimento di obiettivi di sviluppo, coesione e competitività dei territori di Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia, è promossa la costituzione di **Ecosistemi dell'innovazione**, con la riqualificazione o la creazione di infrastrutture per attività di formazione, ricerca multidisciplinare e creazione di impresa, **con la collaborazione di enti pubblici e privati, tra cui quelli del Terzo settore**. Per il finanziamento di questi interventi il CIPE assegna risorse al MIUR, nell'ambito del Piano sviluppo e coesione di competenza, nel limite massimo di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023. Possono contribuire anche le risorse relative ai fondi strutturali europei per il 2021-2027. - Agli enti del Terzo settore e agli enti religiosi civilmente riconosciuti, **dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2022**, spetta un **credito d'imposta nella misura del 50% delle spese sostenute per l'acquisto e l'installazione di sistemi di filtraggio, mineralizzazione, raffreddamento e addizione di anidride carbonica delle acque destinate al consumo umano**, fino a un ammontare complessivo non superiore a 5.000 euro per ciascun immobile. Il credito d'imposta spetta nel limite complessivo di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022 (modalità di applicazione del credito d'imposta da stabilire con provvedimento dell'Agenzia delle entrate).
Tutela della vista **(art. 1, commi 437 – 439)**	Si istituisce il Fondo tutela della vista con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023. Le risorse sono destinate a membri dei nuclei familiari con ISEE del valore non superiore a 10.000 euro annui, tramite erogazione di un **voucher una tantum di 50 euro** per l'acquisto di occhiali da vista o lenti a contatto correttive.
Vaccini anti-Covid **(art. 1, commi 418 – 420, commi 447 – 449, commi 452 – 453 e commi 457 - 473)**	Viene istituito nello stato di previsione del Min. della salute un Fondo con una dotazione di 400 milioni di euro da destinare all'acquisto di vaccini contro il Sars-Cov-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti con Covid-19. Vengono **esentate da IVA**, con diritto alla detrazione dell'imposta fino al 31 dicembre 2022: - le cessioni della **strumentazione per diagnostica per Covid-19**, sia le prestazioni di servizi strettamente connesse (in deroga a precedente disposizione che prevedeva un'aliquota del 5%); - le cessioni di **vaccini anti Covid-19** e le prestazioni di servizi strettamente connesse a detti vaccini (deroga all'aliquota ordinaria del 10%). Si disciplina l'adozione del piano strategico nazionale dei vaccini, che sarà attuato dalle regioni. In caso di mancata attuazione del piano o di ritardo, vi provvede, previa diffida, il Commissario straordinario. La partecipazione dei medici in formazione specialistica all'attività di somministrazione dei vaccini configura, a tutti gli effetti, attività formativa professionalizzante nell'ambito del corso di specializzazione frequentato. Inseriti nella legge di bilancio anche i finanziamenti per i bandi per l'assunzione di 3.000 medici e 12.000 infermieri e assistenti sanitari da impiegare per la campagna vaccinale. Ai fini della formazione degli operatori sanitari coinvolti, l'Istituto superiore di sanità organizza appositi corsi in modalità di formazione a distanza, riconosciuti anche come crediti ai fini dell'educazione continua in medicina. La **vaccinazione Covid si potrà effettuare anche nelle farmacie** in via sperimentale, per l'anno 2021, sotto la supervisione di medici assistiti, se necessario, da infermieri o da personale sanitario opportunamente formato.

Il Decreto ristori

di Sergio Zanarella

È stato approvato il testo della legge di conversione del decreto Ristori (d.l. n. 137/2020) che tra l'altro mette insieme i contenuti degli ultimi tre decreti-legge Ristori volti a introdurre misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19: d.l. n. 149/2020 Ristori-bis, d.l. n. 154/2020 Ristori-ter e d.l. n. 157/2020 Ristori-quater.

Rispetto alla versione originaria, in sede di conversione, sono state introdotte diverse novità, tra cui un rimborso del 50% per i proprietari che abbassano il canone di locazione agli inquilini in difficoltà; la possibilità di pagare in quattro quote la seconda o unica rata dell'acconto 2020 per le imposte sui redditi e l'Irap, già rinviata al 30 aprile. Prevista inoltre la proroga, fino a marzo 2021, dell'esenzione dal pagamento del canone e della tassa per l'occupazione del suolo pubblico da parte di bar, ristoranti e venditori ambulanti.

Tra le principali iniziative contenute si segnala che: sono stati stanziati 30 milioni per permettere l'esecuzione di 2 milioni di test antigenici rapidi da parte di medici di famiglia e pediatri di libera scelta; ai privati accreditati che hanno sospeso l'attività per effetto del Covid, le Regioni potranno riconoscere fino ad un massimo del 90% del budget loro assegnato per il 2020; lo svolgimento delle attività presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale viene riconosciuto come svolgimento dell'attività di formazione specialistica. In particolare per quanto riguarda il non profit, la **legge di conversione n. 176/2020** contiene previsioni importanti in merito all'inserimento lavorativo dei lavoratori disabili, al servizio civile universale, all'istituzione di un **Fondo straordinario per il gli enti del Terzo settore (Ets)** e alle modalità di acquisizione di dispositivi medici da parte di Ets accreditati.

Vediamo con ordine i principali contenuti sia di carattere sanitario in generale che quelli di interesse specifico per gli Enti del Terzo Settore.

CONTENUTI DI CARATTERE SANITARIO

Disposizioni urgenti per l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta *(Articolo 18)*

Viene autorizzata la spesa di 30 milioni per il 2020 al fine di sostenere ed implementare il sistema diagnostico dei casi di positività al virus Sars-CoV-2 attraverso l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, secondo le modalità definite dagli Accordi collettivi nazionali di settore.

Disposizioni per favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina nei piccoli centri *(Articolo 19-septies)*

Alle farmacie che operano nei Comuni con meno di 3.000 abitanti viene riconosciuto un contributo sotto forma di credito di imposta nella misura del 50%, fino ad un importo massimo di 3.000 euro per ciascun soggetto beneficiario, per l'acquisto e il noleggio per l'anno 2021 di apparecchiature per la telemedicina. Le prestazioni di medicina potranno essere erogate in farmacia previo accordo con l'Asl di riferimento che definirà il tetto massimo di prestazioni annuali.

Disposizioni finalizzate a facilitare l'acquisizione di dispositivi di protezione e medicinali nelle Rsa e nelle altre strutture residenziali *(Articolo 19-novies)*

E' previsto **uno stanziamento** di 40 milioni di euro per il 2021 per **l'acquisto di dispositivi di protezione e medicali**. Le risorse stanziate grazie all'emendamento, oltre all'indubbio valore economico , sono anche un riconoscimento della qualità della cura che va garantita alle persone fragili, in particolare ora che la pandemia li costringe alla lontananza dai loro affetti famigliari.

Grazie alla premura degli operatori sanitari e sociosanitari e delle amministrazioni delle strutture è stata assicurata sicurezza, prevenzione ed umanità agli anziani e alle altre persone accolte.

Questo emendamento è stato anche occasione per evidenziare il ruolo fondamentale delle strutture sociosanitarie, che sono a tutti gli effetti parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale, come già più volte ribadito dal presidente di Uneba, Franco Massi.

Uneba, assieme alle altre associazioni di categoria del sociosanitario **Anffas, Anaste, Aris, Ansdipp, Agespi ed Agidae**, aveva richiesto un sostegno e proposto le concrete necessità alla politica, attraverso interlocuzioni con rappresentanti dei diversi gruppi politici.

Istituzione del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria *(Articolo 20)*

Il Ministero della salute svolge attività di **contact tracing** e sorveglianza sanitaria nonché di informazione e accompagnamento verso i servizi di prevenzione e assistenza delle competenti aziende sanitarie locali. A tal fine, il Ministero della salute attiva un servizio nazionale di supporto telefonico e telematico alle persone risultate positive al virus Sars-Cov-2, che hanno avuto contatti stretti o casuali con soggetti risultati positivi o che hanno ricevuto una notifica di allerta attraverso l'applicazione "Immuni" i cui dati sono resi accessibili per caricare il codice chiave in presenza di un caso di positività. A tal fine i dati relativi ai casi diagnosticati di positività al virus Sars-Cov-2 sono resi disponibili al servizio sanitario, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria ovvero tramite sistemi di interoperabilità. Per queste finalità viene autorizzata la spesa di 1 milione per l'anno 2020 e 3 milioni per l'anno 2021.

Disposizioni in materia di attività degli psicologi *(Articolo 20-bis)*

Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) ai fini dell'applicazione della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 giugno 2006, le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l'attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale.

CONTENUTI DI INTERESSE PER GLI ETS

Prestazioni acquistate dal Servizio Sanitario Nazionale da privati accreditati *(Articolo 19-ter)*

Le Regioni che a causa del Covid hanno sospeso tramite i propri enti le attività ordinarie possono riconoscere,

alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per il 2020, fino ad un massimo del 90% del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Sistema Sanitario Regionale. Questo riconoscimento terrà conto sia delle attività erogate, di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia di un contributo **una tantum** legato all'emergenza in corso, a ristoro dei costi fissi sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati, per aver sospeso le attività previste da accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per il 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90% e fino a concorrenza del budget previsto dagli accordi e contratti stipulati per il 2020, come rendicontato dalla struttura interessata.
Il decreto Ristori, convertito in legge con l'approvazione definitiva di Camera e Senato, porta concreto sostegno alle strutture residenziali e semiresidenziali dei servizi socio sanitari -come sono moltissimi degli enti associati Uneba; tutte realtà in cui i **costi aggiuntivi per fronteggiare l'emergenza Covid** e per garantire massima sicurezza ad ospiti e operatori, impattano fortemente sui bilanci.

Imprese sociali e inserimento lavorativo dei lavoratori disabili e svantaggiati *(Articolo 1-septies)*

Si estende anche alle imprese sociali che svolgono in maniera stabile e prevalente, senza scopo di lucro, attività d'impresa per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale la possibilità di stipulare convenzioni quadro dirette **all'inserimento lavorativo di lavoratori svantaggiati** o disabili, possibilità in prima battuta riconosciuta alle cooperative e ai loro consorzi. Inoltre, si potrà considerare tale inserimento, ricorrendone i presupposti, utile ai fini della copertura della quota di riserva in favore delle categorie protette, cui sono tenute le imprese conferenti in base alla normativa vigente.
In proposito è bene ricordare che l'art. 14 del d. lgs. n. 276/2003 – sostituito integralmente dall'art. 1-septies in questione – prevedeva che i servizi per il collocamento obbligatorio stipulino con le associazioni sindacali dei datori e dei prestatori di lavoro (più rappresentative a livello nazionale) e le cooperative sociali ed i relativi consorzi, le convenzioni quadro su base territoriale. Tali convenzioni, validate da parte delle regioni, hanno come oggetto il conferimento di commesse di lavoro alle cooperative sociali da parte delle imprese associate o aderenti, al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei lavoratori svantaggiati e dei lavoratori disabili. Nel caso in cui a beneficiare dell'opportunità lavorativa nelle cooperative sociali attraverso le convenzioni siano i lavoratori disabili (con particolari difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario, in base alla esclusiva valutazione dei servizi per il collocamento obbligatorio), tale inserimento si considera utile ai fini della copertura della quota di riserva in favore delle categorie protette cui sono tenute le imprese conferenti in base alla normativa vigente.
La disposizione presente nel d.l. n. 137/2020 convertito in legge **inserisce le imprese sociali** (d.lgs. n. 112/2017) tra quei soggetti con cui i servizi di collocamento obbligatorio stipulano le predette convenzioni quadro e dispone che il conferimento di commesse di lavoro non sia riferito solo alle cooperative sociali, ma anche alle stesse imprese sociali. Per cui anche le imprese sociali possono soddisfare, attraverso tali convenzioni quadro, l'obbligo di assunzione di lavoratori appartenenti alle categorie protette.

Operatori volontari del servizio civile universale *(Articolo 12-quater)*

E' prevista una circoscritta e transitoria **deroga** al requisito di ammissione relativo alla **soglia anagrafica** massima consentita, ai fini dell'ammissione al servizio civile universale, qualora lo svolgimento di quest'ultimo sia rimasto interrotto durante l'anno 2020 a causa dell'emergenza epidemiologica . Si prevede, in particolare, che possano essere ammessi a svolgere il servizio civile universale i **giovani** che, alla data di presentazione della domanda, abbiano **compiuto il ventottesimo anno** di età e non superato il ventinovesimo, a condizione che essi abbiano interrotto lo svolgimento del servizio civile durante l'anno 2020 a causa dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.
È così posta, in via straordinaria, una deroga al requisito anagrafico vigente per l'ammissione a svolgere il servizio civile universale (di cui all'art. 14 d.lgs. n. 40/2017).
A questo proposito, si rammenti che è in corso di esame presso la Commissione Affari costituzionali della Camera dei deputati un disegno di legge (A.C. n. 1812) recante, tra le sue disposizioni, una norma di delega al Governo per la predisposizione di un testo unico, finalizzato al **riordino** del complesso delle disposizioni vigenti in materia di **servizio civile,** alla razionalizzazione e semplificazione del quadro normativo, allo snellimento delle procedure amministrative.

Fondo straordinario per il sostegno degli Ets *(Articolo 13-quaterdecies)*

Con una dotazione per il 2021 pari a 70 milioni di euro, viene istituito **"Fondo straordinario per il sostegno degli enti del Terzo settore"** gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (art. 13-quaterdecies che riproduce l'art. 15 del Ristori-bis).
Il fondo, istituito per far fronte alla crisi economica degli enti del Terzo settore, determinatasi in ragione delle misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, è espressamente rivolto alle organizzazioni di Terzo settore che non svolgono attività di impresa, ovvero alle organizzazioni di volontariato, alle associazioni di promozione sociale e alle organizzazioni non lucrative di utilità sociale. Le erogazioni del fondo non sono cumulabili con il contributo a fondo perduto da destinare agli operatori Iva e con le misure di sostegno a favore delle associazioni e delle società sportive dilettantistiche.

Il Terzo settore e il trasporto sanitario d'emergenza

La Corte Costituzionale è tornata ad esprimersi su questo tema con una nuova sentenza. Riportiamo una sintesi dei contenuti.

La Corte Costituzionale, con la **sentenza n. 255 del 26 novembre 2020**, si è espressa a seguito di un ricorso della Presidenza del Consiglio dei ministri nei confronti della Legge regionale della Sardegna n. 16 del 16 settembre 2019 (disposizioni sanitarie di variazione di bilancio della Legge di stabilità regionale del 2018 e 2019), sollevando una questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, comma 5 di tale Legge, nella quale è previsto che la Regione sia autorizzata a finanziare annualmente l'AREUS (Azienda regionale emergenza urgenza Sardegna) per le "*attività rese dalle associazioni Onlus e cooperative sociali convenzionate con il Servizio di emergenza-urgenza 118*".

Secondo la Presidenza del Consiglio tale disposizione legittimerebbe in maniera stabile lo strumento convenzionale per lo svolgimento del servizio di emergenza-urgenza nei confronti di due tipologie di enti del Terzo settore specificamente individuati, ovvero le associazioni Onlus e le cooperative sociali. L'art. 57, comma 1 del Codice del Terzo settore (Decreto Legislativo n. 117 del 3 luglio 2017), invece, consentirebbe l'affidamento di tale tipo di servizio, in via prioritaria, soltanto alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del terzo settore, aderenti a una rete associativa e accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente. Inoltre, l'affidamento diretto potrebbe aversi solo nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, esso "*garantisca l'espletamento del servizio di interesse generale, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione*". Al di fuori dello strumento convenzionale resterebbe obbligatoria la modalità pubblicistica dell'appalto di servizi (anche nel regime alleggerito o dell'affidamento diretto), come avrebbe già precisato la

Il Palazzo della Consulta, sede della Corte Costituzionale.

giurisprudenza amministrativa (viene richiamata la sentenza del Consiglio di Stato n. 1139 del 22 febbraio 2018).
La disposizione regionale impugnata, pertanto, si porrebbe in contrasto con l'art. 117, secondo comma, lettera e) della Costituzione, in quanto la tutela della concorrenza, in adesione ai principi comunitari, costituisce materia di competenza esclusiva statale.
In secondo luogo, il legislatore regionale avrebbe effettuato un'individuazione imprecisa dei soggetti per i quali è ammesso lo strumento della convenzione (le associazioni Onlus), affiancando alla forma giuridica (associazione) una qualificazione di carattere fiscale (tra l'altro in via di superamento). Infatti, sebbene le organizzazioni di volontariato siano Onlus di diritto e, ai sensi dell'art. 32 del Codice del Terzo settore, possano avere solo forma associativa, ciò non precluderebbe ad altre tipologie di enti associativi di assumere, allo stato attuale, la qualificazione fiscale di Onlus (ossia quelle iscritte all'Anagrafe delle Onlus).

La Corte Costituzionale, citando anche la recente sentenza n. 131 del 26 giugno 2020 (*cfr. Nuova Proposta n. 5/6 del 2020, pagg. 7 – 9*) sottolinea che, ai sensi della Direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014, riguardante gli appalti pubblici, resta in capo agli Stati membri la possibilità di apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, **un modello organizzativo ispirato non al principio di concorrenza, ma a quello di solidarietà, che può prevedere l'affidamento tramite modalità estranee al regime dei contratti pubblici o comunque attraverso un regime di evidenza pubblica alleggerito**. Inoltre, l'art. 10, lettera h), della Direttiva esclude dal campo di applicazione delle norme sugli appalti taluni specifici servizi di difesa civile, di protezione civile e di prevenzione contro i pericoli, forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, tra cui è individuato proprio il trasporto sanitario di emergenza e urgenza.
La normativa europea è stata recepita dal Decreto Legislativo n. 50 del 18 aprile 2016 (Codice dei contratti pubblici), che lascia impregiudicata la facoltà di affidare tali servizi sociali attraverso modalità diverse dall'appalto di servizi, escludendoli dal campo di applicazione del medesimo Codice; tra gli strumenti alternativi per l'affidamento dei servizi sociali rientra senz'altro la convenzione contemplata dal Codice del Terzo settore.
In particolare, ai sensi dell'art. 56 del Codice del Terzo settore, le convenzioni possono essere stipulate con le organizzazioni di volontariato iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del terzo settore (o negli attuali registri del volontariato, considerati equivalenti), quando siano più favorevoli rispetto al ricorso al mercato e abbiano ad oggetto lo svolgimento di attività o servizi sociali di interesse generale e prevedano esclusivamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate. L'individuazione dei soggetti con cui stipulare la convenzione deve comunque avvenire nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime.
Ai sensi dell'art. 57 del Codice, invece, si prevede la facoltà per le amministrazioni di affidare il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, in via prioritaria e tramite convenzioni per l'affidamento diretto, alle organizzazioni di volontariato. In questo caso si può prescindere dalla valutazione preliminare di maggior favore rispetto al mercato, purchè si tratti di garantire l'espletamento di un servizio di interesse generale, per una finalità sociale e per il perseguimento degli obiettivi di solidarietà.
Per quanto riguarda le cooperative sociali, la disciplina si ritrova nella Legge n. 381 dell'8 novembre 1991, la quale stabilisce che le Regioni determinino le modalità di raccordo dell'attività dei servizi socio-sanitari con le cooperative sociali e che adottino convenzioni-tipo per regolare i loro rapporti con queste ultime.
La Regione Sardegna, muovendosi entro tale cornice normativa, è intervenuta con leggi regionali a regolare lo strumento della convenzione, sia con le organizzazioni di volontariato che con le cooperative sociali.

La disposizione impugnata, pertanto – osserva la Consulta – non regola essa stessa le modalità di affidamento del ser-

vizio di emergenza e urgenza. Difatti indica solo le somme stanziate da destinare annualmente all'AREUS per il triennio 2020-2021 relativamente alle attività rese dai soggetti convenzionati. Si tratta di una formulazione probabilmente poco felice, in particolare in quanto non individua in modo chiaro i soggetti che possono essere affidatari del servizio, facendo tra l'altro ricorso a una qualificazione di carattere fiscale, quella di Onlus, di per sé poco consona allo scopo.
Pertanto la possibilità di affidare il servizio di emergenza e urgenza tramite convenzione a enti del Terzo settore diversi dalle organizzazioni di volontariato non trova la sua fonte nella disposizione impugnata, bensì eventualmente nelle altre norme regionali che regolano la materia.
Comunque – afferma la Corte – **non è di palmare evidenza che l'art. 57 del Codice del Terzo settore abbia voluto limitare l'istituto convenzionale, per il servizio di emergenza e urgenza, soltanto alle organizzazioni di volontariato. Un'interpretazione diversa restringerebbe il campo dei possibili affidatari rispetto alla ricordata normativa europea e al Codice degli appalti, che includono tale servizio tra quelli per cui è possibile derogare alle procedure di evidenza pubblica**.
La disposizione è infatti esplicita nell'indicare la **facoltà di affidare con convenzione il servizio alle organizzazioni di volontariato "in via prioritaria"**. Il che pone un problema interpretativo di soluzione non univoca, così come non la fornisce riguardo all'applicabilità dell'art. 57 alle cooperative sociali, visto che oltretutto il Codice del terzo settore sembra qualificare la Legge n. 381 del 1991 come disciplina speciale.
Per questi motivi la Corte Costituzionale non ha accolto il ricorso, dichiarando che la norma impugnata non presenta elementi di illegittimità costituzionale. Ma l'aspetto di maggior rilievo che si può cogliere nelle motivazioni della sentenza, a livello interpretativo, è che possano essere affidatari, tramite convenzione, del servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza anche altri soggetti (associazioni Onlus - in futuro ETS - e cooperative sociali), oltre alle organizzazioni di volontariato: queste ultime, infatti, costituirebbero scelta prioritaria ma non esclusiva.

IL CONSIGLIO DI STATO SUI CONTRIBUTI PER L'ACQUISTO DI AMBULANZE

Con l'**ordinanza n. 6908 del 9 novembre 2020** il Consiglio di Stato ha sottoposto alla Corte Costituzionale un'ulteriore questione. Ha infatti rinviato all'esame dell'articolo 76 del Codice del Terzo settore (D. Lgs. n. 117/2017) nella parte in cui riserva alle organizzazioni di volontariato il contributo in caso di acquisto di ambulanze.
Tutto ha origine da un ricorso presentato da una fondazione Onlus a seguito della sua esclusione dall'assegnazione dei contributi previsti dal Codice del Terzo settore. In particolare, l'articolo 76 prevede che tali risorse sono destinate "*a sostenere l'attività di interesse generale delle organizzazioni di volontariato… per l'acquisto di autoambulanze, autoveicoli per attività sanitarie e di beni strumentali*".
La norma in questione, entrata in vigore nel 2017, ha ristretto l'ambito applicativo del contributo, rispetto alla normativa previgente, che includeva nel beneficio anche le Onlus.
La fondazione che ha presentato il ricorso lamenta una disparità di trattamento tra le organizzazioni di volontariato (ODV) e gli altri enti ad esse sostanzialmente equiparabili, dal momento che anche le Onlus possono avvalersi di volontari e perseguire le medesime finalità di interesse generale.
Il Consiglio di Stato, concordando con tali motivazioni, pone in dubbio la ragionevolezza di questo regime differenziato, osservando che tanto le ODV quanto le Onlus (finché permarrà questa qualifica) possono avvalersi sia di volontari che di personale retribuito, anche se con limiti diversi, dal momento che in una ODV il numero complessivo dei lavoratori non può superare la metà del numero complessivo dei volontari.
Sotto un altro profilo, inoltre, il Consiglio di Stato ravvisa, in questa distinzione, una irragionevole incongruità rispetto all'art. 4 della Legge n. 106 del 2016 (Legge delega al Governo per la riforma del Terzo settore) che, fornendo una definizione unitaria degli enti del Terzo settore, intende anche accentuare l'unitarietà della disciplina di favore prevista per tali enti, pur nelle rispettive specificità, superando le discipline di settore precedentemente in vigore. Ad avviso del Consiglio di Stato, ciò che dovrebbe assumere rilevanza, quale criterio direttivo ai fini del riconoscimento delle misure di sostegno e quale requisito per l'accesso alle agevolazioni previste dalla normativa di settore, è l'elemento accomunante delle "attività di interesse generale" da essi perseguite.
Occorrerà, a questo punto, attendere il parere della Corte Costituzionale investita della questione che, nel caso confermasse gli orientamenti del Consiglio di Stato, potrebbe rimettere in discussione l'attuale regime di contributi per l'acquisto di ambulanze, con la potenziale conseguente necessità di adeguamenti normativi che comportino la riammissione al beneficio degli ETS esclusi.

Il **bastone** e la **carota**

Quando i ragazzi e le ragazze si sentono in una botte di ferro (ma non lo sono)

di Daniela Russo

Ricevo un video "divertente" su un alunno che prende in giro un insegnante perché tanto ormai la ministra dell'istruzione ha detto che tutti saranno promossi.
Poi mi chiama una collega, inferocita dalla stessa informazione secondo cui ormai i ragazzi non sono più motivati a seguire le lezioni on line perché tanto sanno che passeranno l'anno.
Ma veramente? Veramente passo le mie mattinate in compagnia di subdoli adolescenti? Veramente gli alunni e le alunne che hanno a che fare con me cercano il modo di farmi fessa e contenta?
Provo a rispondere. Certo, credo che ogni adolescente in modo sano e sacrosanto metta una sorta di distanza di sicurezza tra sé e l'insegnante. Certo, credo anche che partecipare ad attività scolastiche ripetitive e sempre volte all'assegnazione di un numero, sproni quei ragazzi a trovare una soluzione "facile", una via di fuga.
Però no, non credo che i ragazzi nelle nostre scuole siano animati dal desiderio di farci fessi e contenti: se lo fanno è perché hanno imparato che a scuola si fa così, che la scuola è "pallosa". Eppure io ricordo lezioni divertenti, momenti esilaranti, battute fatte dai miei alunni meravigliose. Ricordo quello che scrivono, disegnano. Ricordo di alunni normalmente arrabbiati con il mondo che hanno sorriso, quelli che vanno bene da sempre a scuola che hanno perso qualche colpo. Ricordo richieste, abbracci, sguardi, litigi… **relazioni!** Relazioni faticosamente e orgogliosamente costruite, ognuna su un particolare: chi è arrabbiato perché è stato bocciato, chi non ce la fa più a sentirsi deriso, chi si fida da subito, chi non si fida mai (ma ce la mette tutta), chi accoglie i compagni e chi è accolto.
E poi cosa devo ascoltare? Che sono contenti? Che ci prendono in giro perché non possiamo **mettere voti?** Ma chi se ne frega dei voti! Delle pagelle, delle verifiche! Io voglio sentirli parlare, voglio sapere cosa pensano, voglio ascoltare le loro idee e dare valore e dignità ad ogni loro piccola parola. Mi mancano. E sono certa che anche la scuola manca loro.
L'educazione non passa e non può passare per una misurazione di conoscenze. L'educazione di un individuo (e di un'individua, le mie alunne e i miei alunni mi capiranno) si fonda su relazioni, scambi, ipotesi, scoperte. Solo così può nascere la voglia di stare a scuola, al di là di **un sistema valutativo che ad oggi non ci piace**. Passare o non passare l'anno è un momento che rimane sospeso, quasi avulso dal resto, magari sul momento funziona, ma nell'arco della crescita i ragazzi capiscono. Capiscono e sanno distinguere tra chi veramente li ha trattati come arrivisti e chi ha creduto in loro, al di là dei numeri, dei voti, delle pagelle, dei giudizi. Dovremmo liberarci da questa parola a scuola, evadere da questo presupposto di superiorità e favorire un contesto d'apprendimento sano, efficace, fiducioso. Glielo insegniamo con tutte le nostre forze a non giudicare l'altro, ma a sviluppare un confronto, una discussione, uno scontro costruttivo in assenza di giudizio e poi cosa facciamo? L'esatto contrario: li ingabbiamo in un numero asettico e falsamente protettivo.
Un maestro molto più in gamba di me dice che da ogni crisi si generano nuove idee, nuove scoperte. Nelle lezioni di storia lo diciamo sempre: la storia è un circolo, passa attraverso fasi ovviamente diverse ma accomunate da stessi fattori: crisi, profonda riflessione, ripresa e vivacità culturale, apice, decadenza, crisi di nuovo. Ecco, cerchiamo di dare un senso a questa maledettissima crisi sanitaria e ormai anche educativa: ripensiamo il modo di valutare nel nostro sistema scolastico, il contesto e lo spazio, le attività e le restituzioni. Ma soprattutto ripensiamo il nostro concetto di fiducia negli alunni: se vogliamo formare cittadini consapevoli mostriamoci consapevoli, se cerchiamo sincerità mostriamo sincerità. Altrimenti più che in una botte di ferro perché sicuri di essere promossi, si sentiranno persi e spaesati perché nessuno è stato sincero fino in fondo con loro; si sentiranno traditi, perché predichiamo bene ma sputiamo sentenze dopo; costruiranno un muro ancora più alto, perché questo chiediamo loro.
Se cerchiamo di formare cittadini non giudicanti ma capaci di pensare e riflettere, facciamo esattamente questo: non giudichiamoli con un numero, ma mostriamoci in grado di dare valore a quello che fanno, nell'ottica di un continuo miglioramento, nostro e loro. Educare significa proprio questo: "**educere**", tirare fuori. Che lo sforzo sia collettivo e, soprattutto, bello, sincero, profondo… autentico.

Salute mentale allo specchio: i **dati nazionali** e le **disuguaglianze** regionali

di Renato Frisanco

"Senza salute mentale non vi è salute" è lo slogan diffuso qualche anno fa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che dà conto della centralità del benessere psichico e relazionale da cui lo stato di salute fisico è spesso dipendente. Negli ultimi anni l'OMS, con i suoi 194 stati membri, ha lanciato l'allarme per la crescente diffusione del disagio psichico ovunque nel mondo e in tutte le classi di età, anche per il ruolo più incisivo dei "determinanti sociali" della salute. Proprio per questo guarda con preoccupazione alla forte disuguaglianza di opportunità nelle cure e nella qualità delle stesse nei diversi Paesi di cui è emblematica la ridotta presa in carico dell'utenza potenziale da parte dei servizi, aspetti che denunciano lo scarso investimento economico nel settore in termini di spesa (il 2% di quella sanitaria in media). Nell'attualità della pandemia la situazione tende a peggiorare sul versante dei disturbi d'ansia e depressivi, anche severi.

Il dato epidemiologico è oggi quasi ovunque più presente e preciso di qualche anno fa grazie anche alla tecnologia di supporto ai sistemi informativi. Proprio la situazione pandemica ci ha insegnato che senza dati non c'è conoscenza e senza conoscenza non vi può essere né valutazione degli interventi né programmazione mirata degli stessi, che sono le due facce della stessa medaglia, quella della buona amministrazione delle risorse che negli attuali sistemi di Welfare tendono a declinare.

In Italia da qualche anno il settore della salute mentale comincia ad essere trasparente, con la raccolta sistematica e periodica di dati su servizi, utenti e prestazioni, per cui è possibile capire cosa funziona e dove sono le criticità. La trasparenza non è assoluta perché non tutte le Regioni sono ancora in grado di raccogliere, verificare e trasmettere dati affidabili. Nella quarta rilevazione del 2018, pubblicata dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) con il titolo "*La Salute Mentale nelle Regioni. Disuguaglianze di sistema*"[1], almeno sei Regioni hanno inviato al Ministero qualche dato inverosimile o disallineato rispetto alle precedenti rilevazioni. Ma un grande passo avanti è stato fatto. Finalmente si è realizzato il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), tanto invocato dai Progetti Obiettivo del Ministero della Salute negli anni '80 e '90 del secolo scorso. La spinta decisiva alla sua attuazione è venuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con il "*Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020*" che ha tra i suoi obiettivi l'attivazione di sistemi informativi a sostegno delle evidenze scientifiche e della ricerca per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e loro

1 *Il rapporto 2018 è stato pubblicato a cura di Starace F. e Baccari F., in 'Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica', n. 7/2020.*

innovazione. Così il Piano Nazionale conseguente, approvato dalla Conferenza Unificata dei Presidenti di Regioni e Province autonome, ha permesso nel 2015 di realizzare la prima rilevazione sui servizi psichiatrici, previa identificazione di 29 indicatori sostenuti da dati esplicativi raccolti in modo controllato e uniforme. La serialità della raccolta permette una doppia lettura dei dati: diacronica, ovvero in grado di riflettere l'andamento della situazione nel tempo, e comparativa a livello territoriale, tra regioni e aree diverse del Paese, evidenziando anche lo scostamento di ciascuna di esse dai valori medi nazionali. Con la possibilità aggiunta di verificare, per alcuni indicatori ovunque disponibili come il tasso di ricoveri, differenze significative con la situazione di altri Paesi.

Il dato più interessante è quello della varianza regionale dei dati che in alcuni casi denota una reale disuguaglianza, come per altro disuguale è stata l'attuazione della legge 180 del 1978 (recepita dalla L. 833 istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale) con i relativi Piani regionali, così come non sono certo allineati, per efficienza ed efficacia, i 21 sistemi regionali di welfare del nostro Paese. Un'evidenza di questo l'abbiamo riscontrata nell'ultimo anno a prova di pandemia, dato che i reparti ospedalieri di terapia intensiva e i presidi di medicina territoriale hanno evidenziato differenti capacità di intervento da regione a regione. Tanto che la pretesa "autonomia rafforzata" delle Regioni più forti tende oggi al regresso, oltre a trovare ostacolo nei valori costituzionali di garanzia per tutti i cittadini del Paese di eguali opportunità e tutele.

I dati disponibili, riferiti alla rilevazione ministeriale 2018, e qui sommariamente presentati, sono riportati nel rapporto predisposto dalla SIEP che li ha ordinati e interpretati, oltre che proposti all'attenzione del "Tavolo Tecnico sulla Salute Mentale e le Dipendenze", attivo dal 2019 presso il Ministero della Salute con compiti di tipo operativo, oltre che di rappresentanza, e di cui fa parte lo stesso presidente della SIEP.

Quale è la carta d'identità del nostro sistema di cura per la salute mentale sulla base dei dati più significativi emersi dalla quarta rilevazione?

Anzitutto un "dato di grande civiltà": la riduzione dei ricoveri con trattamento sanitario obbligatorio (TSO), scesi da un quarto dei ricoveri complessivi nel 1978 al 5% di oggi - per cui l'Italia ha i tassi più bassi nel mondo, pur con delle diversità regionali (meglio Friuli-V.G, Bolzano e Puglia, peggio Sicilia, Umbria ed Emilia Romagna). L'Austria, con la quale confiniamo, ha dei tassi che sono 20 volte superiori, mentre nel Regno Unito i TSO sono il 50% del totale dei ricoveri.

Vi è ancora molto da fare invece per evitare fenomeni di trans-istituzionalizzazione, per cui agli ospedali psichiatrici subentrano strutture psichiatriche residenziali che tengono dentro le persone a lungo, se non per la vita, mentre dovrebbero svolgere programmi abilitativi e riabilitativi a tempo (inferiore ai 2 anni) dopo di ché la persona dovrebbe essere re-inclusa nella comunità di appartenenza, in famiglia o in normali appartamenti. Il rischio che tali residenze replichino su piccola scala il modello dell'ospedale psichiatrico è maggiore in Sicilia, Toscana e Marche al contrario di Friuli V.G., Campania e Puglia.

Altra criticità riguarda la dotazione del personale che è ancora largamente al di sotto dello standard minimo previsto dal progetto obiettivo di fine anni '90 (-20%), mentre al contrario oggi si registrano un'aumentata pressione sui servizi da parte dell'utenza e una maggior complessità dei loro bisogni. Se guardiamo alla disponibilità di operatori per 100 mila abitanti alcune regioni sono più penalizzate (Umbria, Basilicata, Lazio) e altre meno (Valle d'Aosta, Liguria, Trento e Sardegna). E' stato calcolato che da qui al 2025 se non si porrà riparo a questo *gap* avremo un differenziale di almeno 1.000 operatori in meno, tra quelli che andranno in pensione e quelli che si immetteranno nel sistema. Inoltre l'assottigliamento degli organici provoca la presa in carico preferenziale dei pazienti con disturbi gravi, con l'impossibilità di colmare il *gap* nel trattamento dei disturbi psichiatrici comuni. Se la prevalenza tra questi di ansia e depressione è all'incirca del 6%, i pazienti che vengono in contatto con i servizi di salute mentale per questi disturbi sono in misura di 10 volte inferiore. Ciò significa che i servizi di salute mentale ne riescono a intercettare e trattare solo 1 su 10. Inoltre essi faticano ad attivare quella enorme risorsa capillare prossima a tutti, che è quella delle cure primarie. In questo siamo molto lontani dall'esperienza del Regno Unito sulla responsabilizzazione del medico di medicina generale nel ruolo di primo impatto, di prima diagnosi e di primo trattamento dei disturbi psichiatrici comuni, tuttalpiù con la supervisione degli specialisti.

Sulla carenza di personale incide la bassa percentuale di spesa sanitaria destinata alla salute mentale. In Italia si attesta in media sul 3,7% (ma 11 regioni sono al di sotto) rispetto al 5% a cui si erano impegnati invano i Presidenti delle Regioni, dato che solo Trento, Bolzano e l'Emilia Romagna sono su tale standard. Peraltro la Commissione internazionale che si occupa di *Global Mental Health* ritiene ancora insufficiente tale aliquota tanto da raccomandare di elevarla ad almeno il 10%, così come fanno il Regno Unito, la Francia e la Germania. Per il nostro Paese il *Global Mental Health* rileva che a fronte del 3,7% del fondo sanitario che noi mettiamo per la salute mentale la misura del carico delle patologie, ovvero il peso dei soli disturbi mentali e da abuso di sostanze è del 16,2%. Il peso che queste condizioni hanno sulla società rispetto all'investimento che questa fa per prevenirli e per curarli rappresenta uno squilibrio insostenibile.

Altro aspetto di criticità riguarda il numero di soggetti trattati con neurolettici, aumentato del 74% in un triennio come risposta alla pressione dei casi a fronte della carenza di personale. Infatti si verifica di più dove vi è una più ridotta presenza di personale così che l'equivalenza è: meno operatori si hanno, più farmaci si prescrivono. La distribuzione delle professionalità evidenzia che gli operatori di

area sanitaria sono più presenti nel Centro e Centro-Sud, mentre quelli di area psico-sociale nelle regioni del Nord a connotare anche un diverso orientamento nei servizi.
Preoccupa poi il dato di prevalenza per classe di età degli utenti. Parafrasando il celebre film "*Non è un Paese per vecchi*" potremmo dire che quelli di salute mentale non sono servizi per giovani, dato che se si sommano le due fasce anagrafiche che vanno dai 18 ai 34 anni esse sono pressoché equivalenti per numero di persone a quelle seguite tra i 65 e oltre i 75 anni, mentre l'esordio dei disturbi è massicciamente concentrato in età evolutiva e giovanile. Lo stesso si può dire per il dato di incidenza, ovvero dei nuovi casi venuti in contatto per la prima volta con i servizi. Questo allarme si verifica per altro nei servizi per le dipendenze (sia quelle da sostanze che da comportamenti, spesso associate con un disturbo mentale).

Cosa fare per riorientare le politiche e l'organizzazione dei servizi alla luce di questi dati?

Partendo dai servizi occorre superare l'emergenza principale costituita dalle disuguaglianze interregionali. Oltre a puntare verso obiettivi qualitativi si tratta di fare in modo che siano largamente attenuate le disparità di funzionamento dei servizi, e quindi di trattamento degli utenti, nelle diverse aree del Paese.
Occorre poi favorire l'integrazione dei servizi attraverso il coinvolgimento delle comunità locali perseguendo la tempestività degli interventi, obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto, per rendere la rete dei servizi più accessibile e calibrata su quello che le persone chiedono e non solo sulle competenze disponibili degli operatori. Occorre intervenire in maniera precoce sui segni e sintomi dei disturbi e quindi spostare il *target* del sistema di cura e accendere i riflettori su adolescenti e preadolescenti - sempre più alle prese anche con le dipendenze - come una delle priorità assolute dell'intervento dei servizi. E a questo può contribuire anche la configurazione di un Dipartimento unico che raggruppa la salute mentale con le dipendenze e la neuropsichiatria infantile, obiettivo realizzato per ora solo in alcune aree ma da conseguire senza esitazione. Questo unico sistema favorisce la continuità di presa in carico e assistenziale degli utenti, in particolare giovani che sono sottorappresentati rispetto al bisogno sia nei servizi di salute mentale che in quelli per le dipendenze. La interdipendenza dei diversi servizi in rete rende altresì meno drammatica la carenza di risorse umane che vanno comunque infoltite di numero e ampliate nello spettro interdisciplinare, così che le figure strettamente sanitarie possano cooperare con quelle della riabilitazione sociale, dell'inclusione e del recupero sociale degli utenti che si presentano spesso ai servizi in ritardo rispetto all'esordio della patologia e quindi con caratteristiche di complessità della loro condizione di salute e di vita. Riorganizzare i servizi con una *vision* che guardi ai prossimi 5 o 10 anni per una migliore aderenza ai bisogni tendenziali comporta la necessità di ampliare e valorizzare le evidenze scientifiche che i dati delle ricerche e delle rilevazioni statistiche offrono al decisore politico.

Rapporto mondiale sull'Alzheimer 2020: la progettazione degli ambienti per le persone con demenza

Il Rapporto mondiale sull'Alzheimer, pubblicato a settembre 2020 in occasione della Giornata mondiale dell'Alzheimer, si intitola "Design, dignità, demenza: la progettazione e la costruzione degli ambienti per le persone affette da demenza" (il titolo originale ed il testo sono in inglese) e sostanzialmente riguarda i principi e le migliore pratiche sulla progettazione o sull'adattamento dei luoghi nei quali vivono o in cui si trovano ad interagire le persone affette da demenza, al fine di migliorarne la confortevolezza e la sicurezza.

In due volumi, che includono 84 casi di studio, il Rapporto esamina la progettazione negli ambienti domestici, nelle strutture di assistenza diurna e residenziale, negli ospedali e negli edifici e spazi pubblici.
Il Rapporto viene pubblicato annualmente da *Alzheimer's Disease International (ADI)*, che è la federazione internazionale cui aderiscono 102 associazioni e federazioni per l'Alzheimer di tutto il mondo (rappresentante per il nostro Paese è la *Federazione Alzheimer Italia*) e che collabora con l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Si prevede che entro il 2050 circa 152 milioni di persone nel mondo convivranno con la demenza, ed è già la quinta causa di morte nel mondo, ma la maggior parte dei Paesi è ancora indietro in termini di adeguatezza degli ambienti destinati ad accogliere tali persone.
Riconoscere la demenza come una disabilità, ai sensi della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, contribuirà a garantire che per la progettazione vengano fatti passi avanti simili a quelli fatti negli ultimi 30 anni a vantaggio delle persone con disabilità fisica, che hanno portato alla realizzazione di ascensori e rampe accessibili così come di attraversamenti pedonali più sicuri.

"*Dobbiamo applicare le linee guida e i principi di progettazione per gli ambienti frequentati dalle persone che convivono con la demenza nello stesso modo in cui vengono adottate le linee guida di progettazione per i luoghi in cui interagiscono le persone con disabilità fisica*", afferma Paola Barbarino, l'amministratore delegato di ADI. "*Ricordo che in passato si diceva che gli ascensori e le rampe accessibili erano impossibili da installare nei vecchi edifici. Se possiamo provvedere alle persone con disabilità visibili, come possiamo rifiutarci di provvedere a quelle con disabilità invisibili? Dobbiamo iniziare a lavorare ora, nelle nuove costruzioni, considerando questo nuovo modo di pensare, in fase di pianificazione, e guardare anche ad opzioni di adattamento a posteriori per gli edifici più vecchi*".
Barbarino afferma che spesso anche dei piccoli accorgimenti possono essere di grande aiuto, come ad esempio considerare l'assenza di tappeti e decorazioni, la rimozione di oggetti pericolosi, la riduzione di elementi che producano eccessi di stimolazione, la presenza di indicazioni chiare che mettano in evidenza i percorsi e le direzioni da seguire: tutte misure che possono ridurre l'ansia e l'agitazione e migliorare le azioni e le interazioni delle persone affette da demenza.
Ad esempio, le aree nere su tappeti colorati potrebbero sembrare buchi nel pavimento e le persone affette da demenza potrebbero girarci intorno perché potrebbero essere preoccupati di caderci dentro. Allo stesso modo gli specchi sui muri possono essere un problema, poiché possono essere disorientate vedendo il proprio riflesso, soprattutto di notte.
In assenza di una cura farmacologica – prosegue Barbarino – l'obiettivo di questi interventi è di rendere più facile e appagante la vita di coloro che convivono con questa condizione.
Il coautore del Rapporto, Richard Fleming, afferma che la conoscenza su come progettare edifici a supporto delle persone che convivono con la demenza è cresciuta negli ultimi quarant'anni e ora c'è la possibilità di implementarla. La progettazione di ambienti ed edifici per persone che vivono con la demenza dovrebbe essere parte del percorso formativo di ogni scuola di architettura e design.
Kate Swaffer, presidente, co-fondatrice e CEO di *Demen-*

tia Alliance International, partner di *ADI,* afferma che il legame tra disabilità e ambiente è nitido. "*Se l'ambiente cambia, cambierà anche l'esperienza di chi vive con una disabilità. E' fondamentale che progettisti, designer e architetti adottino il design di ambienti correlati alle persone con demenza e che includano tali persone dall'inizio e in ogni successiva fase della progettazione*".

Riconoscere la demenza come disabilità è, dunque, una delle numerose raccomandazioni del Rapporto, insieme a quella di incorporare la progettazione correlata alla demenza nei piani nazionali, in risposta al piano d'azione globale dell'OMS sugli obiettivi della salute pubblica per la demenza 2017-2025.
"*Il primo obiettivo del piano dell'OMS è che il 75% degli Stati membri abbia sviluppato o aggiornato politiche, strategie e piani nazionali per la demenza entro il 2025*", afferma Barbarino. "*Attualmente solo 30 Stati membri su 146 hanno raggiunto questo obiettivo. L'analisi di questi piani mostra che attualmente solo circa il 25% di questi include la progettazione degli ambienti destinati ad accogliere le persone con demenza*".
Australia, Inghilterra e Scozia sono Paesi leader nella progettazione di questi ambienti. Alcuni esempi sono facilmente replicabili, come le abitazioni con bagni senza specchio, elettrodomestici in vecchio stile, maniglie tradizionali negli armadi e nei pensili delle cucine, spazi esterni e giardini idonei a favorire l'interazione con l'ambiente circostante.

Sintetizzando, i principi da seguire per la realizzazione o l'adattamento degli spazi in cui dimorano o sono ricoverati o che sono, comunque, frequentati dalle persone affette da demenza sono:

- riduzione al minimo dei fattori di rischio;
- scale degli edifici che abbiano un impatto positivo, riducendo al minimo gli effetti intimidatori nella salita e nella discesa;
- ambienti facilmente fruibili, nei quali si riduca al minimo il rischio di creare confusione alle persone che vi dimorano;
- ambienti progettati per ridurre al minimo l'esposizione a stimoli inutili, come rumori non necessari o evitabili, oppure la presenza di cartelli, poster o altri elementi non necessari che creino un effetto di disorientamento;
- favorire le stimolazioni utili: ossia creare le condizioni ottimali per agevolare la percezione visiva, uditiva e olfattiva della persona affetta da demenza, consentendole di ottenere spunti su dove si trova e cosa può fare, riducendo al minimo il senso di confusione e incertezza;
- presenza di indicazioni di percorso e movimento ben definite e prive di ostacoli;
- creare un luogo familiare: ossia l'uso di un design, di mobili, accessori e colori familiari che offrano a tali persone la possibilità di sentirsi a proprio agio con ciò che li circonda;
- offrire le condizioni per poter stare da soli o con gli altri: ossia una varietà di spazi, alcuni per conversazioni tranquille e altri per gruppi più grandi, così come spazi in cui le persone possano stare da sole, dando la possibilità di scegliere come trascorrere il proprio tempo;
- collegamento con la comunità: ossia creare ambienti che consentano ai visitatori di accedere e trattenersi facilmente; in questo modo si incoraggia l'interazione e, al contempo, può portare ad un rafforzamento del senso d'identità della persona affetta da demenza, derivante dalla maggiore possibilità di trascorrere del tempo con i propri cari e con le altre persone che le sono vicine;
- progettazione e predisposizione dell'edificio rispondente al personale stile di vita della persona affetta da demenza.

Per quanto detto sin qui, è da accogliere con soddisfazione l'istituzione, nella Legge di bilancio per il 2021, del Fondo nazionale per l'Alzheimer e le demenze, con una dotazione di 5 milioni di euro all'anno per il prossimo triennio. Il Fondo è destinato al finanziamento del "Piano nazionale demenze", per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, nonché per gli investimenti effettuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano, anche mediante l'acquisto di apparecchiature sanitarie, volti al potenziamento della diagnosi precoce, del trattamento e del monitoraggio dei pazienti con malattia di Alzheimer, al fine di migliorare il processo della loro presa in carico.

10 proposte per un sistema sanitario resiliente

di Alessia Morici

Medicina di prossimità, servizi pro-attivi, innovazione tecnologica ed assistenza circolare ed integrata, sono solo alcuni dei presupposti sulla base dei quali ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, ha formulato le sue proposte per migliorare il futuro della Sanità Pubblica, durante e dopo il Covid 19.

Diversi studi, già a partire dal 2018, avevano paventato l'ipotesi che, a causa dei cambiamenti climatici, lo sviluppo delle "zoonosi" potessero divenire frequenti se non addirittura endemiche nella nostra epoca; questa previsione ha portato ASIQUAS a formulare 10 proposte operative per ripensare il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e garantirne la sostenibilità a fronte di nuove epidemie, che, come ci ha mostrato il Covid, oltre il numero dei morti, accrescono anche le diseguaglianze di salute tra le diverse fasce della popolazione.

1. Risorse economiche adeguate

Le statistiche Eurostat 2016 vedono l'Italia 13° per la spesa sanitaria: 8.9% rispetto al PIL; mentre la spesa per abitante è stata di 2.500 euro, inferiore del 41% rispetto alla Germania e del 32% rispetto alla Francia e Regno Unito: un divario notevole che ha bisogno di investimenti duraturi nel tempo per essere colmato; per questo i **fondi del MES** e del **NextgenerationUE** potrebbero essere un'opportunità, a patto che siano utilizzati per ripensare interamente l'organizzazione del SSN, sulla base dell'integrazione socio-sanitaria, dell'innovazione tecnologica e della prossimità al territorio, rendendo il Sistema Sanità un vero e proprio modello di sviluppo capace di attivare cambiamenti sociali.

2. Integrazione operativa tra i diversi LEA

E' importante superare una volta per tutte l'impostazione "ospedalocentrica" che ha mostrato tutta l'inefficacia nel periodo della pandemia, per valorizzare invece i modelli di "*integrazione diffusa",* come quelli del Veneto e dell'Emilia Romagna, rivelatisi molto più resilienti, grazie al coordinamento tra le istituzioni ospedaliere, i presidi di medicina territoriale e quelli deputati alla prevenzione. Il modello è quello dell' "*ospedale diffuso*", che integra e valorizza i presidi sanitari e sociali, pubblici e privati "*accreditati*" ed il mondo del Terzo settore. A favorire la connessione tra ospedale e territorio potrebbe essere la figura dell'*infermiere di famiglia*, una sorta di *case manager*, che, oltre a gestire le cronicità, si occupi anche di promozione della salute in tutti gli ambiti di vita.

3. Analisi dei bisogni di salute

I Sistemi Sanitari Regionali più efficienti sono quelli in cui l'allocazione delle risorse disponibili è stata stabilita sulla base di approfondite ed accurate analisi relative al *trend* demografico e ai bisogni di salute delle popolazioni residenti: continui aggiornamenti e analisi dei dati sono dunque fondamentali per definire strategie di intervento di lungo respiro.

4. Ridefinizione dei modelli regolativi degli ospedali

In permanenza della pandemia ed in previsione di nuove epidemie, è fondamentale che il Sistema Sanitario si doti di Piani Pandemici nazionali e regionali, aggiornati e realistici, in grado di rendere le strutture sanitarie versatili e capaci, di volta in volta, di rispondere alle diverse tipologie di minaccia di salute: modelli organizzativi e strutturali "*modulari*" quindi, attivabili in fretta in caso di emergenza, ma che non abbandonino i pazienti cronici e poli-cronici.

5. Modelli uniformi per le strutture intermedie di assistenza, sia "specialistiche" che "generaliste"

Per una Sanità "di tutti", le singole ASL dovranno garantire prestazioni uniformi, in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato, seguendo la modellizzazione individuata dal **Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni;** ciò significa uniformare i sistemi di valutazione dei pazienti, i servizi erogabili, la dotazione di personale e risorse tecnologiche. Ai Distretti socio-sanitari dovranno essere assegnate nuove funzioni: valutare i bisogni, promuovere la salute, agire proattivamente (sanità d'iniziativa), orga-

nizzare i servizi, garantire la continuità delle cure. Si dovranno quindi implementare le "*Unità complesse di cure primarie*" (UCCP) e, non da ultimo, dotare tutti i territori di strutture socio-sanitarie fisiche adeguate, accessibili e digitalmente aggiornate.

6. Riorganizzazione ed integrazione dei servizi territoriali e delle cure primarie

Occorre potenziare le reti territoriali integrate come quelle delle "*Case della Salute*", dei Punti di primo Soccorso, dei Servizi Sociali dei Comuni e le associazioni di medici, pediatri, specialisti ed infermieri, connotando i Distretti come Agenzie di "*continuità assistenziale*".
Il sistema di convenzionamento con i medici di base, i pediatri di libera scelta e gli specialisti territoriali va poi completamente rivisto, ridefinendone ruoli e competenze, in una visione unitaria delle cure primarie e della prevenzione, perché divengano figure sempre più attive all'interno dei SSR.

7. Un normativa sull'integrazione socio-sanitaria uniforme in tutte le Regioni

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e lo stretto legame tra disagio socio-economico e cronicità rendono l'integrazione socio-sanitaria oggi sempre più necessaria; per questo essa deve divenire un obiettivo dello Stato. La tradizionale separazione delle competenze sanitarie da quelle sociali attribuite a Ministeri e Assessorati regionali diversi spesso genera duplicazione degli interventi, con annessi spreco di risorse, burocrazie parallele, difformità e disfunzione nei servizi erogati. "Integrare" significa quindi risparmio di risorse ed interventi più efficaci: operatori sociali e sanitari, nei territori, devono lavorare insieme e le "prese in carico" sanitarie devono interagire con il mondo del sociale e quello scolastico per poter rispondere in maniera adeguata a bisogni complessi.
Una normativa uniforme sull'integrazione socio-sanitaria, a livello sia nazionale che regionale, che faciliti la connessione tra operatori, risorse, competenze e la gestione delle reti socio-sanitarie è dunque essenziale. È altresì indispensabile che la Pubblica Amministrazione adotti, in fase di convenzionamento, concessione e accreditamento, un adeguato sistema di valutazione degli enti gestori di strutture residenziali e che integri la loro presenza sul territorio nella rete delle cure sociosanitarie.

8. Aggiornamento dei Corsi di Laurea nelle professioni sanitarie

Considerato che la sanità conta il maggior numero di laureati e specializzati del Paese e che questa quota di risorse umane incide per circa il 15% del PIL, è fondamentale aggiornare i corsi di laurea delle professioni sanitarie ed investire nella formazione degli operatori, con approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, interventi socio-sanitari e aspetti psicologici. Andranno inoltre acquisite competenze quali il lavoro in *equipe*, la gestione dei gruppi e dei conflitti, la *leadership*, l'*empowerment,* la relazione empatica con i pazienti, la cura dell'informazione e della comunicazione, la conoscenza della rete territoriale dei servizi, affinché il ruolo degli operatori sia sempre più valorizzato.

9. Sistemi informativi adeguati e uniformi a livello nazionale

Con una cabina di regia unica Stato–Regioni, che, in caso di pandemia, garantisca il coordinamento e la definizione di piani d'intervento dedicati.
La digitalizzazione in sanità è ormai un obiettivo inderogabile: la tele medicina, la tele assistenza, il tele monitoraggio e la tele refertazione durante la pandemia si sono mostrate fondamentali. L'integrazione dei servizi necessita a sua volta della condivisione dei sistemi di raccolta e conservazione dei dati amministrativi, clinici e assistenziali. Per questo occorrerebbe uniformare i sistemi informatici, almeno a livello regionale, ed avere operatori adeguatamente formati ad utilizzarli.

10. Autosufficienza di farmaci, tamponi e DPI

In vista di una eventuale recrudescenza della pandemia, è necessaria una programmazione della produzione, dello stoccaggio e degli acquisti di vaccini, farmaci, tamponi e PPI (presidi di protezione individuale) ed anche di supporti tecnologici, destinati agli operatori sanitari e sociali e ad i *target* più a rischio della popolazione.

Queste proposte mostrano come, per ASIQUAS, il futuro della sanità sia nella medicina integrata e di comunità, perché la sfida alle malattie virali o croniche può essere affrontata e vinta partendo dai territori.

Questa pagina vuole essere un "colpo d'ala", cioè una proposta per un momento di riflessione.

Cominciate a fare ciò che è necessario, poi ciò che è possibile e all'improvviso vi sorprenderete a fare l'impossibile.

(San Francesco d'Assisi)

Direttore Responsabile: MAURIZIO GIORDANO
Redazione: Alessio Affanni e Sergio Zanarella.
Amministrazione: Via Gioberti, 60 - 00185 Roma Tel. 065943091 - Fax 0659602303
Il nostro sito internet è: www.uneba.org la nostra posta elettronica è: info@uneba.it
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 88 del 21/2/1991
Progetto e realizzazione grafica: www.fabiodesimone.it
Stampa: Consorzio AGE - Pomezia (Roma)
Il giornale è inviato gratuitamente agli associati dell'UNEBA
Finito di stampare nel gennaio 2021

UNEBA

Periodico dell'UNEBA
Unione Nazionale Istituzioni
e Iniziative
di Assistenza Sociale