

NUOVA

PROPOSTA

n. 5/6
2023

UNEBA

Unione nazionale
istituzioni
e iniziative
di assistenza
sociale

www.uneba.org

Gli strumenti di lavoro del sociosanitario

all'interno:

Sintesi del Convegno UNEBA su etica, privacy, Decreto 231 e CCNL

**Sintesi del Convegno UNEBA su tutela dei
non autosufficienti e delle cronicità**

**Fondazione Anni Sereni: la forza della tradizione
nell'assistenza agli anziani**

Nuovo Decreto sui LEA e Telemedicina

Convegno UNEBA su etica, privacy, Decreto 231 e Contratto Collettivo

Etica e qualità dell'assistenza sono stati i temi di apertura del primo giorno del Convegno. Hanno risuonato nelle parole del presidente nazionale di UNEBA, Franco Massi, e nell'intervento di Salvatore D'Aiuiso, presidente del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Bari. Anche il presidente di UNEBA Puglia, Pierangelo Pugliese, ha sottolineato come l'etica non solo sia presente ma dia forma e sostanza all'opera svolta quotidianamente dalle strutture che fanno parte di UNEBA. In occasione del Convegno è stato ricordato con gratitudine Leonardo Guaricci, già presidente di UNEBA Puglia, ed il suo contributo essenziale nell'adozione del Codice etico da parte di UNEBA.

Il tema dell'etica nella cura è stato approfondito nella lectio magistralis del docente di teologia morale Roberto Masaro, intitolata *"Il prendersi cura come proposta etica nell'assistenza della persona fragile"* nella quale ha trattato il concetto di cura nel pensiero occidentale. Ad esempio E. Stein, con il concetto di empatia come presupposto della cura, indica che la cura non è qualcosa di esterno all'uomo: essa è un habitus essenziale che esprime la dimensione radicale dell'umano. L'uomo, come essere relazionale e intersoggettivo, comprende che la relazionalità non è un corollario alla sua esistenza, quanto piuttosto il suo valore fondamentale.

Secondo Kohlberg il punto di arrivo della maturazione morale di ogni individuo conduce a trattare con imparzialità ogni persona in virtù della convinzione che tutti gli individui abbiano identico valore morale; secondo Carol Gilligan lo sviluppo morale non si fonda sulla capacità di giungere a giudizi universali ma sulla personale riscoperta della fondamentale predisposizione al prendersi cura, presente in ciascun individuo. Noddings sostiene che l'atteggiamento di cura deve consistere nella preoccupazione per qualcosa o qualcuno, nell'inclinazione verso i suoi interessi, nel senso di responsabilità per il suo destino. Emblematico, in questo senso, l'esempio delle cure materne verso i propri figli: le madri infatti esprimono un'attitudine del tutto naturale quando si prendono cura del proprio figlio, un'attitudine che non viene loro insegnata né imposta da regole esterne e impersonali. Sara Ruddick affronta questo tema affermando che una madre non esaurisce la cura verso i suoi figli solo mediante i sentimenti o le emozioni che la accompagnano nelle tappe della crescita, ma unisce ad esse le azioni concrete che corrispondono ad altrettanti bisogni concreti del proprio figlio, quali la protezione, la crescita e l'approvazione sociale. Eva F. Kittay sostiene che ciò che accomuna ogni essere umano è la condizione di fragilità e vulnerabilità, che si manifesta soprattutto in quei momenti della vita (l'infanzia e la vecchiaia, in particolare) in cui



Una sintesi di alcuni degli interventi del Convegno nazionale di UNEBA, tenutosi a Bari il 28 e 29 aprile, intitolato **"Etica, Privacy, 231, Contratto Collettivo: gli strumenti di lavoro del socio sanitario"**.



siamo dipendenti da altri fino a quando non accettiamo e addirittura comprendiamo questa dipendenza come origine dei nostri legami più profondi e come radice di ogni organizzazione sociale umana.

Queste considerazioni ci portano a concludere che un individuo ha valore non perché possiede determinate caratteristiche fisiche o mentali ma perché fragilità, bisogno di cure e vulnerabilità sono caratteristiche comuni ad ogni essere umano. Può essere quindi sospesa una terapia perché è ritenuta inutile, dannosa e sproporzionata, ma la cura resta. Una persona può essere dichiarata inguaribile, ma mai incurabile. La medicina stessa trova il suo senso più profondo nell'assumere come obiettivo primario quello di dedicarsi a chi vive nella sofferenza, affinché questa non sia fonte di alienazione e di abbandono. In questo senso va sottolineata l'importanza della medicina narrativa, nella quale il racconto che il paziente fa di sé stesso ha lo scopo di dare senso e significato alla sua esperienza di malattia. L'atteggiamento del medico, pur non rinunciando alle evidenze scientifiche, deve essere inteso a valorizzare il racconto che ogni malato fa di sé, non solo della sua malattia, ma anche di ciò che l'ha preceduta o che la seguirà.

Durante il Convegno è stato affrontato anche il tema del trattamento dei dati personali. L'avv. Chiara Rabbito ha presentato le slide intitolate **“Il trattamento dei dati nei sistemi IT: le misure di sicurezza tecniche e organizzative e la gestione delle violazioni”**, spiegando che il Regolamento UE introduce il principio di responsabilizzazione (accountability, nell'accezione inglese) di titolari e responsabili, ossia l'adozione di comportamenti proattivi e tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l'applicazione del Regolamento stesso. Ai titolari del trattamento viene affidato il compito di decidere autonomamente le modalità le garanzie ed i limiti del trattamento dei dati personali, nel rispetto delle disposizioni normative. Ha illustrato il



specifico finalità di trattamento.

L'uso di nuove tecnologie, considerati la natura, l'oggetto, il contesto e le finalità del trattamento stesso, può presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche. Il titolare del trattamento, prima di procedere, deve quindi effettuare una valutazione dell'impatto dei trattamenti previsti sulla protezione dei dati personali. La certificazione non riduce la responsabilità del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento e lascia impregiudicati i compiti e i poteri delle autorità di controllo competenti. È rilasciata per un periodo massimo di tre anni e può essere rinnovata alle stesse condizioni purché continuo a essere soddisfatti i requisiti pertinenti.

Ha poi trattato l'argomento del “data breach”, ossia la violazione di sicurezza che comporta la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata dei dati personali. In tali casi il titolare del trattamento, senza ingiustificato ritardo e ove possibile entro 72 ore dal momento in cui ne è venuta a conoscenza, deve notificare la violazione al Garante a meno che sia improbabile che la violazione dei dati personali comporti un rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche. Il responsabile del trattamento che viene a conoscenza di un'eventuale violazione è tenuto ad informare tempestivamente il titolare in modo che possa attivarsi. Se la violazione comporta un rischio

principio di “privacy by design” ed il principio di “privacy default”: nel primo caso il titolare adotta ed attua misure tecniche organizzative sin dal momento della progettazione, oltre che nell'esecuzione del trattamento, che tutelino i principi di protezione dei dati. Per quanto riguarda invece la “privacy by default”, essa consiste nell'adozione nella modalità operativa del trattamento di misure e tecniche che, per impostazione predefinita, garantiscano l'utilizzo dei soli dati personali necessari per ciascuna

elevato per i diritti delle persone, il titolare deve comunicarlo a tutti gli interessati utilizzando i canali più idonei, a meno che abbia già preso misure tali da ridurre l'impatto. Il titolare del trattamento, a prescindere dalla notifica al Garante, documenta tutte le violazioni dei dati personali: ad esempio predisponendo un apposito registro. Tale documentazione consente all'Autorità di effettuare eventuali verifiche sul rispetto della normativa. Vanno notificate unicamente le violazioni di dati personali che possono avere effetti avversi significativi sugli individui causando danni fisici, materiali o immateriali:

ciò può includere ad esempio la perdita del controllo sui propri dati personali, la limitazione di alcuni diritti, la discriminazione o il furto di identità. Il Garante può prescrivere misure correttive nel caso sia rilevata una violazione delle disposizioni del Regolamento, anche per quanto riguarda l'adeguatezza delle misure di sicurezza tecniche e organizzative applicate. In caso di violazione sono previste sanzioni pecuniarie.

Ha quindi esaminato la complessità di un inquadramento giuridico in caso di attivazione di un sistema di telemedicina. Esso infatti richiede l'adesione preventiva del paziente, preceduta da adeguata e puntuale informativa nella quale si illustri in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e sugli eventuali rischi. Occorre anche indicare come verrà gestita e mantenuta l'informazione acquisita e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente, quali strutture o professionisti verranno coinvolti, quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità. Requisiti essenziali per l'attivazione del percorso di cure domiciliari supportate da strumenti di telemedicina sono l'adesione da parte dell'interessato al percorso domiciliare e all'attivazione della prestazione in cui possano operare più figure professionali. Occorre inoltre l'idoneità del paziente (o del caregiver) all'uso di tali strumenti e l'idoneità strutturale del contesto abitativo correlata al quadro clinico, anche in relazione all'utilizzo delle apparecchiature.

Elisabetta Fortunato, Data protection Officer della ASL di Bari, ha presentato la relazione intitolata "**La protezione dei dati personali nel settore socio-sanitario ed assistenziale**" nella quale ha preliminarmente chiarito il ruolo nella privacy che assumono le strutture sanitarie private accreditate. L'accreditamento si perfeziona tramite un contratto: esso, dunque, diventa il mezzo che permette al Servizio Sanitario Nazionale di avvalersi dell'operato di strutture private nel perseguimento dell'interesse generale della salute. In relazione alla privacy e alla gestione della protezione dei dati personali, il dovere di assicurare all'utenza il servizio pubblico "concesso", assumendo i rischi economici ad esso connessi, consente quindi di qualificare le strutture sanitarie private accreditate come autonomi titolari del trattamento dati, con un proprio potere decisionale nella scelta delle finalità e dei mezzi del trattamento dei dati personali dei pazienti/ospiti che decideranno di avvalersi dei loro servizi. In



quanto titolare del trattamento dati dovrà quindi provvedere alla nomina del DPO, alla formazione del personale, ad istituire il Registro dei trattamenti dei dati, ecc.

La relatrice ha quindi illustrato le normative vigenti nella Regione Puglia e la proposta della ASL di Bari di integrazione dello schema di contratto-tipo regionale per adeguamento in materia di privacy.

La **sessione dedicata al modello 231** ha accolto gli interventi della relazione "**Case history nel settore socio-sanitario**" presentata dall'avv. Angelo Bianco, componente della Commissione giuridica nazionale di UNEBA. Tra i temi trattati: il risk assessment e le possibili soluzioni alle problematiche in materia di deleghe, dati personali e sicurezza sul lavoro.

L'avv. Alberto Vittorio Fedeli ha invece trattato il tema de "**Il ruolo dell'Organismo di vigilanza**" (di seguito OdV). In base all'art. 6, comma 1, lettera b) del Decreto Legislativo n. 231 del 2001 esso è un organismo dell'ente, che può essere monocratico o collegiale, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, con il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei Modelli organizzativi gestionali (MOG), curandone il loro aggiornamento. Nella disciplina degli enti del Terzo settore è previsto un Organo di controllo, in base all'art. 30 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017 (Codice del terzo settore) e, per le imprese sociali, in base all'art. 10 del Decreto Legislativo n. 112 del 2017. Questo Organo di controllo è obbligatorio per le fondazioni e le imprese sociali e, per le associazioni, quando siano superati, per due esercizi consecutivi, due

dei seguenti limiti: 110.000 € di attivo dello stato patrimoniale oppure 220.000 € di ricavi, rendite, proventi o entrate oppure 5 dipendenti occupati in media durante l'esercizio. Tra le funzioni dell'Organo di controllo si prevede la vigilanza sull'osservanza della legge e dello statuto e sul rispetto dei principi di corretta amministrazione, anche con riferimento alle disposizioni del Decreto Legislativo n. 231 del 2001 qualora applicabili. Tuttavia, ha osservato Fedeli, se nell'ente è obbligatoria la revisione legale è opportuno che vi sia anche un



Organismo di Vigilanza, con funzioni distinte rispetto all'Organo di revisione. Il D.M. n. 70 del 2015 ha previsto, tra i requisiti per l'accreditamento, l'osservanza del Decreto Legislativo n. 231 del 2001. Nei servizi socio-sanitari alcune regioni (Lombardia, Sicilia e Calabria) hanno previsto nelle convenzioni e negli accordi contrattuali conseguenti all'accreditamento anche clausole che prescrivono l'adozione del MOG e la nomina dell'OdV. La Regione non può né derogare né porre discipline integrative al Decreto 231 ma solo quelle connesse all'accreditamento e al mantenimento del contratto. In Lombardia, ad esempio, l'obbligo di adottare il MOG e di nominare l'OdV è previsto nel contratto conseguente all'accreditamento per Unità di offerta con capacità ricettiva pari o superiore a 80 posti letto o con capacità contrattuale pari o superiore a 800.000 € annui.

In generale l'Organismo dovrà poter espletare le sue funzioni completamente libero da condizionamenti e non dovrà essere coinvolto nell'esercizio di attività di gestione che esorbitino dai compiti specificamente assegnati in funzione della propria attività. L'OdV monitora anche le novità normative, in specie l'introduzione di nuovi reati presupposto, segnalando all'organo amministrativo la necessità di aggiornare il MOG.

Ha poi trattato il tema dei flussi informativi di tutti quegli eventi che potrebbero comportare una responsabilità dell'ente ai sensi del Decreto 231: flussi che avvengono periodicamente o al verificarsi di un particolare evento. L'analisi di tali flussi informativi comporta anche approfondimenti con incontri specifici dell'OdV con gli amministratori o il management interessato.

Trattando la disciplina del "whistleblowing", il legislatore già con la Legge n. 179 del 2017 aveva modificato il Decreto 231, introducendo la necessità di predisporre uno o più canali per le segnalazioni di condotte illecite relative a fattispecie di reato presupposto, purché circostanziate e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, e garantendo la riservatezza dell'identità del segnalante ed il divieto di atti di ritorsione o discriminatori nei suoi confronti. Ha quindi illustrato l'attuale disciplina, definita dal nuovo Decreto Legislativo n. 24 del 2023. Nella relazione di Massimo Scarpetta, consigliere nazionale UNEBA, su "**Sicurezza, salute, ambiente, un approccio sistemico: novità in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro**" sono stati esaminati l'assetto organizzativo, la miniriforma del Decreto Legislativo n. 81/08, il consulente ADR e le novità della



norma ISO 45001:2018 sui sistemi di gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro. Tra i vari argomenti il relatore ha illustrato l'HLS (High Level Structure) con cui si intende l'elaborazione standardizzata di tutte le future norme ISO su sistemi di gestione. Il rischio può consistere in una data minaccia che sfrutta una particolare vulnerabilità potenziale e

l'effetto di tale evento avverso sull'organizzazione, oppure il potenziale effetto negativo sulla salute di una persona esposta a rischio. Quindi la gestione del rischio è un approccio alla comprensione dell'incertezza che ruota attorno agli obiettivi di un'organizzazione, per acquisire consapevolezza delle sue caratteristiche e decidere se e come sia possibile affrontarla, con lo scopo di massimizzare la probabilità di raggiungere gli obiettivi stabiliti. Al top management pertanto viene richiesto di assumersi piena responsabilità, compresa quella per la prevenzione di infortuni e malattie e garantire luoghi di lavoro sicuri e salubri.

Una sessione del Convegno è stata dedicata al contratto di lavoro UNEBA. Nella relazione su "**Il contratto collettivo Uneba: tutele ed opportunità per enti associati e lavoratori**" il segretario nazionale di UNEBA, Alessandro Baccelli, ha esaminato il passaggio al CCNL UNEBA da altro contratto, l'assistenza domiciliare nel contratto UNEBA, il trattamento economico progressivo, l'assistenza sanitaria integrativa nel contratto UNEBA e gli sviluppi futuri del contratto (*per un approfondimento, si rinvia all'articolo a pagg. 6-7*).

Valeria Gamba, responsabile del servizio SAIL di UNEBA, ha invece presentato la relazione su "**Gli strumenti specifici del CCNL Uneba: servizio SAIL e corretta applicazione del contratto**". Il servizio SAIL ha risposto a 1.138 quesiti da febbraio 2020 ad aprile 2023. È un servizio di assistenza

e informazione sulla corretta interpretazione del contratto UNEBA riservato agli enti aderenti all'UNEBA e non sostitutivo di consulenza.

Il Convegno è stato anche occasione di dialogo con le altre associazioni datoriali (Agespi, Aris, Agidae, Diaconia Valdese e Anffas) e con i sindacati Cisl Fp, Fisascat Cisl, Fp Cgil, Uil Fpl e Uiltucs. Ne è emerso che gli enti del settore socio-sanitario, unanimemente, sono pronti ad intraprendere il percorso verso il contratto nazionale unico per i 250.000 lavoratori del settore. Ma sarà anche indispensabile che le istituzioni politiche considerino le urgenze di risorse in ambito sociosanitario.

CCNL UNEBA: tutele ed per enti associati e lavora

di Alessandro Baccelli

Nel convegno di Bari, è stato sviluppato un particolare focus sul contratto Uneba che ha riguardato l'assistenza domiciliare, il TEP, l'assistenza sanitaria integrativa e la modifica del contratto applicato.

Nella presentazione di questi approfondimenti ho ritenuto utile partire da una domanda specifica: "Il contratto UNEBA: lo applichiamo correttamente?".

Come è noto, il CCNL è composto sia da una parte normativa (che attiene a tutte le regole che, in forza di legge o concordate tra le parti, servono a definire il rapporto di lavoro) e sia la parte economica (che attiene la sfera della retribuzione diretta ed altre voci contrattuali).

Il rispetto della parte economica del contratto, solitamente, è il punto di più facile realizzazione: in effetti risulta sufficiente l'applicazione delle tabelle contrattuali, in base ai singoli livelli del personale per essere adempienti; la parte normativa, invece, risulta più complessa e può capitare che, per i più svariati motivi, venga almeno in parte disapplicata (mancata conoscenza, poca chiarezza nelle disposizioni evidenziate, qualche dubbio interpretativo, ...).

È quasi superfluo sottolineare che, solamente nel caso di integrale rispetto del contratto, l'azienda può usufruire delle agevolazioni fiscali e previdenziali che spesso sono previste in caso di nuova assunzione, ad esempio in caso di apprendistato, per l'incentivo "under 36", per l'assunzione di donne disoccupate da più di 24 mesi, ...

Nella nostra esperienza associativa, anche attraverso i numerosi quesiti pervenuti al Servizio SAIL, abbiamo notato che, ad esempio, in alcune realtà non è stata compresa l'importanza della copertura prevista dall'assistenza sanitaria integrativa (articolo 78 del CCNL).

Il CCNL Uneba è stato il primo del settore socio assisten-

ziale, firmato il 10 luglio 1983 da Uneba con la Fisascat Cisl. I successivi rinnovi hanno visto la partecipazione di altre associazioni datoriali (ANASTE, che poi ha creato un suo CCNL autonomo), ed anche di altre organizzazioni sindacali, sia del settore privato (Fisascat Cisl, Uiltucs UIL) che del settore pubblico (FP CGIL, FP Cisl, UIL FPL).

Da un recente sondaggio condotto presso i nostri associati, è risultato che in circa il 46% delle strutture coesistono più contratti applicati ai lavoratori. In questi casi per oltre il 90% delle realtà, non è stato firmato alcun accordo per il passaggio dal precedente contratto al CCNL Uneba.



Questa situazione comporta, in genere, una serie di criticità, con un'amministrazione differenziata del personale ed una serie di norme stratificate che determinano una complessità organizzativa e, solitamente, difficoltà gestionali.

Il CCNL Uneba prevede, all'articolo 5, la procedura da seguire per gestire l'accordo per il passaggio al contratto Uneba dei lavoratori che provengono da altri contratti collettivi.

Dal punto di vista pratico, si dovrà procedere analizzando la situazione dei contratti esistenti; successivamente, al secondo livello di contrattazione, saranno avviati i confronti sindacali per il raggiungimento di un accordo condiviso. Trascorsi sei mesi dell'avvio del confronto senza addivenire ad un accordo, si seguirà il percorso previsto dall'articolo 5 del CCNL Uneba. In particolare occorrerà creare una tabella di conversione per il personale, con la verifica delle mansioni ed i titoli professionali, in modo da gestire correttamente i nuovi livelli di retribuzione.

Sarà successivamente necessario predisporre un prospetto di raccordo, tra la retribuzione complessiva precedente e la nuova, per calcolare eventuali differenze che, qualora presenti, andranno a coprire prima gli scatti d'anzianità pre-

opportunità tori

gressi poi, eventualmente, confluiranno in un superminimo riassorbibile, utilizzabile solo in caso di presenza di accordo di secondo livello. Non andranno considerati eventuali premi di produttività regionali od altre erogazioni aziendali; per gli scatti di anzianità invece si dovrà seguire quanto previsto dal CCNL Uneba.

In merito all'orario di lavoro da adottare, si farà riferimento sempre alle 38 ore settimanali del CCNL Uneba: se l'orario di provenienza fosse inferiore alle 38 ore, per le ore che saranno in eccedenza si conteggerà un valore retributivo che verrà riconosciuto come elemento "ad personam"; se l'orario di provenienza fosse invece superiore alle 38 ore, si provvederà ad una trattenuta e si potrà usare quanto previsto per le ore di ROL per la rimodulazione dell'orario complessivo.

Inoltre, le ferie saranno sempre riconosciute pari a 26 giornate annue; non si applicherà l'articolo 80 sul TEP; per la maternità ed i permessi si applicheranno i contratti di provenienza (se più favorevoli); eventualmente l'accordo individuale servirà per normare tutto quanto non è prevedibile a livello aziendale.

Passando all'assistenza domiciliare di cui all'articolo 23 del CCNL, in circa il 20% delle strutture viene gestita questa attività, considerando che nel 66% dei casi si segue quanto è stato previsto dal contratto collettivo e nel restante 34% si è proceduto all'integrazione con una normativa aziendale.

Nel CCNL Uneba l'assistenza domiciliare viene gestita come una normativa "speciale" da applicare agli operatori che prestano il proprio servizio direttamente a casa degli utenti della struttura: viene prevista e normata dal CCNL 2017-2019 con decorrenza dal Febbraio 2020.

Per un migliore inquadramento dell'attività, bisogna verificare le condizioni oggettive che la caratterizzano: quindi, deve essere definito il concetto di sede di lavoro e di orario di lavoro.

L'orario, in particolare, potrà essere svolto presso il domicilio degli utenti, fermo restando che in caso di "debito orario", ossia prestazione lavorativa effettuata in misura minore rispetto all'orario totale settimanale concordato, que-

sto potrà essere recuperato, anche tramite lo svolgimento dell'attività in sostituzione di personale assente, tenendo conto che, con una verifica quadrimestrale, dell'orario effettuato si potranno gestire le eventuali differenze.

Nel caso in cui venga riscontrato un orario superiore a quanto concordato, viene consolidato il 50% dell'orario extra rispetto a quello medio, ma solo se risulta essere superiore per un periodo di oltre sei mesi.

Per ogni giorno prestato come servizio di assistenza domiciliare verrà riconosciuta un'indennità di flessibilità giornaliera pari ad euro 0,50.

A livello aziendale viene lasciata la possibilità di concordare diverse modalità di applicazione.

In riferimento all'argomento "T.E.P." (Trattamento Economico Progressivo), l'articolo 80 del contratto prevede questa particolare clausola di inserimento per i neoassunti, ed è applicato da oltre il 90% delle strutture. Consiste nella graduale applicazione nell'arco di 36 mesi di alcuni elementi contrattuali, quali ad esempio i ratei di quattordicesima, le ore per ROL e gli scatti di anzianità.

Norme particolari vengono previste nel caso di passaggio dei lavoratori da altre strutture Uneba con l'istituto della "portabilità dell'anzianità di servizio".

Un importante istituto è quello dell'assistenza sanitaria integrativa previsto dal CCNL sin dal mese di gennaio 2014. Si tratta di una assicurazione obbligatoria a favore di tutti i lavoratori che applicano il contratto Uneba e stipulata, in forma volontaria, anche per i propri familiari.

Per aderire al servizio occorre inviare l'iscrizione ad UniSalute, attraverso la Cassa Reciproca Sms, la quale registra in archivio l'elenco dei lavoratori, l'autorizzazione alla privacy e comunica l'importo del versamento semestrale all'azienda. I lavoratori potranno contattare successivamente il call center UniSalute e prenotare le visite specialistiche o le analisi previste dal piano sanitario Uneba-UniSalute.

Il contributo all'assistenza sanitaria integrativa non costituisce imponibile sia ai fini fiscali che previdenziali, come previsto dal Decreto Lgs. n. 314 del 2017. Per ulteriori informazioni è necessario verificare le informative sui siti Uneba ed UniSalute.

Ma quali saranno gli sviluppi futuri del contratto Uneba? Chiaramente non è pensabile prevedere in dettaglio cosa potrà avvenire, essendo oggetto della trattativa sindacale tra Uneba e le OO.SS.. È comunque immaginabile che sarà necessario adeguare il testo normativo del CCNL, in alcuni punti, alla nuova disciplina del lavoro. Ad esempio l'art. 7 sull'Ente Bilaterale Nazionale; l'art. 8 con la costituzione del Comitato delle Pari opportunità; l'art. 67 sulla Banca Etica Solidale; la Commissione Paritetica nazionale di cui all'art. 77 ed infine la previdenza complementare di cui all'art. 79.

Sarà un percorso di non facile attuazione, ma renderà il CCNL Uneba sicuramente più completo ed in grado di rispondere meglio alle mutate esigenze di enti e lavoratrici e lavoratori del settore.

La tutela dei non autosufficienti e delle cronicità

Il Convegno, organizzato da UNEBA Piemonte, UNEBA Lombardia, UNEBA Veneto e UNEBA Friuli Venezia Giulia, ha affrontato quali temi principali la Legge delega di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, la riforma del Terzo Settore e il Decreto ministeriale di riordino della sanità territoriale (in attuazione della Missione 6 del PNRR). I relatori intervenuti hanno evidenziato anche le proposte o il ruolo di UNEBA su questi temi.

Padre Carmine Arice, Padre generale della Piccola Casa della Divina Provvidenza – Cottolengo, ha aperto il Convegno con alcune riflessioni. Ha raccontato che nel 1991 la famiglia del Cottolengo scelse di aderire ad UNEBA in modo convinto: una scelta motivata dall'aver colto l'attenzione reale e concreta verso le fragilità, l'essere nel mondo non profit, che ha una sua ragione d'essere profetica in ogni tempo, e l'approccio a tutti i temi legati all'assistenza in coerenza con quelli della Casa del Cottolengo. Questo profilo identitario – ha proseguito Arice – deve rimanere nell'associazione UNEBA. Gli anziani rischiano di essere le maggiori vittime della cultura dello “scarto”, di cui spesso ha parlato papa Francesco. Pertanto l'auspicio è di mantenersi e crescere in questa identità di valori, per affrontare le sfide del futuro.

A seguire, è intervenuto Alberto Cirio, Presidente della Regione Piemonte, che ha partecipato al Convegno ribadendone l'importante significato e ringraziando tutti i rappresentanti presenti delle strutture non profit impegnate nell'assistenza socio-sanitaria degli anziani, sottolineando lo spirito di missione che accomuna le strutture aderenti ad UNEBA e lo sforzo compiuto durante il periodo della pandemia.

È quindi intervenuto Franco Massi, Presidente nazionale di UNEBA, che ha sottolineato che in questo Convegno ci si ritrova per riaffermare i valori e i principi ai quali UNEBA si ispira, dai quali trae fondamento e che si esprimono attraverso l'azione e le opere che vengono realizzate. Anche attraverso il lavoro delle Commissioni interne, nonché nelle interlocuzioni con le istituzioni nazionali e locali. Massi ha ribadito che nell'ambito delle risorse PNRR si sta scontando il giudizio non positivo sulle RSA durante la pandemia, nonostante l'importante lavoro da esse svolto

Sintesi del Convegno svoltosi a Torino il 29 marzo 2023 presso la Sala Fratel Bordino della Piccola Casa della Divina Provvidenza – Cottolengo.

durante tale difficile periodo e senza considerare le persone decedute, in solitudine, nel proprio domicilio. Qualche correzione sul PNRR sta avvenendo ora – ha proseguito Massi – sempre tramite le interlocuzioni con le istituzioni nazionali; e la riforma della Legge delega sull'assistenza agli anziani è una grande occasione: UNEBA, insieme alle altre realtà di settore, è presente per dare il proprio apporto. In parte è già avvenuto proponendo, con il Patto per un nuovo Welfare sulla non autosufficienza, alcune modifiche al testo di legge appena approvato. Operazione che potrà essere portata avanti anche sui futuri decreti delegati che il Governo dovrà approvare, sperando di superare il problema dell'attuale assenza di risorse. Le strutture che aderiscono ad UNEBA, radicate anche nelle piccole comunità, hanno già dato prova di poter assolvere con efficienza, ad un ruolo fondamentale all'interno del nuovo sistema che si va profilando, come Centri multiservizio.

Francesco Facci, Presidente di UNEBA Veneto, ha presentato le slide sul tema del Covid, delle carenze di personale, dei bilanci in rosso e i nuovi case mix, con le risposte date in Veneto ai problemi delle RSA. L'intervento ha analizzato quattro principali tematiche: OSS con formazione complementare, Sviluppo tecnologico, Formazione e Nuovi standard.

Nel 2021, ha raccontato Facci, UNEBA Veneto ha sollecitato l'approvazione della delibera regionale che ripristinava gli OSSS, ossia l'Operatore Socio-sanitario Specializzato (detto anche “con formazione complementare”) che, nell'assistenza sanitaria, oltre a svolgere i compiti propri dell'Operatore Socio Sanitario coadiuva l'infermiere in tutte le attività assistenziali e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del personale infermieristico, svolge le ulteriori attività. La prima delibera è stata impugnata per motivi di forma; suc-



cessivamente è stata quindi approvata la D.G.R. 650/2022. Delibere analoghe sugli OSS con formazione complementare sono state approvate anche in Lombardia e Liguria. Anche in Toscana è previsto il finanziamento di corsi per OSS con formazione complementare. Questo quadro è di grande interesse per l'importanza che possono avere queste figure, con l'implementazione delle loro competenze, anche per surrogare la grave carenza di infermieri professionali. In Veneto i corsi sono stati realizzati dalla Regione ed i tirocini in ospedale. In molti territori, tuttavia, i corsi OSS non hanno avuto partecipanti. Oggi c'è la possibilità di inserire infermieri stranieri, con competenze analoghe, purché iscritti all'albo del paese di provenienza, ma allo stato attuale ciò è possibile solo grazie alle disposizioni che consentono di derogare alle norme del Testo unico sull'immigrazione.

Per quanto riguarda la Fondazione Samaritanus – ha proseguito Facci – si può avviare un progetto per far arrivare in Italia infermieri dall'estero, da utilizzare dopo adeguata formazione.

Luca Degani, Presidente di UNEBA Lombardia, ha sottolineato l'importanza per le RSA di rivestire un ruolo quanto meno dal punto della gestione dei servizi (Ospedali di comunità, Case di comunità e Punti unici di accesso) previsti dalla riforma dell'assistenza sanitaria a livello territoriale. Senza trascurare la visione del continuum assistenziale e la competenza nella gestione delle cronicità: elementi che in una RSA sono indubbiamente presenti. Occorre una riflessione anche sulla capacità di presa in carico rispetto alla domiciliarità, nell'idea di una sorta di RSA aperta, visto che proprio in un'ottica di continuità e appropriatezza della cura si tratta di forme di assistenza complementari e non contrapposte. Soffermandosi poi sulla riforma del Terzo settore, ha sottolineato gli elementi interessanti riguardo alla coprogrammazione coprogettazione con la pubblica amministrazione. Tuttavia la nuova disciplina fiscale, che va a sostituire quella attualmente prevista per le Onlus, fa venir meno diversi benefici. Servono modifiche, quindi, da suggerire anche mediante un'azione politica, oltre che culturale, sul ruolo delle strutture non profit di questo settore. Di riforma del Terzo settore ha parlato anche Marco Petrillo, Coordinatore della Commissione Fiscale di UNEBA,

che ha spiegato che UNEBA chiede dei correttivi, al fine di ripristinare o ridefinire i regimi fiscali di vantaggio per gli enti che si occupano di fragilità. La possibilità, infatti, di poter conseguire e reinvestire avanzi di gestione (non distribuibili, in quanto si tratta di enti non lucrativi), ha permesso, fino ad oggi, la stabilizzazione e l'ampliamento della filiera di servizi, consentendo di offrire risposte concrete sul territorio. Oggi, con le attività di interesse generale elencate dal Codice del Terzo settore, l'assistenza alle persone fragili non assume più specifica rilevanza, in quanto fiscalmente è considerata alla stregua delle altre attività di interesse generale. Rispetto alla coprogrammazione e alla coprogettazione degli enti del Terzo settore con la pubblica amministrazione (art. 55 del Codice del Terzo settore) va approfondita, anche discutendone con le Regioni, la compatibilità di tale disposizione con la programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari regionali indicati nella legge sulla concorrenza, che contempla modalità procedurali difformi. Infine si è soffermato sulla nuova legge delega fiscale, che verrà attuata con i decreti delegati che dovrà emanare il Governo e che sembra riaprire uno spiraglio su una fiscalità di vantaggio per gli enti di questo settore.

Elisabetta Elio, Coordinatrice della Commissione Anziani di UNEBA, nel suo intervento ha premesso una riflessione sul lavoro di cura, che non attrae più, e sul posto fisso, che non è considerato più un valore. Inoltre, a fronte di un aumento dei costi, degli adempimenti e delle responsabilità di settore, corrisponde un calo delle risorse pubbliche disponibili. Per affrontare queste sfide serve il coraggio di alzare lo sguardo sull'orizzonte. Occorre riappropriarsi del territorio con capacità educativa ma anche con una responsabilità educativa, coinvolgendo anche i Comuni in questa attività. "Comunità" è una parola che ispira in questo percorso. E dalla comunità può derivare anche possibilità di sostegno, anche attraverso il fundraising. Occorre inoltre la voce delle istituzioni di UNEBA nei decreti delegati della Legge sulla riforma di assistenza agli anziani ed il coinvolgimento in tutte le delibere regionali di settore, attraverso appositi incontri di dialogo e confronto con le istituzioni locali. In questa rete di comunità vanno considerate anche le Diocesi. Occorre inoltre individuare nuove figure dirigenziali per il futuro avvicendamento nelle strutture e considerare le tecnologie più avanzate per favorire la fruizione dei servizi. Si prevede anche un notevole incremento di personale infermieristico di altre culture, pertanto occorre essere preparati all'accoglienza. Infine – ha concluso la relatrice – sempre con finalità educativa e nell'idea di creare una rete di comunità, occorre avvicinare le scuole e gli studenti, nei territori in cui ciascun ente svolge la propria attività.

Padre Carmine Arice ha presentato delle slide sulla Legge delega di riforma assistenza agli anziani. Partendo soprattutto dal contesto, il Rapporto Istat 2021 indica 13.693.215 ultrasessantacinquenni censiti, (il 22,9% della popolazione italiana) con un incremento di 1.486.745 persone. Di questi, oltre 2.800.000 sono non autosufficienti. 1.200.000 presentano patologie neurodegenerative. Un milione di anziani

con gravi limitazioni funzionali non beneficia di assistenza sanitaria domiciliare. 382.000 non autosufficienti non hanno assistenza sanitaria né aiuti di altro tipo. Oltre 2.700.000 anziani vivono in abitazioni non adeguate alla condizione di ridotta mobilità. In questo quadro il Servizio sanitario e il welfare in generale non sono pronti (né adatti) a coprire i fabbisogni assistenziali.

Al 31 dicembre 2020, 12.630 strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, vale a dire 412.000 posti letto, sette posti ogni 1.000 persone residenti. Gli ospiti di queste strutture sono complessivamente 342.361, ultrasessantacinquenni in tre casi su quattro.

Parlando anche di nuclei familiari, occorre considerare anche l'elevato numero di persone single, con persone anziane che possono contare quindi su un'unica persona e non su un nucleo familiare.

Si è soffermato anche sulla ricorrenza del 15 giugno, la Giornata mondiale contro gli abusi sugli anziani, riportando i dati su questo grave fenomeno.

Tornando alla diffusa "cultura dello scarto", più volte menzionata da Papa Francesco, si è passati da una antropologia ontologicamente fondata ad un'antropologia funzionalista. Quello che è terribile per gli anziani è la percezione di non essere più necessari, di non poter dare un contributo e di vivere una vita ormai senza significato.

Per quanto riguarda la Legge sull'assistenza agli anziani non autosufficienti va fatta una premessa: se si generalizza sul concetto di non autosufficienza, si rischia un'inappropriatezza delle risposte. Non si possono dare risposte uguali ad esigenze diverse. Questa Legge ha il merito di aver dato attenzione a questo tema, per quanto riguarda la centralità della persona e l'approccio di cura personalizzato. Con la necessità di superare le risposte frammentate; tra gli aspetti critici, su tutti, preoccupa l'impatto economico sulle strutture di cura. Ha concluso con l'augurio che UNEBA conservi sempre la sua vocazione di attenzione ai più fragili.

Virginio Marchesi, Presidente di UNEBA Milano, tornando sulla Legge sull'assistenza agli anziani, come primo

tema ha sottolineato la valutazione e la presa in carico intesi come sistema unitario; ha sottolineato la dimensione progettuale (PAI) degli interventi, fase nella quale è previsto anche il coinvolgimento di enti del Terzo settore. Nella parte delle cure palliative, la nuova Legge apre scenari per servizi offerti anche dalle strutture residenziali. Così come l'unificazione delle risposte nella presa in carico, per rispondere ai bisogni dell'assistito.

Virginio Brivio, della Commissione PNRR – UNEBA Lombardia, nel trattare il tema del riordino della sanità territoriale, esaminando le disposizioni del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, ha individuato come punti di forza del decreto un diverso modo di intendere la salute, la cura e la presa in carico; una dimensione di prossimità (anche legata alla prevenzione e non solo alla prestazione); un'attenzione (almeno potenziale) al territorio inteso anche come comunità territoriale; l'investimento su nuove professionalità e l'integrazione delle diverse professionalità esistenti; l'indicazione che vi siano leggi regionali in recepimento di queste disposizioni ministeriali. Tra gli elementi di criticità, il coordinamento e coinvolgimento con interventi dei medici di medicina generale; il rapporto, in questo sistema, con il privato sociale e le formazioni sociali e religiose; gli standard e l'integrazione con il sistema dei LEA uniformi sul territorio nazionale e le competenze delle Regioni in materia di organizzazione della rete dei servizi; difficile comprendere dove si collochino, in questo sistema, le RSA, le RSD e in genere le Unità operative del socio-sanitario; ha inoltre evidenziato la necessità di una ricomposizione programmatica delle risorse (e la conseguente richiesta di nuove risorse) e la sfida delle piattaforme dei servizi (oltre la digitalizzazione e la telemedicina). Ha concluso il suo approfondito intervento con un auspicio, ossia che le articolazioni UNEBA regionali e territoriali forniscano aiuto alle Unità d'offerta associate, non solo per evolversi come Unità multiservizio ma anche, ai diversi livelli, quali soggetti che partecipano alla programmazione, alla presenza ed alla gestione di servizi e interventi territoriali.





**Fondazione
Anni Sereni Treviglio,
Caravaggio e Fara Gera D'Adda - Onlus**

La forza della tradizione nell'assistenza delle persone anziane

di Augusto Baruffi¹

L'attuale Fondazione Anni Sereni è nata come Consorzio tra comuni e case di riposo quindi come ente pubblico. I suoi fondatori furono appunto i comuni Treviglio, Caravaggio e Fara Gera D'Adda.

Lo studio per la nascita della nuova casa albergo ebbe inizio nei primi anni '60, quando appunto i tre comuni e le IPAB "Pia Casa di Riposo Brambilla-Crotta" di Treviglio e il Ricovero di mendicizia "Giuseppe Garibaldi" deliberano di costituirsi in un consorzio intercomunale per la costruzione e la gestione di un gerontocomio.

Tra il 1967 e il 1971 inizia la costruzione della nuova casa albergo ed esattamente il 1° Novembre 1971 apre i battenti. Nel primo decennio di vita la Casa Albergo è una struttura a carattere prevalentemente residenziale che risponde alle esigenze del momento.

Nel 2003 il consorzio intercomunale, in ossequio alla legge 04/05/2001, n.207 e alla Legge Regionale n.1/2003 che

imponavano la trasformazione delle IPAB in enti di diritto privato o in enti di diritto pubblico nella forma di Aziende di Servizi alla Persona, si trasforma in fondazione con l'attuale denominazione di "Fondazione Anni Sereni Treviglio, Caravaggio e Fara Gera D'Adda ONLUS" dal 1° Febbraio 2004.

Con l'evolversi dei bisogni degli anziani e delle persone fragili la Fondazione ha ampliato i propri servizi cercando di rispondere a bisogni del territorio con un forte sguardo verso le "nuove malattie" come l'Alzheimer e le demenze senili aprendo all'interno della struttura principale un nucleo dedicato e protetto.

Nel 2015 con la realizzazione della nuova palazzina denominata "San Riccardo Pampuri" vengono aperti due nuovi servizi: le cure intermedie e l'hospice.

Il reparto cure intermedie con 10 posti letto ha l'obiettivo di reinserire l'utente nel proprio contesto di vita o accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno, assistendolo fino al raggiungimento del miglior benessere possibile.

L'hospice con una capacità ricettiva di 8 posti, accreditati e a contratto, nasce per rispondere ai bisogni clinici, as-

1) *Presidente della Fondazione Anni Sereni Treviglio, Caravaggio e Fara Gera D'Adda - Onlus.*

sistenziali, psicologici e spirituali del paziente non guaribile in fase terminale attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate, nel rispetto della persona e della sua dignità.

Nel 2022, visti i continui bisogni e richieste di assistenza, viene terminata la costruzione di una nuova palazzina denominata "Santa Gianna Beretta Molla" che accoglie ulteriori 35 posti letto di cui 18 dedicati ai malati di Alzheimer tutti accreditati.

Nel 2011 vengono costruiti all'interno della Fondazione 6 minialloggi protetti a cui se ne aggiungeranno altri 2 nel 2012 insieme alla costruzione della nuova sala animazione.

I minialloggi protetti si inseriscono nella rete di servizi sociali con la finalità di garantire assistenza e supporto a persone "fragili" che, pur godendo di una certa autonomia, necessitano di protezione sociale o, più semplicemente, temono la solitudine e l'isolamento.

Ad oggi la Fondazione ha in cura, nei vari nuclei, 215 persone con 195 dipendenti, tutti a tempo indeterminato che svolgono tutti i servizi interni, inclusa cucina, lavanderia ed estetica, indispensabili per l'assistenza, la cura e il benessere dell'ospite.

Visti i cambiamenti sociali e le esigenze delle persone anziane, si è deciso dal 2006 di investire sempre di più nella domiciliarità perché si crede nella continuità assistenziale, dove le case di riposo dovranno sempre più diventare un punto di riferimento per le persone fragili.

A tutt'oggi i servizi domiciliari della struttura, tutti accreditati con la Regione Lombardia, sono:

- C-Dom (Cure Domiciliari)
- UCP-Dom (Cure Domiciliari Palliative)
- RSA Aperta
- Misura B1 (Persone affette da grave disabilità).

Questi servizi permettono di assistere a domicilio circa 500 persone al mese grazie ai 70 dipendenti dedicati alla domiciliarità.

L'attenzione verso il personale, l'ospite e la salvaguardia dell'ambiente ha spinto la Fondazione a ottenere e mantenere nel corso degli anni tre importanti certificazioni: qualità, sicurezza e ambiente. Non per ultimo l'attuazione del codice etico.

Il credo è di inserire sempre più la casa di riposo Fondazione Anni Sereni come punto di sostegno a 360° per tutte le persone fragili e i loro familiari.





Nuovo decreto sui LEA e telemedicina

“Dopo sei anni finalmente è stata raggiunta l'intesa in Stato-Regioni sul decreto tariffe che consente la piena efficacia dei nuovi livelli essenziali di assistenza varati nel 2017”. È quanto ha dichiarato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, dopo l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni del Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF, **sulle tariffe dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)** in attuazione del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

Con il nuovo Decreto vengono **innovati i Nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica**, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete. Vengono aggiornate inoltre le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica. Le nuove tariffe entreranno in vigore dal 1° gennaio 2024 per quanto concerne l'assistenza specialistica ambulatoriale e dal 1° aprile 2024 per quanto concerne l'assistenza protesica.

L'impatto complessivo del nuovo Decreto sulle tariffe dei LEA risulta pari a 379,2 milioni di euro per la specialistica ambulatoriale e ad euro 23,4 milioni per la protesica, per un totale di 402,6 milioni di euro. Per la copertura di tale fabbisogno verrà utilizzata la copertura già prevista nel D.P.C.M. sui LEA del 12 gennaio 2017, pari a 380,7 milioni di euro e, per far fronte ai maggiori costi pari a 21,9 milioni di euro (€ 21.874.522), si ricorrerà ad una quota parte del finanziamento di cui all'articolo 1, comma 288 della Legge di bilancio n. 234 del 30 dicembre 2021.

L'effetto atteso di questo provvedimento è di superare le disomogeneità assistenziali, presenti a livello regionale e locale, e di consentire ai cittadini di usufruire in ogni area della nazione di prestazioni al passo con le acquisizioni medico-scientifiche ormai consolidate, con effetti positivi anche in termini di contenimento della mobilità sanitaria.

Il Ministero della salute, per quanto di sua competenza, effettuerà un'attività di monitoraggio per valutare l'effettiva applicazione, a livello regionale, del nuovo Decreto.

Tra le novità per la specialistica ambulatoriale l'erogazione omogenea su tutto il territorio delle prestazioni di **procreazione medicalmente assistita** incluse nei LEA; prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio della **celiachia e malattie rare**; prestazioni indispensabili ad **approfondimenti diagnostici strumentali di alta precisione** nell'ambito della diagnostica per immagini in grado di consentire diagnosi più rapide ed affidabili; enteroscopia con microcamera ingeribile, screening neonatali. Viene introdotta la consulenza genetica per coloro che si sottopongono ad una indagine utile a confermare o a escludere un sospetto diagnostico, finalizzata anche a fornire il sostegno necessario ad affrontare situazioni spesso emotivamente difficili in relazione alle possibili implicazioni connesse alla comunicazione del risultato. Si aggiornano le **prestazioni di radioterapia** assicurando a tutti gli assistiti l'erogazione di prestazioni altamente innovative come la radioterapia stereotassica, adroterapia e la radioterapia con braccio robotico.

Tra le prestazioni previste per **l'assistenza protesica**: au-

sili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità); apparecchi acustici a tecnologia digitale, attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo per ambienti (allarme e telesoccorso); posaterie e suppellettili adattati per le disabilità motorie, barella adattata per la doccia, scooter a quattro ruote, carrozzine con sistema di verticalizzazione, carrozzine per grandi e complesse disabilità, sollevatori fissi e per vasca da bagno, sistemi di sostegno nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli), carrelli servoscala per interni; arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

Il nuovo tariffario e Nomenclatore della specialistica ambulatoriale – come indicato nella Relazione tecnica del Decreto – contiene elementi di forte innovazione, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni ormai obsolete. Si è tenuto conto che numerose procedure diagnostiche e terapeutiche, considerate nel 1996 quasi “sperimentali” o eseguibili in sicurezza solo in regime di ricovero, oggi sono entrate nella pratica clinica corrente e possono essere erogate in ambito ambulatoriale.

Numericamente il nuovo Nomenclatore è costituito da 2.108 prestazioni, a fronte delle 1.702 comprese nella versione del 1996. In molti casi, quali ad esempio le visite specialistiche o gli esami di diagnostica per immagini degli arti, la definizione generica già presente è stata modificata specificandone il contenuto, nelle fattispecie introducendo la disciplina o individuando il segmento corporeo. Nel Nomenclatore è riportato, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni per il medico, con l'intento di guidare la prescrizione verso una maggiore appropriatezza. Per quanto attiene alla **telemedicina**, invece, il Ministero della Salute ha avviato un progetto per la realizzazione di un **Portale nazionale per la diffusione della telemedicina**, che dovrà svolgere “un'importante funzione culturale, costruendo conoscenza, competenza, consapevolezza e fi-

ducia sia nella popolazione che nei professionisti sanitari, per un uso sicuro e corretto di questi nuovi strumenti”. È quanto ha spiegato il ministro della Salute, intervenendo al Digital Health Forum, che si è svolto a Roma nella metà di aprile.

Oltre a questo progetto, è in corso la realizzazione dell'**Anagrafe nazionale degli assistiti**, unica e di riferimento sull'intero territorio nazionale, che dovrà essere anche l'elemento abilitante per il completamento del Fascicolo sanitario elettronico, strumento che secondo una rilevazione del 2020-2021 condotta dall'Osservatorio digitale del Politecnico di Milano è utilizzato solo dal 12% dei cittadini mentre il 62% non ne ha mai sentito parlare. L'intento è anche quello di migliorare la capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza. Si tratta di progetti ed iniziative previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La telemedicina, dunque, in futuro tende ad assumere un ruolo sempre più strategico, soprattutto nell'ambito dell'assistenza domiciliare, attraverso servizi quali il teleconsulto, la televisita, la teleconsulenza sanitaria, il telemonitoraggio e la teleassistenza. Questi nuovi strumenti dovranno consentire ai professionisti sanitari di poter operare efficacemente in ogni processo individuale e multidisciplinare e, al contempo, migliorare l'accessibilità dei pazienti alle cure e alle prestazioni, con particolare riguardo alla popolazione degli over 65, riducendo i tempi di attesa e i ricorsi spesso impropri ai Pronto Soccorso.

La mappatura condotta dal Ministero della Salute nel 2021 ha fotografato l'attivazione di 369 esperienze di telemedicina contro i 282 progetti attuati prima della pandemia, anche se permangono differenze, anche significative, tra le varie Regioni.

Per implementare l'accesso alla cura e alle terapie e colmare la lacuna legislativa sulla e-health, si sta lavorando all'approvazione di una legge in materia che dovrebbe essere varata entro un anno e mezzo. Su questi obiettivi lavorerà l'Intergruppo parlamentare Sanità Digitale e Terapie Digitali, che dovrà contribuire a definire un comune indirizzo regolatorio per le terapie digitali e per un accesso omogeneo, a livello nazionale e regionale, agli strumenti della sanità digitale.

Integrare l'assistenza per prevenire e gestire le malattie croniche

Le buone pratiche nella sanità

È il nuovo Rapporto dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) il cui acronimo in inglese è OECD, pubblicato a maggio 2023 ed intitolato *“Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health”* (Integrare l'assistenza per prevenire e gestire le malattie croniche: migliori pratiche nella sanità pubblica). Il Rapporto, prendendo in esame 13 casi studio da tutta Europa (uno di questi italiano), delinea raccomandazioni politiche per prevenire e gestire le malattie croniche integrando l'assistenza. Le raccomandazioni politiche sono state tratte da una revisione dei principali modelli di assistenza integrata implementati nei paesi dell'OCSE e dell'UE27.

I 13 casi studio esaminati nel Rapporto sono caratterizzati da una forte integrazione istituzionale e assistenziale nel campo dell'assistenza ai malati cronici in diverse situazioni e contesti.

Le persone con esigenze sanitarie complesse, come i pazienti con una condizione cronica, richiedono cure da diversi fornitori e in più contesti sanitari. Senza un'adeguata integrazione delle cure, le persone possono tentare di soddisfare i propri bisogni utilizzando servizi eccessivi, in modo sconsiderato. Ciò non solo peggiora la loro esperienza, ma comporta anche dei costi di sistema.

Secondo questo Rapporto, infatti, l'integrazione, oltre che migliorare le performance clinico-assistenziali determina anche una riduzione della spesa sanitaria globale che può arrivare fino al 4% annuo mentre al contrario modelli di assistenza alle cronicità frammentati possono far lievitare la spesa fino a 4.000 euro per paziente.

Diversi Paesi stanno sperimentando modelli integrati di assistenza in risposta al numero crescente di persone che vivono con bisogni sanitari complessi e rischiano di ricevere cure frammentate. Tali modelli sono in grado di fornire un'assistenza continua, coordinata e di alta qualità per tutta la vita di una persona. Ad alto livello, questi modelli mirano a prevenire e gestire le condizioni croniche, migliorando così la salute della popolazione, migliorando le esperienze dei pazienti, riducendo i costi pro capite dell'as-



sistenza sanitaria, creando un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata per gli operatori sanitari e promuovendo l'equità sanitaria.

I casi studio selezionati coprono un'ampia gamma di modelli di assistenza integrata che vanno da piccoli progetti pilota operanti a livello cittadino, a programmi nazionali che coprono tutta la popolazione (questi ultimi in numero piuttosto limitato). Inoltre molti casi studio operano a un livello specifico di assistenza, come l'assistenza primaria, mentre altri coprono l'intero spettro dei servizi sanitari. I casi studio sono stati selezionati in consultazione con la Commissione europea e sono stati valutati utilizzando il *Best Practice Identification Framework in Public Health dell'OCSE*, che è stato co-creato con i Paesi membri.

I risultati dello studio dei vari casi illustrati nel Rapporto evidenziano l'importanza di rafforzare le strutture di governance abbattendo la separazione tra i sistemi amministrativi nell'assistenza sanitaria e sociale. Ad esempio,

agendo come è avvenuto in una località spagnola, nella quale i servizi sanitari e di assistenza sociale sono stati fusi in un'unica organizzazione di assistenza integrata, di proprietà del consiglio comunale, che coinvolge tutte le parti interessate.

I modelli di pagamento tradizionali, come quelli a tariffa per il servizio, secondo quanto rilevato nel Rapporto, non incoraggiano il coordinamento dell'assistenza e possono contribuire ad aumentare la spesa. In diversi contesti sono stati implementati modelli di pagamento innovativi che incentivano i fornitori a fornire assistenza coordinata.

Questi nuovi modelli includono il costo del case manager o forme di pagamenti a budget prefissati calcolati sulla tipologia di assistenza o modelli di pagamento in forma di quota mensile forfettaria che copre un insieme di prestazioni.

I pazienti con bisogni sanitari complessi necessitano di cure multidisciplinari; tuttavia diversi ostacoli si frappongono a tale integrazione professionale. Per superare questo ostacolo l'OCSE raccomanda di sviluppare programmi di formazione dedicati per insegnare agli operatori sanitari nuove competenze quali, ad esempio, la collaborazione e la costruzione di relazioni e la promozione di nuovi ruoli professionali che supportino l'integrazione dell'assistenza. Ad esempio, in Polonia per migliorare l'assistenza sanitaria primaria è stata istituita la figura del coordinatore tra gli operatori sanitari e tra questi e il paziente.

Gli strumenti digitali svolgono un ruolo chiave nel supportare l'integrazione dell'assistenza: tra questi, i servizi di telemedicina per i pazienti con malattie croniche. Questi sistemi, nonostante i benefici che sono in grado di apportare in termini di efficienza nelle cure, sono ancora utilizzati in modo limitato, soprattutto a causa del livello di conoscenza spesso non adeguato, anche nei pazienti, dei sistemi digitali. Per promuoverne l'utilizzo, l'OCSE segnala quin-

di la necessità di programmi specifici per l'inclusione digitale, rivolte alle popolazioni vulnerabili, coinvolgendo gli operatori sanitari nella progettazione di strumenti digitali, per implementare tali competenze in ambito sanitario e, al contempo, contribuendo a creare fiducia nel loro utilizzo. In una visione più ampia e lungimirante l'auspicio è di creare una strategia digitale globale, rafforzando la governance dei dati sanitari e costruendo nuove capacità istituzionali e operative.

Nel Rapporto viene descritto anche un caso di studio italiano: *TeleHomeCare*. Si tratta di uno strumento digitale ideato per supportare l'assistenza domiciliare attraverso il telemonitoraggio e il teleconsulto dei pazienti affetti da una o più delle seguenti patologie croniche: scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e diabete. *TeleHomeCare* è stato inizialmente sviluppato a Ceglie Messapica (Brindisi). L'intervento coinvolge il paziente, i caregiver dei pazienti, i medici di base, gli specialisti e gli infermieri che operano sul territorio. Il dispositivo installato a casa del paziente consente al paziente di monitorare i parametri fisiologici, condividere le misurazioni con gli operatori della sala di controllo e gli operatori sanitari. Tutti i parametri clinici dei pazienti domiciliari sono trasmessi all'ospedale, nel rispetto delle leggi sulla privacy. Il dispositivo consente ai medici di effettuare consultazioni a distanza con i pazienti tramite video.

Questo programma crea un livello intermedio di assistenza che migliora la continuità delle cure dall'ospedale al domicilio e ha il potenziale per ridurre i costi eccessivi causati da degenze ospedaliere prolungate e frequenti accessi ai pronto soccorso.

Per implementare sistemi di telemedicina di questo tipo, anche per la cura delle cronicità, il Rapporto suggerisce alle istituzioni politiche di concentrarsi sul miglioramento della copertura della rete Internet, per consentire l'accesso alla tecnologia e migliorare la portata dei gruppi di popolazione a rischio di esclusione digitale, in particolare anziani, persone con disabilità, persone residenti in località remote o che vivono in condizioni di basso reddito.

Il testo integrale del Rapporto (in lingua inglese) è consultabile sul sito dell'OCSE, www.oecd.org.



Il Manifesto di Desideri in Cantiere

Un progetto dell'Associazione Un sorriso in più Onlus¹. Il Manifesto è stato redatto da Desideri in cantiere, la rete nazionale di incontro e confronto tra professionisti che, all'interno delle residenze e dei servizi per anziani, si prendono cura degli assistiti.

Nel corso degli incontri di supervisione e coordinamento legati al progetto Nipoti di Babbo Natale e altri momenti formativi proposti dall'Associazione Un sorriso in più Onlus, è stato rilevato il desiderio degli operatori di creare alleanze e costruire senso insieme; gli operatori presenti hanno riconosciuto a questi incontri la capacità di restituire interessanti stimoli professionali, insieme a una rinnovata motivazione e “gusto per il proprio lavoro”.

A partire dal confronto con le case di riposo del territorio con le quali l'Associazione collabora da anni, si è voluta allargare la piazza di incontro agli operatori di tutta Italia, utilizzando la modalità online; una proposta di raccordo tra progetti di animazione delle RSA, che nasce dal bisogno espresso da operatori, amministratori e volontari che lavorano nelle residenze, di creare proficue, generative occasioni di incontro, confronto e condivisione sui progetti presenti nei diversi servizi sul territorio nazionale.

Con questo progetto, quindi, denominato “Desideri in Cantiere”, si è voluto creare uno spazio strutturato di confronto, condivisione e formazione.

L'iniziativa si articola in incontri della durata di due ore a cadenza bimestrale, con sei appuntamenti nell'arco dell'anno 2022 e che continua anche nel 2023.

Il 7 febbraio 2023 è stato presentato durante un Convegno a Milano il primo Manifesto redatto dagli operatori di oltre 70 case di riposo da tutta Italia che hanno preso parte al progetto.

Il Manifesto si articola in sette punti, secondo una sequenza logica: i primi tre punti parlano del professionista che si forma e cresce nella rete, che si prende cura della relazione con la propria équipe ed organizzazione (punti quattro e cinque), per rivolgere l'attenzione ai propri anziani (punto sei) e infine all'intera comunità (punto sette).

IL MANIFESTO di DESIDERI IN CANTIERE 2022

REDATTO DALLA RETE NAZIONALE DI INCONTRO E CONFRONTO TRA PROFESSIONISTI CHE ALL'INTERNO DELLE RESIDENZE E DEI SERVIZI PER ANZIANI SI PRENDONO CURA DEL PROGETTO EDUCATIVO

1. MEGLIO INSIEME
Siamo un gruppo di lavoro! Scegliamo di lavorare insieme per il piacere di farlo, consapevoli che se il modo per migliorare noi stessi.

Siamo una squadra e vogliamo condividere idee ed esperienze, confrontarci con passione per i confronti sempre che siamo e dove vogliamo andare. In questo Cantiere riscopriamo la bellezza di lavorare fianco a fianco, valorizzando le capacità di ognuno e le sinergie che si creano. In questa squadra ci mettiamo a disposizione di tutti, mettiamo in gioco le nostre idee e disponiamo le proprie competenze, il proprio sapere, a dare il proprio contributo con coraggio, generosità, apertura e fiducia.

2. COME UN PIT STOP NELLA FORMULA UNO
Ogni incontro è un tempo per riflettere, valutare e appropriarsi, un luogo per esprimersi e creare, e per ripartire con entusiasmo.

Il Cantiere rappresenta un'occasione per ascoltare, per suscitare la fantasia del lavoro, per rivisitare le nostre attività, per arricchire dalle nostre routine, per trovare il coraggio di abbandonare perché superate, inefficaci, non più attuali, che non rispondono ai desideri delle persone e alle realtà del momento. Non siamo interessati a lasciare indietro in una ripetizione ossessiva del passato, aggrappati a vecchi schemi e ricette preconcettuali, senza mettere in discussione né gli stili e il nostro livello. Siamo curiosi, disposti, alla ricerca di risposte nuove, adeguate, innovative.

3. ESSERE ALL'ALTEZZA DELLA FIDUCIA RIPOSTA IN NOI
Diamo anima ai luoghi della cura. Ci preoccupiamo dello qualità di vita dei residenti.

Accogli, riflettere, sperimentazione, creatività e innovazione: queste sono le nostre linee guida. Nel Cantiere riconosciamo esperti che ci aiutano ad arricchire il nostro bagaglio personale e professionale e troviamo nel confronto fra noi stimoli, capacità e competenza. Conosciamo e facciamo e mettiamo per esperienza e non ci stanchiamo di ricercare ogni giorno il miglioramento e la fiducia, nostri e degli anziani che ci vengono affidati. Promuoviamo processi di cambiamento attivo che incidano concretamente nella quotidianità di ciascuno.

4. FARE ALLEANZE CON CHI VUOLE CAMBIARE
Una comunicazione consapevole ci permette di dare visibilità al nostro ruolo all'interno dell'organizzazione.

Una adeguata narrazione del nostro lavoro è parte del progetto: le persone con le quali lavoriamo devono sapere chi siamo, cosa facciamo e che cosa aspettiamo da noi. Questo riconoscimento del nostro ruolo all'interno dell'organizzazione permette di attuare strategie condivise che pongano avanti a tutto gli interessi e il benessere degli anziani. L'organizzazione deve sapere che cosa non siamo e cosa non facciamo più se non risponde ai desideri degli assistiti anziani, "noi che al tempo fatto" con la collaborazione, insieme alle attività fatte per compiere gli atti di dispetto dell'anziano. Lavoriamo per coinvolgere colleghi, volontari e famiglie degli ospiti in un percorso condiviso di cambiamento.

5. NON VOGLIAMO LAVORARE DA SOLI
Siamo parte dell'equipe con il nostro specifico ruolo. Abbiamo competenze professionali da condividere e sviluppare in sinergia con le altre figure.

Siamo specialisti della relazione educativa e possiamo determinare un significativo cambiamento nell'ambiente di vita. Vogliamo cooperare, essere insieme, con gli ospiti, i colleghi, i volontari, i familiari, l'intera organizzazione, in un'equipe multidisciplinare di saperi condivisi e obiettivi comuni. Promuoviamo l'integrazione degli interventi di cura, la collaborazione e la condivisione di responsabilità, consapevoli che all'interno dell'equipe le risorse dell'organizzazione si moltiplicano, si valorizzano le differenze e le potenzialità di ciascuno, per avere il lavoro in piena armonia e con la consapevolezza che insieme possiamo realizzare grandi cose.

6. CIASCUNO È UNICO
"Nel tempo che rimane, cura cure di te. Mi impegno a accettare chi sei, per realizzare i tuoi desideri".

Vogliamo avere la possibilità di dare spazio ad ogni anziano, non come "corpo da riparare", ma come soggetto insieme al quale esplorare potenzialità, competenze e limiti, per poter realizzare con ciascuno un progetto unico, personalizzato e condiviso. Il nostro quotidiano impegno è quello di creare le condizioni affinché ogni persona possa esprimere la propria identità, il proprio personale di vita, senza sostituirsi ai residenti, rispettandone l'individualità e l'unicità ed aiutando di incorre loro la nostra volontà. Non siamo disposti a mettere in atto interventi non legati alla persona e alla sua cura, che ci impegnano di strutturare al tempo dedicato alle relazioni, all'ascolto attento e profondo dei bisogni e desideri degli anziani. Solo così, ciascun anziano potrà immortarsi in questo momento della sua vita, che deve poter essere ancora piena di senso e di valore, segno di essere vissuta.

7. OGNI RESIDENZA SIA UN PO' PIU' CASA
Le residenze e i servizi per anziani possono essere uno grande comunità, un luogo di vita e di benessere per tutte le persone che li abitano e lo servono.

Preghiamo luoghi che siano aperti verso l'esterno, verso la comunità, luoghi che siano parte attiva delle società. Ogni incontro con l'anziano è una lezione di meraviglia: vogliamo far conoscere questo privilegio all'intera comunità e fare dono di questa scoperta, perché possa crescere, sensibilizzare nei confronti della vecchiaia, gioia e riconoscimento nei confronti degli anziani.

Un progetto di
Un Sorriso in Più
Un Sorriso in Più Onlus
via XIV Aprile, 71
Guanzate (CO) - Italia
Tel. 031 5027932
progetti@unsorrisoinpiu.it
www.unsorrisoinpiu.it

Non si tratta di un documento definitivo, chiuso; è uno strumento vivo, che deve crescere insieme al gruppo. Esso rappresenta inoltre la traccia dei punti che vedono impegnati i partecipanti a “Desideri in Cantiere” nel corso del 2023.

1 Per ulteriori informazioni si può contattare l'Associazione Un Sorriso in Più Onlus di Guanzate (CO) - www.unsorrisoinpiu.it

Giornata mondiale sull'Autismo

Aggiornato il sito dell'Osservat con le attività previste dal Fondo e la mappatura dei servizi

In occasione della Giornata Mondiale della consapevolezza sull'Autismo che è stata celebrata il 2 aprile, l'ISS ha aggiornato il sito internet dell'Osservatorio Nazionale Autismo (osservatorionazionaleautismo.iss.it) con tutte le informazioni relative alle attività previste nel Fondo per l'autismo. La piattaforma dell'Osservatorio è anche il punto di accesso per il database di dati clinici per le 154 unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, le 28 unità di Terapia Intensiva Neonatale e gli oltre 500 pediatri afferenti al Network NIDA che, nell'ambito dei servizi pubblici, sono stati finanziati dal Ministero della Salute attraverso l'ISS, per l'implementazione del protocollo per il monitoraggio della popolazione generale e ad alto rischio di sviluppare disturbi dello spettro autistico. Ad oggi, il Network NIDA monitora le traiettorie evolutive di 998 fratellini di bambini con diagnosi di spettro autistico, 877 neonati prematuri e 302 piccoli per età gestazionale.

Al via la consultazione sulle raccomandazioni

A partire dal 3 aprile è attiva la consultazione pubblica sulle raccomandazioni cliniche per le componenti prioritarie del progetto di vita delle Linee Guida per la diagnosi e il trattamento degli adulti autistici. Queste raccomandazioni si aggiungono a quelle pubblicate e/o andate in consultazione delle Linee guida sulla diagnosi e sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico, attualmente in elaborazione. L'ISS infatti sta attualmente coordinando l'elaborazione delle linee guida sulla diagnosi e trattamento di bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico e di adulti con disturbo dello spettro autistico.

Le attività del fondo

Nell'ultimo anno - chiarisce Maria Luisa Scattoni, coordinatrice dell'Osservatorio Nazionale Autismo (OssNA) - l'ISS ha siglato accordi con le Regioni e le Province Autonome nell'ambito del Fondo Autismo per oltre 20 milioni di euro per implementare percorsi differenziati per la formulazione del piano individualizzato, e a seguire del

Il comunicato stampa pubblicato il 3 aprile 2023 sul sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) informa anche dell'avvio della consultazione sulle raccomandazioni per progetti di vita basati sulle preferenze e sulla qualità di vita delle persone autistiche.

progetto di vita, tenendo conto delle preferenze della persona e delle diverse necessità di supporto e considerando come misura di esito principale la qualità della vita della persona in tutte le sue dimensioni, non solo quella clinica. In questa direzione vanno anche le iniziative formative che l'ISS ha promosso nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari del SSN. Solo nell'ultimo anno figurano i corsi dedicati alle strategie per implementare a livello nazionale il modello di accoglienza e assistenza medica ospedaliera DAMA (Modello DAMA - Disabled Advanced Medical Assistance) nelle Aziende Ospedaliere e quelle dirette ad aumentare le competenze specialistiche specifiche nei professionisti sanitari dei servizi pubblici sull'applied behavior analysis. Attraverso il Fondo Autismo, l'ISS ha garantito la formazione specialistica in analisi del comportamento ad oltre 400 professionisti della rete pubblica identificati direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali/Provinciali ed ha reso da poco disponibile un ulteriore corso tematico sulle emergenze comportamentali per oltre 300 operatori attivi nei servizi. Oltre 500 educatori/insegnanti/professori hanno fruito dei moduli formativi a distanza sull'autismo presenti sulla piattaforma EDUISS, 46.000 operatori sanitari e assistenti sociali sono stati formati sull'innovativo strumento del budget di salute per la definizione di progetti di vita e di comunità con un approccio capacitante ed evolutivo in persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, ed è tutt'ora in corso la formazione per l'implementazione di percorsi di supporto psicologico ai familiari.

orologio Nazionale

La mappatura dei servizi

Nella sezione Mappatura dei servizi è inoltre possibile visualizzare, in una grafica semplificata per il cittadino, la disponibilità dei centri clinici e socio-sanitari per l'autismo e gli altri disturbi del neurosviluppo in tutto il territorio nazionale. A marzo 2023, i centri censiti dalle Regioni nella piattaforma sono oltre 1200, di cui 649 (54%) al Nord, 259 (21%) al Centro e 294 (25%) al Sud e Isole. Relativamente all'utenza, 629 centri offrono prestazioni per l'età evolutiva e 517 per l'età adulta per un totale di 782.929 utenti, di cui 78.242 con diagnosi di autismo.

Sul sito internet dell'Osservatorio Nazionale Autismo è presente anche un collegamento con la pagina web del NIDA. Il Network Italiano per il Riconoscimento Precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico (NIDA) è una rete di collaborazione clinica e di ricerca finalizzata all'identificazione precoce di bambini con disturbi del neurosviluppo e, in particolare, con disturbo dello spettro autistico (ASD).

Il Network NIDA è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ed è composto da Centri di ricerca e Istituti Clinici di alta e altissima specializzazione attivi su tutto il territorio nazionale. Le Unità Operative del NIDA coinvolgono i maggiori esperti a livello nazionale sulle seguenti tematiche inerenti il disturbo dello spettro autistico: diagnosi precoce, valutazione clinica, intervento, psicofarmacologia, immunologia, elettrofisiologia, genetica, biomarcatori e ricerca di base.

Nell'ambito del progetto *I disturbi dello spettro autistico: attività previste dal decreto ministeriale del 30.12.2016*, l'ISS ha promosso, di concerto con il Ministero della Salute, l'implementazione della rete del network NIDA tramite l'istituzione, in ciascuna Regione, di un centro Pivot NIDA in ambito clinico/diagnostico e scientifico nel campo dei disturbi dello spettro autistico. Il centro Pivot NIDA regionale rappresenta il raccordo dell'ISS per:

- lo sviluppo della rete curante;
- la raccolta dati attraverso la piattaforma dell'Osservatorio nazionale;
- il monitoraggio dei soggetti a rischio (fratelli di soggetti con ASD, prematuri, piccoli per età gestazionale) e

raccolta dei dati clinici, neurofisiologici e neurobiologici;

- la formazione della rete curante ed educativa.

Gli obiettivi del Network NIDA

L'obiettivo del Network è quello di identificare eventuali segnali precoci dei Disturbi del Neurosviluppo nelle popolazioni a basso e ad alto rischio a partire dalla fase neonatale.

Lo scopo del Network è quello di identificare precocemente anomalie del neurosviluppo che abbiano un valore predittivo per i Disturbi dello Spettro Autistico, al fine di individuare i bambini a rischio prima dei due anni di vita. Lo studio di quanto avviene nei primi 18 mesi di vita di questi bambini è di grande interesse poiché vi è evidenza crescente che l'individuazione precoce del rischio di autismo e un tempestivo intervento, ancor prima che il disturbo si esprima nella sua pienezza, possano significativamente ridurre la sua interferenza sullo sviluppo e attenuarne il quadro clinico finale.

L'identificazione di precisi indici di rischio consente quindi la sorveglianza dello sviluppo e l'inserimento del bambino in un programma di sorveglianza ed abilitativo specifico capace di prevenire o limitare l'instaurarsi ed il consolidarsi delle anomalie socio-comunicative e comportamentali.

Il Network NIDA affronta questi aspetti attraverso il monitoraggio, durante la fase neonatale precoce, di neonati nati a termine e di tre popolazioni a rischio (fratellini di bambini diagnosticati con ASD, neonati prematuri e neonati piccoli per età gestazionale) e l'applicazione di un protocollo multi-osservazionale per lo studio di una serie di indici comportamentali, neurofisiologici e molecolari/OMICI, risultati alterati in bambini/adulti con diagnosi di ASD.

La partecipazione al NIDA è del tutto volontaria. Il monitoraggio dello sviluppo del bambino viene effettuato a domicilio entro i primi sei mesi e presso uno dei Centri di Neuropsichiatria coinvolti nel Network a partire dai sei mesi fino a 3 anni di vita del bambino. La partecipazione a questo progetto può essere anche parziale.

I genitori in attesa di un bambino o che hanno già un/a figlio/a con una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), i genitori di neonati prematuri e neonati piccoli per età gestazionale, se interessati a partecipare al progetto NIDA e/o a condividere riflessioni o eventuali problematiche, possono contattare il Network NIDA in qualsiasi momento.

Ai genitori dei neonati viene richiesto di dare il consenso a partecipare al progetto di ricerca tramite una scheda informativa dettagliata che include il rationale scientifico e la sequenza temporale degli appuntamenti. Il consenso informato garantisce che il trattamento dei dati personali e dei risultati ottenuti sia effettuato nel rispetto dell'attuale normativa sul diritto alla privacy e delle disposizioni in materia di bioetica.

Caro bollette: riconoscim di un contributo a favore

Publicato il decreto che definisce la ripartizione delle risorse, i destinatari

È stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'11 aprile 2023 il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 febbraio 2023, di concerto con il Ministro per le Disabilità, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sul **“Riconoscimento di un contributo a favore degli enti del Terzo Settore”**. Si tratta delle indicazioni per accedere al contributo per far fronte agli aumenti dei costi di gas ed energia elettrica; il contributo, previsto dal Decreto Legge n. 144 del 23 settembre 2022 (cd. “Aiuti-ter”), è destinato agli enti del Terzo settore e Onlus, con particolare riguardo a quelli che erogano prestazioni socio-sanitarie o socio assistenziali in regime residenziale o semiresidenziale per persone con disabilità e a persone anziane

Il D.P.C.M. individua i criteri e le modalità per l'accesso al contributo di **270 milioni di euro per l'anno 2022**, a favore degli enti del Terzo Settore iscritti al Registro unico nazionale del Terzo settore, delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale coinvolte nel processo di trasmigrazione, nonché delle Onlus iscritte alla relativa Anagrafe e degli enti religiosi civilmente riconosciuti e che erogano servizi sociosanitari e socioassistenziali per persone con disabilità.

Risorse e destinatari

I fondi a disposizione sono ripartiti nel modo seguente.

- **120 milioni di euro** destinati a enti che erogano prestazioni socio-sanitarie o socio assistenziali in regime residenziale o semiresidenziale per **persone con disabilità** (punto a) sono destinati a:
 - a1) **Enti iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore**;
 - a2) **Organizzazioni di volontariato** coinvolte nel processo di trasmigrazione;
 - a3) **Associazioni di promozione sociale** coinvolte nel processo di trasmigrazione;
 - a4) **Onlus** iscritte nella relativa Anagrafe;
 - a5) **Enti religiosi civilmente riconosciuti**.
- **50 milioni di euro** destinati a enti che erogano prestazioni socio-sanitarie o socio-assistenziali in regime residenziale

o semiresidenziale **per persone anziane** (punto b) sono destinati a:

- b1) **Enti iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore**;
- b2) **Organizzazioni di volontariato** coinvolte nel processo di trasmigrazione;
- b3) **Associazioni di promozione sociale** coinvolte nel processo di trasmigrazione;
- b4) **Onlus** iscritte nella relativa Anagrafe;
- b5) **Enti religiosi civilmente riconosciuti**;
- b6) **Associazioni**;
- b7) **Fondazioni**;
- b8) **Aziende di servizi alla persona** di cui al decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207.

- **100 milioni di euro** destinati agli altri enti non rientranti ai punti a) o b) (punto c) sono destinati a:

- c1) **Enti iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore**;
- c2) **Organizzazioni di volontariato** coinvolte nel processo di trasmigrazione;
- c3) **Associazioni di promozione sociale** coinvolte nel processo di trasmigrazione;
- c4) **Onlus** iscritte nella relativa Anagrafe;
- c5) **Enti religiosi civilmente riconosciuti**.

La procedura per la richiesta delle risorse

Invitalia S.p.a. renderà disponibile la **piattaforma informatica “Contributo energia”**, accessibile direttamente dal sito internet del Ministero per le Disabilità e dal sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. La piattaforma, come comunicato sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sarà attiva entro l'estate.

Il richiedente, dopo essersi registrato, compila l'istanza disponibile sulla piattaforma. Non saranno ammesse domande presentate con modalità diverse da quelle indicate nel decreto.

Accedendo con Spid o Cie sarà possibile presentare la **richiesta di contributi entro 30 giorni dalla sua attivazione**. L'istanza va corredata, a pena di inammissibilità, da una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.

ento delle Onlus

e le modalità di accesso.

47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 in cui il soggetto richiedente attesta e dichiara quanto segue.

- i dati identificativi dell'ente;
- le generalità, i dati anagrafici e il codice fiscale del rappresentante legale dell'ente richiedente;
- il fondo o la quota di fondo tra quelli previsti alle lettere a), b) e c) in relazione al quale si sceglie di richiedere il contributo;
- gli estremi del conto corrente bancario o postale intestato all'ente ovvero il codice IBAN per l'accredito;
- gli estremi dell'autorizzazione o dell'accREDITAMENTO o del convenzionamento;
- per le domande riferite al fondo o alla quota di fondo di cui alle lettere a) e b) l'importo totale al netto dell'IVA riportato nelle fatture relative al terzo trimestre dell'anno 2022 e al terzo trimestre dell'anno 2021 per il pagamento del costo dell'energia termica ed elettrica;
- per le domande riferite al fondo o alla quota di fondo di cui alla lettera c) l'importo totale al netto dell'IVA riportato nelle fatture relative ai primi tre trimestri dell'anno 2022 e ai primi tre trimestri dell'anno 2021 per i pagamenti all'acquisto di energia e gas naturale;
- che l'utenza in relazione alla quale è inoltrata istanza per il riconoscimento del contributo è intestata all'ente richiedente o alla pubblica amministrazione che ha concesso l'immobile;
- che l'ente richiedente, nel periodo cui si riferisce la richiesta di contributo, abbia erogato i servizi;
- che l'ente richiedente sostiene il pagamento dell'utenza;
- l'indirizzo di posta elettronica certificata a cui l'interessato intende ricevere ogni comunicazione relativa all'erogazione del contributo e al monitoraggio della pratica.

L'applicazione prevede il rilascio di una ricevuta di quanto presentato sulla piattaforma.

Quantificazione ed erogazione del contributo

Il contributo è calcolato applicando all'incremento del costo una percentuale di liquidazione determinata secondo il prospetto di seguito riportato:

Percentuale di incremento del costo	Percentuale di liquidazione
Pari o maggiore al 100%	80% dell'incremento
Compresa tra il 99,99% e l'80%	70% dell'incremento
Compresa tra il 79,99% e il 60%	60% dell'incremento
Compresa tra il 59,99% e il 40%	50% dell'incremento
Compresa tra il 39,99% e il 20%	40% dell'incremento

Nel caso di fatture riferibili anche ai periodi non rientranti in quelli per i quali è riconosciuto il contributo, la quantificazione del costo avviene secondo il seguente calcolo: importo totale della fattura al netto dell'IVA diviso per il numero totale dei giorni ricompresi nella fattura stessa, moltiplicato per il numero di giorni rientranti nel periodo utile ai fini del riconoscimento del contributo.

Non sono previsti contributi in caso di incrementi dei costi inferiori al 20%.

In ogni caso, circa le risorse di cui ai punti a) e b), l'importo massimo per ciascun richiedente sarà di 50.000 euro; per le risorse di cui al punto c) l'importo massimo sarà di 30.000 euro.

Verranno quindi predisposti tre elenchi dei soggetti ammessi a contributo in relazione a ciascuno dei fondi di cui alle lettere a), b) e c), secondo un ordine decrescente a partire dalla maggiore percentuale di incremento dei costi e dando priorità, nel caso di percentuale paritaria, al maggiore importo del costo sostenuto. Entro sessanta giorni dal termine ultimo per la presentazione delle domande, il Ministero per le Disabilità e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con provvedimento cumulativo di concessione per tutti i soggetti beneficiari, erogano i contributi sulla base degli elenchi predisposti.

Il contributo verrà erogato in un'unica soluzione in base all'ordine di posizione nell'elenco e fino ad esaurimento delle risorse disponibili. I contributi previsti dal presente Decreto sono cumulabili sugli stessi costi con altra agevolazione sino a concorrenza dell'intero importo speso e, in ogni caso, nei limiti del regime de minimis.

Ai fini del riconoscimento e dell'erogazione del contributo, il Ministero per le Disabilità e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali stipulano un'apposita convenzione con Invitalia S.p.a., che procede ad allestire ed implementare la piattaforma, ad effettuare l'istruttoria delle istanze pervenute, ad eseguire le operazioni di quantificazione ed erogazione del contributo, nonché ad espletare i controlli e le operazioni di eventuale revoca.

Rapporto Istat sul Benessere equo e sostenibile (Bes) - Anno 2022

Informazioni tratte dal comunicato stampa pubblicato da Istat il 20 aprile 2023

L'Istat ha presentato la decima edizione del Rapporto sul Benessere equo e sostenibile (Bes) che analizza gli andamenti più recenti degli indicatori (e il confronto con il periodo pre-pandemico) nei seguenti ambiti: Salute; Istruzione e formazione; Lavoro e conciliazione dei tempi di vita; Benessere economico; Relazioni sociali; Politica e istituzioni; Sicurezza; Benessere soggettivo; Paesaggio e patrimonio culturale; Ambiente; Innovazione, ricerca e creatività; Qualità dei servizi. Oltre la metà dei 152 indicatori Bes è aggiornata al 2022 con dati definitivi.

Quadro generale

I dati più recenti che consentono di effettuare confronti con il 2019 (109 indicatori sul totale di 152) mostrano che per 58 indicatori di benessere, oltre la metà, si registra un miglioramento nell'ultimo anno disponibile rispetto al livello del 2019, un terzo si trova su un livello peggiore rispetto al 2019, mentre il restante 13,8% degli indicatori si mantiene stabile sui livelli pre-pandemici.

I progressi sono più diffusi in ambiti di Sicurezza, Qualità dei servizi e Lavoro e conciliazione dei tempi di vita (oltre il 72% degli indicatori migliora rispetto al 2019). Un andamento complessivamente più critico negli ultimi tre anni, con la maggior parte degli indicatori in peggioramento, si trovano in ambiti di Relazioni sociali, Benessere soggettivo, Istruzione e formazione e Benessere economico. In una situazione intermedia si trovano quelli di Salute e Ambiente.

Da una sintetica classificazione regionale degli indicatori in cinque livelli di benessere, emerge un evidente gradiente Nord-Sud. Per il Nord-est il 60,5% degli indicatori ricade nei livelli di benessere medio-alto e alto e soltanto il 10,1% nei livelli di benessere basso e medio-basso; per il Sud e le Isole, invece, la maggior parte degli indicatori si trova nei livelli basso o medio-basso (62,0% per il Sud e 58,1% per le Isole) e solo una minoranza (19,4% per entrambe le ripartizioni) nei due livelli più virtuosi. Sui 131 indicatori Bes analizzabili a livello regionale, 27 presentano, nell'ultimo anno disponibile, una disuguaglianza relativa regionale piuttosto elevata, a indicare una maggiore distanza tra le regioni.

Alcuni dati sulla salute

L'eccesso di mortalità connesso alla diffusione della pandemia ha comportato nel 2020 una riduzione della speranza di vita alla nascita di oltre un anno di vita (82,1 anni rispetto agli 83,2 del 2019), solo parzialmente recuperata nel 2021 (82,5 anni) e nel 2022 (82,6). Nel 2022, il gap di genere ritorna al livello pre-pandemico (4,3 anni), dopo aver subito un ampliamento nei due anni precedenti.

L'analisi territoriale mette in evidenza come, nel 2022, nessuna regione sia tornata ai livelli di vita media attesa del 2019.

Complessivamente, le variazioni nella speranza di vita registrate tra il 2020 e il 2022 modificano molto poco la geografia della vita media attesa, consolidando le ben note disuguaglianze territoriali che vedono la Campania con la più bassa speranza di vita alla nascita (80,9 anni), quasi tre anni in meno rispetto a Trento (84,0 anni).

Nel 2022, la speranza di vita in buona salute si stima pari a 60,1 anni. L'andamento di questo indicatore ha segnato un punto di rottura dopo la pandemia per gli opposti andamenti delle due componenti dell'indicatore (speranza di vita e prevalenza della buona salute percepita), facendo registrare sia nel 2020 che nel 2021 valori superiori rispetto al 2019 (era pari a 58,6 anni).

L'andamento è dovuto al picco di aumento della quota di persone che aveva valutato positivamente le proprie condizioni di salute nel contesto della pandemia.

Permane il divario di genere a vantaggio degli uomini, con oltre due anni di differenza (61,2 e 59,1 rispettivamente per uomini e donne). Tra gli indicatori di mortalità per causa si evidenzia, nel 2020, un peggioramento di quello relativo alla mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso nella popolazione anziana (passato da 34,0 per 10mila abitanti del 2019 a 35,7 del 2020), confermando il trend in negativo già registrato negli anni precedenti. Si osserva, inoltre, l'arresto del progressivo miglioramento osservato fino al 2019 dell'indicatore di mortalità evitabile (era pari a 15,5 per 10mila residenti nel 2019 e si attesta a 16,5 nel 2020).

Alcuni dati sulla qualità dei servizi

Nel 2022, dopo l'incremento osservato nei due anni di pandemia, la quota di persone che ha dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie scende al 7,0%, tornando quasi ai livelli del 2019 (6,3%, era 7,2% nel 2018).

Permangono, tuttavia, delle criticità, poiché si osserva l'aumento della quota di quanti rinunciano alle prestazioni a causa delle lunghe liste d'attesa, che diventa il motivo più frequentemente dichiarato (il 4,2% della popolazione), a fronte di una riduzione della quota di chi rinuncia per motivi economici (era 4,9% nel 2019 e scende al 3,2% nel 2022).

Nel 2021, 407mila anziani di 65 anni e più, pari al 2,9%, hanno usufruito di Assistenza Domiciliare Integrata, e la quota sale al 4,8% considerando la popolazione di 75 anni e più. In alcune regioni, prosegue l'aumento del ricorso alle cure domiciliari, iniziato nel 2020: tra queste il Lazio, il Veneto (+0,5 punti percentuali) e l'Abruzzo (+0,4 punti percentuali).

CHI SIAMO

Dal 1950 al servizio delle persone fragili, al fianco delle libere iniziative assistenziali, **UNEBA** è un'Associazione radicata in tutta Italia, espressione del Terzo Settore: diamo voce a enti del settore sociosanitario, educativo, sociale, assistenziale, dei servizi alla persona.

Le Federazioni regionali **UNEBA**, con ampia autonomia, e le associazioni provinciali **UNEBA** portano avanti i nostri valori e le nostre istanze e mettono a disposizione degli enti competenze ed esperienze, sul territorio, in tutta Italia.

LA NOSTRA STORIA

UNEBA è sorta nel 1950 per iniziativa di alcune opere assistenziali caritative su impulso dell'arcivescovo di Milano, Giovanni Battista Montini, che continuò a sostenerla ed ispirarla anche quando divenne papa Paolo VI. Programmi e finalità degli enti associati ad **UNEBA** non debbono essere in contrasto con i principi cristiani.

LA NOSTRA VOCE

www.uneba.org è il nostro sito: ogni settimana le sue newsletter gratuite segnalano le notizie del settore sociosanitario e assistenziale e le iniziative di **UNEBA** e degli enti associati. La parte riservata del sito offre agli enti associati vademecum e indicazioni utili per la loro operatività quotidiana.

Nuova Proposta è il nostro bimestrale di studio e approfondimento, disponibile anche su www.uneba.org.

Nei social network, cerca "Uneba" su Facebook.

Su Twitter: @unebanazionale



FEDERAZIONI REGIONALI UNEBA IN ITALIA

I NUMERI DI UNEBA

Circa **1.000** enti associati
95.000 lavoratori in enti **UNEBA**

COSA FACCIAMO

Gli enti **UNEBA** si dedicano ad anziani, minori, persone con disabilità, non autosufficienti, sofferenti psichici, uomini e donne con problemi di dipendenza, bambini e bambine con famiglie in difficoltà ed altre situazioni di fragilità. Nelle nostre strutture e servizi, essenzialmente senza scopo di lucro, mettiamo sempre al primo posto la persona: la sua unicità, la sua valorizzazione, la sua dignità.

UNEBA rappresenta e tutela gli enti associati verso le istituzioni:

- stimolando Stato, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie affinché legislazione e servizi rispondano ai bisogni delle persone e delle famiglie;
- sostenendo privato sociale e volontariato;
- impegnandosi per la libertà di scelta dei cittadini tra i diversi servizi del territorio.

Il contratto collettivo di lavoro **UNEBA** è firmato e rinnovato dal 1983 a oggi, ed applicato dagli enti associati. **UNEBA** cura i rapporti con i sindacati.

UNEBA offre agli enti associati, direttamente e attraverso www.uneba.org, assistenza e consulenza giuridica, previdenziale, fiscale, tecnica, lavoristico-sindacale.

Organizza convegni e eventi di formazione.

UNEBA è presente con propri rappresentanti nel Consiglio Nazionale del Terzo Settore, istituito dalla Riforma del Terzo Settore, e porta il suo contributo di idee e proposte alla crescita del non profit: fa parte della Consulta ecclesiale degli organismi assistenziali, di Retinopera e del Forum del Terzo Settore. Opera in dialogo e collaborazione con le più importanti realtà dell'associazionismo.

PERCHE' ASSOCIARSI AD UNEBA

Oltre ad esprimere la condivisione e l'impegno a promuovere i valori di **UNEBA**, aderire ad **UNEBA** dà diritto ad una serie di servizi:

- fruire di tutela e rappresentanza a livello nazionale, regionale, locale nei confronti di legislatori, amministratori, sindacati;
- avere consulenza generale gratuita su normative, applicazione del contratto di lavoro (con il servizio SAIL), su questioni gestionali, etc.;
- partecipare alla vita istituzionale ed organizzativa dell'**UNEBA**;
- partecipare alle iniziative di formazione: convegni, seminari, progetti finanziati;
- ricevere via email la newsletter **UNEBA**;
- accesso alla parte riservata del sito, con documenti di approfondimento e le risposte degli esperti su casi concreti di applicazione del contratto nazionale **UNEBA**;
- promuovere propri eventi (ad esempio convegni) attraverso www.uneba.org, del tutto gratuitamente;
- ricevere la rivista bimestrale **Nuova Proposta**.

COME ASSOCIARSI AD UNEBA

Per indicazioni su come associarsi ad **UNEBA** è possibile visitare il sito www.uneba.org alla pagina dedicata. Per alcune regioni è prevista una quota regionale aggiuntiva: sul sito vengono pubblicate notizie e informazioni, regione per regione.

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

SPIRIT

**Prendi con le mani le briglie del tempo.
Fa sì che tutte le dita percepiscano il cuoio.
Tieni salda la presa perché il vento arriverà sempre.
Non fartele sfuggire.
Se proprio non riesci a tenere le briglie
perché si dimena il cavallo,
aggrappati alla criniera con le ultime forze:
sii certo che la folta non cederà.**

**Sta solo a te decidere se abbandonarti
al dolore delle mani o
tenere l'impugnatura stretta.**

**Attenti a non far correre troppo il tempo:
è l'unico cavallo che non torna sui suoi passi mai.**

Corsa del tempo come il galoppo di Spirit. È l'immagine suggerita ai pensieri di una giovanissima Michela Urbani dalla fantasia di un famoso film d'animazione.

Michela accetta il rischio di cavalcare

- con o senza sella - affidandosi alla decisione di non mollare: tempo, briglie e criniera debbono sentire anche i comandi delle sue mani.

*(da "Percezioni"
"Pagine" S.r.l. - Roma 2022)*

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 maggio 2023

UNEBA

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