

NUOVA

# PROPOSTA

n. 9/10  
2023

UNEBA

Unione nazionale  
istituzioni  
e iniziative  
di assistenza  
sociale

[www.uneba.org](http://www.uneba.org)

**all'interno:**

**Focus sul Convegno UNEBA  
di Marina di Massa e di Pisa**

**V. Blandi sui cambi di paradigma  
per l'operatività nel Terzo settore**

**Alberto V. Fedeli sulle nuove regole  
per l'accreditamento istituzionale  
e l'accordo contrattuale**

**Fondazione Conte Franco Cella di Rivara:  
la mission e i servizi**

## UMANIZZAZIONE DELLE CURE: LA BELLEZZA DELLA DIGNITÀ UMANA



# Il racconto del Convegno Uneba di Marina di Massa e di Pisa

Riportiamo una sintesi di alcuni interventi e dei principali contenuti emersi nel corso del Convegno Uneba, tenutosi a Marina di Massa il 28 e 29 ottobre e a Pisa il 24 e 25 novembre. Ulteriori approfondimenti nonché gli interventi di tutti i relatori sono pubblicati sul sito [www.uneba.org](http://www.uneba.org)

**I**l Terzo Settore sociosanitario di Uneba chiede alle istituzioni ascolto, spazio, collaborazione, riconoscimento di parità. Per meglio progettare e programmare i servizi per le persone fragili, di cui gli enti del Terzo Settore spesso sono stati pionieri, esprimendo la sussidiarietà che anche la Costituzione riconosce. È il messaggio emerso da *“I nuovi scenari del welfare”*, il Convegno di Uneba con Uneba Toscana, tenutosi a Marina di Massa venerdì 28 ottobre e sabato 29 ottobre.

“Chiediamo certezze alle istituzioni: certezze sui tempi, sulle norme, sui finanziamenti” ha detto nel suo intervento conclusivo il presidente di Uneba **Franco Massi** che ha ribadito che Uneba ha credibilità verso le associazioni e le istituzioni e deve utilizzarla per trasmettere valore.

Nell'introdurre la prima giornata di lavori, dopo i saluti istituzionali, il presidente di Uneba Toscana **Andrea Blandi** ha evidenziato quanto ancora oggi il Terzo Settore è escluso dai processi decisionali nel settore sociosanitario, e spesso l'ente pubblico, nella pratica quotidiana, trattato da mero fornitore di servizi, che vanno a supplire alle mancate capacità dell'ente pubblico stesso.

Per questo, ha detto Blandi, è necessario occuparsi con impegno del tema della coprogettazione e cercare di essere protagonisti del cambiamento in corso. Operando anche come movimento politico e di opinione.



“È indispensabile unirsi tra enti” ha evidenziato **Cristiano Gori**, coordinatore del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, che proprio di questa unione è un esempio. Unirsi e proporre, le due parole chiave del suo intervento. “Bisogna proporre all'amministrazione pubblica delle riforme ‘chiavi in mano’, pronte da adottare, grazie alla competenza tecnica del Terzo Settore”.

I risultati però possono non arrivare subito, come testimonia la risposta, in termini di risorse, della Legge di Bilancio 2024 rispetto alle proposte del Patto e considerando che il processo di riconoscimento di queste nuove disposizioni sull'assistenza specificamente rivolta agli anziani non potrà che essere lungo e graduale.

Nella ricerca di un necessario maggiore protagonismo per gli enti del Terzo Settore, conviene partire dalle buone pratiche territoriali, ha evidenziato invece **Virginio Brivio**, coordinatore della commissione PNRR di Uneba Lombardia. “Dobbiamo pretendere – ha detto - che nelle aziende sanitarie, a livello territoriale, si sottoscrivano gli accordi previsti da varie norme e che prevedono il coinvolgimento del Terzo Settore. E nei piani di zona della sanità e del sociale territoriale gli enti gestori dovrebbero essere presenti”.

“Ci siamo abituati a fare la coprogettazione: lo scatto culturale deve essere la coprogrammazione”, ha detto nel suo intervento **Vanessa Pallucchi**, portavoce del Forum nazio-

nale del Terzo Settore. Una coprogrammazione che può estendersi dalla progettazione del servizio a uno sguardo sull'evoluzione della società, considerando che gli enti del Terzo Settore sono competenti e hanno un punto di osservazione che le istituzioni non hanno.

**Valentina Blandi** è intervenuta al Convegno con la relazione intitolata "Uneba protagonista dei cambiamenti di paradigma dell'operatività del Terzo Settore: obiettivi, iniziative, attività e strumenti", pubblicata integralmente nelle pagg. 4-7 di questa rivista.

Nella seconda sessione, sono stati affrontati ulteriori temi: la relazione di **Giuseppe Grigoni**, sugli aspetti organizzativi strategici, normativi e di sistema funzionali da perseguire per innovare l'organizzazione dei servizi e l'assistenza agli associati Uneba; le novità normative sulla sicurezza sul lavoro, illustrate da **Massimo Scarpetta**; i servizi per la formazione, a cura di **Francesco Facci**, presidente di Uneba Veneto, ed i cambiamenti nel settore sociosanitario apportati dalla Legge 118/22 sulla concorrenza, con le nuove regole per l'accreditamento e la contrattualizzazione, sui quali si è focalizzato l'intervento di **Alberto Vittorio Fedeli**, dell'Osservatorio Giuridico Uneba. Alle pagg. 8-10 di questa rivista un articolo di approfondimento di Alberto Vittorio Fedeli su questo tema.

Al Convegno Uneba di Pisa intitolato "*Welfare di comunità – il design dei servizi per gli associati e i territori: orientamenti e scelte*" è stato ribadito che gli enti non profit dediti agli anziani non autosufficienti, ai disabili e in generale alle persone con fragilità chiedono alle istituzioni norme chiare e certe e l'applicazione delle norme esistenti. Perché di questo hanno bisogno questi enti per continuare a svolgere la loro missione di servizio ai più fragili. La richiesta arriva forte da Uneba, che raccoglie in tutta Italia oltre 1.000 enti del settore sociosanitario e assistenziale, in gran parte non profit di radici cristiane. Nel corso del Convegno, dopo i saluti istituzionali, sono stati affrontati i seguenti temi. Il primo, relativo al regime fiscale degli enti non profit e al futuro delle Onlus, è stato trattato da **Marco Petrillo**, della Commissione fiscale di Uneba: la riforma del Terzo Settore, infatti, ancora non è completa per quanto riguarda la normativa fiscale e senza chiarezza è impossibile per gli enti programmare il futuro dei servizi ai più fragili. Particolarmente complicata la situazione delle Onlus, considerando che è ancora lungo il percorso che dovrebbe portare all'autorizzazione europea sulle nuove disposizioni fiscali contenute nel Codice del Terzo Settore, che segnerà il superamento dell'attuale disciplina fiscale riservata a questo tipo di enti.

Altro tema affrontato nel Convegno e sul quale si attendono risposte è la Legge delega sugli anziani, di riforma della non autosufficienza: entro gennaio 2024 il Governo deve approvare i decreti legislativi: senza decreti e senza stanziamenti, la riforma rischia di restare sulla carta.

Al Convegno sono intervenuti anche **Luca Gori**, ricercatore in diritto costituzionale, ed **Emanuele Rossi**, professore di diritto costituzionale, entrambi della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Luca Gori ha presentato un focus su co-programmazione e co-progettazione, strumenti previsti dalla riforma del Terzo Settore per dare voce agli enti del Terzo Settore, assieme agli enti pubblici, nell'individuare e attuare gli interventi a sostegno delle fragilità. Ha evidenziato che c'è il rischio che si identifichino modelli operativi che però non si traducono in strumenti applicativi e che, pertanto, Terzo Settore e Pubblica Amministrazione debbano riconoscersi come attori paritari. Emanuele Rossi si è soffermato sul tema del welfare, sottolineando che un compito del non profit, che ne ha gli strumenti, è fare in modo che il welfare di comunità diventi *welfare generativo*, in modo che chi riceve una prestazione è tenuto a essere parte di un contributo da offrire a sua volta alla società.

La relazione presentata dal presidente di Uneba Puglia, **Pierangelo Antonio Pugliese**, ha riguardato gli aspetti etici per gli enti del Terzo Settore e le imprese sociali; il presidente di Uneba Marche, **Giovanni Di Bari**, ha affrontato il tema della promozione della rappresentanza e dell'operatività degli associati Uneba; il presidente di Uneba Sicilia, **Santo Nicosia**, invece, ha presentato il progetto "Risposte - Rete Interistituzionale di Prossimità sul Territorio", con il quale si intende ideare nuove forme di buone prassi, basate sulla diretta collaborazione e coprogettazione tra soggetti delle amministrazioni locali e le realtà del privato sociale.

Gli ulteriori interventi sono stati quello di **Fabio Toso**, che ha trattato il tema "Le soluzioni organizzative e tecniche di Uneba per una più efficiente ed efficace operatività nella gestione dei servizi e dell'assistenza agli associati"; quello di **Paolo Viana**, giornalista di Avvenire, e **Tommaso Bisagno**, sul tema della comunicazione istituzionale di Uneba, e quello di **Luca Degani**, della Commissione Giuridica Uneba, con **Stefano Tabò**, che hanno illustrato l'importanza di essere una rete associativa e di aderirvi, in considerazione delle funzioni attribuite a questo tipo di enti dal Codice del Terzo Settore. Il segretario generale di Uneba, **Alessandro Baccelli**, ha invece aggiornato sulle trattative per il rinnovo del contratto collettivo di lavoro.



# UNEBA protagonista dei cambiamenti di paradigma dell'operatività del Terzo settore: obiettivi, iniziative, attività

di Valentina Blandi

**P**roverò a portare un contributo su un tema che credo stia a cuore a tutti e cioè come UNEBA possa continuare a sostenere ai tempi di oggi la missione di carità dei nostri enti impegnati nei settori dell'assistenza e cura a chi ha più bisogno. Proverò a farlo da una particolare prospettiva, che cerca di far dialogare teoria economica e pratica lavorativa, definizioni di principio e soluzioni imprenditoriali. Del resto è il titolo stesso che suggerisce questo tipo di approccio chiedendo di argomentare come Uneba possa essere protagonista di un cambio di paradigma dell'operatività del terzo settore. Cosa intendiamo per cambio di paradigma? L'etimologia della parola - *para deikniumi* dove *deikniumi* vuol dire mostrare - suggerisce proprio il fatto che una stessa realtà possa esser vista da prospettive diverse e che le cose (l'operatività del terzo settore) possano cambiare se si cambia prospettiva.

Partiamo quindi dal paradigma oggi dominante. Se chiediamo a qualcuno oggi chi si deve occupare di salute e di assistenza, la risposta è "lo Stato, il pubblico, la politica". E sebbene i nostri enti abbiano iniziato ad occuparsi di welfare molto prima che lo facesse lo Stato, oggi siamo considerati dei semplici fornitori di servizi come gli enti profit. Questo può essere considerato il paradigma, la prospettiva dominante: oggi esiste il pubblico e il privato. Punto. Il privato sociale è omologato al privato. La conseguenza di questo paradigma è sotto gli occhi di tutti: ci ritroviamo a competere con gli enti profit, ad essere soggetti agli stessi vincoli, tenuti ad offrire gli stessi servizi, ma senza la forza economico-finanziaria che contraddistingue questi ultimi.

Rispetto a questo paradigma, qual è il paradigma che UNEBA è chiamata come protagonista a costruire? Quando UNEBA è nata 72 anni fa, si era negli anni 50 ai tempi della costituente, ci si lasciava alle spalle l'esperienza del totalitarismo, c'era desiderio di democrazia, partecipazione, di affermare il diritto universale

alla salute. Oggi i tempi sono molto cambiati, ma un cambiamento di paradigma non può che avere al centro un principio costituzionale fondamentale per UNEBA e che è il principio di sussidiarietà orizzontale espresso nell'art. 118 della Costituzione che recita "*Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*". Questo articolo infatti riconosce il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, quali UNEBA e gli enti del terzo settore nel perseguire attività di interesse generale.

Quindi la domanda che cercherò di argomentare è: quale nuova prospettiva, quale nuovo paradigma potrebbe aiutare UNEBA e noi a riaffermare il principio di sussidiarietà orizzontale nei nostri territori, nelle nostre comunità?

Un orientamento specifico ci viene suggerito dal dibattito relativo alla riforma del terzo settore, in particolare laddove si parla di amministrazione condivisa, di co-programmazione e co-progettazione. Secondo questo orientamento, noi infatti saremo considerati qualcosa di più per le comunità rispetto agli enti profit nella misura in cui riusciremo a passare dalla logica prestazionale a quella di soddisfazione dei bisogni essenziali.

L'espressione è molto suggestiva, ma nella pratica come lo possiamo realizzare? Suggestioni possono venire dalla ricerca e dagli studi di esperienze internazionali positive nell'ambito dell'assistenza e sanità, come quella scandinava. Quello che emerge da questi studi è che il passaggio dalla logica prestazionale a quella di soddisfazione di bisogni essenziali chiede per primi a noi di cambiare prospettiva e ci chiede di cambiarla nelle nostre realtà produttive. Il servizio, infatti, non va più pensato, organizzato e gestito dal punto di vista del fornitore, ma dal punto di vista di chi ha bisogno. Il paziente non è più al centro del servizio, immobile, passivo ma

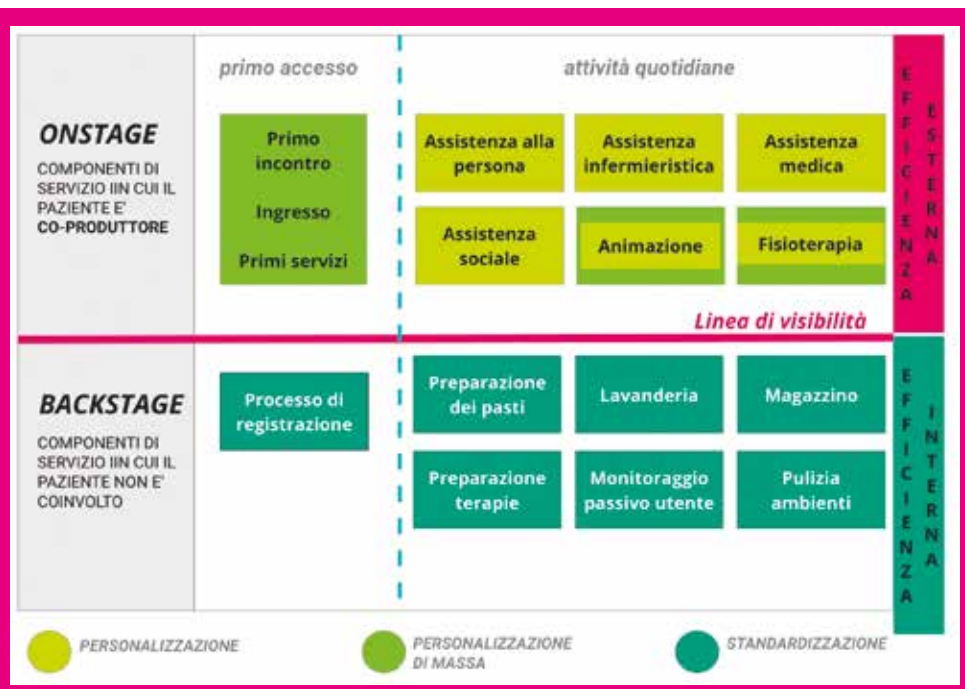
è co- produttore, attivo, del servizio. Viktor Pestoff, che è uno dei massimi esperti in materia di partecipazione del cittadino nei servizi alla salute, parla di co-produzione, seguendo il concetto sviluppato dalla premio Nobel, Ostrom, negli anni 70, come relazione potenziale che dovrebbe esistere tra i cittadini e lavoratori pubblici fondamentali, quali insegnanti, forze dell'ordine e, appunto, operatori sanitari, in modo tale che i cittadini in questa relazione possano divenire più educati, più in sicurezza e più in salute. Questo concetto di co-produzione è stato ripreso anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, soprattutto durante il Covid, quando ai cittadini è stato chiesto di assumere atteggiamenti più responsabili, a partire dal lavarsi più spesso le mani, a sostegno della propria salute e di quella degli altri.

Ma che vuol dire in pratica in un nostro servizio che il paziente è co-produttore? Quanto meno significa preoccuparsi di personalizzare la relazione con il paziente. Ma in che misura e in quali attività? Perché non pos-

sonalizzata. Facciamo l'es. dell'attività di fisioterapia. Per una persona che ha avuto un ictus e deve recuperare la mobilità di un braccio, forse l'attività di gruppo non è sufficientemente motivante. Ma imparando a conoscere l'ospite, può venire fuori che l'anziano ama gli animali e adottando la pet therapy si possa aiutarlo a ritrovare quella motivazione necessaria a renderlo co- produttore del suo processo di salute. Al di sotto della linea di visibilità, troviamo al contrario servizi quali lavanderia, magazzino, preparazione delle terapie ecc. cioè servizi accessori, che non soddisfano direttamente il bisogno essenziale di salute. Qui l'intervento del paziente non è richiesto e quindi non c'è un problema di personalizzazione delle relazioni, ma anzi per ragioni di sostenibilità i servizi devono essere il più possibile standardizzati e automatizzati in modo tale che rischi di errori e costi possano essere il più possibile ridotti.

Un diagramma del genere consente di esprimere una forma "soft" di partecipazione multistakeholder alla

gestione di un servizio: "soft" perché non impone ingressi difficili di nuovi stakeholder all'interno della compagine societaria. Ma non solo, questo diagramma consente anche di individuare in modo chiaro le fonti di efficienza specifiche per il nostro settore. Queste fonti sono: l'efficienza classica interna, data dalle economie di costo e il cui driver è la tecnologia. E poi l'efficienza esterna, una fonte di efficienza che può essere considerata caratteristica del nostro settore, e che è data dalla capacità di minimizzare attraverso



siamo pensare di personalizzare tutto: economicamente non starebbe in piedi. Il diagramma qui illustrato offre un orientamento concreto per riorganizzare ad esempio i servizi socio-sanitari residenziali e semi residenziali tenendo conto di due aspetti. Il primo: rendere il paziente co-produttore delle parti di servizio che rispondono al suo bisogno essenziale di assistenza e cura; il secondo: che si preoccupa dell'efficienza dell'intero servizio.

Sopra la linea di visibilità individueremo tutti i servizi in cui c'è necessariamente un'interazione col paziente e dove quindi il paziente viene riconosciuto come co-produttore. Ci troviamo quindi l'assistenza infermieristica, medica e anche l'assistenza alla persona, solitamente considerata a basso contenuto di competenze, in cui l'interazione col paziente deve essere necessariamente per-

le relazioni i rischi e i costi legati al ruolo co-produttivo del paziente. Di questa efficienza il driver è la qualità della relazione e quindi del personale.

Con un gruppo di lavoro, sto approfondendo il tema dell'efficienza esterna perché ciò consentirebbe di supportare ancora di più politicamente il ruolo co-produttivo dei cittadini in ambito sanitario e assistenziale. Ma questo concetto tanto apprezzato è solo il frutto dell'osservazione di realtà come le nostre che con semplice ragionevolezza lo hanno spesso applicato nella pratica. Infatti l'attenzione che noi riserviamo ai pazienti, non è solo per una questione di rispetto umano e di qualità, ma anche perché sappiamo che gestire al meglio la relazione consente di ridurre rischi clinici, danni, costi che sono legati ad un suo comportamento inatteso, inclusi quelli per risarcimento e contenzioso. Per esempio,



tra i rischi clinici legati ad un comportamento incerto, troviamo il rischio aggressione, rifiuto terapie, caduta, allontanamenti ecc., e, slegati da essi, anche i rischi di risarcimento e di contenzioso. Infatti, i costi di risarcimento danni e contenzioso spesso non sono il risultato automatico del verificarsi di eventi avversi, come lo stesso mondo delle assicurazioni conferma, ma sono il risultato di una cattiva comunicazione e gestione delle relazioni con pazienti e familiari. Si tratta di costi impressionanti perché ogni anno sono spesi centinaia di milioni di euro in risarcimenti danni e contenziosi e i premi assicurativi stanno diventando così alti che un numero sempre maggiore di realtà sanitarie sono costrette a passare a forme di auto assicurazione del rischio.

Ma questo diagramma, sotto la linea di visibilità, riflette anche altre tipologie di strategie che alcuni nostri enti stanno portando avanti. Infatti alcune realtà, al fine di migliorare l'efficienza interna di servizi accessori, hanno iniziato ad organizzare gruppi di acquisto per migliorare il peso contrattuale nei confronti dei fornitori, come anche esternalizzare, magari attraverso società partecipate, tutti quei servizi che non sono a valore aggiunto e che consentono di ottenere delle economie di costo (lavanderia, pasti ecc.). E il fatto che qualche tentativo possa fallire non vuol dire che la strada non sia quella giusta, forse va solo cambiata modalità e strategia, o semplicemente, è necessario insistere.

Perciò di fatto un modello del genere mette insieme esperienze che alcune realtà nostre hanno già maturato, se pur magari in modo frammentato. La domanda perciò da porsi è: come modelli del genere nella loro semplicità possono aiutare UNEBA e i suoi associati a supportare il principio di sussidiarietà orizzontale nei nostri territori? E alla domanda rispondo con un'altra domanda: e cioè, nella misura in cui noi enti non profit siamo in grado di rendere il paziente co-produttore del servizio, può avere senso riuscire a certificare, con enti di certificazione,

questa qualità e legarla all'istituto dell'amministrazione condivisa? Esistono infatti alcuni enti che certificano gli aspetti relativi all'empowerment dei pazienti. Dimostrando per esempio attraverso indicatori di processo e di risultato che il paziente è co-produttore, che soddisfa un suo bisogno essenziale, i costi in più eventualmente sostenuti dall'organizzazione (ad esempio per formazione, investimenti in tecnologie che liberano tempo da dedicare poi alla relazione) non dovrebbero essere considerati della comunità che ne beneficia attraverso cittadini coinvolti, che partecipano attivamente al loro processo di salute? In questo modo forse, quindi, con una certificazione, un numero sempre maggiore di enti potrebbe cominciare ad adottare modelli come questo e a sperimentare in modo utile l'istituto dell'amministrazione condivisa, rendendo di fatto sempre più applicabile il principio di sussidiarietà orizzontale. Tuttavia, il passaggio dalla logica prestazionale a quella di soddisfazione dei bisogni è condizione necessaria ma non sufficiente per affermare il nuovo paradigma a sostegno della sussidiarietà orizzontale. C'è bisogno di nuovi interlocutori politici. Perché può sembrare paradossale, ma non si può chiedere alla classe politica di riformare il proprio atteggiamento, di lasciarci spazio, affidando alle leggi questo cambiamento. Questo spazio dobbiamo riprendercelo noi, cambiando il nostro rapporto con la gente e il rapporto tra di noi.

Per quanto riguarda il rapporto tra di noi, se vogliamo rappresentare i bisogni essenziali e le progettualità condivise nelle nostre comunità, non possiamo che farlo insieme. Oggi la logica delle gare di appalto ci mette in competizione tra noi: noi dobbiamo opporci a questa logica, mettendoci insieme e facendo ad esempio comitati rappresentativi degli ETS del territorio. Solo insieme riusciremo a sederci dalla stessa parte del tavolo della politica e a pretendere interlocutori politici nuovi che siano capaci di collaborare sulle nostre progettualità, che esprimono bisogni reali.

Per quanto riguarda il rapporto con la gente, lo spazio che dobbiamo recuperare e offrire è quello comunitario. La comunità, il senso di comunità ci manca. Oggi viviamo immersi in una logica di mercato, dalla mattina quando usciamo di casa come lavoratori alla sera, quando ci addormentiamo come consumatori, magari fruendo di un film sul divano. Noi possiamo essere qualcosa di più dei semplici fornitori di servizi non solo se i nostri ospiti sono cittadini co-produttori, ma anche se offriamo alle persone uno spazio in cui prendere consapevolezza insieme, come comunità, dei bisogni esistenti tra i suoi membri; uno spazio dove aiutarsi reciprocamente e costruire progettualità condivise. Oggi se hai bisogno di qualcosa, te lo compri o, se non puoi, rimani solo col tuo bisogno. Non ci sono alternative. Noi dobbiamo essere queste alternative, utilizzando strumenti vecchi e nuovi, come monete di scambio alternative, banche del tempo ed ogni altra forma di innovazione sociale che crea senso di comunità.

Infine, affinché il principio di sussidiarietà possa realmente affermarsi, è necessario – detto francamente – che anche noi continuiamo ad esistere. E nell'affermare questo nuovo paradigma - che ha a cuore la sussidiarietà - dobbiamo dirlo esplicitamente e chiaramente che la nostra sostenibilità economica non è un problema solo nostro. Soffermandoci ad esempio sulla struttura dei costi, ogni volta che noi siamo costretti ad aumentare le rette, questi costi vanno a pesare nelle tasche dei cittadini. Ed è fondamentale che, fatta eccezione per le tasse raccolte, tutte le altre risorse rimangano sul territorio a sostegno della comunità.

Pensiamo alle centinaia di migliaia di euro che ogni anno paghiamo per tassi di interesse, che non vengono reinvestiti nella comunità, non vanno a soddisfare bisogni essenziali della popolazione. È importante che ci sia consapevolezza collettiva che se un'istituzione ci dà in concessione un immobile a prezzi di mercato, ogni volta che siamo obbligati a rivolgerci al mercato dei capitali per un intervento di ristrutturazione, di cambio arredi ecc. lasciamo che risorse dedicate ai servizi essenziali escano dalla comunità attraverso i mercati. Di nuovo, sempre riguardo ai tassi di interesse, in alcune regioni manca l'istituto del budget e i nostri enti sono costretti a farsi anticipare le fatture per pagare

gli stipendi, pagando ogni anno decine di migliaia di euro in tassi di interesse. Anche qui lasciamo che risorse dedicate ai servizi essenziali escano dalla comunità attraverso i mercati. Tutti soldi che se risparmiati, si tradurrebbero in risorse immediatamente disponibili per servizi di welfare.

Un altro problema importante che riguarda non solo noi enti, ma l'intera comunità in cui operiamo è la nostra struttura dei costi, prevalentemente caratterizzata da costi fissi, dove i costi del personale e costi dell'immobile rappresentano per molte realtà un 80-90% del totale dei costi.

Quando le cose vanno male, a noi vanno peggio. Lo abbiamo visto col Covid: alla riduzione dei posti letto occupati e dei ricavi non solo non è corrisposta una riduzione proporzionale dei costi, ma i costi sono addirittura aumentati, per DPI e sanificazioni. E questo rischio si riversa in tutta la sua violenza sulla comunità, che ne paga le conseguenze con rette più alte e con un maggiore e improvviso impoverimento. Esistono comunità in Italia, che anziché correre questo rischio, si tutelano lasciando l'uso degli immobili a prezzi calmierati o addirittura in comodato gratuito da parte di un'istituzione pubblica. Possiamo pensare a questi casi non come un'eccezione, ma come una prassi, una politica da rivendicare perché consente di ridurre l'incidenza di rischi e di costi che altrimenti si ripercuoterebbero sulla comunità?

In conclusione, la riaffermazione oggi del principio di sussidiarietà orizzontale si scontra con una visione che vede una netta separazione tra pubblico e privato. Un cambio di paradigma che abbia al centro questo principio non può prescindere dal riconoscimento del ruolo co-produttivo dei cittadini in ambito sanitario e sociale e che rappresentano la nostra capacità di risposta a bisogni essenziali. Accanto a ciò però, è fondamentale che i nostri enti recuperino uno spazio politico importante sia nel rapporto con la gente sia tra di loro, a tutti i livelli territoriali. La speranza è che la volontà che dimostreremo nell'essere comunità e nel fare qualcosa di più per essa renda gli ETS degli attori privilegiati del sistema del welfare, capaci di auto-organizzarsi e la cui sostenibilità economica non sia un problema dei singoli enti, ma della comunità di cui sono espressione.

# Il sistema sanitario e socio dopo la legge sulle nuove regole per l'accreditamento istituzionale e l'accordo co

di [Alberto V. Fedeli](#)

**E**ntro il 31 marzo 2024 le Regioni devono attuare le nuove norme introdotte dall'**art. 15 della legge 5 agosto 2022 n. 118** (*Legge annuale per il mercato e la concorrenza*), che ha modificato la disciplina degli **accreditamenti istituzionali** (*art. 8, quater, comma 7, del D.lgs. n. 502/1992*) e degli **accordi contrattuali** (*art. 8 quinquies, comma 1 bis, del D.lgs. 502/1992*) per lo svolgimento dei servizi sanitari e sociosanitari. Le Regioni dovranno altresì recepire e adeguare secondo il contesto del proprio territorio e delle tipologie delle strutture presenti gli elementi di valutazione e controllo della sicurezza, appropriatezza e qualità che le nuove norme prevedono, come indicati dal **D.M. 19/12/2022**. Forte è la preoccupazione per l'attuazione delle nuove norme. Se si passa a meccanismi di mercato e concorrenza per l'individuazione da parte delle Regioni degli enti da accreditare e da contrattualizzare si sovverte l'attuale sistema fondato sulla copertura universale del servizio fondata sul principio di solidarietà e si pone a rischio il diritto alla salute e la continuità assistenziale, la libertà di scelta degli utenti che caratterizza il nostro sistema, l'effettività della libertà di assistenza là dove non è tutelata la continuità gestionale con pregiudizio alla programmazione dell'attività e degli investimenti, lo stesso principio di buon andamento della pubblica amministrazione là dove con le selezioni periodiche rischiano di essere messe in crisi le reti di assistenza create sul territorio e/o i PDTA regionali nei quali partecipano gli enti accreditati contrattualizzati. Ma sarà così? La risposta può essere negativa ma a condizione che si evitano semplificazioni ed erronee interpretazioni della nuova normativa avulse da una considerazione complessiva dell'ordinamento del SSN - che è e resta disciplinato dal D.lgs. n. 502/1992 (come modificato dal D.lgs. n. 229/1999, cd Riforma ter) - e da una corretta e non parziale applicazione dei principi del diritto dell'UE. Qualche correttivo e ulteriori proroghe sarebbero opportuni,



ma già solo una corretta attuazione potrebbe evitare i sopra paventati rischi.

L'ordinamento sanitario italiano (comprensivo dei servizi sociosanitari) prevede tuttora un *sistema integrato pubblico e privato*, aperto sia a enti non profit che a soggetti profit, che, con l'accreditamento, sono inseriti in ciascun sistema sanitario e sociosanitario regionale (SSR) insieme agli enti sanitari pubblici anch'essi accreditati, e, con gli accordi contrattuali, ricevono, insieme agli enti pubblici, i finanziamenti pubblici per garantire le prestazioni secondo i principi della copertura universale del servizio e della solidarietà, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il Sistema si basa sull'accesso nei SSR delle strutture private accreditate in condizioni di parità con le strutture pubbliche, governato dalla programmazione regionale, che fissa le quote di volumi di prestazioni (di posti letto per i servizi sociosanitari residenziali) da accreditare e da contrattualizzare. Le tariffe regionali più che un corrispettivo per l'acquisto di una prestazione in un mercato concorrenziale rappresentano il necessario finanziamento pubblico, predeterminato e riconosciuto in

# sanitario renza: tamento ntrattuale

modo eguale a tutti gli enti accreditati, sia pubblici che privati, per garantire la copertura universale del servizio. Tale configurazione del sistema, come riconosciuto dalla Commissione Europea<sup>1</sup>, continua ad essere di natura non economica, dunque non aperta a una totale concorrenza, in quanto si basa sul principio di solidarietà, ed è ben compatibile con il diritto euronunitario<sup>2</sup>, come riconosciuto dalla Corte di Giustizia UE, che riconosce come preminente il diritto alla salute<sup>3</sup>, dalla Corte costituzionale e dalla giurisprudenza amministrativa che riconoscono che il sistema non prevede una assoluta libertà di iniziativa e di concorrenzialità, in quanto limitato e regolato dalla programmazione regionale<sup>4</sup>.

A ben vedere la legge n. 118/2022 non ha sovvertito tale sistema introducendo meccanismi di piena concorrenzialità. L'obiettivo delle modifiche introdotte non è in-

fatti il completo passaggio al mercato e alla concorrenza, ma quello invece di *non creare insormontabili barriere di ingresso*, di fatto realizzando un sistema chiuso con i soli enti già accreditati e contrattualizzati. *Si mira pertanto ad aprire il sistema* agli enti solo accreditati con procedimenti per la stipula dei contratti ispirati ai principi di pubblicità, trasparenza e parità di trattamento (selezioni, certamente non gare pubbliche secondo il codice dei contratti pubblici), comunque *vincolati al fabbisogno programmato*. Ma questo fabbisogno, come chiarito dalla giurisprudenza, non può essere determinato solo considerando i servizi già contrattualizzati, determinando in tal modo una chiusura del sistema per saturazione, ma in base al fabbisogno effettivo, individuando quindi *quote di incremento dell'offerta per le selezioni e chance di ingresso degli enti solo accreditati*. In tal senso è infatti la giurisprudenza costituzionale e amministrativa<sup>5</sup> a cui le nuove norme si adeguano.

L'**accreditamento istituzionale** resta sostanzialmente immutato: si applica alle strutture autorizzate, *sia pubbliche che private*, su *domanda* (quindi niente selezioni), ed è rilasciato subordinatamente alla rispondenza ai *requisiti ulteriori* di qualificazione rispetto a quelli autorizzativi, alla *loro funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale* rispetto al fabbisogno programmato dalla regione, alla *verifica positiva dell'attività svolta*. L'art. 15 della legge 118/2022, modificando il comma 7 all'art. 8 quater D.lgs. 502/1992 richiede ora, per i nuovi accreditamenti, che l'accreditamento avvenga anche in base *“alla qualità e ai volumi da erogare”*, ai *“risultati dell'attività eventualmente già svolta”*, agli *“obiettivi di sicurezza”* e agli *esiti delle attività di controllo e vigilanza “in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza*, come stabiliti dall'All. A del DM 19/12/2022 (e come saranno declinati dalle regioni, specie per i servizi socio-sanitari). L'art. 15 della legge 118/2022 non introduce un termine di durata dell'accreditamento: in proposito il DM 19/12/2022 stabilisce che l'accreditamento ha durata limitata nel tempo, ma è previsione illegittima, non trovando riscontro nelle norme di legge, ove si prevede solo *“la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa”* (art. 8 quater, comma 3, lett. c, D.lgs. 502/1992).

Per quanto riguarda gli **accordi contrattuali**, l'art. 15 della legge 118/2022, introducendo il comma 1 bis all'art. 8 quinquies del D.lgs. 502/1992, ha introdotto *periodiche procedure di selezione* (non di gara pubblica ai sensi del codice dei contratti pubblici qui non applicabile) solo per gli enti privati accreditati finalizzate alla contrattualizzazione. Le selezioni avvengono in base a *criteri oggettivi che valorizzano la qualità e i volumi*

1 Cfr. Decisioni della Commissione Europea 19/12/2012 SA 20829 C 26/10 (spec. par. 170) e 4/12/2017 SA.39913 C (2017) 7973.

2 Cfr. Direttiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 dicembre 2006, relativa ai «Servizi nel mercato interno», secondo la quale gli Stati membri sono liberi di individuare i servizi di interesse generale e di organizzarli come ritengono secondo il proprio ordinamento costituzionale, e la giurisprudenza della Corte di Giustizia UE, secondo la quale l'accreditamento si configura come un sistema di “quasi-mercato” non essendo ispirato alla concorrenzialità pura (cfr. Corte giustizia UE, sez. IX, 20/06/2019, n. 424).

3 Corte di Giustizia UE 13 febbraio 2014, causa C – 367/12 Sokoll – Seebacher.

4 Cfr. Corte Cost. 18 luglio 2014, n. 216; Cons. Stato, n. 2143/2015 e Cons. Stato, sez. III, n. 1739/2018, che esclude nei rapporti di accreditamento e contrattualizzazione l'applicazione del codice degli appalti.

5 Cfr. Corte Cost. n. 31/2008; Cons. Stato n. 5284/2021, TAR Lombardia, Milano, 18/04/2023 n. 965.

*minimi da garantire, tenendo conto: della programmazione sanitaria regionale; delle verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento; dell'attività svolta per i soggetti già titolari di accordi contrattuali; dell'effettiva alimentazione continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE); degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, nei profili di qualità, sicurezza e appropriatezza, come definiti dall'Al. B del DM 19/12/2022.*

Salta l'eguaglianza tra strutture accreditate pubbliche e strutture accreditate private, che è rimasta solo per l'accreditamento, prevedendosi la selezione per la stipula degli accordi contrattuali solo per queste ultime, con previsione di dubbia costituzionalità per disparità di trattamento. Resta il vincolo della previa programmazione, con conseguente illegittimità di eventuali nome attuative regionali che prevedano la sottrazione di quote di posti letto e volumi di prestazioni già accreditati e contrattualizzati per porle in selezione a iso-risorse e senza stabilire invece quota aggiuntive richieste dal fabbisogno o *“quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate”* (art. 8 quater, comma 3, lett. b, del D.lgs. 502/1992). La norma poi esplicitamente richiede di tenere conto dell'attività svolta dagli enti accreditati già contrattualizzati, previsione che consente alle Regioni di prevedere meccanismi per garantire la continuità dell'attività già svolta, se valutata positiva secondo i criteri di qualità, sicurezza e appropriatezza, pur tenendo conto delle esigenze di razionalizzazione della rete e ancora di considerare il costo storico, purchè non sia elemento che determina il fabbisogno, ostacolando l'ingresso di nuovi soggetti accreditati.

Le Regioni chiamate ad attuare la legge sulla concorrenza non possono poi ignorare la **specificità degli Enti del terzo settore** (ETS), comprese le imprese sociali, e delle **Onlus** gestori di unità di offerta di servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. Si applica anche per tali servizi il modello dell'**Amministrazione condivisa** con gli ETS nelle forme della *coprogrammazione e coprogettazione* ex art 55 del Codice del terzo settore<sup>6</sup>. La **coprogrammazione** non è solo consultazione ma attivo coinvolgimento degli ETS e Onlus (compresi quelli che erogano servizi accreditati) nella programmazione,

6 *La coprogrammazione e coprogettazione deve ritenersi applicabile anche alle ONLUS e agli Enti religiosi civilmente riconosciuti, per i quali ancora si applica l'art. 1, comma 4, della legge 328/2000 che la prevede; sussiste poi per le ONLUS un periodo transitorio, dovuto all'incertezza fiscale, potendo iscriversi al RUNTS entro il 31 marzo dell'anno successivo all'autorizzazione della Commissione europea, che non può determinare disparità di trattamento per chi ha già potuto divenire ETS.*

che deve essere insieme svolta e condivisa: ciò deve avvenire per i piani sanitari e sociosanitari regionali, la verifica e programmazione del fabbisogno, le regole annuali di sistema, la programmazione distrettuale e quella della nuova medicina e assistenza territoriale. Si ricorda che gli ETS hanno diritto di iniziativa se la Regione o gli enti sanitari regionali e distrettuali non attivano la coprogrammazione.

Le Regioni devono poi prevedere e disciplinare anche il canale della **coprogettazione** con le ETS nei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali. È la forma maggiormente idonea alla realizzazione di quella rete di servizi, che garantisce sul territorio il collegamento sinergico di interventi a filiera con approcci multidimensionali e che meglio garantisce anche l'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari e quelli socioassistenziali. La nuova assistenza territoriale (DM 77/2022 e, per la domiciliarità, missione 6 del PNRR), non può essere lasciata alle sole logiche del mercato sanitario e sociosanitario nella concorrenza tra enti erogatori accreditati, ma richiede che i servizi siano conseguenti a un'attività di programmazione e integrazione operata dal pubblico secondo il modello dell'Amministrazione condivisa con il terzo settore, specie se si tratta di dare continuità a reti già esistenti e che si vogliono potenziare. Si potrà così utilmente prevedere coprogettazioni per porre in essere reti integrate dei servizi, dando forma e contenuto alla nuova assistenza territoriale e alle case di comunità, anche alla luce dei principi della legge delega in materia di politiche per le persone anziane (legge 23/03/2023 n. 33) e della legge delega per le persone disabili (Legge 22 dicembre 2021 n. 227), ambiti in cui il terzo settore è ben radicato e dove già opera in una logica a multiservizi a filiera e in rete. Ben si può utilizzare la coprogettazione anche per progettare e realizzare una gestione condivisa tra ente sanitario pubblico ed ETS di servizi già accreditati o da accreditare, che poi, giusta la titolarità dell'ente pubblico che può restare anche in coprogettazione con gli ETS, possono stipulare l'accordo contrattuale senza selezione (art. 8 quinquies, comma 2, del D.lgs. 502/1992).

*La specificità degli ETS va tenuta presente anche nella definizione dei criteri di qualità per le selezioni finalizzate alla contrattualizzazione* ex art. 8 quinquies, comma 1 bis, D.lgs. 502/2022, considerando il valore aggiunto che gli enti del terzo settore erogatori apportano, in considerazione del fatto che istituzionalmente non perseguono scopo di lucro ma l'interesse generale e scopi solidaristici e che appunto sono radicati nel territorio e nella rete dei servizi territoriali, sanitari, sociosanitari e sociali, contribuendo alla realizzazione di un welfare di comunità e generativo, anche grazie a coprogettazioni in essere.

Si creerebbe così un *circolo virtuoso* tra spazi di coprogettazione ed erogazione di servizi accreditati e contrattualizzati, non solo salvaguardando ma anche valorizzando la specificità degli Enti del Terzo Settore e in generale delle istituzioni e organismi a scopo non lucrativo.



# Fondazione Conte Franco Cella di Rivara: la mission e i servizi

di Carlo Vercesi<sup>1</sup>

## LA STORIA

La Fondazione Conte Franco Cella di Rivara nasce nel 1961 in Broni (PV), grazie alla magnanimità del **Conte Franco Cella di Rivara**, che, con atto di liberalità e spiccata lungimiranza, vuole “*offrire asilo a vecchi, che essendo in stato di indigenza, non abbiano il necessario per vivere e siano privi di parenti...*”.

Il filo diretto, il legame di sangue (e di spirito), tra il Fondatore e la Fondazione è sempre stato presente in quanto nel Consiglio di Amministrazione, composto da cinque membri, siede di diritto un discendente della Famiglia Cella che attualmente ricopre anche l'incarico di Presidente.

Eretta in **Ente Morale** - sotto forma di I.P.A.B. - con Decreto del Presidente della Repubblica n. 1460 del 1961, è stata depubblicizzata con Decreto Regionale nel 1999, assumendo poi nel 2008 la qualifica di Onlus. Fino agli anni Ottanta la Fondazione ha rivolto i propri servizi prevalentemente a persone anziane autosufficienti.

Con l'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento delle fragilità cognitive, la Fondazione si è riconvertita, accogliendo sempre più Ospiti Non Autosufficienti, tra cui affetti da Sindrome di Alzheimer.

## I SERVIZI

Negli ultimi venticinque anni la Fondazione ha intrapreso con decisione la politica di dotarsi esclusivamente di personale dipendente, pensando che questo potesse cre-

<sup>1</sup> Segretario/Direttore Amministrativo della Fondazione.



are un forte senso di appartenenza e fedeltà ai principi fondativi del Conte Cella.

Ciò ha permesso di aumentare la ricettività, accogliendo con tempismo le sempre più pressanti richieste delle famiglie, ma soprattutto ha comportato la trasformazione della Fondazione in **un vero e proprio centro multiservizi**, articolato in una molteplicità di unità di offerta residenziali, semiresidenziali e domiciliari rivolte all'utenza anziana e disabile, sia in ambito socio sanitario, sia in ambito prettamente sociale, secondo logiche legate all'accoglimento dei bisogni.

Detta trasformazione è iniziata già nel 1998 quando è stata realizzata ex novo **la RSA di Arena Po**, interamente sviluppata su un unico livello, dotata di ampie vetrate e di una vasta e attrezzata area verde, integrata con un Centro Diurno e alcune Comunità Alloggio e che oggi fornisce ospitalità residenziale a circa 140 persone.

Negli anni a seguire, nell'ambito del c.d. "Piano Programma" di Regione Lombardia è stata ristrutturata per una ricettività complessiva di 131 posti letto la **RSA di Broni**, sede storica, realizzata nell'ambito del complesso facente capo alla signorile villa d'epoca (già "Hotel Italia" nei primi decenni del secolo scorso), ubicata nel centro abitato di Broni ai piedi delle colline bronesi, nel cuore dell'Oltrepò Pavese. Anche in tale struttura, trovano sede un Nucleo Alzheimer e un Centro Diurno Integrato.

Oltre all'accoglienza residenziale (più di 300 posti let-

to tra RSA, CSS, Hospice e Unità d'Offerta Sociali) e semiresidenziale (accreditamento per 120 utenti), la Fondazione **eroga da diversi anni Servizi Domiciliari (RSA Aperta, C-DOM e UCP-DOM)**, riuscendo in tal modo, non solo ad aumentare il raggio di azione nel territorio di riferimento, ma anche ad integrare la gamma di offerta della presa in carico, riuscendo in diversi casi ad assistere la medesima persona dapprima al domicilio, successivamente con il servizio diurno e infine con quello residenziale.



Nel 2009 viene acquistato dalla Fondazione il complesso nobiliare settecentesco di Vescovera dove sono state avviate nuove attività socio-sanitarie, costituendo un vero e proprio Centro Polifunzionale, con un **Hospice**, un **CDI** e una **Comunità Socio Sanitaria per Disabili**. La struttura, oltre alle già citate diverse unità residenziali, è abbellita da un colonnato, un parco secolare e una cappella barocca, a completa

disposizione dell'Utenza.

Nel 2016, a conclusione di importanti lavori di recupero e ristrutturazione, l'Amministrazione dell'Ente ha proceduto ad attivare una nuova sede presso l'ex Asilo Garibaldi di Broni, storico edificio, ove sono stati ricavati 8 Alloggi Protetti per Anziani (**A.P.A**) per un totale di 15 posti letto che, insistendo nel centro abitato di Broni ed essendo richiesto per tale alloggio un elevato grado di autosufficienza, consentono ai Signori Ospiti di uscire autonomamente per svolgere le attività sociali preferite. Recentemente nell'ambito del complesso ex Ospedale

Arnaboldi di Broni ove attualmente vi è anche la Casa di Comunità gestita da ASST Pavia (oltre ad un Centro Avis e una sede A.R.E.U.), la Fondazione ha concluso un importante intervento di riqualificazione funzionale che ha consentito di ricavare circa 40 posti letto. In tale immobile, attualmente trova sede l'Hospice (trasferito alcuni mesi fa da Vescovera) e nei prossimi mesi ospiterà altre unità d'offerta sociosanitarie. Tale investimento rientra in un'ottica di sinergia e collaborazione tra pubblico e privato, erogando in un unico complesso immobiliare servizi sanitari e sociosanitari di derivazione privata (Fondazione Cella e AVIS) e pubblica (Casa di Comunità, Centro Unico Prenotazioni C.U.P., sede operativa A.R.E.U.).

### UN CENTRO MULTISERVIZI

**La vasta gamma di servizi** - residenziali, semiresidenziali, domiciliari - **e la eterogeneità delle prestazioni tipiche erogate** - RSA, CDI, Hospice, APA, Comunità Alloggio, CSS, fisioterapia ad utenti esterni, etc. - hanno consentito a questa Fondazione di assumere, come detto, le vesti di vera e propria "azienda multiservizi" e quindi di un preciso punto di riferimento per il territorio.

Tali scelte strategiche sono la diretta conseguenza di **una forte attenzione al concreto e mutevole fabbisogno della popolazione**, in un'ottica di sempre più efficace integrazione nell'ambito della rete dei Servizi;

ne sono esempi tangibili: l'aumento della ricettività di posti letto a fronte di un numero sempre crescente di domande di ospitalità e l'erogazione di un servizio di Cure Palliative (Hospice e UCP-DOM) in un territorio come quello locale tristemente noto per il Mesotelioma (a Broni fino ai primi anni 90 era attiva la "famosa" Fibronit, lavorazioni in amianto).

Da tali soluzioni strategiche sono derivati alcuni vantaggi indiretti nell'ambito della gestione del Personale, in quanto proponendo una così variegata offerta di servizi è stato più facile incaricare l'operatore più appropriato, per le proprie peculiarità professionali; gli ambiti delicati, come quello delle cure palliative, possono ad esempio risultare più confacenti ad un operatore piuttosto che ad un altro.

Inoltre, la possibilità di avere a disposizione più strutture dislocate in un territorio sufficientemente vasto, consente di poter soddisfare, per quanto possibile, le esigenze degli operatori prestando servizio nella sede più vicina al proprio domicilio.

Per ultimo, la diversificazione dei servizi ha stimolato la

crescita professionale degli operatori, sempre curiosi e attivi nel partecipare ai corsi di formazione specifici che vengono loro proposti dall'Ente.

### I SEGNI DISTINTIVI

In un momento storico sempre più caratterizzato da serie difficoltà economiche per le famiglie, la Fondazione cerca quanto più possibile di rimanere fedele agli scopi fondativi, mantenendo le rette quanto più contenute possibile (attualmente 58 €/die per le RSA). Se si considera che i contribuiti regionali sono rimasti sostanzialmente immutati negli anni, si intuisce la complessità dell'attività di gestione che inevitabilmente ha risentito, oltre



ché dell'inflazione, dell'esponentiale aumento dei costi, ad esempio per le forniture di energia elettrica e gas.

Tra i **"segni particolari"** di questa Fondazione, oltre alla eterogeneità dei servizi e all'applicazione di rette "sostenibili" vi è anche il comfort alberghiero delle varie strutture:

inteso come una particolare attenzione alla cura degli arredi e alla confortevolezza degli ambienti, così come la ricerca di un elevato livello di qualità nella somministrazione dei pasti, perseguibile con la gestione interna del servizio di cucina.

### UNA GRANDE RISORSA (UMANA)

I maggior costi e le maggiori responsabilità da sostenere sono riconducibili al Personale,

che questa Fondazione ritiene nodale nell'erogazione di un servizio eccellente.

Come si diceva all'inizio, la scelta di avere prevalentemente personale dipendente, sereno, motivato e che si sente parte integrante di un "tutto", è considerata strategica in un'ottica di sviluppo e di ampliamento dei servizi. Per questo la Fondazione applica il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità Privata, maggiormente remunerativo e più tutelante per il personale, al quale si aggiungono tutta una serie di attenzioni, compresi ulteriori sforzi economici, come l'applicazione di un superminimo a tutto il Personale, in attesa del rinnovo del CCNL.

L'ente rimane comunque focalizzato sull'obiettivo principale rappresentato dal mantenimento e miglioramento della qualità del servizio, cercando altresì di porre quantità più attenzione alle opportunità connesse alle politiche regionali di riferimento; per il perseguimento di tale mission si tende sempre a coinvolgere quanto più possibile gli operatori, confrontandosi congiuntamente a loro per fissare i singoli obiettivi funzionali.

# Le normative regionali e i in materia di coprogrammazione e coprogettazione

di Alessio Affanni

**N**ella Regione **Emilia Romagna** è stata approvata la Legge regionale n. 3 del 13 aprile 2023 intitolata “*Norme per la promozione ed il sostegno del Terzo Settore, dell’amministrazione condivisa e della cittadinanza attiva*”. L’obiettivo è potenziare l’integrazione delle politiche pubbliche e delle risorse in funzione dell’innovazione delle attività, della qualificazione della spesa e della promozione di ecosistemi stabili all’interno delle comunità, basandosi sul principio di sussidiarietà orizzontale, su legami autentici di fiducia e di solidarietà e sulla produzione di forme di economia a impatto sociale. La Legge (così come altre normative riportate in questo elenco) istituisce organismi partecipativi e di rappresentanza quali l’Osservatorio regionale del Terzo Settore e sull’amministrazione condivisa e il Consiglio regionale del Terzo Settore; è inoltre prevista un’assemblea regionale annuale per esaminare e discutere le politiche che riguardano il Terzo Settore. Sono inoltre disciplinati gli istituti di amministrazione condivisa, ossia la coprogrammazione e la coprogettazione, nonché la forma di coprogettazione mediante accreditamento (ipotesti contemplata anche nella Legge regionale dell’Umbria).

Sulla scorta di questa normativa regionale il Comune di Bologna ha approvato il “*Regolamento generale sulle forme di collaborazione tra soggetti civici e Amministrazione per la cura dei beni comuni urbani e lo svolgimento di attività di interesse generale*” (in vigore da gennaio 2023), mentre la AUSL di Modena con la Delibera n. 90 del 23/03/2021 ha approvato un Regolamento per disciplinare i rapporti tra l’Azienda USL di Modena e gli Enti del Terzo Settore: il Regolamento prevede l’istituzione di un Elenco organizzato, suddiviso per ambiti tematici e territoriali, di soggetti idonei, qualificati a collaborare con l’AUSL di Modena per lo sviluppo dei percorsi di coprogrammazione, coprogettazione e per l’instaurazione di altre forme di collaborazione a scopi solidaristici.

Nella Regione **Lazio** è stata approvata la Legge regionale

Riprendendo un argomento approfondito nel recente Convegno Uneba, in questo articolo viene presentata una breve rassegna delle principali leggi e provvedimenti regionali e comunali che, recependo le disposizioni del Codice del Terzo Settore, disciplinano la coprogrammazione e la coprogettazione a livello locale, fornendo indicazioni attuative.

n. 10 del 26 giugno 2019 in materia di promozione dell’amministrazione condivisa dei beni comuni, alla quale ha fatto seguito, in via attuativa, il Regolamento regionale n. 7 del 19 febbraio 2020 (*Regolamento sull’amministrazione condivisa dei beni comuni*) nel quale si prevede il “patto di collaborazione” (richiamato anche nelle leggi di altre Regioni qui elencate) quale strumento con cui la Regione, le società controllate nonché gli enti locali, nell’ambito della propria autonomia organizzativa, e i cittadini attivi, gli enti del Terzo Settore e le altre formazioni sociali definiscono gli interventi di cura, gestione condivisa e rigenerazione dei beni comuni. A seguire è stato approvato il Regolamento sui rapporti fra Roma Capitale e gli enti del Terzo Settore, contenente anch’esso indicazioni operative per la coprogrammazione e la coprogettazione, al fine di attuare progetti, servizi ed interventi volti a rispondere a specifici bisogni della comunità territoriale.

Nella Regione **Umbria** è stata approvata la Legge regionale n. 2 del 6 marzo 2023 intitolata “*Disposizioni in materia di amministrazione condivisa*”. Con l’amministrazione condivisa, si legge nell’atto, l’obiettivo è arrivare ad un diverso rapporto tra pubblico e privato sociale, non basato su logiche di mercato ma sulla convergenza di obiettivi e sull’aggregazione di risorse pubbliche e private per la coprogrammazione e la coprogettazione di servizi e interventi, da realizzare anche mediante procedimenti di accreditamento. Prevista anche la possibilità (contemplata anche nella Legge dell’Emilia Romagna) di istituire elenchi di enti

# ocali azione

del Terzo Settore con i quali svolgere, per un certo periodo di tempo, attività di coprogrammazione e coprogettazione, secondo quanto previsto dal D.M. Lavoro e Politiche sociali n. 72 del 2021.

La Regione **Toscana** è stata la prima ad approvare una legge in materia: si tratta della Legge regionale n. 65 del 22 luglio 2020 recante “*Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano*”. Con questa Legge si intende rendere sistematica la collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni ed enti del Terzo Settore, mediante gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione. L’obiettivo è quello di sostenere le attività degli enti del Terzo Settore, promuovendo lo sviluppo e il consolidamento della rappresentanza di settore e valorizzando il ruolo di questi soggetti come agenti attivi di sviluppo e coesione sociale delle comunità locali. La norma disciplina inoltre l’istituzione, il funzionamento e i compiti della Consulta regionale del Terzo Settore, organo preposto a esprimere pareri e formulare proposte alla Giunta regionale e a promuovere, in accordo con quest’ultima, occasioni di confronto e consultazione, anche su tematiche specifiche.

Nella Regione Toscana è stata approvata anche la Legge regionale n. 71 del 24 luglio 2020 intitolata “*Governo*

*collaborativo dei beni comuni e del territorio, per la promozione della sussidiarietà sociale in attuazione degli articoli 4, 58 e 59 dello Statuto*”, nella quale si forniscono indicazioni

sul “patto di collaborazione”, ossia l’accordo – già descritto sopra, a proposito della normativa del Lazio – con il quale i cittadini attivi, i proprietari dei beni comuni e gli enti pubblici organizzano, in maniera cooperativa e senza fine di lucro, gli interessi relativi alle utilità generate dal bene comune, programmando e progettando insieme le attività di cura, gestione collaborativa e rigenerazione.

Nella Regione **Molise** gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione sono disciplinati nella Legge regionale n. 21 del 7 ottobre 2022, che è la Legge regionale di disciplina del Terzo Settore. Vengono definiti i principi ai quali si ispirano i due procedimenti, ribadendo la distinzione: la coprogrammazione è finalizzata all’individuazione dei bisogni da soddisfare nella comunità di riferimento, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità per realizzarli e delle risorse disponibili; la coprogettazione, invece – sempre attraverso la collaborazione con gli enti del Terzo Settore – consiste nella definizione e nella eventuale realizzazione di specifici progetti, servizi o interventi finalizzati a soddisfare bisogni definiti, nonché di progetti innovativi e sperimentali. Si prevede inoltre che le amministrazioni coinvolte diano conto, con un proprio atto, degli esiti dell’attività di coprogettazione e dell’impatto sociale conseguito rispetto agli obiettivi.

Nella Regione **Lombardia** si segnala, invece, il “*Regolamento di disciplina generale sui rapporti tra il Comune di Milano e gli enti del Terzo Settore in attuazione del Codice del Terzo Settore*”, approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 45 del 3 luglio 2023. Con tale Regolamento si intende sostenere l’attivazione di speciali forme di partenariato tra pubblico e privato sociale nelle attività di coprogrammazione e coprogettazione, nelle procedure di accreditamento, nonché nei percorsi di valorizzazione dei beni pubblici per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. Da rimarcare, come previsto anche nelle altre normative regionali qui elencate, la possibilità che tali procedimenti possano essere attivati su istanza degli enti del Terzo Settore. Nel provvedimento si pone, inoltre, attenzione alla connessione tra coprogrammazione e gli atti di programmazione del Comune (DUP, PEG, Piano di zona).

Nella Regione **Liguria** non è stata approvata una nuova Legge regionale ma è stata modificata e aggiornata la preesistente Legge regionale n. 42 del 6 dicembre 2012, intitolata “*Testo unico delle norme sul Terzo Settore*”. Nella Legge vengono definiti e disciplinati le azioni ed i patti per il sostegno dell’impegno dei privati senza finalità di profitto nell’esercizio della funzione sociale, nonché i procedimenti per la conclusione di patti di sussidiarietà.

# Prossimi provvedimenti sulla condizione delle persone con disabilità



Il Consiglio dei ministri ha approvato il 3 novembre 2023, in esame preliminare, due decreti legislativi di attuazione della Legge n. 227 del 22 dicembre 2021 (legge con la quale il Parlamento ha delegato il Governo all’emanazione di norme di revisione e riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità). In attesa del completamento del loro iter di approvazione, le informazioni del comunicato stampa del Consiglio dei ministri anticipano i contenuti essenziali dei due provvedimenti.

**I**l primo decreto interviene con norme relative alla definizione della condizione di disabilità, all’acertamento di tale condizione, alla revisione dei suoi processi valutativi di base, alla valutazione multidimensionale della disabilità e alla realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità. Il provvedimento si inquadra nel programma di riforme che, a partire dalla Riforma 1.1 della Missio-

ne 5, Componente 2 del PNRR, prevede l’attuazione di una specifica normativa in materia di disabilità, intitolata “Legge quadro per le disabilità”.

Il decreto interviene in particolare sotto cinque aspetti:

1. introduce le definizioni di disabilità, della condizione di disabilità e della persona con disabilità, prendendo le mosse dalla nuova prospettiva della “disabilità” non derivante più dalla mera visione medica dell’impedimento determinato dalla malattia o patologia ma intesa quale risultato dell’interazione tra persone con compromissioni e barriere comportamentali e ambientali che impediscono o limitano la partecipazione nei diversi contesti di vita;
2. si prevede l’adozione, dal 1° gennaio 2025, della classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell’Organizzazione mondiale della sanità e della classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF): il loro utilizzo congiunto fornisce un quadro più ampio e significativo della salute delle persone;
3. viene affidato all’INPS, dal 1° gennaio 2026, il procedimento unitario (e unificato) di valutazione di base, finalizzato alla certificazione che accerti la sussistenza della condizione di disabilità, unifi-

cato al processo dell'accertamento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordocecità, degli alunni con disabilità, degli elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza. Il procedimento è attivato da un certificato medico introduttivo ed è distinto dalla successiva valutazione multidimensionale volta alla predisposizione di un progetto di vita della persona con disabilità;

4. all'esito della valutazione di base, la persona con disabilità può chiedere di avviare il procedimento di valutazione multidisciplinare. Si tratta di una valutazione bio-psico-sociale, effettuata da un'unità di cui fa parte anche la persona con disabilità e che, partendo dagli esiti della valutazione di base, li arricchisce con particolare riferimento al concreto contesto sociale in cui la persona svolge la propria vita. La presenza nella unità di valutazione anche di soggetti delle istituzioni ed enti assistenziali coinvolti nella fase attuativa intende rendere il progetto di vita un vero e proprio patto di corresponsabilità;
5. si prevede il diritto all'accomodamento ragionevole, con la previsione di un procedimento consistente in modifiche e adattamenti ritenuti necessari, purché non eccessivi o sproporzionati, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio dei diritti civili e sociali.

Viene contemplata, per tutto l'anno 2025, una fase di sperimentazione, con l'applicazione a campione delle disposizioni sia in materia di valutazione di

base che relativamente alla valutazione multidimensionale, finalizzata anche all'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento.

Il secondo decreto introduce invece disposizioni volte a definire, anche con il supporto della Commissione tecnica per i fabbisogni standard, i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) in favore delle persone con disabilità.

A tale fine si prevede l'istituzione di una Cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, di cui fanno parte, oltre ai ministri competenti per materia, un delegato della Commissione tecnica per i fabbisogni standard, il Presidente della Conferenza delle Regioni, il Presidente dell'ANCI e i Presidenti delle Federazioni maggiormente rappresentative delle Associazioni in materia di disabilità.

La Cabina di regia effettua la preventiva ricognizione delle prestazioni essenziali delle persone con disabilità, elabora linee guida per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni; riconosce il progetto individuale di vita come livello essenziale delle prestazioni; verifica le modalità di integrazione dei LEP con i livelli essenziali di assistenza (LEA); assicura il coordinamento e la piena effettività della normativa riguardante sussidi, incentivi e agevolazioni per le persone con disabilità, anche con riguardo alle tutele previste dalla normativa in materia di invalidità civile. Nelle more dell'individuazione dei LEP, la Cabina di regia individua concrete modalità – anche promuovendo collaborazioni tra pubblico, privati e terzo settore – per prevedere e garantire gli obiettivi di servizio.

**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](http://www.uneba.org) la nostra posta elettronica è: [info@uneba.it](mailto:info@uneba.it)

Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 88 del 21/2/1991

Progetto e realizzazione grafica: [www.fabiodesimone.it](http://www.fabiodesimone.it)

Stampa: Consorzio AGE - Pomezia (Roma)

Il giornale è inviato gratuitamente agli associati dell'UNEBA

Finito di stampare nel dicembre 2023



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

# Fascicolo sanitario elettronico 2.0

*Publicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 che individua i contenuti del fascicolo sanitario elettronico (FSE), nonché i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, nonché le modalità e i livelli diversificati di accesso al fascicolo.*

Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) contiene i seguenti dati e documenti, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale (SSN):

- a) dati identificativi e amministrativi dell'assistito (esenzioni per reddito e patologia, contatti, delegati);
- b) referti;
- c) verbali pronto soccorso;
- d) lettere di dimissione;
- e) profilo sanitario sintetico;
- f) prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;
- g) cartelle cliniche;
- h) erogazione farmaci a carico del SSN e non a carico del SSN;
- i) vaccinazioni;
- j) erogazione di prestazioni di assistenza specialistica;
- k) taccuino personale dell'assistito;
- l) dati delle tessere per i portatori di impianto;
- m) lettera di invito per screening.

Nel FSE troverà spazio il cosiddetto Profilo sanitario sintetico che è il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal medico di medicina generale (MMG) e dal pediatra di libera scelta (PLS) e riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta.

All'interno del fascicolo vi sarà anche il taccuino personale dell'assistito che rappresenta una sezione riservata del FSE all'interno della quale esclusivamente l'assistito, o un suo delegato, può inserire, modificare ed eliminare dati, anche generati dai dispositivi medici e/o wearable, e documenti personali relativi ai propri percorsi di cura, oltre a informazioni integrative inserite direttamente dal cittadino.

L'assistito può accedere ai dati e documenti

del FSE. L'accesso al FSE da parte di soggetti sottoposti alle forme di tutela previste dal Codice civile nei casi di incapacità totale o parziale a provvedere ai propri interessi, è consentito al tutore, al curatore o all'amministratore di sostegno ove ciò rientri tra i poteri loro conferiti in base ai provvedimenti emessi dall'Autorità giudiziaria e per il periodo di validità previsto.

Viene consentito l'accesso nei casi di emergenza ad una struttura sanitaria. Infatti in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato e di rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato che non abbia espresso il consenso alla consultazione dei dati del proprio FSE, gli operatori del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali nonché gli esercenti le professioni sanitarie possono accedere prioritariamente al profilo sanitario sintetico del medesimo interessato e, ove necessario, agli ulteriori dati e documenti del FSE, ad eccezione dei dati e documenti per i quali l'assistito abbia richiesto l'oscuramento, solo dopo averne verificato l'incapacità fisica o giuridica di esprimere il consenso, per il tempo strettamente necessario ad assicurare allo stesso le indispensabili cure e, in ogni caso, fino a quando l'interessato non sia nuovamente in grado di esprimere la propria volontà al riguardo.

Concorrono alla corretta alimentazione e all'aggiornamento del FSE con i dati e documenti riferiti all'assistito, nei limiti di responsabilità e dei compiti loro assegnati:

- a) le aziende sanitarie locali, le strutture sanitarie pubbliche del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali e i SASN (servizi di assistenza sanitaria al personale navigante), attraverso le diverse articolazioni organizzative;
- b) le strutture sanitarie accreditate con il SSN e i servizi socio-sanitari regionali;
- c) le strutture sanitarie autorizzate;
- d) gli esercenti le professioni sanitarie, anche convenzionati con il SSN, quando operano in autonomia.

I soggetti indicati, che hanno in cura l'assistito o comunque gli prestano assistenza sanitaria, presso cui sono redatti i dati e i documenti sanitari che alimentano il FSE, sono titolari

del trattamento per finalità di cura e alimentazione il FSE con i contenuti richiesti, entro cinque giorni dall'erogazione della prestazione sanitaria e sono responsabili della mancata, intempestiva o inesatta alimentazione.

Può accedere in consultazione al FSE per la finalità di cura, fermo restando il rispetto dei diritti dell'assistito, il personale sanitario secondo i ruoli e i profili di autorizzazione e, in particolare:

- a) il MMG/PLS (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta), per la durata dell'assistenza, o il medico sostituto, per la durata della sostituzione;
- b) il medico, diverso dalla precedente lettera a), avente in cura l'assistito per visite o esami o per il ricovero, limitatamente al tempo in cui si articola il processo di cura, previa dichiarazione che tale processo di cura è in atto al momento della consultazione del FSE e assunzione della relativa responsabilità da parte del medesimo personale sanitario;
- c) l'infermiere/ostetrica, limitatamente al tempo in cui si articola il processo di cura, previa dichiarazione che tale processo di cura è in atto al momento della consultazione del FSE e assunzione della relativa responsabilità da parte del medesimo personale sanitario;
- d) il farmacista;
- e) il personale amministrativo, limitatamente alle sole informazioni amministrative strettamente necessarie per assolvere le funzioni cui è preposto.

L'accesso al FSE è sempre escluso per i soggetti operanti in ambito sanitario che non perseguono finalità di cura quali periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche, organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario, personale medico nell'esercizio di attività medico legale quale quella per l'accertamento dell'idoneità lavorativa o per il rilascio di certificazioni necessarie al conferimento di permessi o abilitazioni.

I dati e i documenti presenti nel FSE sono sempre consultabili, oltre che dall'assistito, dai soggetti che li hanno prodotti.



# Disposizioni per la tutela dei diritti di persone che sono state affette da malattie oncologiche

Approvata in via definitiva ed in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale la legge recante disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche. La nuova legge introduce misure volte ad assicurare che alla guarigione clinica della persona corrisponda la possibilità di esercitare i propri diritti in condizioni di eguaglianza rispetto al resto della popolazione, con particolare riferimento all'accesso ai servizi finanziari, bancari e assicurativi, nonché alle procedure di adozione di minori.

**D**ai più recenti dati disponibili a consuntivo riportati dal Piano oncologico nazionale 2023-2027, si stima che nel 2020 in Italia sono state diagnosticate con tumore circa 3,6 milioni di persone (1,9 milioni femmine e 1,7 milioni maschi), ovvero circa il 6% della popolazione italiana, con un aumento del 36% rispetto alle stime prodotte nel 2010. La stima è interessata da un incremento pari a tre punti percentuali

per anno, anche in considerazione di una correlazione con il progressivo invecchiamento della popolazione. Dalle più recenti elaborazioni della Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro che aggrega i dati forniti dall'ISTAT e dalle stime dell'ISS, i decessi per tumore nel 2021 sono valutati in un numero di 181.330, di cui 100.200 riferiti agli uomini e 81.100 alle donne, con un calo di 1.870 morti rispetto al 2020. Nel complesso, in Italia, la pandemia ha causato un aumento della mortalità dei pazienti oncologici, soprattutto nei maschi, in età avanzata, con tumore diagnosticato da meno di 2 anni e nei tumori ematologici. Con riferimento alle aspettative di sopravvivenza ad una diagnosi tumorale, anche grazie alla ricerca e ai progressi scientifici, l'aumento è stato particolarmente marcato per coloro che vivono da oltre 10 o 15 anni dalla diagnosi. Nel 2020, circa 2,4 milioni, il 65% del totale e il 3,8% della popolazione, hanno avuto una diagnosi da più di 5 anni, mentre 1,4 milioni di persone, pari al 39% del totale, hanno ricevuto la diagnosi da oltre 10 anni. La legge appena approvata intende far fronte al fenomeno ricorrente per cui, nonostante l'avvenuta guarigione clinica, una consistente parte di persone guarite dal tumore sperimentano discriminazioni nell'esercizio dei propri diritti, in particolare con riferimento all'accesso a servizi finanziari, bancari e assicurativi, rimuovendo, ai

sensi dell'articolo 3 della Costituzione, gli ostacoli che limitano l'eguaglianza di questi soggetti la cui aspettativa di vita è aumentata, incluse le limitazioni all'accesso alle procedure di adozione di minori.

Sul tema, come rilevato dall'Osservatorio permanente sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, si riscontrano diverse prassi contrattuali che impediscono ai guariti l'apertura o il mantenimento di un'assicurazione sanitaria per malattia o di una polizza vita o che impongono oneri o garanzie accessorie per accedere a servizi finanziari o bancari, quali tipicamente l'accensione di mutui, come ad esempio la prassi commerciale di subordinare l'accensione di mutui alla sottoscrizione di una polizza assicurativa sulla vita, pena il rigetto della richiesta. Più in generale, è comune prassi la richiesta al consumatore di informazioni relative alle pregresse condizioni di salute con riferimento alle patologie oncologiche, con il rischio che, in caso di omissione, la compagnia assicurativa opponga un rifiuto al pagamento dell'indennizzo ovvero, fornendo tali informazioni, l'istituto finanziario o assicurativo neghi la sottoscrizione del contratto oppure apponga clausole aggiuntive allo stesso, con un maggiore aggravio di costi e oneri.

Il testo unificato della legge, approvato alla Camera in agosto, è stato approvato in via definitiva anche dal Senato il 5 dicembre. Qui di seguito si procederà ad un'illustrazione sintetica del contenuto.

La legge si compone di 5 articoli. L'articolo 1 definisce l'oggetto e le finalità dell'intervento normativo, recante disposizioni in materia di parità di trattamento, non discriminazione e garanzia del **diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche**. Viene poi definito il diritto all'oblio oncologico (comma 2), come il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né essere oggetto di indagini sulla propria pregressa condizione patologica.

Gli articoli 2, 3 e 4 disciplinano le condizioni per il rispetto del diritto all'oblio oncologico in diversi ambiti. In tema di **accesso ai servizi bancari, finanziari ed assicurativi** l'articolo 2 prevede che ai fini della stipula o del rinnovo dei relativi contratti non è ammessa la richiesta di informazioni relative allo stato di salute della persona fisica contraente concernenti patologie oncologiche da cui essa sia stata affetta in precedenza, qualora il trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta; tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del ventunesimo anno di età. In tutte le fasi di accesso a tali servizi, ivi comprese le trattative precontrattuali e la stipula o il rinnovo di contratti, le banche, gli istituti di credito, le imprese di assicurazione, gli intermediari assicurativi e finanziari devono fornire alla controparte adeguate informazioni circa il diritto a non fornire informazioni sulle pregresse condizioni di salute come indicato al precedente comma: di tale diritto deve essere fatta espressa menzione nei moduli o formulari predisposti e utilizzati ai fini della stipula o del



rinnovo di detti contratti. Viene poi espressamente sancito il divieto di applicare al contraente limiti, costi ed oneri aggiuntivi, o trattamenti diversi rispetto a quelli previsti a legislazione vigente per la generalità dei contraenti e quello di richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari, nei casi di cui al comma 1, per la stipulazione dei contratti ivi indicati. Si prevede che nei contratti concernenti operazioni e servizi finanziari, bancari, di investimento o di assicurazione stipulati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, la violazione delle disposizioni di cui ai precedenti commi determina la nullità delle singole clausole difformi dai principi indicati e di quelle ad esse connesse, senza determinare la nullità dell'intero contratto che rimane valido ed efficace per il resto.

L'articolo 3 apporta alcune modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184 che detta la **disciplina per l'adozione e l'affidamento dei minori**, in particolare: all'articolo 22, in tema di indagini riguardanti coloro che intendono adottare a seguito di presentazione della domanda di adozione al Tribunale per i minorenni, nel definire l'ambito di tali indagini tra cui in particolare la salute (oltre che la capacità di educare il minore, la situazione personale ed economica, ambiente familiare e motivi dell'adozione), si inseriscono le nuove disposizioni che limitano l'ambito delle indagini relative allo stato di salute di coloro che intendono adottare un minore. Viene in particolare stabilito che tali indagini non possono avere ad oggetto patologie oncologiche trascorsi 10 anni dalla fine del trattamento terapeutico, in assenza di recidive o ricadute, ovvero 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Vengono inoltre inseriti i riferimenti al nuovo principio delle limitazioni delle indagini

relative allo stato di salute di coloro che intendono adottare, innovando con tale disposizione, rispettivamente: l'articolo 29-bis, comma 4, lettera c), in tema di acquisizione di elementi sulla situazione personale, familiare e sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, da parte dei servizi socioassistenziali degli enti locali, e l'articolo 57, terzo comma, lettera a), che riguarda la verifica del Tribunale dei minori dei requisiti di idoneità e capacità dei genitori che intendono adottare. La definizione delle modalità per l'attuazione delle disposizioni citate viene rimessa ad un decreto ministeriale.

L'articolo 4 estende all'accesso alle **procedure concorsuali**, quando nel loro ambito sia previsto l'accertamento di requisiti psico-fisici o comunque concernenti lo stato di salute dei candidati, il divieto di richiedere informazioni sullo stato di salute degli interessati concernenti patologie oncologiche da cui essi siano stati precedentemente affetti e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni dalla data della richiesta; anche in tal caso il termine è ridotto alla metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del ventunesimo anno di età.

Viene rimessa ad un decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, di concerto con il Ministro della Salute, sentite le **organizzazioni di pazienti oncologici che siano iscritte nella sezione Reti associative del Registro unico nazionale del Terzo Settore** o che abbiano la forma giuridica di associazioni di secondo livello iscritte al predetto Registro, la **promozione** - nell'ambito delle risorse disponibili e legislazione vigente - **di specifiche politiche attive** per assicurare, a ogni persona che sia stata affetta da una patologia oncologica, uguaglianza di opportunità nell'inserimento e nella permanenza al lavoro, nella fruizione dei relativi servizi, e nella riqualificazione dei percorsi di carriera e retributivi. Viene invece rimesso ad un decreto del Ministro della Salute, sentite le organizzazioni di pazienti oncologici di cui sopra, la disciplina delle modalità e delle forme, senza oneri per l'assistito, della certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'applicazione delle disposizioni in esame.

Al Garante per la protezione dei dati personali spetta la funzione di vigilanza sulla corretta applicazione delle disposizioni di cui alla legge in esame.

## Rapporto dell'OCSE su disabilità, lavoro e inclusione in Italia

L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) nota anche come OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) a fine novembre ha pubblicato un Rapporto intitolato *“Disabilità, lavoro e inclusione in Italia - Una migliore valutazione per una migliore assistenza”*, consultabile sul sito [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

Il Rapporto indica che l'Italia cerca da tempo di riformare la sua politica sulla disabilità per affrontare almeno tre problemi di lunga data: le incongruenze con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che richiedono un aggiornamento nella valutazione della disabilità; la frammentazione della valutazione e del supporto alla disabilità e le conseguenti disparità tra le regioni italiane nell'offerta di servizi e nell'utilizzo delle prestazioni. Il ricorso ai supporti è spesso basso, sia per la complessità del sistema che per la mancanza di risorse; inoltre le disuguaglianze regionali sono anche legate alle differenze nella valutazione stessa della disabilità.

Per rendere le politiche sulla disabilità più efficienti e più efficaci per le persone con disabilità, l'OCSE suggerisce che il Governo dovrebbe considerare alcuni interventi. Tra questi:

- Unificare le cinque valutazioni esistenti dello stato di disabilità e aggiungere una componente funzionale alla limitata valutazione medica dello stato di disabilità delle persone, utilizzando il questionario WHODAS (la scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS, dall'inglese WHO Disability Assessment Schedule), che dovrebbe essere somministrato dagli operatori sociali.
- Ridurre la discrezionalità nella valutazione della disabilità attraverso linee guida più chiare, armonizzando le valutazioni dei bisogni in tutto il territorio e rafforzando il legame tra lo stato di disabilità e le valutazioni dei bisogni.
- Aiutare le persone con disabilità a orientarsi nel complesso sistema vigente attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA), che già esistono in alcune Regioni e Comuni.
- Migliorare l'efficienza del sistema di protezione sociale attraverso una migliore raccolta e condivisione sistematica dei dati, meccanismi di finanziamento che evitino la duplicazione di prestazioni e servizi e una migliore cooperazione a livello regionale e nazionale.
- Ridurre le disparità territoriali migliorando la capacità di fornire servizi sanitari e sociali efficaci nelle regioni meridionali e rafforzando gli incentivi al lavoro e le opportunità lavorative per le persone potenzialmente idonee a ricevere le prestazioni di invalidità.

# INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI DESTINATARI DELLA RIVISTA

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali, l'UNEBA titolare del trattamento dei dati, con sede in via Gioberti, 60 – 00185 ROMA, informa che i dati richiesti per la ricezione della Rivista di UNEBA, saranno raccolti e trattati con le modalità e per le finalità di seguito riportate.

## 1. Titolare del Trattamento

UNEBA

Sede centrale: Via Gioberti, 60 – 00185 ROMA.

## 2. Oggetto del Trattamento

Oggetto del trattamento sono i dati personali identificativi del destinatario della rivista (ad esempio: nome, cognome, ragione sociale, indirizzo, telefono, e-mail, ecc.) comunicati in occasione della richiesta di invio rivista o perché associati UNEBA.

## 3. Finalità e base giuridica del trattamento

La raccolta ed il trattamento dei dati personali sono effettuati:

- 1. Per finalità connesse e strumentali alla gestione e l'invio della "Rivista".** Tale necessità rappresenta la base giuridica che legittima i conseguenti trattamenti. Il conferimento dei dati necessari a tali fini rappresenta un requisito necessario per la ricezione della rivista.
- 2. Per finalità di tipo amministrativo o contabile.** Tale necessità rappresenta la base giuridica che legittima i conseguenti trattamenti. Il conferimento è necessario ai fini dell'esecuzione economica ed amministrativa per l'invio della rivista.
- 3. Per adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità (come ad esempio in materia di antiriciclaggio).** Tale necessità rappresenta la base giuridica che legittima i conseguenti trattamenti. Il conferimento dei dati necessari a tali fini rappresenta un obbligo legale.
- 4. Per esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.** Tale necessità rappresenta la base giuridica che legittima i conseguenti trattamenti. Il conferimento dei dati necessari a tali fini rappresenta un obbligo legale.
- 5. Allo scopo di informare e promuovere l'attività dell'UNEBA ovvero ai fini dell'esecuzione di inda-**

**gini di mercato, anche attraverso l'invio di newsletter.** La base giuridica che legittima i conseguenti trattamenti è il consenso dell'Interessato, che è libero di dare o meno e che può, comunque, revocare in qualsiasi momento.

I dati trattati saranno oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato.

## 4. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati personali consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Il trattamento dei dati per le finalità sopra esposte ha luogo con modalità sia automatizzate, su supporto elettronico o magnetico, sia non automatizzate, su supporto cartaceo, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge, dai regolamenti conseguenti e da disposizioni interne.

## 5. Luogo di trattamento

I dati vengono attualmente trattati ed archiviati presso la sede di Via Gioberti, 60 – 00185 ROMA. Sono inoltre trattati, per conto del Titolare, da professionisti e/o società incaricate di svolgere attività tecniche, di consulenza, di sviluppo, gestionali e amministrativo - contabili.

## 6. Destinatari o categorie di destinatari dei dati

I dati forniti dall'interessato potranno essere resi accessibili per le finalità sopra indicate:

- a dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati e/o responsabili interni del trattamento, con riferimento in particolare a responsabili ed incaricati delle funzioni di gestione personale e dell'amministrazione, e/o collaboratori tecnici e amministratori di rete/sistema
- a società terze o altri soggetti (a titolo indicativo, società di fornitura di servizi professionali, consulenti, società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, commercialisti, agenzie di viaggio, servizi di refezione e mensa, società e tecnici informatici, etc.) che svolgono attività in outsourcing per conto

del Titolare, nella loro qualità di Responsabili Esterni del Trattamento.

Il titolare del trattamento potrà comunicare i dati dell'interessato a soggetti terzi, quali, ad esempio, quelli appartenenti ai seguenti soggetti o categorie di soggetti: Organismi di vigilanza, Autorità giudiziarie, a società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, nonché a quei soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità sopra indicate.

Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento. I dati dell'interessato non saranno oggetto di diffusione da parte di UNEBA.

## **7. Natura del conferimento dei dati e conseguenze del rifiuto di rispondere**

Il conferimento dei dati è obbligatorio per gli adempimenti richiesti e sanzionati dalla legge, per il resto il conferimento è facoltativo ma necessario all'adempimento degli obblighi derivanti dall'instaurando rapporto con il Titolare e alla sua puntuale esecuzione.

## **8. Periodo di conservazione dei dati**

I dati forniti per le attività di contabili e amministrative verranno conservati presso gli archivi del Titolare per un periodo pari a 10 anni come stabilito per Legge dal disposto dell'art. 2220 C.C. Con riferimento ai dati personali trattati allo scopo di inviare la rivista, gli stessi saranno conservati nel rispetto del principio di proporzionalità e comunque fino a che non siano state perseguite le finalità del trattamento o non intervenga la revoca del consenso specifico da parte dell'interessato.

## **9. Trasferimento dei dati all'estero**

Il Titolare del Trattamento dichiara con la presente di non trasferire dati a Paesi terzi o organizzazioni internazionali.

## **10. Processi decisionali automatizzati**

Non vengono applicati processi decisionali automatizzati.

## **11. Diritti dell'interessato**

Ai sensi degli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679, si informa l'interessato che:

a) egli ha il diritto di chiedere all'UNEBA quale titolare

del trattamento, l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;

- b) egli ha diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i suoi dati personali forniti all'UNEBA e da questi trattati, in base al consenso o altra base giuridica, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro Titolare del trattamento senza impedimenti;
- c) egli ha il diritto di non essere sottoposto a decisioni basate unicamente su trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, che producano effetti giuridici che lo riguardano o che incidano in modo analogo significativamente sulla sua persona;
- d) egli ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it);
- e) le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su richiesta dell'interessato - salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato oppure quando risulti in contrasto con disposizioni normative e cogenti - saranno comunicate dall'Organizzazione a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. L'Organizzazione potrà comunicare all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda.

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito.

## **12. Modalità di esercizio dei diritti dell'interessato**

Per esercitare i diritti previsti dal Regolamento europeo 2016/679 sopra elencati, l'interessato potrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a:

UNEBA - via Gioberti 60, 00185 Roma  
tel. 06 5943091 – [www.uneba.org](http://www.uneba.org)  
Mail: [info@uneba.it](mailto:info@uneba.it)  
Posta certificata: [unebanazionale@pec.it](mailto:unebanazionale@pec.it)  
CF: 80114590583 | PI: 02125141008

L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo qualora ritenesse che i diritti qui indicati non gli siano stati riconosciuti.

## 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](http://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](http://www.uneba.org).

Nei social network, cerca "Uneba" su Facebook.

Su Twitter: @unebanazionale



## 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](http://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](http://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](http://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.