

SANITÀ: PUBBLICA, PRIVATA O NON PROFIT?

Indagine comparata sul ruolo del
Terzo Settore nei sistemi sanitari occidentali
e nell'assistenza sanitaria del Veneto

a cura di Paolo Sommaggio e Claudio Di Gregorio



This work is licensed under a Creative Commons Attribution International License
(CC BY-NC-ND) (<https://creativecommons.org/licenses/>)

Prima edizione 2025, Padova University Press

Titolo originale: *Sanità: pubblica, privata o non profit? Indagine sul ruolo del Terzo Settore nell'assistenza sanitaria del Veneto*

© 2025 Padova University Press

Università degli Studi di Padova

via 8 Febbraio 2, Padova

www.padovauniversitypress.it

Progetto grafico: Oltrepagina, Verona

ISBN 978-88-6938-458-5

SANITÀ: PUBBLICA, PRIVATA O NON PROFIT?

Indagine comparata sul ruolo del Terzo
Settore nei sistemi sanitari occidentali
e nell'assistenza sanitaria del Veneto

a cura di Paolo Sommaggio e Claudio Di Gregorio

PADOVA
UP

*Ciò che stiamo facendo,
non è altro che una goccia nell'oceano.
Ma se quella goccia non ci fosse
all'oceano mancherebbe qualcosa.*
Madre Teresa di Calcutta

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano:

- i Dottori Mauro Bonin, Direttore Programmazione e Controllo SSR Area Sanità e Sociale della Regione Veneto e Giuseppe Travain, U.O.C. Autorizzazione all’esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Veneto – Azienda Zero, per la cortese fornitura dei dati concernenti gli Enti del terzo settore con sede nel territorio e operanti nel comparto Sanità;
- la Dott.sa Annarita Furlanetto e Silvia Vigna, Direzione Programmazione e controllo SSR della Regione Veneto per la trasmissione dei documenti e delle informazioni concernenti il Sistema della Sanità integrata e partecipata;
- l’Agenzia delle Entrate – DRE Veneto per la cortese condivisione dei dati aggregati, concernenti gli stessi soggetti e quelli risultanti dai Codici “Ateco”, con i relativi volumi d’affari complessivamente registrati nel triennio 2022-2023.

Un ringraziamento particolare va:

- alla Prof.sa Jill R. Horwitz, David Sanders Professor in Law and Medicine at UCLA School of Law di Los Angeles CA (U.S.A.) e Founding Faculty Director del Lowell Milken Center on Philanthropy and Nonprofits alla stessa sede, per aver collaborato all’iniziativa sin dalla sua progettazione, condividendo dati, informazioni, notizie sul Sistema delle “*Health Care Entities*” e sull’ordinamento giuridico che le disciplina negli Stati Uniti e per i preziosi suggerimenti trasmessi nel corso della redazione della versione in lingua inglese;
- al Prof. David M. Schizer, Harvey R. Miller Professor of Law and Economics e Dean Emeritus della Columbia Law School di New York e Condirettore del Richard Paul Richman Center for Business, Law, and Public Policy presso la stessa Università, per i commenti rilasciati sulle bozze del presente volume. Ad entrambi va la nostra gratitudine per averci voluto onorare con la loro

presenza, quali “*Short-term Visiting Professors*”, presso la nostra Università, sedi di Padova e Campus di Treviso.

Un ringraziamento, infine, a tutti gli operatori sanitari – pubblici, privati, non profit – per il loro impegno quotidiano nel rendere meno difficile la vita di coloro che assistono.

ABBREVIAZIONI

- ACA (Affordable Care Act, legge sull'assistenza sanitaria accessibile, nota anche come "Obamacare" dal nome del Presidente che l'ha fortemente voluta negli Stati Uniti d'America)
- ADI (Assistenza domiciliare integrata)
- AMI (Acute Myocardial Infarction: Infarto Miocardico Acuto)
- AOU (Azienda Ospedaliera Universitaria)
- APS (Associazione di promozione sociale)
- ATECO (Attività economiche – codici identificativi)
- BPCO (Broncopneumopatia ostruttiva)
- BUR (Bollettino Ufficiale Regione Veneto)
- CG (Clinical Governance: organizzazione e svolgimento dell'attività di una struttura sanitaria, finalizzati alla responsabilizzazione e alla partecipazione, nelle scelte strategiche e di gestione, di tutti i soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari).
- CSV (Centro Servizi per il Volontariato)
- CTS (Codice del Terzo Settore)
- DOC (Dipartimento funzionale di Oncologia Medica)
- DGR (Deliberazione della Giunta Regione Veneto)
- DRG (Diagnosis Related Group: Raggruppamento omogeneo di diagnosi)
- D03C (Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per diabete secondo il Sistema NSG)
- D14C (Indicatore composito per fasce d'età che misura il Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici, secondo il Sistema NSG)
- D27C (Indicatore proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche, secondo il Sistema NSG: percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria).
- D09Z (Indicatore che misura i tempi di risposta delle unità mobili in intervento d'emergenza, secondo il Sistema NSG)
- D10Z (Indicatore delle quote di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B – breve)
- D22Z (Indicatore composito che fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati con i diversi livelli di intensità assistenziale, secondo il Sistema NSG)
- D30Z (Indicatore per la misura dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali)

- D33Z (Indicatore dell'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali per numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento – intensità di cura – secondo il Sistema NSG)
- ENI (Cittadino europeo non iscritto nel Servizio Sanitario Nazionale)
- ETS (Ente del Terzo Settore)
- EURICSE (/European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises/Istituto europeo di Ricerca sulle cooperative e imprese sociali)
- FSNS (Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard)
- GDP (Gross Domestic Product – Prodotto interno lordo)
- GSA (Gestione sanitaria accentrata: centro di responsabilità che gestisce direttamente una quota del finanziamento del servizio sanitario regionale)
- HTA (Health Technology Assessment: valutazione della tecnologia sanitaria)
- H01Z (Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente: esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti)
- H02Z (Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui: fornisce informazioni sulla proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti il cui volume di attività è predittivo di maggiore efficacia e sicurezza delle procedure chirurgiche)
- H04Z (Indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero; verso: decrescente)
- H50Z (Indicatore che misura la performance della struttura ospedaliera in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-operatoria è considerata appropriata; verso: decrescente)
- H13C (Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario)
- H17C (Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti)
- H18C (Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con \geq 1.000 parti)
- ICNPO (International Classification of Non-Profit Organization – United Nations Statistics Division)
- IHR (International Health Regulation – Regolamento Sanitario Internazionale)
- IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)
- ISS (Istituto Superiore di Sanità)
- ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica)
- LEA (Livelli essenziali di assistenza)
- LEP (Livelli essenziali di prestazione)
- L.R. (Legge regionale)
- MPR (Morbillo, parotite rosolia)
- NADEF (Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza)
- NHS (National Health Service, Servizio Nazionale Britannico)
- NSG (Nuovo Sistema di Garanzia dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi del D.M. Salute 12 marzo 2019)

ABBREVIAZIONI

- OECD/OCSE (Organizzazione della Cooperazione e dello Sviluppo Economico)
- ODV (Organizzazioni di Volontariato)
- PIL (Prodotto Interno Lordo)
- P01C (Copertura vaccinale base nei bambini fino a 24 mesi, secondo il sistema NSG)
- P02C (Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1^a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia MPR, secondo il Sistema NSG)
- P10Z (Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali e loro alimentazione, secondo il Sistema NSG)
- P12Z (Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, secondo il Sistema NSG)
- P14C (Indicatore composito sugli stili di vita)
- P15C (Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e della effettiva partecipazione della cittadinanza)
- PTDA (Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali)
- SDG (Sustainable Development Goals: Obiettivi di sviluppo sostenibile)
- SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida)
- STP (Straniero Temporaneamente Presente sul Territorio)
- SSN (Servizio Sanitario Nazionale)
- SSP (Strategic Social Purchasing: approvvigionamento strategico sociale)
- SSR (Sistema Sanitario Regionale)
- TAR (Tribunale Amministrativo Regionale)
- ULSS (Unità Locale Socio-Sanitaria)
- UHC (Universal Health Coverage: Copertura Sanitaria Universale)
- UOC (Unità Operativa Complessa)
- WHO/OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)

INDICE

Introduzione	15
1. Sanità e Terzo Settore: dati internazionali ed esperienze straniere	19
1.1. Premessa metodologica	19
1.2. I dati sulla spesa sanitaria globale	21
1.3. L'esperienza britannica	26
1.4. Altre esperienze europee	29
1.5. L'esperienza canadese	35
1.6. L'esperienza statunitense	39
1.7. Alcune considerazioni conclusive	47
2. Quadro normativo	49
2.1. Le norme costituzionali in tema di tutela della salute e i diversi livelli di governance	49
2.2. Il Servizio Sanitario Nazionale: principi fondamentali e principi organizzativi	52
2.3. Le intese Stato-Regioni e la determinazione dei livelli essenziali di assistenza	54
2.4. Il sistema premiale in Sanità	58
2.5. L'“autonomia differenziata”	60
2.6. L'ambito di operatività degli enti non profit in materia sanitaria, dopo la riforma del Terzo settore	70
3. Quadro economico – finanziario	73
3.1. Monitoraggio della spesa sanitaria nazionale	73
3.2. I provvedimenti correlati all'“autonomia differenziata”, e alla determinazione dei “livelli essenziali di prestazione”	74
3.3. La spesa sanitaria della Regione Veneto	76
4. Il Servizio Sanitario Regionale Veneto	79
4.1. Il Sistema Sanitario Regionale: strumenti, modalità di programmazione e meccanismi di finanziamento	79
4.2. L'impianto organizzativo	80

5. Dalle Unità sanitarie alle Unità Locali Socio Sanitarie	85
5.1. La riorganizzazione territoriale dei presidi sanitari (1979-2016)	85
5.2. La rete ospedaliera veneta (D.G.R. 614/2019)	86
5.3. I servizi di accoglienza agli stranieri	87
6. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, operanti in Veneto	91
6.1. Gli IRCCS pubblici	91
6.2. Gli IRCSS privati	93
7. La rete ambulatoriale ETS	99
7.1. Distribuzione geografica	99
7.2. Utenza	105
8. I Servizi di ospitalità	109
8.1. L'assetto organizzativo e pianificatorio dei servizi sociali	109
8.2. Distribuzione territoriale	115
9. Volontariato e Solidarietà	121
9.1. Inquadramento giuridico	121
9.2. Distribuzione territoriale	126
9.3. Tipologia dei servizi	128
9.4. Integrazione	129
10. I Servizi di soccorso e/o di trasporto in ambulanza in regime di accreditamento	133
10.1. Quadro normativo, consistenza e forma giuridica dei soggetti accreditati	133
10.2. Distribuzione territoriale	136
10.3. Case Studies	137
11. L'Azienda Zero, l'Assemblea Permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti e la Cabina di Regia della Sanità partecipata	144
11.1. Natura e funzioni dell'Azienda Zero	145
11.2. L'Assemblea Permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti	147
11.3. La Cabina di regia della Sanità partecipata	150
12. Il ruolo del Terzo settore nella sanità veneta	155
12.1. Valori e valore del Terzo settore "sanitario" in Veneto	155
12.2. Enti non profit e il rapporto costi/benefici del modello integrato	160
Conclusione	165
Riferimenti bibliografici	169
Riferimenti sitografici	177
Appendice	179

INTRODUZIONE

Circa quindici anni fa, eminenti ricercatori britannici (Heins et al, 2010)¹ hanno condotto un'ampia rassegna della letteratura esistente a livello globale sulla qualità della performance delle prestazioni sanitarie fornite dal settore pubblico, da quello privato e dal Terzo settore.

Gli studi in rassegna suggerivano una migliore qualità dei servizi offerti dagli enti non profit rispetto a quelli erogati dal settore privato (for-profit), mentre gli studi c.d. “*value-driven*” (orientati al valore), segnalavano che le prestazioni rese dal mondo non profit corrispondevano con maggiore efficacia alle esigenze della comunità di riferimento, rispetto a quelle offerte dal settore privato. In ogni caso, sia la performance del settore privato che quella del Terzo settore in ambito sanitario risultavano superate da quella offerta dal settore pubblico, sia per l'ampiezza dei servizi erogati, sia per la maggiore trasparenza dell'apparato organizzativo e delle strategie di intervento adottate.

Un più recente ed altrettanto autorevole studio (Rahal et al, 2024) condotto sempre in Gran Bretagna, all'indomani delle due riforme del Servizio Sanitario Nazionale (NHS)², testimonia il progressivo coinvolgimento degli enti del Terzo Settore nell'erogazione dei servizi sanitari, anche se il numero dei contratti da essi conclusi con il NHS rimane piuttosto basso³.

Da ultimo, mette conto segnalare l'iniziativa pubblico/privato, citata qua-

¹ Si rinvia, per un approfondimento alla Tabella 1, in Appendice.

² Si allude ai due “Health and Care Act” del 2012 e del 2022, che introducono un sistema sanitario integrato che rinnova il modello unificato dell'assistenza medica su tutto il Regno Unito fissato con il National Health Service Act del 1946 ed entrato in funzione il 5 luglio 1948. Cfr., per ogni approfondimento, il Capitolo 1, par. 1.2.

³ Benché Rahl et al, usino espressamente il termine “contracts” nello studio citato, occorre evidenziare come esso assuma nel Regno Unito, ormai dal 1998, la forma del “compact”, letteralmente “patto”, “accordo”, ma è anche il termine con cui nel Regno Unito si designa il documento che regola i rapporti intercorrenti tra la pubblica amministrazione inglese e le organizzazioni del Terzo settore in materia di politiche sociali. Nel contesto giuridico italiano dei rapporti pubblica amministrazione – terzo settore i soggetti interessati (organizzazioni di volontariato, imprese sociali e – come si vedrà – anche enti del tutto privati, come le società benefit, non sono tutti riconducibili alla categoria dei contratti, del tipo “committente – erogatore di servizi”.

le esempio virtuoso addirittura dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS – Regional Office for Europe, 2019)⁴, e che vede quale beneficiario l'Ospedale di Treviso, proprio nella Regione Veneto. Si tratta di un contratto di partenariato della durata di 21 anni, per un valore di 250 milioni di euro co-finanziato dalla Banca Europea degli Investimenti (BEI), per la realizzazione di 1000 posti letto. Il tutto attraverso l'istituzione di un organismo “*ad hoc*” – l’“Ospedal Grando Impact Investing”, società privata – destinato appunto ad operazioni finanziarie a forte impatto sociale⁵.

La nostra “indagine” parte da qui. Infatti, dato per acquisito il progressivo ingresso degli enti non profit nel mondo della sanità, con un’operatività strettamente legata alle regole di mercato e di libera concorrenza, si tratta di stabilire se un modello integrato “pubblico – privato – non profit” sia in grado di produrre un servizio sanitario qualitativamente performante, economicamente sostenibile e più vicino alle esigenze dell’utenza.

Si tratta inoltre di verificare se un modello siffatto conservi la sua validità indipendentemente dal quadro giuridico – istituzionale (Servizio Sanitario Nazionale essenzialmente pubblico ed accentrato o decentrato, Servizio Sanitario essenzialmente privato in cui lo Stato fa unicamente da regolatore), da quello economico – finanziario, dagli assetti organizzativi locali e dalla proprietà o controllo degli “*asset*” (Heins et al, 2010; Horwitz, Nichols, 2022; Rahl, Mohan, 2024)⁶.

I dati disponibili mostrano che la sintetica espressione “interventi e prestazioni sanitarie”⁷ apre, in realtà, un universo estremamente complesso e variegato di enti, situazioni, dinamiche organizzative ed operative sostanzialmente comparabili nei diversi contesti sanitari, sia che operino a livello nazionale, regionale o locale, anche volendo limitare il campo alle sole prestazioni ospedaliere/ambulatoriali e agli interventi e ai servizi ad esse intimamente connessi.

Nella realtà della Regione Veneto, il cui Servizio Sanitario – come si vedrà – rappresenta un’eccellenza a livello nazionale, sussistono 4 Istituti di Ricovero e

⁴ Cfr. WHO Regional Office for Europe, *Economic and social impacts and benefits of health systems. Report*, Copenhagen (DK), 2019, p. 21, in <https://iris.who.int/handle/10665/329683>.

⁵ L'esempio citato nel testo è riconducibile alla disciplina dei “contratti pubblici”, piuttosto che a quella dettata dal Codice del Terzo settore. Si rinvia, per un approfondimento, ai Capitoli 7, 8 e 10.

⁶ La proprietà degli asset patrimoniali degli enti non profit appare del tutto ininfluenza secondo lo studio di Heins E. et al, p. 521, mentre secondo Rahl C. e Mohan J., p. 26 e Horwitz J.R., Nichols A., pp. 332-333, e p. 9, Tabella E della connessa Appendice, la proprietà rappresenta un elemento essenziale nell’analisi della tipologia di enti impegnati nel campo dell’assistenza sanitaria e delle loro performance.

⁷ Cfr. art. 5, comma 1, lett. b) del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore) e art. 2, co. 1, lett. b) del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 112 (Decreto di riforma dell’impresa sociale).

cura a carattere scientifico, di cui uno privato, e altri due non profit, decine di ambulatori gestiti anch'essi da enti non profit, servizi di ospitalità per i familiari dei pazienti in ricovero, organizzazioni di volontariato e solidarietà, servizi di soccorso e/o di trasporto in ambulanza in regime di accreditamento, solo per citare quelli di maggior rilievo⁸.

L'indagine, i cui risultati sono illustrati nelle pagine che seguono, intende proprio verificare se il modello sanitario Veneto, definito da diversi autori "tripartito" o "quadripartito" (Biancheri, 2023; Cusinato – Rigoli, 2023; Pisani – De Corte, 2023)⁹ sia, per così dire, replicabile in altri contesti istituzionali e a quali condizioni e, soprattutto, quale ruolo vi possano svolgere gli enti non profit e con quali prospettive e se le situazioni e le soluzioni risultano sovrapponibili.

L'analisi comparata dei dati concernenti il ruolo del Terzo settore nei principali sistemi sanitari occidentali è perciò funzionale alla miglior comprensione dei dati concernenti il contesto della Regione Veneto, dei bisogni sanitari espressi da cittadini e pazienti e alla valutazione dell'efficacia delle soluzioni offerte dal Servizio Sanitario Regionale.

⁸ Cfr. Tabella 18, in Appendice.

⁹ Cfr. Biancheri G., p. 2. L'autore definisce il sistema "Sanità" italiano come "quadripartito" distinguendovi i diversi attori in pubblico, privato, privato "accreditato" e Terzo settore; Cusinato A., Rigoli G., evidenziano, all'interno delle strutture gestite da enti del Terzo Settore, gli ambulatori riconducibili alla Chiesa cattolica (es. Cucine economiche popolari CEP di Padova, riconducibile ai servizi di volontariato riconducibili alla Caritas diocesana), quelli riconducibili a forme di volontariato "laico" (es. il CESAIM di Verona, associazione avente lo scopo di fornire assistenza sanitaria agli immigrati cosiddetti irregolari), e infine quelli che costituiscono "branches" di Organizzazioni di livello internazionale (es. ambulatorio "Emergency" a Marghera (VE) che costituisce una costola della ONG Emergency, impegnata nel soccorso delle vittime di guerra, la prima ONG italiana a sedere nell'apposito Forum istituito presso il Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite).

1.

SANITÀ E TERZO SETTORE: DATI INTERNAZIONALI ED ESPERIENZE STRANIERE

1.1. *Premessa metodologica*

Nello studio di un fenomeno sociale, quale quello dell'ingresso e dell'operatività degli enti non profit nel mondo della Sanità, è essenziale disporre innanzi tutto di dati oggettivi che ne attestino l'esistenza, ne quantifichino l'estensione e la sua durata, ne ricerchino le cause, la sua distribuzione ed eventuale crescita, oppure la sua decrescita fino all'eventuale estinzione.

È inoltre essenziale disporre di dati che consentano di misurare e comparare il fenomeno oggetto di studio con altri simili, manifestatisi però in contesti diversi sul piano giuridico, economico e, appunto, sociale.

L'acquisizione di tali dati è estremamente complessa perché tutti gli attori interessati dispongono spesso solo di una parte delle banche dati di cui necessitano i ricercatori e spesso tali banche dati non colloquiano fra di loro.

Facciamo un esempio: se vogliamo sapere quanto vale il Terzo Settore¹ nella Sanità del Veneto, dovremmo poter disporre, in tempo reale, dei bilanci della platea dei soggetti non profit che operano nel campo della sanità, distintamente per forma giuridica, volume d'affari, contributi pubblici, sovvenzioni speciali (in Italia il c.d. 5 per mille)², e così via.

¹ Occorre avvertire che l'espressione "Terzo settore" utilizzata dal relativo Codice ha un ambito più ampio rispetto a quella dei documenti approvati dalle Nazioni Unite, in primo luogo dal "Satellite Account on Non-profit and Related Institutions and Volunteer Work, New York, 2018, p. 16, che utilizza indifferentemente l'espressione Non-profit o Third Sector per designare la c.d. "social economy", includendovi, cioè sia il Non profit "puro", ossia (a) gli enti non controllati dal Governo, centrale o locale; (b) alcune istituzioni collegate includendovi le cooperative sociali, le cooperative mutualistiche, le società di mutuo soccorso e le imprese sociali, che pure hanno una limitata possibilità di distribuzione di utili, e tutto il mondo del volontariato che, almeno in linea di principio, opera in modo del tutto gratuito. Non tutto il Terzo settore è "non profit" e, del resto, entrambe le espressioni non comprendono tutto l'ambito degli organismi "socialmente responsabili". Le espressioni, pertanto, soprattutto nell'indagine comparata condotta sui sistemi sanitari occidentali non deve essere intesa in "senso stretto", limitandola al solo CTS o al D. Lgs. 112/2017 o a leggi ad essi in qualche modo collegate, ma contestualizzata rispetto alla platea dei "soggetti" cui di volta in volta ci si riferisce.

² Il c.d. "5 per mille", introdotto in Italia con l'art. 1, co. 337 - 340 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, Legge

Si potrebbe cominciare dall'esame del bilancio sociale di tali soggetti, ma al di là del loro numero (12.578 nel 2020 in Veneto, di cui solo 8.560 iscritti al RUNTS)³, va rilevato che soltanto gli enti del Terzo settore con un totale di “ricavi, rendite, proventi o altre entrate comunque denominate” superiori ad 1 milione di euro sono “tenuti a pubblicare nel proprio sito Internet il bilancio sociale”⁴.

Ci si potrebbe rivolgere all'Agenzia delle Entrate e richiedere il dato complessivo di tali enti, sulla base dell'attività prevalente dichiarata ai fini dell'attribuzione della partita IVA e/o del codice ATECO⁵. Ma a parte il fatto che la consegna di tali dati, sia pure a fini di ricerca, non rientra tra le funzioni ordinarie dell'Agenzia e si dovrà pur tener conto delle restrizioni inerenti al GDPR⁶ applicabili ai soggetti non inquadrabili come imprese o persone giuridiche (es.: associazioni non riconosciute), anche il dato così ottenuto non ci direbbe quale parte delle entrate inserite nel bilancio di un ente sia attribuibile a “contributi pubblici” e quindi abbia influenza (e di quale ammontare) sulla spesa sanitaria complessiva.

Inoltre, il dato di bilancio dell'ente in esame potrebbe essere determinato da riforme legislative, come è avvenuto nei diversi sistemi sanitari che andremo ad illustrare, o da eventi eccezionali, come è accaduto, a livello globale, in occasione della pandemia da Covid-19, negli anni 2020 e 2021.

L'esempio che abbiamo fatto riguarda solo una delle 21 Regioni e Province autonome d'Italia – il Veneto – con circa 4,9 milioni di abitanti (dato 2019) sui 58,94 milioni di popolazione italiana (dato 2022), ma evidenzia le difficoltà a cui abbiamo fatto cenno in premessa e che naturalmente si moltiplicano quando si cerca di comparare dati necessariamente parziali, con altrettanti dati parziali spesso riferiti ad annualità diverse, su scala globale, e perciò non omogenei⁷.

finanziaria 2006) è una quota dell'IRPEF che lo Stato ripartisce su indicazione dei cittadini-contribuenti al momento della dichiarazione dei redditi e destinata alle organizzazioni non profit iscritte agli elenchi dell'Agenzia delle Entrate.

³ Cfr. il Comunicato Stampa n. 1700 in data 3 ottobre 2023 della Regione Veneto “Risorse per oltre 2 milioni di euro al Terzo Settore. Assessore Lanzarin, “Sosteniamo fragilità con progetti sociali. volontariato affianca istituzioni con eccellenti risultati”.

⁴ Così l'art. 14 del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore).

⁵ L'ATECO è la classificazione delle attività economiche adottata dall'Istat per finalità statistiche cioè per la produzione e la diffusione di dati statistici ufficiali. La gestione della classificazione è affidata all'Istat nelle diverse fasi di aggiornamento alle quali è sottoposta sia a livello nazionale che internazionale. A livello nazionale, la classificazione è utilizzata anche per altre finalità di natura amministrativa (ad esempio fiscali).

⁶ Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

⁷ In questo stesso senso cfr. Heins E. et al, *A Review of the Evidence of Third Sector Performance...* cit., p. 524, I quali, già nel 2010, evidenziavano come “i dati sono forniti dagli enti privati nel Regno Unito sono estremamente

Per ovviare a tali difficoltà, nella presente “indagine” ci siamo avvalsi di dati provenienti da fonti ufficiali, per lo più citati da altre fonti pure ufficiali, sempre indicate nel testo o nelle note a piè di pagina. I dati in parola sono approfonditi nelle Tabelle e nei grafici riportati nell’Appendice.

1.2. I dati sulla spesa sanitaria globale

I dati più recenti sullo stato della Sanità a livello globale sono riportati in due documenti pubblicati, rispettivamente, dall’OCSE (OECD, 2023) e dall’OMS (WHO, 2024).

Coerentemente con la propria missione istituzionale il documento dell’OCSE è volto ad illustrare le dinamiche della spesa sanitaria di 48 Paesi, provenienti da cinque continenti (includendovi i “*key partner*” e i candidati all’accesso)⁸, con cenni sui relativi sistemi sanitari, mentre il documento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO/OMS) è inteso a monitorare le strategie dei 95 Paesi aderenti al “*Thirteenth Global Programme of Work*” (GPW13) volte a garantire la “*copertura sanitaria universale*” (UHC) entro il 2030. La sigla e l’obiettivo indicato dall’acronimo includono l’accesso ai medicinali di base e ai vaccini (WHO, 2024).

Tra i dati presentati dal documento OCSE viene in rilievo lo “*stato della sanità*” dei Paesi aderenti, in relazione a quattro parametri: “*aspettativa di vita*”, “*mortalità precoce*”, “*condizioni croniche*”, “*processi di autovalutazione dell’efficienza sanitaria*”⁹.

Lo studio evidenzia, quanto all’aspettativa di vita, una media OCSE fissata a 80 anni e 3 mesi, in corrispondenza della quale si trovano quasi tutti i Paesi ad economia avanzata, inclusa l’Italia (82,7). Al di sopra della media, nell’ordine, il Giappone (84,5), la Svizzera (83,9), la Corea del Sud (83,6).

La “*mortalità precoce*” riporta una media OCSE di 237 persone per 100.000 abitanti, e anche in questo caso i Paesi ad economia avanzata sono nella media, alcuni di essi – tra i quali l’Italia con 146 persone per 100.000 abitanti¹⁰ – anche notevolmente al di sotto della media OCSE; il dato relativo alle “*condizioni*

scarsi, rendendo difficile monitorare la qualità e le prestazioni” e come non sia stata (ancora) istituita alcuna Autorità indipendente deputata alla raccolta dei dati degli enti non profit operanti in campo sanitario.

⁸ Al momento, i Paesi membri dell’OCSE sono 39, mentre i c.d. “*Key partners and “accession candidates*” sono 10: Argentina, Brasile, Bulgaria, Cina, Croazia, India, Indonesia, Perù, Romania, Sud Africa.

⁹ Cfr. Tabella 2 nell’Appendice del presente lavoro.

¹⁰ Il dato è però riferito al periodo 2016/2017, ossia prima della pandemia da Covid-19.

croniche” (per lo più diabete) riporta una media percentuale OCSE pari a 7.0. Anche in questo caso i Paesi ad economia avanzata, Italia compresa, si trovano per lo più nella media, così come accade per il dato riferito ai processi di autovalutazione dello stato di salute. Vistosa eccezione ai parametri OCSE è costituita dagli Stati Uniti d’America, che si trovano al di sotto della media OCSE per tutti i parametri esaminati, tranne l’ultimo (“*processi di autovalutazione dell’efficienza sanitaria*”), per il quale, anzi, registrano un dato migliore.

Un dato di particolare interesse è quello delle condizioni di accesso ai servizi sanitari¹¹.

Anche in questo caso i Paesi ad economia avanzata, tra i quali l’Italia, sono in linea con la media OCSE (97,9%), ma si registrano alcune eccezioni nell’accesso ai servizi sanitari essenziali. Tra esse quella degli Stati Uniti d’America che presentano una media al di sotto di quella OCSE (91,3%) e tre Paesi Ue, ossia Ungheria (95,0%) Repubblica Slovacca (95%) e Polonia (94,0%). Quanto al grado di soddisfazione circa la disponibilità e la qualità delle cure (media OCSE 66,8%), tutti i Paesi ad economia avanzata, tra i quali l’Italia, registrano un livello di soddisfazione in linea con la media OCSE, con l’eccezione – nell’Unione Europea – di Grecia, Lituania, Ungheria e Polonia.

Quanto alla copertura pubblica della spesa sanitaria attraverso l’iscrizione obbligatoria dei cittadini (protezione finanziaria: media OCSE 75,9%), nell’Unione Europea solo la Grecia e il Portogallo registrano una situazione peggiore, mentre gli altri Paesi sono tutti in linea con la media OCSE, e alcuni di essi (Nord Europa), registrano condizioni sensibilmente migliori.

Quanto, infine, al mancato incontro tra domanda e offerta di servizi sanitari (media OCSE: 1,8%), anche in questo caso l’Italia si trova in linea, mentre all’interno dell’Unione europea, sembra accentuata la peggiore situazione di Paesi come l’Estonia (8,1%), Grecia (6,4%), Slovenia (4,7%), Finlandia (4,3%) e sensibilmente migliore quella dei Paesi del Nord Europa, con in testa la Germania (0,1%).

Sulla “*qualità delle cure*” lo studio dell’OCSE prende in esame quattro parametri: prescrizione di antibiotici; efficacia delle cure primarie (medici di medicina generale, evitabilità dei ricoveri ospedalieri); efficacia della medicina preventiva (es.: mammografia almeno biennale); efficacia delle cure secondarie (mortalità nei trenta giorni successivi alle dimissioni dal ricovero ospedaliero, per infarto o ictus, su 100 persone di età pari o superiore ai 45 anni)¹².

¹¹ Cfr. Tabella 3, nell’Appendice.

¹² Cfr. Tabella 4, nell’Appendice.

Con riguardo al primo parametro (prescrizione giornaliera media OCSE per 1000 abitanti: 13,1) nel quale l'Italia si trova in linea, si registra un certo eccesso in taluni dei Paesi ad economia avanzata (Francia: 19,3), mentre non si dispone di dati relativi al Regno Unito e agli Stati Uniti d'America.

Con riguardo all'efficacia delle cure primarie/evitabilità dei ricoveri ospedalieri (media OCSE: 463 per 100.000 persone), superano la soglia diversi Paesi ad economia avanzata: Stati Uniti d'America (725), Germania (728), Australia (654), Belgio (dato 2019: 633).

L'ultimo dato (mortalità post-dimissione ospedaliera) appare, in taluni casi, contraddittorio.

Ad esempio, gli Stati Uniti d'America e la Germania, che rispettivamente, evidenziano un dato insufficiente nell'efficacia delle cure primarie (725 e 728 contro 463 media OCSE), registrano una migliore performance in questo parametro, rispetto alla media OCSE (Stati Uniti di 4,3 contro i 7,8 dell'OCSE e 6,6 la Germania, in linea con la media OCSE). L'Italia riporta lo stesso dato della Germania, ma il dato è riferito al biennio 2014/2015.

E veniamo al cuore del documento: la spesa sanitaria pro-capite e la copertura dei servizi che essa è in grado di assicurare.

Sulla prima questione l'OCSE evidenzia una spesa media pro-capite (basata sul potere d'acquisto) di 4.986 dollari, valore che espresso in termini percentuali equivale al 9,2% del PIL, con tendenza all'aumento nel 2021¹³. Al di sopra di questa media, sia in valore assoluto che percentuale, si trovano i Paesi OCSE ad economia avanzata (U.S.A. 12,555 \$; 16,6%; Germania 8,011 \$; 12,7%; Francia 6,630 \$; 12,1%). L'Italia è nella media OCSE (4.291 \$; 9%), al di sotto, nell'Unione europea, il Lussemburgo (5,5%) e l'Irlanda (6,1%).

Ciò che appare rilevante è l'anno cui si riferiscono i dati che, salvo qualche eccezione, è appunto il 2021, immediatamente dopo il picco pandemico da Covid-19. L'OCSE riporta poi il numero medio per abitanti (1000) dei medici di medicina generale (3,7), degli infermieri (9,2) e dei posti letto negli ospedali (4,3), da cui si rileva che l'Italia (rispettivamente 4,1, 6,2 e 3,1) è in linea con la media OCSE, mentre nell'Unione europea la Grecia (6,3) e Portogallo (6) sono al di sopra per numero di medici di medicina generale, la Finlandia è notevolmente al di sopra per numero di infermieri (18,9 dato 2020), la Germania (7,8), l'Austria (6,9) e l'Ungheria (6,8) sono al di sopra per numero di posti letto. Gli Stati Uniti sono al di sotto della media per medici di medicina generale (2,7) e il Regno Unito è al di sotto della media di posti letto (2,7).

¹³ Cfr. prime due colonne della Tabella 5, in Appendice.

Di maggiore interesse appare il dato relativo alla copertura, da parte del Servizio Sanitario Nazionale, delle spese per cure mediche sostenute dai pazienti¹⁴.

La media OCSE, espressa in termini percentuali è del 76% per la generalità dei servizi, del 90% con riguardo ai ricoveri ospedalieri, del 79% con riguardo ai servizi ambulatoriali, del 32% riguardo alle cure dentarie e del 56% con riguardo alla spesa farmaceutica. Il dato relativo agli Stati Uniti, che manca nella Tabella, è riportato in Appendice, nelle figure 1 e 4 nelle quali essi figurano al primo posto nella classifica OCSE. Per l'Italia non è noto (N/A) il dato relativo alle cure dentarie (il cui ammontare è però detraibile nella misura del 19% dalla dichiarazione dei redditi, fatta salva una franchigia pari a 129,11 euro).

Nei Paesi dell'Unione europea, ove i Servizi Sanitari Nazionali assicurano un'assistenza generalizzata per le cure mediche, si registra un livello di copertura sanitaria al di sopra o in linea con la media OCSE (prima colonna della Tabella)¹⁵. Tuttavia, la copertura delle spese per le prestazioni ambulatoriali è sensibilmente al di sotto della media OCSE in 10 Paesi membri su 27¹⁶.

Il “*gap*” tra spesa sanitaria a carico dei vari SSN e spesa in concreto sostenuta, in forme diverse, dai cittadini-contribuenti è maggiormente visibile nelle figure che accompagnano il documento OCSE in esame¹⁷.

Nella parte “Appendice” si riporta la spesa sanitaria pro-capite effettivamente sostenuta, nel 2022, dai vari SSN dei Paesi OCSE (Biancheri, 2023). Confrontando le figure 4, 5 e 14, si vede come sia man mano crescente, nei diversi Paesi, il “*gap*” tra copertura pubblica e complessiva spesa privata pro-capite. Questo *gap* nella copertura finanziaria delle prestazioni sanitarie da parte del settore pubblico sembra costituire una delle ragioni essenziali del progressivo indirizzo dei cittadini-contribuenti-pazienti verso il settore privato, o verso il settore non profit nella ricerca di risposte adeguate o comunque integrative del loro bisogno di salute¹⁸.

¹⁴ Cfr. Tabella 6, in Appendice.

¹⁵ Cfr. Tabella 6, nell'Appendice. Fanno eccezione, nell'ordine Polonia (72%), l'Ungheria (72%), la Lettonia (69%), la Lituania (69%), la Bulgaria (65%), il Portogallo (63%), la Grecia (62%). Per Portogallo (80%) e Grecia (66%) l'insufficienza di copertura si conferma anche quanto alla copertura spese per i ricoveri ospedalieri, che nella media OCSE e pari al 90%.

¹⁶ Si tratta di Belgio (69%), Bulgaria (61%), Grecia (65%), Italia (61%), Lettonia (72%), Lituania (69%), Polonia (71%), Portogallo (59%), Spagna (73%), Ungheria (66%).

¹⁷ Cfr. Figure 1 e 3, in Appendice che, nel riportare i dati della spesa sanitaria pro-capite nel 2022, evidenziano in colore più chiaro, nel rapporto con il reddito pro-capite, sia in valore assoluto che percentuale, la parte aggiuntiva a carico dei cittadini-contribuenti oltre alle tasse (indicate con l'espressione “Voluntary/Out-of-pocket”, rispetto a quella indicata come “Government/Compulsory”).

¹⁸ Il documento OCSE evidenzia tra le cause dello spostamento dell'utenza verso il settore privato/non profit anche il mancato intervento pubblico in alcuni campi di assistenza (es.: cure dentarie), o la presenza di presidi medici in determinati territori (distanza tra abitazione e ospedale o ambulatorio pubblico, rispetto a quello pri-

Il documento OCSE mostra, infine, l'andamento della spesa sanitaria nel lungo periodo (2006 – 2022) evidenziandone una crescita costante, con un evidente picco nel periodo febbraio 2020 – febbraio 2021 in ragione dell'emergenza pandemica da Covid-19, cui è seguito un sensibile decremento nel 2022, con la sola eccezione della Corea del Sud¹⁹.

Come già accennato, il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha un approccio maggiormente orientato all'esame dei progressi raggiunti dai sistemi sanitari dei suoi Paesi membri, in vista della "copertura sanitaria universale" (UHC) entro il 2030, obiettivo di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite (WHO, 2024).

L'attenzione è posta quindi sulle diseguaglianze rinvenibili tra Paesi ad economia avanzata e Paesi in via di sviluppo e all'interno degli stessi gruppi di Paesi (G7, Ue, BRICS), e al relativo andamento della spesa sanitaria nell'ultimo ventennio²⁰.

Le differenze registrate nel perseguimento dell'obiettivo della "copertura sanitaria universale" (UHC) appaiono di particolare interesse perché evidenziano una certa disomogeneità tra gruppi di Paesi. Ad es., mentre tutti i Paesi del G7 assicurano una copertura dei servizi essenziali (accesso ai medicinali di base e ai vaccini) in un range che va dall'80 al 100%, negli altri Paesi membri dell'OCSE ed extra – Ue solo Australia e Cile raggiungono il massimo obiettivo stabilito dall'OMS. Nell'Unione europea è evidente la differenza tra Paesi dell'Ovest e Paesi dell'Est: questi ultimi registrano un range 60-79% nel raggiungimento dell'obiettivo.

Differenze analoghe si registrano nei Paesi dell'area BRICS: solo Cina e Brasile raggiungono il range più elevato, mentre India, Russia e Sud Africa si collocano al livello inferiore.

Per quanto poi attiene all'andamento della spesa sanitaria, nei Paesi a reddito medio-basso la spesa sanitaria appare insensibile alle crisi finanziarie ed anche alle emergenze pandemiche, restando piuttosto costante nel tempo (cfr. Figura 7, nell'Appendice).

Tali differenze dipendono da diversi fattori che vanno dal contesto istituzionale, dall'apparato organizzativo-distributivo dei servizi sanitari dalle risorse finanziarie disponibili e naturalmente dalle esperienze maturate nel tempo.

Proprio questi diversi fattori ed esperienze conviene ora approfondire.

vato), o, infine, prestazioni ambulatoriali in assoluto non garantiti ai non residenti per mancanza dei presupposti normativi/amministrativi).

¹⁹ Cfr. Figura 5, nell'Appendice.

²⁰ Cfr. Figure 6 e 7, nell'Appendice.

1.3. *L'esperienza britannica*

Il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) britannico, nato dal “*National Health Service Act*” del 6 novembre 1946 ed entrato effettivamente in vigore il 5 luglio 1948, costituisce il più ampio esempio di assistenza sanitaria universale, emulato da diversi Paesi, fra i quali l'Italia, che vi si ispirò con la legge sull'istituzione del proprio Servizio Sanitario Nazionale (Maciocco, 2018)²¹.

Il sistema si ispira ai principi dell'universalità della copertura sanitaria, sia in termini di accesso che di onnicomprensività delle prestazioni, spesa sanitaria a carico del bilancio pubblico, finanziamento pubblico della spesa sanitaria, attraverso la fiscalità generale si caratterizzava per la:

- proprietà pubblica delle strutture sanitarie organizzazione centralizzata della gestione dei servizi;
- integrazione verticale delle strutture di erogazione delle prestazioni di medicina preventiva e primaria con gli ospedali pubblici;
- gratuità delle prestazioni.

In origine, il NHS era distribuito su strutture organizzative locali – le “*District Health Authorities*” una per ogni 100-200 mila abitanti – con funzioni di gestione dei servizi ospedalieri e di medicina generale²² finanziati dal governo centrale che ne nominava i singoli consigli di amministrazione.

Il modello subisce una prima modifica a seguito del “*National Health Service and Community Care Act*” del 29 giugno 1990²³, che segna l'avvio di un mercato interno nel NHS attraverso la netta suddivisione tra le funzioni di acquisto dei servizi sanitari, assegnate a 28 “*Health Authorities*” e quelle di fornitura dei servizi stessi, affidate ai NHS *Trusts*, dotati di completa autonomia gestionale, compresa la privatizzazione dei rapporti di lavoro. La logica della modifica è quella di creare una competizione tra i produttori tutta interna al NHS, (di qui il nome di *internal market* assegnato alla formula)²⁴. La stessa legge istituisce la pratica del “*fund-holding*”²⁵ per i medici di medicina generale (GPs) il cui

²¹ L. 833/1978.

²² Tali servizi sono erogati dai “*general practitioners*” (GP) che corrispondono ai nostri medici di medicina generale (nel linguaggio comune “medici di famiglia” o “di base”), e trattano in prima battuta tutte le condizioni mediche, indirizzando i pazienti agli ospedali e ad altri servizi medici, per i trattamenti urgenti e/o specialistici.

²³ Il testo completo della legge è reperibile in <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents/enacted>.

²⁴ Cfr., più amp., The Health Foundation, *National Health Service and Community Care Act 1990*, 29 June 1990, in <https://navigator.health.org.uk/theme/national-health-service-and-community-care-act-1990> e MACIOCCO G., *I 70 anni del NHS...*, op. cit., p. 5.

²⁵ Cfr. artt. 34 e 35 del “*NHS and Community Care*” cit.

scopo è quello di ridurre il numero delle prescrizioni, lasciando allo “*Health Board*” (Consiglio di Sanità) il compito di fissare a monte, per ogni esercizio finanziario, l’“*ammontare indicativo*” dei farmaci, medicinali e apparecchi sanitari che è ragionevole attendersi da ognuno di loro.

Ma è con i due “*Health and Care Act*” del 2012 e del 2022 che si intende perseguire la definitiva trasformazione del modello pubblico di sanità, fiore all’occhiello del welfare britannico, in un modello pubblico – privato – non profit del sistema sanitario nazionale regolato dal mercato e contro il quale si pongono autorevoli studi (Heins et al, 2010; Rahal – Mohan, 2024; Goodair – Reeves, 2024)²⁶.

La riforma del 2012 abolisce, in primo luogo, le “*Strategic Health Authorities*” e i “*Primary Care Trusts*” – che svolgevano funzioni paragonabili, rispettivamente, a quelle svolte dai Sistemi Sanitari Regionali e alle Aziende/Unità Sanitarie locali – sostituendole con un’unica agenzia pubblica denominata “*NHS England*” (in precedenza denominata “*NHS Commissioning Board Authority*”). Questa Agenzia ha il compito di monitorare e finanziare le attività di oltre 200 consorzi di medici di medicina generale, denominati “*Clinical Commissioning Groups*” (CCGs). La medicina generale è quindi diventata il vero fulcro di un sistema che ha azzerato completamente la programmazione territoriale pubblica, dando ai “*General Practitioners*” ampia autonomia, indicandone però i limiti prescrittivi in funzione di una maggior efficienza del budget sanitario, che continua ad essere finanziato dalla fiscalità generale.

In secondo luogo, la riforma del 2012 trasforma le strutture ospedaliere in “*NHS Foundation Trust*” (151 nel 2019)²⁷, che forniscono servizi generali, specialistici, di salute mentale, di assistenza alle comunità locali, e di ambulanza e sono sostenute da un fondo fiduciario. Il processo di trasformazione comporta rigorose valutazioni finanziarie, di governance e della qualità delle cure con frequenti controlli nel corso di ogni esercizio finanziario.

La struttura dei *Foundation Trust* è dotata di tre elementi: la “*Membership Community*” comprendente il personale, i pazienti e gli assistenti e i membri della comunità locale, il “*Council of Governors*” con 28 consiglieri, compreso il Presidente del *Trust* e i consiglieri pubblici e infine il “*Board of Directors*”, che comprende gli amministratori (esecutivi e non) e il Segretario del *Trust*.

²⁶ Goodair B., Reeves A., *The effect of health-care privatisation on the quality of care*, in *The Lancet Public Health* 2024, fasc. 9, pp. e199–206, con dovizia di Tabelle e Figure dimostrative, giungono alla conclusione che l’argomentazione secondo la quale la privatizzazione in Sanità realizza un consistente risparmio nella spesa pubblica e un miglioramento nella qualità dei servizi prestati è piuttosto debole.

²⁷ Cfr. *Health and Care Act 2012, Part 4, “NHS foundation trusts & NHS trusts”*.

Al momento dell'introduzione, sono stati descritti come “*una sorta di casa a metà strada tra il settore pubblico e quello privato*”²⁸.

L'ultima riforma è data – come detto – dall' *Health and Care Act* del 2022, che istituisce un sistema integrato di assistenza sanitaria, affidandone i relativi poteri di pianificazione ed organizzazione al NHS England, che cura gli “Integrated Care Systems” (ICSs) i quali agiscono a loro volta attraverso strutture dedicate denominate “Integrated Care Board” (attualmente 42), ciascuna delle quali sviluppa un tipo di assistenza sanitaria integrata pubblica – privata – non profit²⁹.

Si tratta di partenariati di organizzazioni (distretti, settore del volontariato ed altri partner locali) che hanno il compito di migliorare i servizi sanitari ed assistenziali, concentrandosi sulla prevenzione e sulla riduzione delle disuguaglianze in campo sanitario³⁰.

Tale sistema comprende, al momento, 229 trusts, di cui 154 Foundation trusts, 50 trust per i servizi di salute mentale, 10 trust per i servizi di ambulanza, 124 trust per le cure intensive e le patologie acute (Acute Trusts), 220 ospedali che offrono i servizi ospedalieri classici, 49 ospedali specialistici, 246 ospedali territoriali, 826 fornitori territoriali e 6.925 medici di medicina generale, che possono operare reciprocamente in condizioni di partnership.

Sull'attuazione delle riforme vigila la Commissione per la Valutazione della Qualità dei Servizi Sanitari (“*Care Quality Commission*”, CQC).

Difficile tentare una valutazione complessiva del nuovo modello sanitario, in vigore in Gran Bretagna da poco più di un paio d'anni. Rispetto al modello del 1948 si tratta di una svolta significativa volta rendere il NHS più efficiente ed efficace in termini di erogazione complessiva dei servizi ed economicamente sostenibile, secondo le regole del mercato. La questione fondamentale resta quella dell'accesso alle cure e ai servizi connessi (Santuari, Sage, 2021).

²⁸ Cfr. Ancora Maciocco G., *I 70 anni del NHS...*, op. cit., p. 6.

²⁹ Cfr. Health and Care Act, 2022, Part 1, Health service in England: integration, collaboration and other changes – para. 21. L'Integrated Care Board è responsabile della fornitura dei seguenti servizi: (a) strutture ospedaliere, (b) altri alloggi ai fini di qualsiasi servizio fornito a norma della legge, (c) servizi medici diversi dai servizi sanitari di base, (d) servizi odontoiatrici diversi dai servizi odontoiatrici di base, (e) servizi oftalmici diversi dai servizi oftalmici primari, (f) servizi di assistenza infermieristica e ambulanze, (g) altri servizi o strutture per l'assistenza alle donne in gravidanza, alle donne che allattano e ai bambini piccoli che il consiglio ritiene appropriati nell'ambito del servizio sanitario, (h) altri servizi o strutture per le cure palliative che il consiglio ritiene essere appropriati come parte del servizio sanitario, (i) altri servizi o strutture per la prevenzione delle malattie, l'assistenza alle persone che ne soffrono e la cura successiva di persone che ne hanno sofferto, secondo quanto ritenuto opportuno dal consiglio, nell'ambito del servizio sanitario; e (j) altri servizi o strutture necessari per la diagnosi e il trattamento della malattia.

³⁰ Cfr. NHS England. *What are integrated care systems?* in <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>

1.4. Altre esperienze europee

1.4.1. La spesa sanitaria media pro-capite nei principali Paesi Ue

Prima di addentrarci sull'esperienza sanitaria dei principali Paesi ad economia avanzata dell'Unione europea, pare opportuno soffermarci ancora sui dati disponibili della corrispondente spesa pro-capite.

Lo spunto ci viene dagli studi condotti dall'European Observatory on Health Systems and Policy dell'OCSE nel 2023 sui dati del 2022, cioè all'indomani della crisi pandemica da Covid-19 che se, da un lato, ha necessariamente aumentato il livello della spesa sanitaria nell'approvvigionamento dei vaccini, dei dispositivi di protezione e nell'organizzazione di strutture ospedaliere dedicate, dall'altro, ha visto un rallentamento dell'erogazione pubblica delle prestazioni di ricovero e cura e di quelle ambulatoriali per altre patologie, anche di tipo cronico, ciò che ha indotto l'utenza a rivolgersi ad altri attori sanitari, sia privati che non profit per garantirsi un accesso alle cure.

Tali circostanze hanno aumentato la quota di spesa sanitaria pro-capite nella parte a carico dei pazienti, anche in sistemi in cui essa è tradizionalmente garantita dal servizio pubblico e finanziata dalla fiscalità generale³¹.

In Italia, nel 2022 la spesa sanitaria pro-capite si attesta a un livello di circa il 2,6 % superiore rispetto al 2019. Ciò si deve a una riduzione significativa della spesa diretta (-6 %) e a un calo più moderato della spesa sanitaria pubblica (-3,5 %), legato alla minore incidenza, rispetto al 2021, delle spese legate alla crisi pandemica da Covid-19 (OECD-Italy, 2023). I dati OCSE riportano inoltre una densità di medici di medicina generale equiparabile alla media OCSE, ma significativamente variabile tra le diverse Regioni, mentre il numero degli infermieri risulta di un quarto inferiore alla media Ue, dato aggravato dalla circostanza che tali professionisti si concentrano nelle fasce di età più avanzata³².

Conseguentemente, il livello nazionale delle prestazioni di assistenza ospe-

³¹ Cfr. Figure 8 – 11, in Appendice, riferite al rapporto tra spesa sanitaria pro-capite complessiva e spesa sostenuta dal singolo individuo a parità di potere d'acquisto (PPA, "parità di potere d'acquisto" nella versione italiana o PPP ("Purchasing Power Parity", nella versione inglese). Il colore più chiaro negli istogrammi rappresentati nelle varie figure indica la quota parte di spesa interamente a carico dell'utenza (Voluntary schemes and Households out-of-pocket: Regimi volontari e spesa diretta delle famiglie). I corrispondenti dati sono tratti da OECD European Observatory on Health Systems and Policies, *State of Health in the EU, Country Health Profile 2023*, rispettivamente "Italy", "France", "Germany", "Finland", 2023, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

³² Cfr. OECD European Observatory on Health Systems and Policies, *State of Health in the EU...*, cit., p. 12, Figure 11 e 12, che evidenzia come tale densità sia più bassa in Liguria, Lombardia, Veneto e Trentino Alto Adige, e sensibilmente più alta nella fascia adriatica del territorio e nella Sicilia.

daliera, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale si attesta (in alcuni settori anche sensibilmente) al di sotto della media OCSE.

Anche in Francia, nel 2022 la spesa sanitaria pro-capite raggiunge un livello del 2%, in forte calo rispetto all'anno precedente (8,9%), ancora caratterizzato dalla crisi pandemica da Covid-19 (OECD – France, 2023). In termini assoluti e a parità di potere d'acquisto (PPP) il livello di spesa francese supera la media europea, collocandosi leggermente al di sotto soltanto nel campo della medicina di prevenzione. Anche in questo caso la densità dei medici per popolazione ha registrato delle variazioni, in calo dell'8% per i medici di medicina generale, nel biennio 2020-2021, in aumento nella fascia dei medici specialisti (ma l'OCSE non ci dice di quanto) e tale densità varia da Dipartimento a Dipartimento, creando un certo “deserto medicale” nelle aree rurali. E tuttavia – sempre secondo l'OCSE – il livello dei bisogni di assistenza non soddisfatti dal Sistema sanitario risulta inferiore rispetto alla media Ue, anche nell'anno 2022³³.

Nell'Unione europea è la Germania a detenere il più alto livello di spesa sanitaria, sia complessiva che pro-capite, al di sopra della media in tutti i campi dell'assistenza sanitaria, vantando la più alta densità di medici e infermieri per numero di abitanti (OECD – Germany, 2023). Tale spesa è coperta dal Sistema sanitario all'85,5% (media Ue 81,1%) e la copertura si concentra nell'assistenza ospedaliera (26%) e in quella ambulatoriale (25%).

Ultimi in ordine di trattazione tra i Paesi Ue di questa breve rassegna sono i dati relativi alla Finlandia che presenta una spesa sanitaria pro-capite al di sotto della media Ue, ma anche di quella dell'area di appartenenza (Paesi Nordici: oltre alla Finlandia, Svezia, Danimarca, Islanda e Norvegia), pur avendola incrementata del 4% dopo la pandemia da Covid-19 (OECD – Finland, 2023).

Il Servizio Sanitario Nazionale copre in Finlandia il 79,8% di quella spesa, livello che comunque si attesta al di sopra della media OCSE. Il 40% della copertura è destinata all'assistenza ospedaliera, il 22% all'assistenza ambulatoriale e il 18% all'assistenza dei lungodegenti. La densità dei medici di medicina generale rispetto alla popolazione è più alta della media Ue, mentre più bassa risulta quella relativa agli infermieri. Il livello delle esigenze di assistenza sanitaria insoddisfatte (6,5%) in Finlandia è tre volte superiore alla media Ue (2,2%) nel 2022 e rappresenta il livello più alto del gruppo dei Paesi nordici.

³³ Cfr. la *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, come modificata dalla L. n. 2019-774 del 24 luglio 2019 relativa “à l'organisation et à la transformation du système de santé”.

1.4.2. *L'esperienza francese*

Il sistema sanitario francese, ispirato ai principi di universalità e onnicomprensività del modello Beveridge (NHS britannico del 1948), è fondato su un'assicurazione sanitaria obbligatoria (*"Couverture Maladie Universelle"* – CMU) che copre il 71% della spesa sanitaria, su un contributo statale, che copre il 6%, su un'assicurazione sanitaria complementare (*"Assurance Maladie Complémentaire"* – AMC) che partecipa per il 14%, mentre il restante 9% è finanziato con pagamenti diretti (OOP: out-of-pocket) da parte dei pazienti. Nel 2019, circa il 96% della popolazione francese aveva stipulato un'assicurazione complementare³⁴. Nello stesso anno in Francia c'erano 3008 ospedali, di cui: il 45% pubblici, il 33% privati a scopo di lucro e il 22% non profit³⁵.

Ai sensi della legge di riforma del 24 luglio 2019, il sistema sanitario è distribuito su 18 *"Agence Régionale de Santé"* territoriali, che mirano a *"garantire una gestione unificata della salute nella regione, soddisfare le esigenze della popolazione e aumentare l'efficienza del sistema"*³⁶.

Il sistema sanitario francese mette in rapporto finanziatori pubblici con gli erogatori delle prestazioni, per lo più privati (cliniche private, ospedali non profit, etc). La maggior parte dell'attività medico-ambulatoriale si svolge in ambulatori liberi professionali: se il finanziamento maggiore è pubblico, l'esercizio maggiore è privato-convenzionato.

Con la recente pandemia è aumentata l'attenzione verso la salute mentale e il ruolo degli psicologi, le cui prestazioni però non sono coperte dalla CMU³⁷.

In questo contesto, sin dalla legge sulla decentralizzazione del 1983³⁸, nuove funzioni organizzative e gestionali sono state parzialmente esternalizzate a enti non profit che già esistevano localmente fin dagli anni Sessanta. Tali

³⁴ Non si dispone, nella letteratura accademica sull'operatività del Terzo settore impegnato nella sanità in Francia, di dati o informazioni successivi al 2019, salvo quelli dedicati all'emergenza pandemica da Covid-2019. La circostanza complica i tentativi di comparazione, come evidenziato nella premessa metodologica del Cap. 1, par. 1.

³⁵ Cfr. MACIOCCO G., *I 70 anni del NHS* in *Salute Internazionale*, 28 maggio 2018, p. 4, al riguardo scrive: *"Il modello Beveridge (presidente della Commissione che ideò il modello, n.d.r.) fu adottato nel tempo da molti paesi, in primis dalle nazioni che aderivano al Commonwealth come Canada, Australia e Nuova Zelanda, e in seguito dai paesi scandinavi e del sud Europa, come Italia, Spagna e Portogallo (...). Coloro che idearono il SSN attinsero a piene mani dal collaudato modello del britannico NHS, considerato a ragione una sorta di fratello maggiore"*.

³⁶ Cfr. legge cit. nel testo.

³⁷ Il *"Code de la santé publique"*, riconosce tre categorie principali di figure sanitarie: (1) professioni mediche (medici, odontoiatri e ostetriche), (2) farmacisti [Libro II, Titolo IV] (3) ausiliari [Libro III, Titoli I – VII (infermieri, fisioterapisti)]. Non rientrano in nessuna di queste categorie gli psicologi, gli assistenti sociali, gli osteopati e i chiropratici. Molte di queste figure professionali hanno un Ordine di appartenenza e, dal 2023, ogni 6 anni devono sostenere un esame che certifichi il livello di abilità professionale.

³⁸ Cfr. Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

enti gestiscono nuovi servizi finanziati mediante sovvenzioni o contratti con il governo regionale, i dipartimenti (più o meno simili alle contee) e i comuni (Archambault, 2017).

Si tratta di servizi pubblici che interessano soprattutto le aree dell'Istruzione, della Sanità e dei servizi sociali³⁹.

Con particolare riguardo alla Sanità e limitando l'indagine ai lavoratori, dipendenti o autonomi (escludendo, quindi, i volontari), si rileva che i lavoratori del non profit rappresentano il 12% del totale della forza lavoro impegnata in quest'area, in Francia. Una parte importante dei servizi forniti da enti privati a scopo di lucro (23% del totale forza lavoro) è costituita dai lavoratori (medici, infermieri e paramedici) che operano essenzialmente in un mercato libero.

Ma il valore aggiunto del Terzo Settore nelle tre aree che abbiamo menzionato è dato dal numero di volontari che vi operano circa 3.000.000 dei 16 milioni di volontari in tutto il paese. L'Istituto nazionale di statistica e studi economici francese (INSEE) stima che 680.000 di questi volontari (23% circa) siano dediti al mondo della Sanità.

1.4.3. *L'esperienza tedesca*

Il sistema sanitario tedesco, il cui modello, introdotto nel 1883 dal Cancelliere Otto von Bismark era fondato sui principi di sussidiarietà, solidarietà e corporativismo⁴⁰, costituisce ancor oggi l'antagonista del modello Beveridge (Driva et al, 2017).

Rispetto alla concezione originaria, che fondava l'assistenza sanitaria sull'esistenza di assicurazioni sociali finanziate dai contributi dei lavoratori che coprivano le cure presso gli enti sanitari, oggi esso prevede un'assicurazione sanitaria obbligatoria pubblica ("*Gesetzliche Krankenversicherung*" – GKV), cui partecipa circa il 90% dell'utenza, o, in alternativa, un'assicurazione volontaria privata ("*Private Krankenversicherung*" – PKV), cui si rivolge l'utenza a reddito medio-alto. L'assicurazione obbligatoria copre circa l'89% delle spese sanitarie e per tale ragione il 13% della popolazione si dota anche di un'assicurazione volontaria complementare ("*Freiwillige Zusatzkrankenversicherung*" – FVK).

Il sistema dell'assistenza sanitaria in Germania è fortemente decentralizzato, essendo la gestione dei servizi affidata dalla legge, per lo più, ai singoli Länder.

Le strutture ospedaliere (circa 1700 sull'intero territorio nazionale), cui si

³⁹ Cfr. Tabella 7, nell'Appendice.

⁴⁰ Ogni settore economico e lavorativo aveva la propria cassa mutua.

accede solo con prescrizione medica, salvo le urgenze, si dividono in tre categorie: pubbliche (41%), private (28%) e non profit (31%), gestite per la maggior parte da enti religiosi o da organizzazioni dedicate come la Croce rossa (Flennert et al, 2019).

I servizi ospedalieri vengono finanziati per quantità delle prestazioni erogate, sulla base di una cifra fissa “*per diem*”, a prescindere dal tipo di assistenza necessaria o dalla durata della degenza. Tutti gli enti di assistenza sanitaria pagano la medesima cifra giornaliera.

Questo sistema è però in corso di revisione, in virtù della “*Krankenhausreform*” (Riforma ospedaliera) appena varata dal Governo federale e in discussione al Bundestag. Ne costituiscono cardini: (1) la qualità delle cure, (2) l’assistenza medica capillare per i pazienti, (3) la riduzione della burocrazia⁴¹.

È in questo contesto che si inserisce una valutazione del ruolo del Terzo settore ed in particolare delle organizzazioni di volontariato nella gestione dell’assistenza sanitaria tedesca.

Gli studi condotti al riguardo (Flennert et al, 2019) hanno rivelato, ad esempio, che nell’assistenza sanitaria agli anziani il volontariato, svolto soprattutto da adulti anziani nei confronti di coetanei ha consentito un maggiore ricorso alle visite specialistiche che ha sensibilmente ridotto il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei medici di famiglia, campo nel quale – come già visto – la Germania, benché detenga la più alta spesa sanitaria in Europa, si trova in una situazione sensibilmente peggiore rispetto alla media OCSE e anche rispetto ai Paesi Ue, non solo quelli c.d. ad economia avanzata⁴².

Gli stessi studi hanno inoltre rivelato che, nella cura della depressione, i servizi di volontariato offerti da enti religiosi hanno ottenuto risultati sensibilmente migliori da quelli offerti da organizzazioni non profit di tipo laico, con ciò fornendo conforto ai risultati ottenuti, rispettivamente, 15 anni prima, da altri autori (Musick – Wilson, 2003) negli Stati Uniti d’America e 10 anni prima in Gran Bretagna (Heins et al, 2010), in quest’ultimo caso evidenziando come le prestazioni rese dal mondo non profit corrispondessero con maggiore efficacia alle esigenze della comunità di riferimento, rispetto a quelle offerte dal settore privato.

Nel corso delle stesse rilevazioni, è stata altresì segnalata l’importanza dei volontari nell’approccio con persone che appartengono alle stesse comunità

⁴¹ Cfr., per un approfondimento, Bundesministerium für Gesundheit, *Krankenhausreform*, in <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform>.

⁴² Cfr. colonna 2 nella Tabella 4, in Appendice. Il dato rileva sotto il profilo della qualità delle cure, dal lato dell’“effective primary care” (efficacia della medicina di base).

etnico-religiose, nel quale la componente umana sembra prevalere su quella professionale, con evidente riflesso sulla qualità delle cure⁴³.

Gli studi ora citati contribuiscono a spiegare il progressivo inserimento del Terzo settore in un campo – quello dell’assistenza sanitaria – che sembra invece rigidamente affidato ad un sistema di assicurazione obbligatoria/volontaria predeterminato, in cui al settore pubblico è assegnato il monopolio gestionale della salute.

1.4.4. *Altre significative esperienze: l’esperienza finlandese*

Nel 2023 è entrata in vigore, in Finlandia, la riforma del sistema sanitario il cui scopo è quello di rivedere la struttura organizzativa e amministrativa precedente, ampiamente decentralizzata, ma anche particolarmente frammentata, basata su oltre trecento presidi sanitari che gestivano sia le cure di base che quelle specialistiche, con il risultato già descritto sopra: una spesa sanitaria complessiva e pro-capite più alta della media OCSE, ma con un livello di bisogni sanitari insoddisfatti tre volte più alto della media Ue.

Il nuovo sistema si basa su 22 Unità di servizi territoriali (Well-being Service Counties – WBSC) tra i quali quello della capitale Helsinki, più il Distretto Ospedaliero di Helsinki e Uusima (Tynkkynen et al, 2023). In pratica, al Governo centrale, che finanzia la spesa sanitaria, è attribuita la funzione di predisporre le linee guida della direzione e gestione dei servizi, la cui organizzazione è affidata alle unità territoriali. Queste ultime si occupano dell’erogazione e distribuzione dei servizi sanitari c.d. di “*primary health-care*” (WHO, 2018)⁴⁴, dei servizi di pronto soccorso e di quelli specialistici “*secondary healthcare*” sul territorio loro assegnato.

L’attività delle WBSC è, a sua volta coordinata da cinque “*collaborative areas*”, territorialmente organizzate attorno ai principali Centri ospedalieri del Paese.

Nell’offerta dei servizi sanitari, il settore privato e quello non profit svolgono un ruolo di rilievo, con particolare riguardo alla rete ambulatoriale, alla salute mentale, alla chirurgia ortopedica, cardiologia, ginecologia – ostetricia e alla cura del cancro, anche in centri ospedalieri dedicati. Tale ruolo è venuto via via crescendo per i costi e i tempi di attesa delle prestazioni erogate dal settore pubblico, che – come già visto – costituiscono la principale criticità del sistema sanitario finlandese “*unmet health needs*”.

⁴³ Cfr. Flennert M., König H., Hajek A., *The association between voluntary work and health care ...*, cit., p. 7.

⁴⁴ Cfr. WHO, *Declaration of Astana – Global Conference on Primary Health Care di Astana*, 2018.UN

Con riferimento al ruolo che il Terzo settore potrà svolgere nella Riforma del sistema sanitario appena varata, alcuni autori (Tuurnas et al, 2023) hanno però lamentato alcune incertezze normative nella definizione delle rispettive competenze e responsabilità tra gli enti locali e le nuove WBSC posto che l'organizzazione dei servizi da parte degli enti non profit ha a che fare sia con la medicina di prevenzione che con i servizi socio-sanitari, che coinvolgono non solo i pazienti, ma anche le loro famiglie: si pensi alla salute mentale. In questo campo, il Terzo settore ha colmato finora un vuoto, sia sul piano economico, sia sul piano del rapporto personale (“*human-to-human*”) ai pazienti e alle loro famiglie che, con l'adozione di formule troppo rigorose in vista di una maggiore efficienza della spesa sanitaria, potrebbe a poco a poco venir meno (Tuurnas et al., 2023)⁴⁵.

1.5. *L'esperienza canadese*

Della performance sanitaria del Canada si è già visto esaminando i dati forniti, rispettivamente, dall'OCSE e dall'OMS, che collocano lo Stato Nord Americano ai primi posti sia per volume di spesa sanitaria, sia per percentuale rispetto al PIL, sia infine per raggiungimento degli obiettivi di accesso alle cure di base e alle vaccinazioni fissati dalle Nazioni Unite⁴⁶.

Il Sistema Sanitario Canadese è largamente fondato sull'intervento pubblico, che garantisce la copertura universale per i servizi sanitari essenziali, indipendentemente dall'effettiva capacità di spesa dei pazienti⁴⁷.

L'erogazione dei servizi sanitari è disciplinata dal “*Canada Health Act*” (1984), che configura un insieme interconnesso di dieci sistemi sanitari provinciali e tre territoriali. Conosciuto dai canadesi come “*Medicare*” o “*Assurance-maladie*”, esso fornisce l'accesso a una vasta gamma di servizi sanitari,

⁴⁵ Lo studio citato nel testo pone anche l'accento sull'importanza del Terzo settore nei servizi dedicati alla maternità e alle case di accoglienza per madri “single”.

⁴⁶ Cfr. Tabelle 2 – 6, e Fig. 4 in Appendice, tratte, rispettivamente, da OECD report *Health at a Glance 2023*. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, e da OMS, *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Geneva, 2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>.

⁴⁷ Cfr. Government of Canada, *Canada's Health Care System*, in <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>. Dalla Tabella 6, in Appendice si rileva che il Sistema copre il 73% della spesa sanitaria complessiva, di poco sotto alla media OCSE (76%), ma nettamente al di sopra di quella media per l'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale, mentre è ancora largamente al di sotto di quella media per le cure dentarie e per la spesa farmaceutica.

finanziati attraverso la fiscalità generale, che copre il 73% della spesa sanitaria pro-capite (3% in meno della media OCSE)⁴⁸.

Il “*Canada Health and Social Transfer*” del 1995 completa il quadro, consolidando i trasferimenti federali in denaro e le misure fiscali a sostegno dell’assistenza sanitaria e convogliandoli in un unico meccanismo di finanziamento (CHST), che amministra i fondi e li distribuisce alle province e ai territori.

In sintesi, il Governo federale definisce i principi nazionali che devono ispirare i piani di assicurazione sanitaria provinciale e territoriale, mentre i Governi provinciali e territoriali hanno la giurisdizione primaria nell’effettiva amministrazione ed erogazione dell’assistenza sanitaria, incluse la definizione delle priorità, l’amministrazione dei budget e la gestione delle risorse.

Principi fondamentali sono a) l’universalità delle cure⁴⁹, b) la gestione pubblica dei piani assicurativi⁵⁰, c) completezza⁵¹, d) portabilità⁵², e) accessibilità⁵³.

I suddetti principi sono peraltro accompagnati da due condizioni che riguardano l’accesso ai trasferimenti pubblici da parte delle amministrazioni provinciali e territoriali: quelle della 1) informazione⁵⁴; 2) riconoscimento⁵⁵.

In prima battuta, l’assistenza sanitaria è fornita, come in Italia, dal medico di famiglia “*General Practitioner – GP*” che “smista” i pazienti al livello superiore (cure ospedaliere, specialisti, etc.).

⁴⁸ Cfr., ancora, Tabella 6 e Figura 1, in Appendice, ove nell’istogramma concernente il Canada, la parte più chiara rappresenta la quota parte di spesa sanitaria sostenuta direttamente dai contribuenti (Voluntary/out-of-pocket).

⁴⁹ Sancisce il diritto di tutti i residenti assicurati, indipendentemente dalla Provincia o dal Territorio di residenza, ad accedere alle medesime condizioni ai servizi di assistenza sanitaria assicurati forniti dal piano di assicurazione sanitaria provinciale o territoriale.

⁵⁰ Il principio comporta che i piani assicurativi sanitari provinciali e territoriali devono essere gestiti da un’autorità pubblica. Ciò, tuttavia, non impedisce che si possa richiedere l’intervento esterno per alcuni servizi necessari per l’amministrazione, come ad esempio l’elaborazione dei pagamenti ai medici. Inoltre, le strutture private possono fornire servizi di assistenza sanitaria assicurata a patto che non ci siano addebiti per la persona assistita.

⁵¹ I piani di assicurazione sanitaria di Province e Territori devono coprire tutti i servizi di assistenza sanitaria assicurati.

⁵² Il principio evita il vuoto di copertura sanitaria allorquando si verifichi un trasferimento di residenza. I pazienti che si spostano devono continuare a essere coperti per i servizi di assistenza sanitaria assicurati dalla giurisdizione di provenienza per l’eventuale durata del periodo di attesa (fino a tre mesi) imposto dalla Provincia o Territorio di nuova residenza, prima che la copertura sia stabilita nella nuova giurisdizione.

⁵³ L’accesso alle cure deve essere assicurato in ogni provincia o territorio a condizioni e termini uniformi, non preclusi o non impediti da addebiti e fatturazione extra all’utente o da altre cause (ad es., età, stato di salute, condizioni economiche).

⁵⁴ La condizione dell’informazione consiste nel dovere delle amministrazioni provinciali e territoriali di informare il Ministro della Sanità, che a sua volta presenta una relazione al Parlamento, sulla materiale destinazione dei fondi federali per l’assistenza sanitaria ad esse trasferiti.

⁵⁵ Il riconoscimento consiste nell’obbligo delle amministrazioni provinciali e territoriali di riconoscere come “federali” i contributi finanziari erogati dal Governo centrale per i servizi di assistenza sanitaria in tutti i documenti pubblici o in qualsiasi materiale pubblicitario o promozionale relativo ai servizi sanitari assicurati nella Provincia.

I dati OCSE non ci dicono se ci siano esigenze sanitarie non riscontrate (“*unmet needs for medical care*”)⁵⁶.

Le prestazioni di professionisti non coperte da “*Medicare*” (come le cure dentarie e oculistiche) sono le principali categorie di spesa sanitaria nel settore privato (65,5% della spesa del settore privato).

In tale quadro, il settore privato e il Terzo settore assicurano circa il 30% dei servizi sanitari. Il dato è costante negli ultimi 20 anni⁵⁷.

Il ruolo del Terzo settore in Canada in relazione alle esigenze sanitarie dipende da molti fattori.

In primo luogo, al di là delle coperture sanitarie di tipo formale la distribuzione dei servizi primari e secondari non è uniforme: la circostanza provoca alcune disegualianze nella spesa sanitaria pro-capite all’interno delle province e dei territori. Ad esempio, nei Territori del Nord-Ovest essa raggiunge l’ammontare di 21,750 dollari canadesi, nella British Columbia è di 9,182 dollari, in Ontario di 8.245 e nel Québec 8.785 (CIHI, 2023)⁵⁸.

Per quanto riguarda l’assistenza primaria, una prima spiegazione del fenomeno risiede nella progressiva carenza del numero dei “*general practitioners*” a livello nazionale (Glazier, 2023).

In secondo luogo, i “*team interprofessionali*” di assistenza sanitaria cominciano a costituire un metodo alternativo di cura per le famiglie anche nel campo dell’assistenza primaria.

Le caratteristiche e le finalità di questo tipo di assistenza in team possono spiegare la crescente preferenza dei pazienti, corrispondendo alla riduzione del carico di lavoro dei medici tradizionali (GPs), migliorando per essi l’equilibrio tra vita professionale e vita privata, e la qualità stessa delle cure. Inoltre, tale pratica contribuisce a colmare le lacune nell’assistenza (in particolare nel campo della salute mentale e nella gestione delle patologie croniche), soddisfa le esigenze dei pazienti e della comunità e rende attraente il luogo di lavoro per una varietà di professionisti della salute e del personale associato^{59,60}.

Per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera fornita dal settore privato (for-profit e non profit), nel 2021 essa ammontava a 6,455 miliardi di dollari canade-

⁵⁶ Cfr. Tabella 3, ultima colonna, in Appendice, che riporta – con riferimento al Canada – l’abbreviazione N/A (dati non disponibili).

⁵⁷ Cfr., in questo senso, Government of Canada, *Canada’s Health Care System*, cit., in <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>.

⁵⁸ Cfr., per il dettaglio, la figura 12, in Appendice.

⁵⁹ Cfr. Glazier R. H., *Our role in making the Canadian health care system...*, p. 12.

⁶⁰ Cfr., ancora, Glazier R. H., *Our role in making the Canadian health care system...*, cit., p. 13.

si e quella sostenuta dalle famiglie (“*private sector, out-of-pocket*”) nello stesso comparto registrava 971,700 milioni di dollari⁶¹.

A tale riguardo, le iniziative più promettenti sembrano essere quelle di programmi integrati di assistenza sanitaria pubblica – non profit, sperimentati nella provincia di Alberta, Canada Occidentale, e presentati nella 23^a Conferenza internazionale dell’assistenza sanitaria integrata di Anversa, in Belgio, dal 22 al 24 maggio 2023 (Lewanczuk, 2023)⁶².

Con un unico sistema sanitario diviso in cinque zone amministrative, si è seguito l’approccio di distribuire funzioni e responsabilità a livelli via via minori, in relazione alle risorse e alle concrete possibilità di intervento, coinvolgendo congiuntamente gli attori del terzo settore e i loro omologhi del sistema sanitari pubblico. Sono stati istituiti comitati congiunti, responsabili solo verso i membri, per favorire una visione comune e coordinarne le attività. Si è seguito un approccio rivolto alle comunità, basato sugli asset esistenti e volto ad individuare i servizi già in essere ai vari livelli, le criticità che insorgevano nella loro erogazione, i desideri e le esigenze, sia a livello individuale che delle comunità via via più piccole e difficili da raggiungere, e le modalità più idonee a sostenere quelle comunità nella risposta al bisogno di salute manifestato dalla società civile. Dal punto di vista delle infrastrutture, il sistema sanitario, il governo provinciale e i leader delle organizzazioni non profit hanno creato meccanismi per facilitare la cooperazione.

Questo approccio ha consentito di creare collegamenti formali tra il sistema sanitario pubblico e gli enti del Terzo settore, estremamente utili per comprendere le esigenze della comunità e i fattori che incidono sulla salute. Il Terzo settore ha concentrato i propri sforzi sui programmi e sugli interventi di più efficace impatto sulla salute e sul benessere degli individui e delle comunità.

La creazione di comitati misti responsabili nei confronti dei membri, piuttosto che di una gerarchia, è risultata particolarmente efficace sia nel miglioramento delle procedure di approvvigionamento di beni e servizi, sia nella soddisfazione delle esigenze delle comunità.

Sempre in tema di assistenza ospedaliera o di iniziative ad essa collaterali che vedono coinvolti gli enti no profit, di particolare interesse appare lo studio condotto dall’Università di Toronto (Nelson et al, 2024)⁶³, concernente i

⁶¹ Cfr., Tabelle H 1 e H2 del rapporto del Canadian Institute of Health Information – CIHI, *National Health Expenditure Trends*, 2023, disponibile in <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends>.

⁶² Cfr. Lewanczuk R., *Creating a system wide third sector – health system partnership*, in *International Journal of Integrated Care* 23 (S1): 012 DOI: doi.org/10.5334/ijic.23012.

⁶³ Cfr. Nelson MLA, Saragosa M, Singh H, Yi J, *Examining the Role of Third Sector Organization Volunteers in*

programmi di reinserimento nel contesto familiare e sociale dei pazienti più anziani dimessi dalle strutture ospedaliere (“*Hospital-to-Home Transitions*”).

Il periodo post-ospedaliero rappresenta una condizione di vulnerabilità per gli anziani, collocando questi pazienti in una categoria ad alto rischio di effetti negativi sulla salute. Nel 30% dei casi si registrano decondizionamento⁶⁴, o “invalidità ospedaliera-associata”⁶⁵, mentre il 16% richiede una nuova ospedalizzazione entro 30 giorni; ne consegue un tasso di ricovero crescente con incremento del tasso di mortalità.

Lo studio suggerisce che i risultati dei programmi di recupero condotti da volontari qualificati, meglio se coetanei o non troppo giovani, rappresentano per i pazienti una “rete di sicurezza” e promuovono il graduale ritorno al periodo pre-ospedaliero (Nelson, 2024)⁶⁶.

1.6. *L’esperienza statunitense*

1.6.1. *Quadro normativo*

Diversamente dagli altri sistemi sanitari fin qui esaminati, negli Stati Uniti d’America non vige il principio di universalità della copertura sanitaria, né in termini di accesso alle cure, né in termini di onnicomprensività delle prestazioni o di spesa sanitaria a carico del bilancio pubblico, indipendentemente dalle condizioni economiche o sociali dei pazienti.

Fondamentalmente, la salute è considerata un affare privato, affidato cioè al singolo individuo che vi provvede in autonomia o, se lavoratore, beneficia di piani assicurativi predisposti dal datore di lavoro, attraverso la stipula di polizze assicurative individuali o collettive, beneficiando di crediti d’imposta.

Ciò, naturalmente, non significa che siano mancate nel tempo iniziative volte ad un intervento pubblico in materia sanitaria. Anzi, volendone limitare la rassegna al secolo scorso, si può iniziare menzionando il progetto di Riforma delle politiche sanitarie, facente parte della piattaforma elettorale del nuovo

Facilitating Hospital-to-Home Transitions for Older Adults – a Collective Case Study, in *International Journal of Integrated Care*, 2024, 24 (1): 16, 1–13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.7670>.

⁶⁴ Consiste nel processo di perdita della forza fisica, come se si fosse ancora nello stato della malattia, o si fosse feriti, e comunque inattivi. Conseguono in genere all’inattività fisica o al lungo riposo a letto.

⁶⁵ L’espressione si riferisce ai pazienti colpiti da disabilità del tutto nuove nello svolgimento delle azioni quotidiane. Cfr., per un approfondimento, Covinsky K.E., Pierluissi E., Johnston C.B., *Hospitalization-Associated Disability “She Was Probably Able to Ambulate, but I’m Not Sure”*, in *Journal of American Medical Association*, 2011, Vol. 306, n° 16, 1782 – 1794.

⁶⁶ Cfr. Nelson MLA, Saragosa M, Singh H, Yi J, *Examining the Role of Third Sector...*, cit., p. 9.

Partito Progressista di Theodore Roosevelt (26° Presidente degli Stati Uniti) del 1912, fatto proprio dall'American Association for Labor Legislation, che nel 1915 elaborò una proposta legislativa in tal senso, ma l'avvento della Prima Guerra Mondiale fece cadere l'iniziativa (Smith, 2023)⁶⁷.

Ci limiteremo, quindi, ad enumerare gli interventi normativi che più significativamente hanno inciso sull'attuale quadro normativo, a livello federale.

I primi degni di nota sono i “*Social Security Amendments*” del 30 giugno 1965, noti anche come “*Medicare and Medicaid Act*”, fortemente voluti dal Presidente Lyndon B. Johnson, che ha introdotto in primo luogo, appunto, il c.d. “*Medicare*”, un piano assicurativo federale che comprende sia l'assistenza ospedaliera (parte A), sia la restante parte (parte B), attraverso la sottoscrizione di una polizza assicurativa per l'assistenza sanitaria degli anziani. Con la stessa legge è stato introdotto anche il c.d. “*Medicaid*”, che ha permesso al governo federale di finanziare, parzialmente, un piano di assistenza sanitaria per gli indigenti, attraverso un programma gestito e co-finanziato dai singoli Stati e che vige ancor oggi⁶⁸.

Per raggiungere significativi risultati su questo stesso filone bisognerà attendere il “*Balance Budget Act*” (Legge finanziaria) del 1997, che oltre a diverse modifiche e aggiunte ai vari titoli del Medicare (parti A e B) e alla tassa per il servizio di assistenza sanitaria (FFS), vi ha aggiunto la Parte C, denominata “*State Children's Health Insurance Program*” – SCHIP. Si tratta di un programma congiunto federale – statale di assicurazione sanitaria per i bambini nati in famiglie che si trovino al di sotto della soglia federale di povertà (Carey et al, 2009)⁶⁹.

Nel 2010 è stato approvato il “*Patient Protection and Affordable Care Act*” (legge sulla protezione del paziente e sull'assistenza sanitaria a prezzi accessibili), chiamata anche PPACA o “*Affordable Care Act*” – ACA, ma meglio conosciuta come “*Obamacare*”, dal nome del Presidente Barack Obama che l'ha fortemente voluta. Esso contiene le seguenti disposizioni:

- introduzione graduale di un sistema completo di riforme obbligatorie dell'assicurazione sanitaria volte ad eliminare “*alcune delle peggiori pratiche delle compagnie assicurative*” – screening delle condizioni preesistenti

⁶⁷ Cfr. Smith K., *A (Brief) History of Health Policy in the United States*, in Delaware Journal of Public Health, 2023 Dec 31;9(5):6-10. doi: 10.32481/djph.2023.12.003. PMID: 38283712; PMCID: PMC10810293.

⁶⁸ Cfr. *Medicare and Medicaid Act* (1965), National Archives – Milestone Documents in <https://www.archives.gov/milestone-documents/medicare-and-medicoid-act>.

⁶⁹ Cfr. Carey, D., Herring B., Lenain P., *Health Care Reform in the United States*, OECD Economics Department Working Papers, No. 665, OECD publishing, Paris Cedex, 2009, pp. 21 – 27.

e maggiorazioni dei premi, cancellazioni di polizze su questioni tecniche quando la malattia sembra imminente, massimali di copertura annuali e a vita;

- estensione del “*Medicaid*” per coprire gli adulti non assicurati in età lavorativa (18-65 anni) che guadagnano meno del 138% della soglia di povertà federale (e quindi non sono ammessi alle sovvenzioni sul mercato dell’assicurazione sanitaria), insieme ad alcuni i cui piani di assicurazione erano troppo costosi in base al loro reddito. LACA ha esteso l’ammissibilità al *Medicaid* in tutti i 50 Stati e nel Distretto di Columbia. Al riguardo, la Corte Suprema degli Stati Uniti, nella causa “*NFIB vs Sebelius*” (28 giugno 2012)⁷⁰ ha stabilito che i singoli Stati possono scegliere se ampliare o meno la copertura. Attualmente sono 41 gli Stati (incluso il distretto di Washington, D.C.) che hanno esteso la copertura⁷¹;
- introduzione di un sistema di mercato di assicurazione sanitaria basato tre livelli standard (Parti A, B, C di Medicare) di copertura assicurativa, per consentire ai consumatori di confrontare polizze simili e di scambiare i piani assicurativi, anche via Internet, attraverso il confronto dei prezzi e piani di acquisto, direttamente da parte dei consumatori;
- introduzione dell’obbligo per gli assicuratori di coprire completamente determinati servizi di medicina di prevenzione;
- creazione di gruppi di polizze “*ad alto rischio*” per i non assicurati;
- riconoscimento di crediti d’imposta alle imprese che forniscono polizze assicurative ai propri dipendenti;
- creazione di un programma di revisione dei premi delle compagnie di assicurazione;
- permesso alle persone a carico del titolare della polizza affinché possano beneficiare del suo piano assicurativo per 26 anni;
- fissazione di un rapporto minimo tra spese mediche direttamente coperte dall’assistenza sanitaria e premio assicurativo basato sul reddito, creando una concorrenza sui prezzi;
- creazione del “*Patient-Centered Outcomes Research Institute*” (Istituto di ricerca sui risultati concentrati sul paziente) per studiare l’efficacia comparata dei piani assicurativi, finanziata attraverso una quota dei premi delle assicurazioni sulla vita⁷².

⁷⁰ Cfr. National Federation of Independent Business, et al vs Kathleen Sebelius, Secretary of Health and Human Services, et al, 28 giugno 2012 in <https://www.oyez.org/cases/2011/11-393>.

⁷¹ Cfr. Figura 13, in Appendice.

⁷² Cfr. Figure 14 e 15 in Appendice che evidenziano il sensibile calo del numero di cittadini statunitensi senza

Nel 2017, con l'Ordine esecutivo n. 13813 il Presidente Donald Trump consente alle compagnie di assicurazione di vendere piani a breve termine e a basso costo ma con una copertura sanitaria inferiore, consentendo anche alle piccole imprese di acquistare "collettivamente" i piani sanitari delle associazioni e espandendo i conti di risparmio sanitario⁷³.

Con l'"*Inflation Reduction Act*" – IRA (riduzione dell'inflazione) del 16 agosto 2022 il Presidente Joe Biden consente al sistema "*Medicare*" di negoziare determinati prezzi dei farmaci, limita i costi della parte "D" per gli anziani a \$ 2.000 al mese e fornisce \$ 64 miliardi per le sovvenzioni dell'"*Affordable Care Act*" fino al 2025, originariamente ampliate con l'"*American Rescue Plan Act*" del 2021(Shah et al, 2024)⁷⁴.

Alla luce del descritto quadro normativo, negli Stati Uniti la gestione dell'assistenza sanitaria nei suoi vari campi è affidata in parte al settore pubblico, in parte a quello privato e in parte alle organizzazioni non profit – "*Charitable Nonprofit Organizations*" – che sono qualcosa di diverso e più ampio rispetto a tutti gli enti di cui ci siamo occupati fino ad ora (Horwitz, 2020)⁷⁵.

Più precisamente, la nozione di "*Charity*" accolta nel sistema statunitense è quella che si ricava dal §1.01 del "*Restatement of the Law. Charitable Nonprofit Organizations*", adottato e promulgato dall'American Law Institute, nel 2021⁷⁶, a tenore del quale:

assicurazione sanitaria dopo l'entrata in vigore della legge e, più in dettaglio, Obama B., *United States Health Care Reform. Progress to Date and Next Steps*, in *Journal of American Medical Association*, 2016, 316 (5), 525 – 532, in <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533698>, doi:10.1001/jama.2016.9797

⁷³ Cfr. Executive Order 13813 – *Promoting Healthcare Choice and Competition Across the United States* in <https://www.govinfo.gov/content/pkg/DCPD-201700742/pdf/DCPD-201700742.pdf>.

⁷⁴ Cfr., per i dettagli, Shah S., Gooch J., Meyers J., Kirby M., Van Couwenberghe, *The Inflation Reduction Act's Ripple Effects on the US Health Care Ecosystem*, 8 febbraio 2024, in <https://www.bcg.com/publications/2024/inflation-reduction-acts-effects-on-us-health-care-ecosystem>.

⁷⁵ Cfr. Horwitz J. R., *Charitable nonprofits and the business of health care*, in Powell W., Bromley P., eds. *The Non-profit Sector: A Research Handbook*, 3rd ed. Stanford University Press; 2020, Chapter 17, p. 414, che confronta la nozione dei moderni enti no profit con quella che emerge dallo "*Statute of Charitable Uses*" emanato dalla prima legge britannica contro la lotta alla povertà, l'*Act for the Relief of the Poor* del 1601, sul quale si rinvia, per brevità, a Charlesworth L., *The Acts of 1601_Connections Between Poor Relief and Charity in a Legal and Local Context*, 2001. pp. 1-9.

⁷⁶ L'American Law Institute è un'organizzazione, a numero chiuso, che raccoglie i migliori professionisti del diritto statunitense – professori, giudici e avvocati – oltre che un numero ridottissimo di esperti stranieri, tra i quali un italiano.

Fondato nel 1923, con sede a Philadelphia – Pennsylvania, l'American Law Institute si propone di analizzare e migliorare il diritto U.S.A., ai fini della sua modernizzazione e semplificazione. L'Istituto è, fra l'altro, co-autore dello "*Uniform Commercial Code*" in vigore in tutti gli Stati americani, e autore dei celebri "*Restatements of the Law*", raccolte di regole relative a varie aree del diritto e alle quali è riconosciuto altissimo valore autoritativo, negli Stati Uniti come altrove. L'ultima redazione del "*Restatement of the Law, Charitable Nonprofit Organizations*" è stata curata da un gruppo di circa 40 esperti di Diritto degli enti non profit, guidati dalla Professoressa Jill R. Horwitz della U.C.L.A. – School of Law.

- è tale “un’entità giuridica avente esclusivamente scopi di beneficenza, istituita in favore di beneficiari indefiniti, con l’espreso divieto di fornire inammissibili benefici privati”;
- “gli scopi di beneficenza comprendono, a loro volta, 1) il contrasto alla povertà; (2) l’accrescimento della conoscenza o dell’istruzione; (3) l’accrescimento della religione; (4) la promozione della salute;(5) scopi governativi o della comunità; e (6) altri scopi che sono utili alla comunità⁷⁷;
- “non è di beneficenza uno scopo illecito, o quando il suo perseguimento richiede la commissione di attività criminale o illecita, o altrimenti contraria ai principi fondamentali dell’ordine pubblico”.

Gli scopi di beneficenza ora citati sono considerati meritevoli di esenzione fiscale (in particolare dell’imposta sul reddito delle società), ai sensi del Titolo 26, Sezione 501(c)(3) del Codice Tributario Federale statunitense (IRC), per il quale: “Sono esenti da imposta sul reddito gli scopi di beneficenza, religiosi, educativi, scientifici, letterari, test per la sicurezza pubblica, promozione nazionale o internazionale di competizioni sportive amatoriali e prevenzione della crudeltà nei confronti di bambini o animali. Il termine beneficenza [“charitable”, ndr] è utilizzato nel suo senso giuridico generalmente accettato e comprende il sostegno dei poveri, degli afflitti o dei meno privilegiati; l’accrescimento della religione; l’accrescimento dell’istruzione o della scienza; la costruzione o la manutenzione di edifici pubblici, dei monumenti o opere; la riduzione degli oneri del governo; la riduzione delle tensioni nei quartieri; l’eliminazione dei pregiudizi e delle discriminazioni; la difesa dei diritti umani e civili garantiti dalla legge; e la lotta al degrado della comunità e alla delinquenza minorile” (Herring et al, 2018)⁷⁸.

Più in dettaglio, la Sezione 501, (r) (6) chiede agli enti che si occupano di sanità e che intendano fruire delle esenzioni fiscali di assolvere i seguenti quattro adempimenti:

1. condurre una valutazione delle esigenze sanitarie della comunità (“commu-

⁷⁷ Si tratta, in tutta evidenza, di scopi non dissimili dalle “finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale” menzionate dall’art. 4, comma 1, del D. Lgs. 117/2007 (Codice del Terzo Settore), mentre il materiale perseguimento di tali finalità nell’istruzione, nell’accrescimento della religione, nella tutela della sanità e di altri scopi che si potrebbero definire di “utilità sociale”, ricalcano da vicino il concetto di “attività di interesse generale” cui si riferisce il successivo art. 5, comma 1 lett. a), b), c), d), g), h), k), u) dello stesso Decreto, nonché quello di “attività d’impresa di interesse generale” espresso dall’art. 2 del Decreto Legislativo n. 112/2017 (Decreto sull’impresa sociale).

⁷⁸ Cfr. Herring B., Gaskin D., Zare H., Anderson G., *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals’ Tax Exemption to Their Community Benefits*, in Inquiry, The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, Volume 55, 1 – 11, 2018, Jan. Dec., disponibile anche in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813653/>, Tab. 2, p. 5, enumerano le esenzioni fiscali delle quali godono gli enti non profit che si occupano di sanità negli Stati Uniti d’America: Federal corporate income tax, State corporate income tax, State sales tax; Local property tax; Tax bond’s lower rates.

- nity health needs assessment*” – CHNA) e presentare una strategia di attuazione ogni tre anni;
2. raggiungere gli standard richiesti per l'erogazione di servizi sanitari alla comunità;
 3. predisporre e mettere a disposizione dei pazienti un programma di assistenza finanziaria accessibile;
 4. limitare le campagne straordinarie di raccolta fondi (IRS; Herring et al, 2018; Rapfogel, Gee, 2021)⁷⁹.

Dal combinato disposto delle norme appena citate discende che, negli Stati Uniti d'America, gli enti non profit che operano nell'assistenza sanitaria godono di ampi benefici fiscali, ciò che ne spiega, in parte, la loro progressiva espansione in questo campo, ma anche le critiche che essi talvolta ricevono, sul rapporto costi (esenzione fiscale) /benefici (qualità dei servizi resi)⁸⁰.

1.6.2. *Enti non profit e assistenza sanitaria: lo “stato dell'arte”*

Una prima rappresentazione dell'incidenza degli enti non profit nel campo della sanità statunitense è offerta dalle Tabelle 9 e 10 in Appendice e riguarda il periodo 2000 – 2013 (Horwitz, 2020)⁸¹.

Nel campo dei servizi sanitari (“*Health*”) tali enti raggiungono il picco nel 2009, attestandosi sulle 44.130 unità, scendendo poi a 37.732 unità nel 2013, con una percentuale variabile dal 14,40% (2000) al 12,90% (2013) sul totale delle “public charities”⁸². Nel campo dell'assistenza ospedaliera e di quella primaria (“*Hospitals and primary care facilities*”) nel 2013, il numero si attesta sulle 7.062 unità, appena il 2,40% del totale, con entrate per circa 864 miliardi di dollari nel 2013 su un totale di 1.623 miliardi di dollari conseguito dall'intera platea delle “public charities”, quasi la metà⁸³. Gli “*asset*” di questa categoria nello

⁷⁹ Cfr. Internal Revenue Service, *Billing and Collections – Section 501(r)(6)*, disponibile in <https://www.irs.gov/charities-non-profits/billing-and-collections-section-501r6>, e, più approfonditamente, Rapfogel N., Gee E., *How Nonprofit Hospitals Can Support Communities and Advance Public Health*, 19 agosto 2021, in <https://www.americanprogress.org/article/nonprofit-hospitals-can-support-communities-advance-public-health/>. Per gli standard tecnici richiesti agli enti non profit per beneficiare delle esenzioni fiscali, cfr. Herring B., Gaskin D., Zare H., Anderson G., *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals' Tax Exemption...*, cit., pp. 7 – 8.

⁸⁰ Cfr., al riguardo, Tabella 8, in Appendice.

⁸¹ Cfr. Tabelle 17.1 e 17.2, in Horwitz J. R., *Charitable nonprofits and the business of health care*, cit., pp. 417 e 420.

⁸² I dati sono tratti dall'Urban Institute e dal National Center for Charitable Statistics. Quelli relativi al 2013 sono tratti da McKeever L. et al, *Demystifying the Search Button: A Comprehensive PubMed Search Strategy for Performing an Exhaustive Literature Review*, in *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2015 Aug;39(6):622-35. doi: 10.1177/0148607115593791. Epub 2015 Jun 30. PMID: 26129895; PMCID: PMC4513072, Tab. 2.

⁸³ I dati riflettono le informazioni contenute nei modelli (Form 990) trasmessi all'IRS dalle “public charities” e concernono le loro entrate lorde.

stesso anno raggiungono la quota di 1.133 miliardi di dollari, circa un terzo del totale posseduto dalle “public charities” che è di 3.225 miliardi di dollari.

In tempi più recenti, proprio con riguardo agli assetti proprietari delle strutture ospedaliere dedicate alla cura delle patologie acute e dotate di reparti di terapia intensiva negli Stati Uniti d’America (periodo 2004 – 2019) si è rilevato come gli enti non profit (Horwitz, Nichols; 2022)⁸⁴ detengano una percentuale variabile dal 65,3 (2009) al 69,79 (2019), rispetto agli enti pubblici che registrano una percentuale variabile dal 12,91 (2008) al 10,85 (2019) e a quelli privati (for-profit) che passano dal 22,65 (2011) al 19,36 (2019). I dati rimangono più o meno costanti lungo tutto il periodo considerato. A fronte di tali assetti si registra un numero notevolmente più elevato di ammissioni alle cure presso le strutture ospedaliere degli enti non profit (74,3% nel 2004; 74,26% nel 2019) rispetto a quelle del settore pubblico (12,53% nel 2007; 11,3% nel 2019) e a quelle del settore privato (15,39% nel 2016; 14,44% nel 2019)⁸⁵.

I dati ora riportati sembrano superare l’obiezione di coloro (Herring et al, 2018)⁸⁶ che ritengono che l’utilità marginale per la comunità derivante dall’esenzione fiscale accordata agli enti non profit che si occupano di sanità sia molto ridotta e laddove essa sia più ampia e si registri un effettivo “valore aggiunto” ciò dipende piuttosto dalla struttura del mercato. Questi stessi dati inducono inoltre (Horwitz, 2020 – 2024; Horwitz, Nichols – 2022, Horwitz, 2024)⁸⁷ a trattare le organizzazioni sanitarie senza scopo di lucro come “health care charities” piuttosto che come una delle tante categorie di “Nonprofit organizations”, ponendo l’accento non tanto sull’attività imprenditoriale posta in essere, quanto piuttosto sulla natura del loro scopo e sulla titolarità degli assetti patrimoniali di cui sono portatori. Quest’approccio fa rientrare a pieno titolo le “health care entities” non profit fra le “public charities” di cui esse rappresentano, come si è visto, la parte più consistente, distinguendole – come fa il Codice di diritto tributario federale, nella Sezione 501, (3) (c) – dalle fondazioni private (“Private Foundations”).

Infatti, esse, come le altre “charities”, sono enti di diritto privato, né tale

⁸⁴ Cfr. Horwitz J. R., Nichols A., *Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type*, in Health Affairs (Millwood), 2022 Mar; 41(3): pp. 331-340, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01115>, Appendix, p. 14, Table E.

⁸⁵ Cfr., per il quadro completo, la Tabella 11 in Appendice.

⁸⁶ Cfr. Herring B., Gaskin D., Zare H., Anderson G., *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals’ Tax Exemption ...*, cit., p. 9.

⁸⁷ Cfr. Horwitz J. R., *Charitable nonprofits and the business of health care ...*, cit., pp. 414 – 425; Horwitz J. R., Nichols A., *Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type...*, cit., p. 333; Horwitz J.R., *Threatening Nonprofit Hospital Tax Exemption. A Better Path Forward*, in Journal of American Medical Association, January 18, 2024, E1 – E2, [doi:10.1001/jama.2023.28289](https://doi.org/10.1001/jama.2023.28289).

natura può ritenersi compromessa dal godimento di particolari benefici fiscali o contributi da parte di enti pubblici che certamente non le rendono enti pubblici. Inoltre, a differenza delle “*Private Foundations*” esse non appartengono a nessun soggetto privato, neppure ai loro fondatori e oltre agli scopi benefici indicati nel §1.01, lett. b) del “*Restatement of the Law. Charitable Nonprofit Organizations*”, debbono assolvere agli specifici adempimenti già richiamati, fissati dal Codice Tributario federale.

Che nell’assolvimento di tali compiti utilizzino le regole del mercato deriva dalla loro natura di enti di diritto privato, dalla tipologia del settore in cui operano e dai servizi che si propongono di fornire: assistenza sanitaria, compresa quella ospedaliera, reti ambulatoriali, e compagnie di assicurazione non profit (Horwitz, 2020)⁸⁸.

L’approccio risulta rilevante nella disputa, già emersa all’indomani dell’entrata in vigore del c.d. “*Medicare e Medicaid Act*” del 1965 e, ancor più, dopo il varo del c.d. sistema “*Obamacare*” del 2010, contestandosi da alcuni (Herring et al, 2018, Bai et al 2021 – 2023)⁸⁹, alle strutture ospedaliere non profit la qualifica di “*charitable*” e quindi la meritevolezza delle esenzioni fiscali previste dal Codice Tributario federale, in mancanza dell’erogazione di assistenza sanitaria gratuita (“*free care*”) e affermandosi da altri (Horwitz, 2024; Schizer, 2023)⁹⁰, anche sulla base di un’imponente massa di dati (Zare et al, 2021; Owsley et al, 2022)⁹¹ e di rigorose argomentazioni giuridiche, da un lato, che la questione è mal posta e, dall’altro, che la struttura proprietaria degli ospedali retti da organizzazioni sanitarie non profit (in grande maggioranza negli Stati Uniti d’America) sia dirimente nel conservare in loro favore i benefici fiscali.

In realtà, mentre appare indiscutibile, sul piano giuridico, che le organizzazioni sanitarie non profit rientrano a pieno titolo nella nozione di “*charities*” offerta dal §1.01 del “*Restatement*”, che espressamente ne include tra gli scopi

⁸⁸ Cfr. Horwitz J. R., *Charitable nonprofits and the business of health care ...*, cit., p. 415.

⁸⁹ Cfr. Herring B., Gaskin D., Zare H., Anderson G., *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals’ Tax Exemption ...*, cit., p. 5 – 6; Bai G, Zare H, Eisenberg MD, Polsky D, Anderson GF. *Analysis suggests government and nonprofit hospitals’ charity care is not aligned with their favorable tax treatment*. in *Health Affairs (Millwood)*, 2021; 40 (4):629-636;

⁹⁰ Cfr. Horwitz J. R., *Threatening Nonprofit Hospital Tax Exemption. A Better Path Forward*, in *Journal of American Medical Association*, 18 January 2024, doi:10.1001/jama.2023.28289; Schizer D. M., *How to Save the World in Six (not so easy) Steps. How to bring out the best in Nonprofits.*, Post Hill Press, New York, 2023, pp. 26; 112 – 140.

⁹¹ Cfr. Zare H, Eisenberg M, Anderson G. *Charity care and community benefit in non-profit hospitals: definition and requirements*, in *Inquiry*. 2021; 58: 469580211028180; Owsley K.M. Lindrooth R.C., *Understanding the relationship between nonprofit hospital community benefit spending and system membership: an analysis of independent hospital acquisitions*, in *J Health Econ*. 2022 Dec; 86:102696, doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102696. Epub 2022 Oct 25. PMID: 36323185.

la “*promozione della salute*” (Horwitz, 2020), la proprietà degli assetti patrimoniali (profilo economico) rileva direttamente sul piano dello Statuto e della missione dell’ente non profit (Schizer, 2023). Sono questi ultimi che ne indicano le priorità e i campi in cui l’ente esplica la sua azione: ad es., la salute mentale, erogando al riguardo servizi meno remunerativi, ma corrispondenti a bisogni più sentiti dalle fasce di popolazione più anziana, e non riscontrati (“*unmet health needs*”) o non abbastanza riscontrati dagli ospedali pubblici, per mancanza di risorse, e da quelli privati (for-profit) per scarsa remuneratività.

Analoghe considerazioni possono essere svolte con riguardo agli altri servizi e prestazioni sanitarie indicati in Appendice, nelle Tabelle 8 e 9.

1.7. *Alcune considerazioni conclusive*

Ciò che colpisce, nella rassegna dei dati internazionali e delle esperienze straniere in materia di Sanità, è la rilevanza del Terzo settore e ciò indipendentemente dai principi generali che hanno storicamente regolato i diversi sistemi sanitari, affidando in larga parte al settore pubblico sia il finanziamento della spesa sanitaria, sia la gestione dell’assistenza e delle relative strutture, ovvero lasciando all’iniziativa dei singoli (Stati Uniti d’America) la ricerca delle migliori forme di assistenza sanitaria (pubblica, privata, non profit) attraverso l’accesso ai diversi piani assicurativi disponibili sul mercato.

Dall’una o dall’altra parte dell’Oceano, le strutture ospedaliere, le reti ambulatoriali e i lavoratori del non profit impiegati nella sanità rappresentano una larga fetta del mercato, e ciò indipendentemente dal rapporto spesa totale/PIL o spesa sanitaria/reddito pro-capite.

Nel Regno Unito, l’ultimo “*Health and Care Act*” (2022) ha formalmente istituito un sistema integrato di assistenza sanitaria pubblica – privata – non profit, in Francia i lavoratori (medici, infermieri, personale amministrativo) del non profit addetti alla sanità rappresentano il 12% del totale dei lavoratori, mentre i volontari costituiscono il 23% del totale; in Germania le strutture ospedaliere non profit rappresentano il 31% del totale, in Canada gli enti privati e quelli non profit coprono circa il 30% delle strutture ospedaliere e ambulatoriali e negli Stati Uniti d’America il non profit (“*Charitable non profits*”) detiene circa il 70% delle strutture ospedaliere.

Il Terzo Settore sembra dedicarsi a campi dell’assistenza sanitaria non raggiunti dal settore pubblico e considerati poco remunerativi da quello privato (patologie croniche, cura della depressione e della salute mentale in genere in

Francia, Germania e Finlandia), o a particolari servizi per specifiche categorie di pazienti (ad es., quelli oggetto del programma “*Hospital-to-Home Transitions*”), o, infine, ad aree geografiche difficilmente raggiungibili (Canada).

Alcuni autori (Flennert et al, 2019; Levanczuk, 2023; Nelson et al, 2024; Turnaas – Kilkku, 2023) colgono nelle esperienze riferite dai pazienti una particolare valorizzazione del rapporto “*human-to-human*”, più frequente nei servizi e nelle prestazioni forniti da enti non profit, piuttosto che dei costi dei servizi o delle prestazioni o dei tempi di attesa nell’accesso alle cure mediche.

Tutte queste iniziative presentano diverse analogie con la disciplina e con l’esperienza del Terzo Settore in Italia e nella regione Veneto in particolare, ove – come si vedrà – il Servizio sanitario è variamente articolato e strutturato, in aderenza ai principi di autonomia, del decentramento amministrativo e della sussidiarietà, sanciti dalla nostra Costituzione (art. 5 e 118, co. 4, Cost. it.)⁹².

⁹² Cfr., più amp., il Cap. 2.

2. QUADRO NORMATIVO

2.1. *Le norme costituzionali in tema di tutela della salute e i diversi livelli di governance*

L'ordinamento giuridico che regola il Sistema sanitario in Italia è costituito da diverse disposizioni, di carattere costituzionale e non, che se, da un lato, disciplinano i principi e gli ambiti di tutela del bene “salute”, dall’altro, definiscono i “*livelli di governance*” dei servizi e delle prestazioni sanitarie che riguardano i cittadini.

Tra le prime, oltre al fondamentale art. 32 sulla tutela della salute (Morana, 2021; Grandi, 2021; Picicchi, 2022; Positano, 2022), l’art. 5 sulle autonomie locali e sul decentramento amministrativo (Staiano, 2017; 2021), quelli riformati dalla Legge costituzionale n. 3 del 2001 (116, co. 3, 117, co. 3, 118, co. 4, 119, co. 1 e 2, 120)¹ sulla potestà legislativa concorrente delle Regioni, sull’autonomia finanziaria di entrata e di spesa, sul fondo perequativo, sul principio di sussidiarietà (Magnani, 2006; Santuari, 2019), sulla tutela dei livelli essenziali delle prestazioni, tra i quali rientrano a pieno titolo i livelli essenziali di assistenza sanitaria (Biancheri, 2023)².

Tra le leggi ordinarie vengono in rilievo la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e la legge 5 giugno 2003 n. 131 che, in attuazione della riforma costituzionale sopra citata (art. 116, co. 3; art. 117, co. 1-3 e art. 120 Cost. it.), istituisce la c.d. “Conferenza Stato-Regioni”³.

¹ Ci si riferisce alla Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante “Modifiche al Titolo V della parte Seconda della Costituzione”.

² In senso conforme anche Ministero dell’Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato, *Rapporto n. 10*, Roma, dicembre 2023, pp. 179 – 202.

³ Si tratta della “Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano” deputata a rilasciare pareri sull’individuazione, nelle materie di legislazione concorrente – tra le quali la sanità – delle funzioni fondamentali dei Comuni, delle Province e delle Città metropolitane in modo da prevedere, anche al fine della tenuta e della coesione dell’ordinamento della Repubblica, per ciascun livello di

Nel citato quadro normativo, la tutela della salute è diventata materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, spettando:

- alla legislazione esclusiva dello Stato, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), che in sanità si concretizzano nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da garantire su tutto il territorio nazionale, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, destinando le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza ed appropriatezza;
- alle Regioni l'organizzazione territoriale dei propri Servizi Sanitari Regionali – SSR⁴.

Concentrando ora l'attenzione sulla definizione del concetto di salute e sugli ambiti della conseguente tutela, è il caso di richiamare la nozione offerta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Costituzione di Ottawa del 1948) per la quale la salute è *“uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità”* (WHO, 2021). La salute è considerata dall'OMS come un diritto umanitario fondamentale. Di conseguenza, tutte le persone dovrebbero avere accesso alle risorse di base per la salute. Nel contesto della promozione, la salute è una risorsa che permette alle persone di condurre individualmente una vita socialmente ed economicamente produttiva. Si tratta di un concetto positivo che enfatizza le capacità fisiche e le risorse sociali della persona umana.

L'art. 32 della Costituzione, nell'affermare che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”* riprende il concetto e, inserendolo nel quadro dei diritti fondamentali dell'individuo e dei doveri inderogabili di solidarietà affermati dall'art. 2, ne qualifica l'estensione del suo esercizio anche come *“pretesa da parte dell'individuo ad ottenere le prestazioni sanitarie che, di volta in volta, si rendano necessarie per la tutela della propria salute: pretesa che, per i soggetti “indigenti”, si qualifica ulteriormente come diritto alla gratuità delle medesime prestazioni”* (Morana, 2021) e che rende concreto, nella materia in esame, il dovere di solidarietà economica e sociale richiesto, appunto dall'art. 2.

Accanto al diritto individuale, l'art. 32 dichiara la tutela della salute un *“interesse della collettività”*. Si tratta di un profilo oggettivo che, da un lato, può

governo locale, la titolarità di funzioni connaturate alle caratteristiche proprie di ciascun tipo di ente, essenziali e imprescindibili per il funzionamento dell'ente e per il soddisfacimento di bisogni primari delle comunità di riferimento, tenuto conto, in via prioritaria, per Comuni e Province, delle funzioni storicamente svolte, ai sensi degli artt. 1, 2, comma 4, lett. b) e 8, comma 6 della L. 131/2003, citata nel testo.

⁴ Cfr. Mef – Ragioneria Generale dello Stato, *Rapporto n. 10*, cit., p. 179.

legittimare il legislatore ad introdurre restrizioni anche nei confronti di altre libertà costituzionali, come si è avuto modo di sperimentare in occasione della pandemia da Covid-19 (Morana, 2021; Grandi, 2021)⁵ e, dall'altro, legittima pienamente l'inserimento degli *“interventi e prestazioni sanitarie”* tra le *“attività di interesse generale”* che costituiscono l'oggetto della missione degli enti del Terzo settore⁶.

L'art. 5 della Costituzione che, nel riconoscere e promuovere *“le autonomie locali attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo [e] adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento”* costituisce il pilastro sul quale fonda l'insieme dei rapporti Stato – Regioni, oggetto dell'ampia riforma costituzionale del 2001, che comporta un'approfondita analisi delle funzioni da ripartire tra centro e periferia, rispondendo alle domande: cosa trasferire, perché trasferire, cosa differenziare nel trasferimento tra i territori (Staiano, 2021)? In materia sanitaria, la non corretta attribuzione delle funzioni, che comporti un'eccessiva enfaticizzazione dell'autonomia dell'ente regionale o locale (Unità o aziende sanitarie locali), condurrebbe a inefficienze e addirittura al fallimento del sistema (Staiano, 2020).

La riforma del Titolo V, che intende dare attuazione ai principi dell'autonomia e del decentramento amministrativo è appunto incentrata sulle intese tra Stato e Regioni (art. 116, co. 3). Queste ultime agiscono nell'esercizio della potestà legislativa concorrente, che – come già visto – comprende la tutela della salute e può avvalersi della potestà regolamentare all'interno del territorio di competenza (art. 117, co. 1 e 3), sempre che quest'ultima non sia riservata allo Stato.

Nell'esercizio di tali potestà e delle funzioni amministrative le Regioni si informano (art. 118, co. 1 e 4) al principio di sussidiarietà, che riguarda *“la qualità dei rapporti tra lo Stato e i suoi elementi costitutivi, le persone e le comunità, definendo un metodo per limitare il potere pubblico rispetto a sfere di competenza della società civile, affidandole funzioni di interesse generale (sussidiarietà in senso orizzontale). La sussidiarietà è anche criterio per individuare, all'interno del potere pubblico, quale livello di governo di tale potere, centrale o regionale o locale,*

⁵ In giurisprudenza, cfr., per tutte, Corte Cost. 26 maggio 2022, n. 127, in tema di misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 di cui al decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33 e, più amp., Corte Cost. – Servizio Studi, *La gestione della pandemia di Covid-19 nella giurisprudenza costituzionale*, Roma, 2023 in https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/stu_331_20230320134520.pdf

⁶ Cfr. art. 5, co. 1, lettera b) del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore) e art. 2, co. 1, lett. b) del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 112 (Revisione della disciplina in materia di impresa sociale).

debba essere titolare delle varie funzioni pubbliche, assegnando preferenza ai livelli più vicini ai cittadini, a meno che gli scopi da raggiungere non richiedano interventi di livelli di governo superiori (sussidiarietà in senso verticale)” (Magnani, 2006)⁷.

Ed è a questo principio che fa riferimento il Codice del Terzo Settore nell’art. 55 nel disporre che *“le amministrazioni assicur[i]no il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento”*, tanto da indurre alcuni autori (Biancheri, 2023) a ritenere che il Sistema sanitario italiano sia un sistema *“quadripartito”*: pubblico, privato-privato, privato *“accreditato”* e non profit, accreditato e non.

In tale assetto istituzionale, l’aspetto che assume rilievo è la capacità degli enti territoriali di assumere comportamenti virtuosi, volti cioè a perseguire recuperi di efficienza, efficacia e appropriatezza nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza – LEA (Mef – Ragioneria Generale dello Stato, 2023) ⁸.

2.2. Il Servizio Sanitario Nazionale: principi fondamentali e principi organizzativi

La L. 23 dicembre 1978, n. 833 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, quale *“complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute”* intende dare attuazione al menzionato assetto istituzionale fissando, a sua volta, principi fondamentali (artt. 1-4) e organizzativi (artt. 5-7) (Antonelli, 2010; Ricciardi, Tarricone, 2021).

Tra i primi:

- l’uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio, che comprende le forme della loro partecipazione ad esso (art. 1);
- l’equità (art. 3), intesa sia come garanzia di qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni, sia come corretta comunicazione da parte del medico, infermiere o altro operatore sanitario, sulla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico);

⁷ Sul principio di sussidiarietà orizzontale quale paradigma per la definizione dei rapporti tra ETS e pubblica amministrazione in tema di sanità, si vedano anche Arena G., 2005; Bottari C., 2018 e Santuari A., 2019, per i quali si rinvia alla parte *“Riferimenti bibliografici”*.

⁸ Cfr. Mef – Ragioneria Generale dello Stato, *Rapporto n. 10*, cit., p. 179. Cfr., al riguardo, l’art. 25 del DLgs 68/2011. Le tre citate dimensioni favoriscono l’ottimizzazione della performance del SSN, ad esempio, garantendo ai pazienti la necessaria assistenza, generando risparmi per l’eliminazione di prescrizioni non necessarie, assicurando l’utilizzo pertinente della tecnologia, ecc.

- l’universalità (art. 4), posto che il SSN è destinato alla generalità dei consociati.
Sul piano organizzativo la legge stabilisce che la tutela della salute costituisca una responsabilità pubblica, attribuendo allo Stato, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale (di durata triennale), la fissazione dei livelli essenziali di prestazione sanitaria – LEP/LEA (art. 3) e alle Regioni la programmazione e la gestione della sanità, assicurando il coordinamento e la collaborazione tra i diversi livelli di “*governance*”. La stessa legge attribuiva generiche competenze alle Province e ai Comuni, ma queste ultime sono venute meno con il successivo D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Antonelli, 2010).
La Legge 833/1978 si caratterizza inoltre per:
 - la previsione (art. 63) di un’assicurazione obbligatoria contro le malattie per tutti i cittadini, i quali sono provvisti di un libretto sanitario (oggi fascicolo sanitario elettronico – FSE)⁹ che riporta i dati caratteristici personali sulla salute (art. 27);
 - la previsione di Unità sanitarie locali (artt. 14 e 61) la cui costituzione, comprendente gruppi di utenti variabile da 50.000 a 200.000 persone, è assegnata alle Regioni;
 - la definizione delle prestazioni di cura, che comprendono (art. 25) l’assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica. Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare. L’assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale operante nelle Unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino, il quale sceglie il medico di fiducia fra i sanitari di cui al comma precedente;
 - il riconoscimento di uno specifico ruolo alle associazioni di volontariato (artt. 1 e 45), i cui rapporti con le Unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni, nell’ambito delle procedure di programmazione sanitaria delle Regioni (artt. 56 e 57 del Codice del Terzo settore). Alle associazioni di volontariato sono assegnati in particolare (art. 71) i servizi di pronto soccorso ed il trasporto degli infermi e degli infortunati con i propri servizi a gestione diretta ed altresì mediante il coordinamento e la disciplina di quelli effettuati da altre associazioni locali¹⁰.

⁹ Cfr. Fascicolo sanitario elettronico istituito con l’art. 12 del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, modificato, da ultimo dalla L. 28 marzo 2022 e definito, nelle sue caratteristiche, dal D.M. Salute 7 settembre 2023.

¹⁰ La norma si coordina con quella dell’art. 2, lett. b) del Decreto del Capo Provvisorio dello Stato 13 novembre 1947, n. 1256 che in origine assegnava tale compito alla Croce Rossa italiana. Questa disposizione riguarda attualmente tutte le organizzazioni di volontariato che, ai sensi dell’art. 57 del Codice del Terzo Settore “*possono essere*,

2.3. *Le intese Stato-Regioni e la determinazione dei livelli essenziali di assistenza*

La richiamata riforma costituzionale del 2001, che assegna alle Regioni talune competenze legislative in materia sanitaria, ridefinisce il suo sistema di “*governance*” attraverso un meccanismo di intesa Stato – Regioni, istituzionalizzato con l’entrata in vigore dell’art. 8, co. 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131, recante “*Attuazione dell’art. 120 della Costituzione sul potere sostitutivo*”.

La disposizione in parola attribuisce al Governo centrale il potere di “*promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l’armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni*”.

In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell’intesa, al fine di individuare le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Con le intese si definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle regioni.

Ad es., il Patto per la salute 2019-2021 sottoscritto il 18 dicembre 2019, confermando gli incrementi del livello del finanziamento indicati dalla legge di Bilancio per l’anno 2019, prevedeva modifiche al sistema di monitoraggio nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), a partire dall’anno 2020, l’introduzione di un’ulteriore flessibilità nell’individuazione del limite di spesa regionale, specifiche azioni per il contenimento del fenomeno della “*mobilità sanitaria interregionale*” (GIMBE, 2024)¹¹, la spesa per farmaci e dispositivi medici, la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti, gli investimenti, la ricerca sanitaria, la prevenzione, i commissariamenti in vigenza di piani di rientro (Mef – Ragioneria Generale dello Stato, 2023).

È nello stesso quadro istituzionale che, con l’Accordo dell’8 agosto 2001, è stato introdotto il cosiddetto “*sistema premiale*” in Sanità, che consiste nel subordinare l’erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN – detta, appunto, “*quota premiale*”, il cui ammontare è fissato per legge – al

in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, aderenti ad una rete associativa di cui all’articolo 41, comma 2, ed accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l’affidamento diretto garantisce l’espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione”.

¹¹ La mobilità sanitaria interregionale è il fenomeno che coinvolge molti assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza.

rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente.

L'Accordo dell'8 agosto 2001, recepito dal DPCM 29 novembre 2001, ha definito i livelli essenziali di assistenza – LEA. Sono stati così resi noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR, le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni socio-sanitarie, nonché evidenziate le prestazioni “*totalmente escluse*” dai LEA ovvero quelle “*incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni*”. L'ultimo aggiornamento dei LEA è stato eseguito con il DPCM del 23 giugno 2023¹².

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Il DPCM 29 novembre 2001 ha individuato tre grandi livelli di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli; in particolare:
 - sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
 - tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
 - sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - salute animale e igiene urbana veterinaria;
 - sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori;
 - sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - attività medico legali per finalità pubbliche.
- Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:
 - assistenza sanitaria di base;
 - emergenza sanitaria territoriale;
 - assistenza farmaceutica;
 - assistenza integrativa;
 - assistenza specialistica ambulatoriale;

¹² Il quadro completo dei LEA risulta dall'All. 1 al D.M. 23 giugno 2023 citato nel testo.

- assistenza protesica;
 - assistenza termale;
 - assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
 - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività:
- pronto soccorso;
 - ricovero ordinario per acuti;
 - day surgery;
 - day hospital;
 - riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
 - attività trasfusionali;
 - attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
 - centri antiveleni (CAV).

A tal fine, i c.d. “Patti per la salute” hanno previsto specifici piani di rientro¹³, che costituiscono uno strumento fondamentale del sistema di governance del SSN diretto alla risoluzione delle problematiche inerenti all’efficienza e l’efficacia nell’utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell’erogazione appropriata dei LEA.

Il sistema così congegnato ha evidenziato la presenza di tre gruppi di regioni e/o province autonome:

- il primo gruppo, denominato delle “regioni virtuose” (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata) non soggette a piani di rientro, in quanto registrano bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- il secondo gruppo, denominato delle “regioni con elevati disavanzi” (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia) e soggette a piani di rientro perché hanno registrato nel tempo bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Unitamente a tale insostenibile squilibrio di bilancio,

¹³ I Piani di rientro sono strumenti che, attraverso l’implementazione di specifiche misure, mirano al risanamento di situazioni di squilibrio economico-finanziario e/o di carenza nell’erogazione dei LEA. La loro principale finalità è l’individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza di un SSR al fine di programmare e implementare opportune misure correttive. In questa prospettiva, affrontano selettivamente le cause che generano squilibri economico-finanziari e carenze erogative al fine di evitare il prodursi di disavanzi strutturali oltre che l’erogazione di cure non performanti dal punto di vista erogativo.

queste regioni evidenziavano importanti carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri fissati dalla programmazione nazionale, evidenziando alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriata ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni si caratterizzavano per un elevato livello di spesa farmaceutica, ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, sottraevano risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e contribuivano alla formazione di rilevanti squilibri economico-finanziari (Mef – Ragioneria Generale dello Stato, 2023);

- il terzo gruppo, quello denominato delle “autonomie speciali”, (Valle d'Aosta, Friuli – Venezia Giulia, Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano) concernente gli enti territoriali non soggetti a piani di rientro in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio¹⁴.

La situazione della spesa sanitaria delle Regioni è evidenziata nella Tabella n. 14 e nella Figura 17 in Appendice.

La complessa procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è sintetizzata nelle Figure 18 e 19 in Appendice.

Nel caso delle Regioni soggette al piano di rientro (primo gruppo, Fig. 18, Step 1) che si trovino in posizione di “avanzo” la verifica ha un esito positivo. In questo caso la regione interessata potrà procedere ad una diminuzione dell'aliquota dell'IRAP¹⁵ o dell'addizionale regionale dell'Irpef¹⁶ in misura proporzionale all'avanzo.

¹⁴ Cfr. Mef – Ragioneria Generale dello Stato, *Rapporto n. 10*, cit., pp. 32 – 35. Va osservato che le Regioni Valle d'Aosta, Friuli – Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e Bolzano, non sono assoggettate all'eventuale procedura di rientro in quanto godono del regime delle “autonomie speciali” stabilito dalla Costituzione. Tra le “autonomie speciali” non è inclusa la Sicilia sia perché in vigenza di piano di rientro sia perché non provvede autonomamente al completo finanziamento del proprio SSR.

¹⁵ L'imposta regionale sulle attività produttive, più nota con l'acronimo IRAP, è un'imposta istituita in Italia con D. Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446 e attualmente in vigore, colpisce il valore della produzione netta delle imprese, ossia, in termini generali, il reddito prodotto comprensivo dei costi per il personale e degli oneri e dei proventi di natura finanziaria, con un'aliquota variabile dal 3,90% all'8,50%. La fissazione dell'aliquota tra un minimo e un massimo è assegnata alle Regioni. Si applica anche agli enti non commerciali, ma l'imponibile è pari al totale dei compensi per lavoro dipendente, assimilato o autonomo occasionale, calcolato con il criterio della competenza. È l'unica imposta a carico delle imprese che è proporzionale al fatturato e non applicata all'utile di esercizio. Il Decreto che l'ha istituita prevede che il 90% del gettito ottenuto sia attribuito alle regioni, allo scopo di finanziare il “Fondo sanitario nazionale” come quota parte della spesa pubblica.

¹⁶ Irpef è l'acronimo per l'imposta sul reddito delle persone fisiche. L'addizionale regionale all'IRPEF, introdotta dall'art. 50 del d.lgs. 15 dicembre 1997 n. 446 e, a partire dal 1998 è un *tributo proprio derivato*, cioè un tributo istituito e regolato dalla legge dello Stato, il cui gettito è attribuito alle regioni che devono, pertanto, esercitare la propria autonomia impositiva entro i limiti stabiliti dalla legge statale.

Anche in caso di “*equilibrio*” la verifica ha un esito positivo, ma non sono previsti provvedimenti conseguenti da parte della Regione interessata.

In caso di “*disavanzo*”, è vietata l’effettuazione di spese sanitarie non obbligatorie e, qualora a consuntivo residui ancora un disavanzo ancora non coperto, la Regione può richiedere l’esecuzione di una manovra aggiuntiva sulla spesa dell’anno corrente rispetto a quanto programmato nel Piano di rientro.

La procedura è leggermente più complessa per le Regioni non soggette al piano di rientro. Nel caso di avanzo o equilibrio, la verifica si conclude con esito positivo e non ci sono provvedimenti da adottare. In caso di disavanzo, occorre valutarne la percentuale di incidenza sul finanziamento della spesa sanitaria con risorse proprie reali. Se le coperture sono idonee e congrue, la nuova verifica si concluderà con esito positivo. In caso contrario, il Presidente del Consiglio dei ministri invia alla Regione interessata una diffida ad adempiere, entro il 30 aprile di ogni anno.

In quest’ultimo caso (Fig. 19 – Step 2), la Regione deve trovare tra le risorse proprie idonee coperture. Se l’azione ha successo la nuova verifica si concluderà con esito positivo. In caso contrario, il Presidente della Regione o un Commissario nominato “*ad acta*” durante il mese di maggio provvede ad aggiustamenti del bilancio volti a reperire risorse idonee e congrue. In caso contrario, la Regione interessata dovrà sospendere ogni spesa non obbligatoria e attingere nuove risorse dalla massimizzazione delle aliquote dell’Irap e delle addizionali dell’Irpef.

2.4. *Il sistema premiale in Sanità*

Il menzionato Accordo dell’8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto “*sistema premiale*” in sanità, che consiste nel subordinare l’accesso per ciascuna regione ad una parte del finanziamento del SSN, detta “*quota premiale*”.

La quota premiale è calcolata sull’ammontare complessivo del finanziamento statale del SSN per le regioni che adottino misure idonee a garantire l’equilibrio di bilancio, tra cui l’istituzione di una Centrale regionale per gli acquisti e l’aggiudicazione di procedure di gara per l’approvvigionamento di beni e servizi per predeterminati volumi stabiliti con apposito decreto (Viceconte, 2012; Fantozzi, Gabriele, 2023; Scinetti et al, 2024).

Il suo concreto ammontare consegue al monitoraggio della spesa sanitaria fissato per legge (D. Lgs. 68/2011) e al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente: primo fra tutti l’adempimento concernente l’equilibrio di bilan-

cio di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con l'Accordo citato è stato introdotto l'attuale impianto del sistema di monitoraggio dei conti sanitari, basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR.

L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare i precedenti adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, ha disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio, attualmente operanti in campo sanitario nell'ambito del sistema premiale: il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS), e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie: l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

A partire dal 2012, ai sensi dell'art. 15, comma 23, del D.L. n. 95/2012 in tema di spending review (L. n. 135/2012) la percentuale della quota premiale per le regioni definite per l'accesso alla stessa è stata fissata allo 0,25 per cento delle risorse ordinarie previste dalla legislazione vigente per il finanziamento del fabbisogno standard del SSN (FNFS), mentre, limitatamente all'anno 2021, tale percentuale è stata elevata allo 0,32 per cento ai sensi dell'art. 35, comma 2 del DL. 73/2021 recante misure urgenti connesse all'emergenza COVID-19 (L. n. 106/2021).

La legge di bilancio 2023 (legge n.197/2022), art. 1, comma 544, ha previsto l'ulteriore innalzamento allo 0,40 per cento della quota premiale per il solo anno 2022.

Il Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard (FSNS) si compone di parti diverse: il fabbisogno "indistinto" è la parte preponderante (123,8 miliardi di euro nel 2023); a questo si aggiungono una pluralità di "quote vincolate" (2,5 miliardi di euro) per una moltitudine di obiettivi (prevenzione e cura della fibrosi cistica, medicina penitenziaria, farmaci innovativi, etc.); vi è infine la "quota premiale" (644 milioni di euro), che costituisce, appunto un ammontare accantonato e distribuito sulla base di accordi nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province autonome, volta anche a compensare evenienze che abbiano svantaggiato qualche Regione, compresi eventualmente i meccanismi di riparto adottati per la distribuzione delle altre risorse e che rappresenta

il 2% per le Regioni adempienti nell'ultimo triennio e del 3% per le altre (L. 191/2009), quote portate rispettivamente allo 0,5 e all'1% per cento per il 2019 e per il 2020 al fine di assicurare liquidità agli enti sanitari nel periodo della pandemia da Covid-19, ai sensi del D.L. 34/2020 (Donatini, 2020, Scinetti et al, 2023; Fantozzi, Gabriele, 2024)¹⁷.

2.5. L'“autonomia differenziata”

Nel quadro normativo fin qui descritto la L. 26 giugno 2024, n. 86, recante “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, costituisce, se non l'ultimo atto – legato alla materiale determinazione dei livelli essenziali di prestazioni (LEA per la sanità), quello certamente prodromico.

Nel richiamare (art. 1) tutti i principi costituzionali sopra illustrati, a cominciare da quello di autonomia e decentramento amministrativo (art. 5 Costituzione), i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza (articolo 118) uniti però ai doveri di solidarietà (art. 2), l'impianto normativo si preoccupa di definire i principi per l'attribuzione alle Regioni a statuto ordinario di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in attuazione dell'articolo 116, co. 3.

In dettaglio, l'art. 3 della legge, dispone la delega al Governo per l'adozione, entro ventiquattro mesi di appositi decreti legislativi volti ad individuare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Tra essi, al comma 3, lett. f), la “tutela della salute”.

Gli atti di iniziativa per l'attribuzione di forme e condizioni particolari di

¹⁷ Fantozzi R., Gabriele S., evidenziano come il criterio di riparto della quota dell'FSNS denominata “indistinta”, in base all'Accordo Stato – Regioni del 21 dicembre 2022, sia per il 98,5% quello della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per classi di età, per lo 0,75% delle risorse disponibili, sulla base del tasso di mortalità della popolazione di età inferiore ai 75 anni, e per il restante 0,75% basato su indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali impattanti sui bisogni sanitari quali, in particolare, l'incidenza della povertà relativa individuale, l'incidenza della bassa scolarizzazione nella popolazione di età maggiore a quindici anni e, infine, il tasso di disoccupazione. L'allocazione derivante dalla formula di riparto viene confrontata, per ciascuna Regione, con la disponibilità di entrate regionali (Irap e addizionale regionale Irpef). Nei fatti, il Bilancio dello Stato alimenta un fondo perequativo che consente di redistribuire le risorse dalle Regioni più ricche alle Regioni con minor capacità fiscale. L'Accordo Stato – Regioni ha stabilito che dal 2023 fossero considerati tra questi anche il tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e gli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle Regioni, intesi come parametri volti a riflettere le condizioni socio-economiche.

autonomia spetta alla Regione che lo invia alla Presidenza del Consiglio e al Ministro per e Regioni (art. 2 della Legge).

Lo schema di intesa preliminare negoziato tra Stato e Regione, corredato di una relazione tecnica redatta ai sensi dell'art. 116, co. 3 Cost. è approvato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie. Esso è immediatamente trasmesso alla Conferenza unificata per l'espressione del parere, da rendere entro sessanta giorni dalla data di trasmissione e, dopo la resa del parere, alle Camere. L'approvazione del disegno di legge di autonomia da Parte del Parlamento, non preclude l'esercizio del potere del Governo, ai sensi dell'art. 120 Costituzione già richiamato (art. 3, co. 5, L. 86/2024), ove il monitoraggio effettuato da apposita Commissione paritetica¹⁸, rilevi che la Regione interessata non dia sufficienti garanzie di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse ad esse assegnate per l'erogazione delle prestazioni (LEP/LEA) secondo criteri di congruità. L'intesa Stato – Regione ha una durata non superiore a dieci anni (art. 7).

Con più specifico riferimento ai decreti che definiscono i LEP/LEA, l'art. 3, co. 7 della legge in parola prevede che essi siano adottati *“solo successivamente e contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziavano le occorrenti risorse finanziarie”*.

L'art. 4, co. 1, ribadisce il concetto, chiarendo che *“si può procedere al trasferimento delle funzioni solo successivamente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi di stanziamento delle risorse finanziarie volte ad assicurare i medesimi livelli essenziali delle prestazioni sull'intero territorio nazionale, ivi comprese le Regioni che non hanno sottoscritto le intese, al fine di scongiurare disparità di trattamento tra Regioni”*. In assenza di fondi, quindi, non si possono emanare i decreti sui LEP/LEA e non si possono trasferire funzioni e risorse.

In ogni caso, l'art. 9 stabilisce che l'autonomia differenziata non comporta nuovi oneri a carico della finanza pubblica e, soprattutto, garantisce l'*“invarianza finanziaria”* per le Regioni che non siano parti delle intese (cioè del sistema dell'autonomia differenziata).

L'art. 10, co. 1, lett. a) della legge, nel richiamare l'art. 119 della Costituzione,

¹⁸ La Commissione paritetica, ai sensi dell'art. 8 della L. 86/2024, provvede altresì annualmente alla ricognizione dell'allineamento tra i fabbisogni disposti già definiti e l'andamento del gettito dei tributi compartecipati per il finanziamento delle medesime funzioni. Qualora la suddetta ricognizione evidenziasse uno scostamento dovuto alla variazione dei fabbisogni ovvero all'andamento del gettito dei medesimi tributi, anche alla luce delle variazioni del ciclo economico, il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, previa intesa in sede di Conferenza unificata, adotta, su proposta della Commissione paritetica, le necessarie variazioni delle aliquote di compartecipazione definite nelle intese ai sensi dell'articolo 5, comma 2, garantendo comunque l'equilibrio di bilancio e nei limiti delle risorse disponibili.

assegna allo Stato i compiti di promozione della coesione, della solidarietà sociale, dell'insularità e della rimozione degli squilibri economici e sociali, mentre a Stato e Regioni attribuisce il compito di garantire l'esercizio effettivo dei diritti civili e sociali e l'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni (LEP/LEA). Alla lett. b) la norma dispone l'unificazione delle risorse di parte corrente e la semplificazione delle relative procedure amministrative.

Queste, in sintesi, le linee guida della cosiddetta “*autonomia differenziata*”, la quale – come visto – è suscettibile di incidere profondamente sui livelli di “*governance*” del comparto sanità, sull'efficacia della tutela della salute e, soprattutto, sul piano dell'uniformità di erogazione dei livelli essenziali di prestazione, sulla cui definizione è al lavoro apposita Commissione che deve assolvere al suo compito nell'arco di 24 mesi (giugno 2026).

Numerosi commenti e osservazioni sul testo legislativo che si è qui cercato di sintetizzare sono emersi sin dalle sue prime bozze da eminenti studiosi, alcuni dei quali presidenti o giudici costituzionali (Amato et al, 2023; Gallo, 2024, Cassese, 2024).

Come correttamente osservato (Arcano et al, 2024) la norma “chiave” della legge sull'autonomia differenziata, per quanto riguarda i LEP (LEA in sanità) è quella dell'art. 4, co. 1, nella quale si stabilisce che, se dalla determinazione dei LEP derivano costi aggiuntivi per la finanza pubblica, il trasferimento di funzioni alle regioni che le hanno richieste può essere effettuato “*solo successivamente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi di stanziamento delle risorse finanziarie ...*”. Le condizioni per il trasferimento delle funzioni sono dunque particolarmente rigide.

In tale processo i LEA risultano essenziali perché ad essi risultano storicamente legati i cosiddetti “*costi standard*” cui si riferivano i trasferimenti statali, specie per la spesa sanitaria verso il Sud Italia. E i corrispondenti dati pro-capite (Banca d'Italia, 2020)¹⁹ sembrano confermare questa impressione (cfr. Tabella 15, in Appendice). Essi evidenziano il cosiddetto “*residuo fiscale*”, ossia il saldo tra la spesa complessiva di ogni Regione per l'erogazione di beni e servizi ad ogni residente sul proprio territorio e ciò che riceve dalle entrate fiscali. Ove tale saldo risulta positivo, il relativo ammontare dovrà essere ripianato dal Governo centrale attraverso trasferimenti di risorse; ove esso è negativo, “*residuo*” risorse a favore di quelle aree della Nazione che evidenziano una gestione meno efficiente delle stesse risorse. In altri termini, ove il residuo fiscale risulta

¹⁹ Banca d'Italia, *Leconomia delle regioni italiane*, n. 22, Roma, novembre 2020.

negativo la regione che lo ha registrato contribuisce positivamente al saldo del bilancio pubblico nazionale e pro quota ai trasferimenti ad altre regioni. La Tabella mostra che il Sud e le isole sviluppano un residuo fiscale positivo di 3.178 euro pro-capite (*deficit*) pari a quasi 70 miliardi di euro, ossia 75,81% delle risorse complessive, che il Centro-Nord Italia, attraverso il Governo centrale, trasferisce a quella parte del Paese (Arcano et al, 2024).

Ma v'è di più: consultando la Tabella più in dettaglio si rileva come le Regioni che presentano un residuo fiscale pro-capite negativo (le entrate fiscali sono superiori alla spesa) sono, nell'ordine, la Lombardia (-5.662); l'Emilia-Romagna (-2.786); il Lazio (-2.702); il Veneto (-2.342). A parte il Lazio, le altre tre Regioni appartengono al gruppo di quelle che, dall'adozione delle Intese Stato - Regioni (2001), sono ritenute "*virtuose*". E sono anche le stesse che hanno sollecitato, a suo tempo, l'attuazione della riforma costituzionale del 2001 e quindi del sistema dell'"*autonomia differenziata*".

Una prima osservazione che si fa sul contenuto della legge appena descritta è che essa non opera una chiara scelta tra autonomia responsabile (più nota come "*federalismo fiscale*") e accentramento delle risorse in capo allo Stato (Arcano et al, 2024). Di talché, anche ipotizzando che inizialmente le risorse siano distribuite secondo un qualche criterio di equità a livello nazionale, nel corso del tempo, le regioni che crescono di più o sono in grado di fare un utilizzo più efficiente delle risorse, si dimostrano sempre più restie alla cessione dell'eccesso delle proprie risorse al Governo centrale, o peggio, tendano al pareggio. D'altro canto, l'accentramento delle risorse in capo allo Stato, potrebbe significare una riduzione della quota di compartecipazione delle regioni "*virtuose*" (come avviene già oggi per la sanità) e viceversa, riducendo di molto gli incentivi ad una efficiente ed efficace gestione delle risorse.

Sempre sul tema della corretta determinazione dei LEA, procedura che costituisce il cuore di tutto il sistema dell'autonomia differenziata, si osserva (Amato et al, 2023)²⁰ che l'impianto seguito dal Governo nel disegno di legge rovescia l'approccio seguito dal dettato costituzionale (artt. 117 e 119 della Costituzione), delineando una procedura di intesa tra Stato e Regione richiedente, senza previa determinazione dei detti livelli, necessaria per una corretta quantificazione delle risorse finanziarie da garantire a tutte le amministrazioni chiamate, a vario titolo, a garantire le prestazioni concernenti diritti civili e so-

²⁰ Val la pena di ricordare che Giuliano Amato, docente di diritto costituzionale comparato all'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", due volte Presidente del Consiglio e Ministro per le riforme istituzionali, è stato Presidente della Corte Costituzionale.

ciali in tutti i settori di loro competenza. La determinazione dei LEA effettuata in questo modo comporta – secondo questa interpretazione – due rischi:

- quello che un incremento dell'autonomia regionale conduca nei territori non interessati dalle intese ad un abbassamento dei livelli di tutela di alcuni diritti e di alcune prestazioni attualmente assicurate;
- quello, in certo modo opposto, che l'attribuzione ad alcune Regioni di forme e condizioni particolari di autonomia, con le relative risorse, pregiudichi la possibilità di attribuire alle altre Regioni (ma anche agli enti locali e alle amministrazioni dello Stato) le risorse necessarie per garantire in modo uniforme l'erogazione dei LEA.

In questo stesso filone, si inserisce la critica di chi (Gallo, 2024)²¹ evidenzia come la legge 86/2024 abbia il difetto di perseguire sì l'obiettivo di individuare i LEA, intendendoli però non come strumenti di prestazioni sostanziali perequative da garantire con carattere di generalità, ma come mere quote di partecipazione al gettito di tributi erariali maturato nel territorio nazionale (IRAP, addizionale IRPEF, IVA). Al contrario, per garantire l'accantonamento nel fondo perequativo (art. 119 Cost.) delle risorse necessarie ad assicurare alle istituzioni dei territori con minore capacità fiscale per abitante i mezzi idonei a finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite, occorre qualcosa di più della determinazione dei costi e dei fabbisogni “*standard*” in un limitato numero di settori. La nuova legge sembra dimenticare che l'art. 119 della Costituzione richiede in via prioritaria che la perequazione sia attuata con riferimento a tutte le Regioni e che l'autonomia di bilancio che le riguarda deve essere garantita pienamente all'interno degli equilibri più complessivi del bilancio statale. In tale ottica, i LEA dovrebbero essere costruiti in stretta correlazione con la tutela dei diritti civili e sociali e non concepiti, come fa la nuova legge, solo come obiettivi a lungo termine delle politiche pubbliche regionali stabiliti dallo Stato in accordo con le Regioni interessate all'*autonomia differenziata*. Inoltre, si osserva che i LEA dovrebbero essere individuati e valutati in modo integrale dal Parlamento e non rimessi esclusivamente a una sua sede tecnica sotto il controllo del Ministro degli affari regionali, come invece previsto dalla legge n. 86/2024. Sembra, insomma, che quest'ultima, nella sua impostazione, contribuisca al progressivo allontanamento dal “*regionalismo cooperativo*” cui è ispirato il titolo V della Costituzione e vada, invece, verso un “*regionalismo competitivo*”, avente una

²¹ Val la pena di ricordare che Franco Gallo, giurista tributario, Ministro dell'Economia e delle finanze è stato Presidente della Corte Costituzionale.

disciplina finanziaria incerta, tutta da riscrivere e soprattutto suscettibile di produrre nuove disuguaglianze.

A queste critiche risponde lo stesso promotore della legge sull'autonomia differenziata (Calderoli, 2024)²², precisando che:

- la pregiudizialità (prima l'attuazione del federalismo fiscale e dopo l'autonomia differenziata) non ha ragione d'essere né da un punto di vista costituzionale né da un punto di vista finanziario.
l'art. 116, terzo comma, Cost., infatti, richiede per l'attuazione dell'autonomia differenziata il rispetto dei “principi” di altra disposizione costituzionale, quella (l'art. 119) sul federalismo fiscale, e non pone un ordine di priorità. La legge di attuazione non mette a repentaglio tali principi in alcun modo ma garantisce l'equilibrio finanziario tra attribuzione di funzioni ed entrate regionali (L. 42/2009) nonché la neutralità finanziaria per le Regioni che non intendano accedere all'autonomia differenziata;
- la legge n. 86 del 2024 avvia (dopo le prime disposizioni della legge di bilancio per il 2023) un'organica determinazione dei LEA con il pieno coinvolgimento delle Camere, individuando le materie e ambiti di materie cui essi sono riferibili. I LEA non costituiscono meri obiettivi a lungo termine, ma debbono essere costruiti attorno alle prestazioni. A essi dovranno essere abbinati costi e fabbisogni standard, perché il diritto a certe prestazioni non può trasformarsi nel pretesto per gli enti territoriali o lo Stato a sostenere una spesa senza limiti;
- l'interpretazione secondo la quale il Parlamento avrebbe un ruolo subalterno nel processo di attuazione dell'autonomia differenziata è erronea: le Camere saranno coinvolte nel procedimento di esercizio della delega, con la possibilità di incidere sui contenuti – talora particolarmente tecnici – dei testi predisposti dal Governo. Quest'ultimo sarà tenuto a dare seguito agli atti di indirizzo approvati dal Parlamento, il quale, a sua volta, per espressa previsione costituzionale, sarà chiamato a deliberare sull'intesa Stato – Regione, a maggioranza assoluta dei suoi componenti;
- infine, quanto ai rapporti tra potere di spesa regionale e responsabilizzazione degli amministratori, la legge n. 86/2024 mette a disposizione del Governo potenti strumenti di monitoraggio tanto sull'effettiva attuazione dei LEA (art. 3, comma 4), quanto sull'attuazione delle intese (art. 8).

²² Val la pena di ricordare che Roberto Calderoli, Ministro per gli affari regionali e le autonomie, è stato anche il promotore della Legge 5 maggio 2009, n. 42, recante “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione”.

Da ultimo, pare utile riportare le considerazioni di colui che (Cassese, 2024)²³ è stato preposto a presiedere il Comitato per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (CLEP).

Egli ricorda, preliminarmente, che con la riforma costituzionale del 2001 si verificano tre grandi cambiamenti: la caduta della parola Mezzogiorno dalla Carta Costituzionale, la promessa dell'autonomia differenziata e la previsione che lo Stato fissi i livelli essenziali di prestazione (LEP/LEA). Alla fine del 2022, si mettono insieme gli ultimi due elementi della riforma costituzionale, stabilendo, per legge, che la prima può essere realizzata solo dopo aver fissato i secondi. L'odierno dibattito – secondo questa interpretazione – nasconde due problemi reali: a) fare un bilancio dell'esperienza regionale, accertandone gli aspetti (e i luoghi) ove essa ha attecchito) e dove invece non ha avuto analoga fortuna, in modo da predisporre i mezzi per rafforzarla; b) la determinazione dei costi storici e dei fabbisogni, ossia della spesa necessaria a sostenere i livelli essenziali delle prestazioni (ossia, in sanità, dell'assistenza – LEA) in modo da stabilire in quanto tempo possa essere operata un'eventuale differenziazione, dopo aver garantito i livelli essenziali per quanto riguarda i diritti civili e sociali di tutti i cittadini, nel rispetto dei vincoli di bilancio.

A sospendere il dibattito sopra riportato è intervenuta la decisione della Corte Costituzionale, non ancora depositata, sulle questioni di legittimità sollevate dalle Regioni Puglia, Toscana, Sardegna e Campania sull'intero impianto della legge 86/2024 e dagli atti di costituzione in giudizio della presidenza del Consiglio dei Ministri, e con interventi di segno opposto rispetto alle regioni ricorrenti, dalle regioni Lombardia, Piemonte e Veneto.

Con un breve Comunicato stampa, rilasciato dall'Ufficio Comunicazione e Stampa dalla Consulta il 14 novembre 2024, in attesa del deposito della sentenza vera e propria, la Consulta ha fatto conoscere che ha ritenuto “*non fondata*” la questione di costituzionalità dell'intera legge sull'autonomia differenziata delle regioni ordinarie (n. 86 del 2024), considerando invece illegittime specifiche disposizioni dello stesso testo legislativo.

Secondo il Collegio, l'art. 116, co. 3, della Costituzione (che disciplina l'attribuzione alle regioni ordinarie di forme e condizioni particolari di autonomia) deve essere interpretato nel contesto della forma di Stato italiana. Essa riconosce, insieme al ruolo fondamentale delle regioni e alla possibilità che esse ot-

²³ Anche in questo caso, val la pena di ricordare che Sabino Cassese, professore emerito di Diritto pubblico dell'economia e Diritto Amministrativo all'Università “La Sapienza” di Roma e giudice della Corte Costituzionale.

tengano forme particolari di autonomia, i principi dell'unità della Repubblica, della solidarietà tra le regioni, dell'eguaglianza e della garanzia dei diritti dei cittadini, dell'equilibrio di bilancio.

I Giudici ritengono che la distribuzione delle funzioni legislative e amministrative tra i diversi livelli territoriali di governo, in attuazione dell'art. 116, terzo comma, non debba corrispondere all'esigenza di un riparto di potere tra i diversi segmenti del sistema politico, ma debba avvenire in funzione del bene comune della società e della tutela dei diritti garantiti dalla nostra Costituzione. A tal fine, è il principio costituzionale di sussidiarietà che regola la distribuzione delle funzioni tra Stato e regioni.

In questo quadro, l'autonomia differenziata deve essere funzionale a migliorare l'efficienza degli apparati pubblici, ad assicurare una maggiore responsabilità politica e a meglio rispondere alle attese e ai bisogni dei cittadini.

La Corte, nell'esaminare i ricorsi, le difese del Presidente del Consiglio dei ministri e gli atti di intervento "*ad opponendum*", ha ravvisato l'incostituzionalità dei seguenti profili della legge:

- la possibilità che l'intesa tra lo Stato e la regione e la successiva legge di differenziazione trasferiscano materie o ambiti di materie, laddove la Corte ritiene che la devoluzione debba riguardare specifiche funzioni legislative e amministrative e debba essere giustificata, in relazione alla singola regione, alla luce del richiamato principio di sussidiarietà (art. 2, co. 2, L. 86/2024);
- il conferimento di una delega legislativa per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) priva di idonei criteri direttivi, con la conseguenza che la decisione sostanziale viene rimessa nelle mani del Governo, limitando il ruolo costituzionale del Parlamento (art. 2, co. 4);
- la previsione che sia un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) a determinare l'aggiornamento dei LEP/LEA (art. 3, co. 7);
- il ricorso alla procedura prevista dalla legge n. 197 del 2022 (legge di bilancio per il 2023) per la determinazione dei LEP con DPCM, sino all'entrata in vigore dei decreti legislativi previsti dalla stessa legge per definire i LEP (art. 3, co. 4);
- la possibilità di modificare, con decreto interministeriale, le aliquote della compartecipazione al gettito dei tributi erariali, prevista per finanziare le funzioni trasferite, in caso di scostamento tra il fabbisogno di spesa e l'andamento dello stesso gettito; in base a tale previsione, potrebbero essere premiate proprio le regioni inefficienti, che – dopo aver ottenuto dallo Stato le risorse finalizzate all'esercizio delle funzioni trasferite – non sono in grado

di assicurare con quelle risorse il compiuto adempimento delle stesse funzioni (art. 5, co. 2);

- la facoltatività, piuttosto che la doverosità, per le regioni destinatarie della devoluzione, del concorso agli obiettivi di finanza pubblica, con conseguente indebolimento dei vincoli di solidarietà e unità della Repubblica (art. 4, co. 2);
- l'estensione della legge n. 86 del 2024, e dunque dell'art. 116, terzo comma, Cost. alle regioni a statuto speciale, che invece, per ottenere maggiori forme di autonomia, possono ricorrere alle procedure previste dai loro statuti speciali (art. 11).

La Corte ha interpretato in modo “*costituzionalmente orientato*” altre previsioni della legge:

- l'iniziativa legislativa relativa alla legge di differenziazione non va intesa come riservata unicamente al Governo (art. 3, co. 2);
- la legge di differenziazione non è di mera approvazione dell'intesa (“prendere o lasciare”) ma implica il potere di emendamento delle Camere; in tal caso l'intesa potrà essere eventualmente rinegoziata (art. 3, co. 2);
- la limitazione della necessità di predeterminare i LEP ad alcune materie (distinzione tra “materie LEP” e “materie-no LEP”) va intesa nel senso che, se il legislatore qualifica una materia come “no-LEP”, i relativi trasferimenti non potranno riguardare funzioni che attengono a prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 4);
- l'individuazione, tramite compartecipazioni al gettito di tributi erariali, delle risorse destinate alle funzioni trasferite dovrà avvenire non sulla base della spesa storica, bensì prendendo a riferimento costi e fabbisogni standard e criteri di efficienza, liberando risorse da mantenere in capo allo Stato per la copertura delle spese che, nonostante la devoluzione, restano comunque a carico dello stesso; la clausola di invarianza finanziaria richiede – oltre a quanto precisato al punto precedente – che, al momento della conclusione dell'intesa e dell'individuazione delle relative risorse, si tenga conto del quadro generale della finanza pubblica, degli andamenti del ciclo economico, e del rispetto degli obblighi eurounitari (art. 9).

Spetta al Parlamento, nell'esercizio della sua discrezionalità, colmare i vuoti derivanti dall'accoglimento di alcune delle questioni sollevate dalle ricorrenti, nel rispetto dei principi costituzionali, in modo da assicurare la piena funzionalità della legge.

La Corte resta competente a vagliare la costituzionalità delle singole leggi di differenziazione, qualora venissero censurate con ricorso in via principale da altre regioni o in via incidentale.

Riassumendo: l'autonomia differenziata è in linea con il dettato costituzionale, ma il meccanismo di attuazione degli obiettivi che la legge si prefigge necessita di sensibili correzioni, per poter rimuovere i dubbi di incostituzionalità segnalati e per farlo, la legge n. 86/2024 deve tornare in Parlamento, posto che le censure mosse dalla Consulta ne fanno decadere, dal momento della pubblicazione della sentenza, l'impianto complessivo, per il vuoto normativo che viene a prodursi, sia sulle norme dichiarate del tutto incompatibili con la Carta costituzionale, sia su quelle la cui interpretazione deve essere *“costituzionalmente orientata”* (Trovati, 2024).

La pubblicazione della corposa Sentenza (Corte Cost., 3 dicembre 2024, n. 192) chiarisce l'orientamento generale della Consulta che – bisogna ammetterlo – pur senza dichiarare l'illegittimità complessiva del dettato normativo ne ha fortemente depotenziato l'impianto. Esso si fonda sull'art. 116, comma 3, della Carta costituzionale, per il quale *“il trasferimento di competenze deve riguardare specifiche funzioni, di natura legislativa e/o amministrativa, ed essere basato su una ragionevole giustificazione, espressione di un'ideale istruttoria, alla stregua del principio di sussidiarietà. La ripartizione delle funzioni deve corrispondere al modo migliore per realizzare i principi costituzionali. L'adeguatezza dell'attribuzione della funzione ad un determinato livello territoriale di governo va valutata con riguardo ai criteri di efficacia ed efficienza, di equità e di responsabilità dell'autorità pubblica”*.

Le disposizioni impugnate (art. 1, comma 2, art. 2, comma 1, terzo periodo, e comma 2, art. 3, comma 3, art. 4, comma 1, primo periodo, della L. n. 86/2024, nella parte in cui menziona «materie o ambiti di materie riferibili ai LEP» anziché «specifiche funzioni riferibili ai LEP» sono quindi *“costituzionalmente illegittime là dove alludono a un trasferimento anche di tutte le funzioni (amministrative e/o legislative) rientranti in una materia, senza prescrivere che le richieste di intesa siano giustificate in relazione alla situazione della regione richiedente”*.

Certo è che il Sistema Sanitario Nazionale, che per qualcuno (Biancheri, 2023) è divenuto oggi “quadripartito”, per evidenziarvi la presenza di almeno quattro attori – pubblico, privato-privato, privato *“accreditato”* e non profit – è certamente diverso da quello che avevano immaginato i padri costituenti, nel definire la salute come *“diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività”*, ciò che prefigura una parità di livelli e qualità di prestazioni per tutti i cittadini. Ma è altrettanto vero che la lunga e complessa evoluzione del corrispondente quadro normativo, che fin qui si è cercato di descrivere, ha contribuito a promuovere, se non a determinare l'insorgenza di attori che, nel tempo,

hanno tentato di colmare i vuoti lasciati dal decisore politico nel corrispondere alla domanda di salute proveniente dalla società civile.

Proprio di questi attori e del loro ruolo in Sanità è venuto il momento di occuparci.

2.6. *L'ambito di operatività degli enti non profit in materia sanitaria, dopo la riforma del Terzo settore*

Come già anticipato, il Codice del Terzo settore e il Decreto sull'impresa sociale hanno inserito la tutela della salute, più precisamente gli *“interventi e prestazioni sanitarie”*, rispettivamente, tra le *“attività di interesse generale”* (art. 5, co. 1, lett. b) CTS) ovvero tra le *“attività d'impresa di interesse generale”* (art. 2, co. 1, lett. b) DIS), se svolte, in conformità alle norme che ne disciplinano l'esercizio, dagli Enti del Terzo settore.

L'endiadi *“interventi e prestazioni”* comprende in sé un complesso estremamente variegato di operazioni, dall'assistenza ospedaliera alle reti ambulatoriali, ai servizi di ospitalità, a tutta l'ampia sfera del volontariato²⁴, ai servizi di soccorso e/o di trasporto in ambulanza in regime di accreditamento²⁵.

Secondo l'ultimo censimento eseguito dall'ISTAT²⁶, sui 363.499 enti non profit esistenti in Italia, 12.578 operano nel comparto *“Sanità”* (dati 2020). Per numero essi si collocano all'ottavo posto della graduatoria, rappresentando il 3,5% del totale, ma impiegano un numero di 103.215 dipendenti, pari all'11,9% del totale (870.183), collocandosi al terzo posto per occupati su scala nazionale, dopo i comparti *“Assistenza sociale e protezione civile”* e *“Istruzione e ricerca”*.

Il numero dei volontari nello stesso comparto è stimato in 19.630, con un numero di ore prestate superiore ad 1 milione (Faggiano, 2023).

Nel Veneto, il numero degli enti non profit impiegati in Sanità, regolarmente

²⁴ Si pensi, ad es., alla Croce Rossa Italiana, Organizzazione di volontariato con 160 anni di storia di assistenza sanitaria e sociale, che conta, solo in Veneto, circa 9.000 volontari, distribuiti in 27 comitati territoriali.

²⁵ Ai sensi dell'art. 57, co. 1, del CTS, *“I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, aderenti ad una rete associativa di cui all'articolo 41, comma 2, ed accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisce l'espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione”*.

²⁶ Cfr. Tabelle nn. 16 e 17 in Appendice.

censiti dai competenti Uffici della Regione Veneto è 588, ma il dato è prudenziale (Azienda Zero, 2024)²⁷.

Gli operatori sanitari non profit che compongono la platea dei “fornitori” del SSR sono distinti in due categorie di assistenza: quella strettamente sanitaria (SA – 588: ospedaliera e assimilata; ambulatoriale, stabilimenti di cure termali, salute mentale, strutture “intermedie”, centri trasfusionali, servizi di soccorso e trasporto sanitario) e quella socio – sanitaria (SS – 1.016: RSA, dipendenze, disabili, minori), che nella classificazione delle attività di “interesse generale” fornita dall’art. 5 del CTS appartiene ad altra categoria²⁸.

Nelle pagine che seguono tali servizi e prestazioni saranno esaminati in dettaglio.

²⁷ Cfr. nota nella Tabella 18, in Appendice.

²⁸ Estrapolando i dati dall’elenco dei soggetti iscritti all’Anagrafe delle Organizzazioni Non Lucrative e di Utilità sociale – Onlus, al 22 novembre 2021, alla voce “assistenza sanitaria”, si rilevano 24 Organizzazioni di volontariato, così distribuite per provincia: Belluno 2; Treviso 1; Verona 7; Vicenza 1; Padova 7; Rovigo 1. Dallo stesso elenco si rilevano per il territorio veneto n. 736 Odv impegnate nel settore “*assistenza sociale e socio-sanitaria*” alla stessa data. L’estrema varietà delle forme giuridiche ammesse dal CTS, conduce a ritenere che gli elenchi in parola siano ancora incompleti.

3.

QUADRO ECONOMICO – FINANZIARIO

3.1. Monitoraggio della spesa sanitaria nazionale

I dati consolidati degli ultimi vent'anni (OCSE, 2023; Mef, 2023) mostrano un andamento piuttosto costante della spesa sanitaria, con un picco nell'anno 2020, determinato dalla crisi pandemica da COVID-19, subito corretto a partire dall'anno successivo. L'andamento è in linea con la media OCSE, meno pronunciato di altri Paesi del G7 (Regno Unito e Germania) anche in epoca di pandemia (Fig. 2, in Appendice).

I dati della spesa corrente prodotti dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nella NADEF del 2023 (Tabelle 12 e 13, in Appendice) mostrano un incremento nei valori assoluti, che tiene conto del corrispondente incremento del tasso di inflazione, tanto che in valori percentuali rispetto al PIL si registra una effettiva riduzione dal 6,7% (2022) al 6,1% (2026), con un indebitamento netto che, nel periodo 2023 – 26 registra un saldo negativo nel solo anno 2023, dovuto alle esigenze di ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici (1,085 mld di euro) e all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive e anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza (88 mln di euro).

Peraltro, per l'anno 2024, la previsione dello stesso Ministero vede un aggiustamento al rialzo (da 132,946 mld a 138,776 mld di euro), con una percentuale del 6,4% rispetto al PIL (anziché il 6,2% programmato), ma con un tasso di variazione rispetto all'anno precedente del 5,8%. Negli anni successivi, fino al 2027, si prevede un tasso di variazione dal 2,2% del 2025 all'1,8% nel 2027, anche in funzione della progressiva riduzione del rapporto deficit/PIL richiesto dal nuovo Patto di stabilità ai Paesi dell'Eurogruppo.

In breve, ciò significa una progressiva riduzione della spesa sanitaria a carico della finanza pubblica, cui corrisponde un progressivo aumento della quota a carico dei pazienti (c.d. “*out-of-pocket*”) già esaminato nelle pagine

precedenti (Figure 8 e 17, in Appendice) che si riflette sui “piani di rientro” delle Regioni¹.

Questa situazione si riflette anche sui livelli di prestazione (LEA) materialmente erogabili, sui tempi di attesa dei medesimi, sui bisogni di assistenza non riscontrati dal Sistema Sanitario Nazionale e, per converso, sulla libertà delle cure dell’utenza, che si rivolge al privato o al non profit (Toth, 2022).

3.2. I provvedimenti correlati all’“autonomia differenziata”, e alla determinazione dei “livelli essenziali di prestazione”

Con riguardo ai dati riferiti al ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici (1,085 mld di euro) nell’anno 2023, il Ministero dell’Economia e delle Finanze si preoccupa di segnalare che i corrispondenti provvedimenti sono correlati all’autonomia differenziata e alla determinazione dei livelli essenziali di prestazione (LEA) i quali – come segnalato nelle pagine precedenti – comprendono l’“Assistenza distrettuale” e, in particolare, l’assistenza farmaceutica.

In tali ambiti, la Legge 29 dicembre 2022, n. 197, articolo 1, commi da 791 a 801 (Legge di bilancio 2023) ha istituito una Cabina di regia composta dai Ministri competenti “*ratione materiae*”.

Ad essa sono affidati:

- la ricognizione della normativa statale e delle funzioni esercitate dallo Stato e dalle Regioni a statuto ordinario, in ognuna delle materie di cui all’articolo 116, co. 3, della Costituzione;
- la ricognizione della spesa storica a carattere permanente nelle medesime materie e funzioni;
- ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard;
- la determinazione, nell’ambito degli stanziamenti di bilancio a legislazione vigente, dei LEA, sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard.

A tale riguardo, il Ministero della Salute ha implementato, in ossequio al D. Lgs. 56/2000 (“*federalismo fiscale*”), il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), volto

¹ Cfr. Ef. Di. Spesa sanitaria: per il 2022 a carico degli Italiani 40,2 miliardi (+8,3%), la metà per visite e interventi, in “Il Sole 24 Ore – Sanità”, 21 dicembre 2023; per il Veneto, Banca d’Italia, *Economie regionali – L’economia del Veneto – Rapporto annuale*, Roma, Numero 5 – giugno 2023, pp. 58 – 60.

ad assicurare a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Uno dei suoi aspetti rilevanti è lo schema concettuale alla base del sistema degli indicatori che associa a ciascun livello essenziale di assistenza gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni quali efficienza, efficacia, appropriatezza organizzativa e clinica, sicurezza delle cure.

Gli indicatori sono attualmente 88, distribuiti nelle seguenti macroaree: a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica (P), b) assistenza distrettuale (D), c) assistenza ospedaliera (H), d) indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario (C), e) indicatori di equità sociale (E), f) indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PTDA).

Gli indicatori (si veda per il corrispondente significato la parte "ABBREVIAZIONI") sono essenziali al monitoraggio effettuato, rispettivamente dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, e dal Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della Salute.

Affinché la Regione sia adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60 – 100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, comporta un esito negativo nella valutazione.

I risultati del biennio 2020 – 2021 (Ministero della Salute, 2023), con riferimento alla Regione Veneto, sono riportati nell'Appendice (Fig. 22 e 23).

Con riferimento all'anno 2020, nell'Area Distrettuale il Veneto ha raggiunto il massimo punteggio (100) in 6 indicatori su 8 (Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per diabete, tempi di risposta delle unità mobili in intervento d'emergenza, quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B – breve, consumo di antibiotici per 1000 abitanti, offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati con i diversi livelli di intensità assistenziale, offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali).

Proprio nell'ultimo degli indicatori sopra menzionati (cure palliative) la Regione Veneto ha raggiunto, nell'anno 2022, il primato nazionale. In tale campo, oltre ai servizi erogati dalle strutture pubbliche delle diverse ULSS territoriali, operano 7 ETS: 1 Fondazione ETS e 6 Odv, collocate nelle province di Belluno (1), Venezia (1) e Padova (4)².

Nell'anno 2021, nell'Area Ospedaliera la regione Veneto ha registrato un ul-

² Cfr. Com. n. 376 (AVN) in data 5 marzo 2024 della Regione Veneto.

teriore incremento di punteggio (+6) rispetto all'anno precedente, confermando il massimo punteggio in 5 indicatori su 8 nell'Area distrettuale (Fig. 23).

3.3. *La spesa sanitaria della Regione Veneto*

La spesa sanitaria della Regione Veneto nel triennio 2023 – 26 (Missione 13: Tutela della salute) attiene al finanziamento e gestione delle spese nelle varie aree previste dal Sistema di garanzia e alla loro distribuzione per Programma. Il loro andamento è sintetizzato nelle Figure 20 e 21, in Appendice.

Come si vede, l'ammontare della spesa per il 2023 (competenza: 10.357,85 mln; cassa: 11.514, 50 mln) è quasi completamente destinato al Programma 01 "SSR – Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA": 10.066, 44 mln; per i restanti 159,84 mln al Programma 05 "SSR – Investimenti sanitari", al ripianamento di disavanzi scaturenti da esercizi pregressi "Programma 04" e 450.000 euro al "SSR – Politica regionale unitaria per la tutela della salute".

Il Piano di distribuzione è convalidato dal Mef (RGS, 2023) che ne attesta l'equilibrio economico, rilevando un avanzo di 7, 099 mln di euro³.

Esaminando le previsioni di spesa per gli anni successivi, fino al 2026, si rileva che gli importi sono quasi esclusivamente assegnati al Programma 01 "SSR – Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA", e che l'andamento è di leggero adeguamento della spesa corrente al livello dell'inflazione, ma anche che, per l'anno 2024, le risorse per il Programma 05 "SSR – Investimenti sanitari" sono più che raddoppiate, passando a 339,18 mln di euro (Fig. 21).

Con riguardo alle cure ospedaliere e ai trattamenti ambulatoriali i relativi dati, distinti per soggetti fornitori, numero di ricoveri/prestazioni e relativo ammontare (Regione Veneto – Azienda Zero, 2023) sono riportati nella figura 24 dell'Appendice.

Il totale dei ricoveri ospedalieri ammonta a 614.831 (di cui 123.995 effettuati dal settore privato – non profit), il totale delle prestazioni ambulatoriali è di 68.071.012 (di cui 9.541.917 a cura del settore privato – non profit). Il valore dei ricoveri è di circa 2,6 miliardi di euro (di cui circa 593 mln di euro a vantaggio di enti privati e non profit) e quello delle prestazioni ambulatoriali di circa, 1, 3 mld di euro (di cui 351 mln rese da enti privati o non profit).

I dati consolidati dei ricoveri ospedalieri e dei trattamenti specialistici ef-

³ Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze – RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 10*, Roma, dicembre 2023, p. 75. Si ricorda che la Regione Veneto non è soggetta al piano di rientro.

fettuati nell'intero triennio 2021 – 2023, comprendenti il c.d. “ticket” (ossia la quota di spesa a carico del paziente), evidenziano un progressivo incremento sia nel numero dei ricoveri, sia nel numero dei trattamenti specialistici (cfr. Figura 25, in Appendice).

Il totale dei ricoveri ospedalieri sale da 588.603 del 2021, di cui 123.325 assorbiti da strutture private o non profit (circa il 20,95%) a 638.755 nel 2023, di cui 125.723 assorbiti da strutture private o non profit (19,68%), mentre il totale dei trattamenti specialistici sale da 67.192.422, di cui 330.555.171 resi da enti privati o non profit (14,15% – dati 2021) a 70.101.911, di cui 9.267.031 resi da enti privati o non profit (13,21% – dati consolidati 2023).

Sul piano del volume d'affari, gli enti privati o non profit passano dai 581.006.185 di euro per i ricoveri ospedalieri su un totale di circa 2,5 miliardi di euro (dati 2021) ai 604.101.155 di euro su un totale di circa 2,7 miliardi di euro (dati 2023); mentre per i trattamenti specialistici si va dai 330.555.171 di euro su un totale di 1.366 mln di euro (dati 2021) a 346.883.792 di euro su un totale di 1.356 milioni di euro (dati 2023).

È il caso di rilevare che sia i ricoveri che i trattamenti specialistici rientrano nelle aree di intervento concernenti i livelli essenziali delle prestazioni (LEA) per i quali sia gli enti privati che quelli non profit agiscono in regime di convenzione con il SSR, nell'ambito della Missione 13 – Programma 01, più sopra menzionato.

4.

IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE VENETO

4.1. *Il Sistema Sanitario Regionale: strumenti, modalità di programmazione e meccanismi di finanziamento*

L'opinione più accreditata (Fuolega, 2012; Toniolo et al, 2012; Cignacco, Rizzato, 2018)¹ fa comunemente risalire la nascita del Servizio Sanitario Regionale (SSN) della Regione Veneto all'art. 4 della L. 22 maggio 1971, n. 340, con la quale è stato approvato il suo Statuto e che, al terzultimo comma, include la “*tutela della salute*” fra i servizi sociali che la Regione intende, appunto, garantire “*a tutti i cittadini*”.

L'effettiva organizzazione del SSR consegue, però, all'entrata in vigore del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/1978) che, come si è visto sopra, ha dettato le linee guida dell'organizzazione territoriale (art. 10, istituzione delle Unità sanitarie locali; art. 11, competenze regionali). Con la L. R. 25 ottobre 1979, n. 78, recante “*Norme per la costituzione e il funzionamento delle unità sanitarie locali*”, venivano istituite le prime USL: 31 per l'occasione².

Con le successive leggi regionali 14 settembre 1994, nn. 55 e 56 sono stati rispettivamente definiti gli strumenti e le modalità della programmazione, i meccanismi e le fonti di finanziamento delle “Aziende sanitarie”, il loro assetto contabile, gestionale e di controllo, è stato delineato l'impianto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale, riorganizzato su 22 USL e create le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, staccandone la gestione e l'operatività dalle USL che precedentemente le amministravano.

¹ Cfr. Fuolega F., *Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale*, Regione del Veneto, Direzione Sanità, 2012; Toniolo F., Mantoan D., Maresso A., *Veneto Region, Italy. Health system review*, in Health Syst Transit, 2012, 14(1): i-xix, 1-138. PMID: 22575766; Cignacco A., Rizzato M., *Sistema sanitario: dal livello nazionale a quello regionale veneto*, in Altalex, 5 giugno 2018, parr. 5 e 6, <https://www.altalex.com/documents/news/2018/05/31/sistema-sanitario-dal-livello-nazionale-a-quello-regionale-veneto>.

² Cfr. B.U.R. n. 53 del 26 ottobre 1978. La legge fu poi abrogata dalla successiva L.R. 14 settembre 1994, n. 56, ad eccezione dell'art. 40, concernente la gestione delle funzioni sociali dei comuni.

Questo riordino organizzativo è stato ancora modificato con la L.R. 19/2016 che ha ridotto le Unità, ridenominate “locali socio-sanitarie” (ULSS), da 22 a 9 (vds. Tabella 19, in Appendice), cui si aggiungono le già richiamate Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e l’Istituto Oncologico Veneto – IRCCS, creato nel 2005.

Ultimi atti del processo organizzativo in parola sono:

- la L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, che ha individuato un unico ente di “*governance*” del Servizio Sanitario Regionale – l’Azienda Zero;
- la D.G.R. 10 ottobre 2023 n. 1227, che istituisce l’Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti impegnate su tematiche sanitarie e socio sanitarie e una Cabina di regia.

Di entrambe parleremo più diffusamente nel Capitolo 11.

4.2. *L’impianto organizzativo*

Già nello Statuto della Regione Veneto vengono affermati i principi guida del Sistema Sanitario Regionale, ovvero universalità, equità, umanizzazione dell’assistenza e integrazione socio-sanitaria, i quali richiamano inevitabilmente i principi del SSN.

I principali attori facenti parte del Sistema Sanitario Regionale Veneto sono: la Regione, l’Area Sanità e Sociale³, l’Azienda Zero e le ULSS, cui si aggiungono, dal 2023, l’Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti e la Cabina di regia.

Il sistema di offerta sanitaria regionale è modulato per intensità di cura, con strutture ospedaliere sviluppate secondo un modello “*Hub and Spoke*” (Cusani, De Corte, 2023)⁴, strutture sanitarie di cure intermedie quali ospedali di comunità e Unità Riabilitative Territoriali (URT); hospice, strutture riabilitative extraospedaliere (ex art.26 L. 833/1978), comunità terapeutiche riabilitative protette e altre strutture sanitarie caratterizzate dalla temporaneità della permanenza; strutture socio sanitarie e semiresidenziali che si articolano in centri di servizi per anziani, disabili, dipendenze, età evolutiva, salute mentale, di cui

³ L’Area Sanità e sociale è, a sua volta, articolata in una Direzione Prevenzione sicurezza alimentare veterinaria, una Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici, una Direzione Programmazione sanitaria, una Direzione Servizi sociali, una Direzione Programmazione e controllo SSR all’interno della quale è collocata l’Azienda Zero, una Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettiva, una Direzione Risorse umane del SSR.

⁴ Sistema di gestione e sviluppo delle reti nel quale le connessioni si realizzano, usando per analogia un’espressione riferita alla ruota della bicicletta, dallo “*spoke*” (raggio) verso l’“*hub*” (perno) e viceversa.

si è già detto a proposito dell'operatività regionale degli enti non profit in materia sanitaria, dopo la riforma del Terzo settore (Tabella 18).

Benché il sistema possa apparire concepito secondo un modello “*top – down*”, è evidente l'intensa integrazione fra strutture pubbliche, private e non profit, come appare dalla nascita dagli anni 2000 di diverse associazioni, alcune di eccellenza, volte appunto a corrispondere ai bisogni di specifiche realtà territoriali⁵.

A potenziare l'offerta territoriale vi sono inoltre gli “*Ospedali di Comunità*”. Si tratta di strutture sanitarie a ricovero breve destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Per quanto riguarda invece l'assistenza domiciliare (ADI), la Regione da anni promuove uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale. In questo quadro si colloca la riorganizzazione avviata nel 2017 con la D.G.R. n.1075/2017.

La nuova organizzazione prevede:

- a. presenza oraria di personale infermieristico (7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00);
- b. reperibilità del personale infermieristico (ricezione, da parte di personale infermieristico, delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00, presso ogni ULSS, attraverso l'individuazione di un numero telefonico unico);
- c. programmazione degli accessi (sviluppata nell'arco dell'interna settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti).
- d. esternalizzazione dei prelievi di sangue e campioni biologici, che comprende anche la conservazione e il trasporto dei campioni ai laboratori identificati dalle Aziende Sanitarie. Tale servizio è rivolto esclusivamente ai pazienti non deambulanti in carico al servizio di assistenza domiciliare dell'Azienda Sanitaria o, in casi particolari, ad altri utenti espressamente autorizzati dall'Azienda stessa.
- e. integrazione con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale.

⁵ È il caso, ad es., dell'Associazione “L'Acero di Daphne” con sede in provincia di Verona, nata nel 2012 per diffondere la cultura delle cure palliative tra il personale sanitario e promuoverne la pratica, in linea con il mandato del Ministero della Salute, o il Poliambulatorio “Emergency” di Venezia Marghera, Odv nata nel 2010, dall'ONG omonima, che offre gratuitamente servizi di medicina di base, incluse le prestazioni odontoiatriche e di sostegno psicologico, volte a facilitare l'accesso al sistema sanitario a chi non è nelle condizioni di poter fruire del SSR.

L'organizzazione delle attività infermieristiche domiciliari dovrà essere pianificata tenendo conto della necessità che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento un'unica équipe ADI.

Nell'ottica di garantire la continuità dell'assistenza i Medici di Continuità Assistenziale ricevono, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, la lista aggiornata e le informazioni utili sui pazienti afferenti al proprio territorio di competenza e già in carico al servizio ADI⁶.

Le ULSS rappresentano lo strumento primario per la gestione dei servizi socio-sanitari e con lo scopo di creare un percorso maggiormente integrato di cura sul territorio, in cui le cure primarie, l'assistenza domiciliare, la residenzialità e le cure intermedie si pongano in relazione tra loro e assicurino una risposta adeguata ai bisogni delle persone, tra ospedale e territorio.

L'ottica che sembra guidare l'impianto organizzativo della Sanità nella Regione Veneto è proprio quello della ricerca dei bisogni sanitari della popolazione residente e delle esigenze insoddisfatte, soprattutto sul piano infrastrutturale (Sacco, 2023)⁷. Una delle specificità del SSN è la presenza di un'integrazione multiprofessionale nella gestione dei percorsi di cura complessi, con una combinazione di professionisti manageriali e clinici per la progettazione, attuazione e gestione efficace di tali percorsi o reti (Ghiotto et al, 2017)⁸. Un esempio è la rete di assistenza oncologica (Rete Oncologica Veneto – ROV), spesso indicata come modello di riferimento in Italia. La maggior parte degli ospedali appartiene al settore pubblico, il numero dei posti letto negli ospedali privati o non profit costituisce circa il 14%⁹.

Tuttavia, presso ogni ULSS sede di Unità Operativa complessa di Oncologia Medica viene attivato un Dipartimento Funzionale di Oncologia Clinica (DOC) che costituisce il primo nodo della Rete oncologica. Il DOC è di norma coordinato dal direttore di Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia

⁶ Con l'Assistenza domiciliare integrata vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità Locale Socio-Sanitaria. Cfr. Deliberazione della Giunta Regionale n. 1075 del 13 luglio 2017.

⁷ Sacco Y., *Advice on unmet healthcare infrastructure needs – Region Veneto*, 30 April 2021, Scuola Superiore Sant'Anna (Pisa), https://www.santannapisa.it/sites/default/files/veneto_regional_report_final_version.pdf;

⁸ Cfr. Ghiotto M. C., Rizzolo Y., Gandolfo E., Zuliani E., Mantoan D., *Strengthening primary care: The Veneto Region's model of the Integrated Medical Group*, in "Health Policy", Volume 122, Issue 11, November 2018, Pages 1149-1154.

⁹ Secondo l'Annuario Statistico del SSN 2021, la Regione Veneto nel 2021, deteneva il quarto posto in Italia per numeri di posti letto nei reparti di terapia intensiva ospedaliera, dopo Lombardia e Lazio.

medica. Il Direttore del Dipartimento è il responsabile del percorso di cura del malato oncologico, attuato in applicazione alle linee guida e PTDA¹⁰ predefiniti e condivisi per una rapida presa in carico e il miglior PTDA per il paziente oncologico. Al Dipartimento afferiscono tutte le strutture/servizi dell'area di pertinenza (pubbliche, private, non profit) coinvolte nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, dai servizi di prevenzione primaria e secondaria, ai Medici di Medicina Generale, fino ai Nuclei di Cure Palliative/Hospice territoriali.

Altro esempio è costituito dagli strumenti di “*telemedicina*”, in primo luogo del c.d. “*Fascicolo sanitario elettronico – FSE*”, che secondo i dati forniti dal SSR Veneto (dati 2020)¹¹, è consultato dal 58% dei cittadini residenti, dal 90% dei medici di medicina generale, dal 98% delle USSL per la verifica e l’inserimento delle informazioni sanitarie dei pazienti.

Assistenza ambulatoriale specializzata, comprese visite, diagnosi, servizi di laboratorio e altre cure che non richiedono ospedalizzazioni sono fornite direttamente, attraverso i Centri sanitari distrettuali e ospedali, laboratori e fornitori pubblici, privati e non profit accreditati. I lunghi tempi di attesa, fenomeno comune in Italia, non sembrano costituire un elemento di criticità in Veneto dove il piano regionale di gestione dei tempi di attesa (DGR 1164/2019) per il periodo 2019 – 2023 ha rispettato i massimi fissati dal Piano Sanitario Nazionale (Sacco, 2023).

¹⁰ Come evidenziato nella Parte “ABBREVIAZIONI” del presente lavoro l’acronimo “PTDA” designa gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

¹¹ Cfr. <https://www.fascicolosanitario.gov.it/fse-veneto>.

5.

DALLE UNITÀ SANITARIE ALLE UNITÀ LOCALI SOCIO SANITARIE

5.1. *La riorganizzazione territoriale dei presidi sanitari (1979-2016)*

L'organizzazione territoriale del SSR Veneto si è sviluppata in diverse tappe, tutte orientate ad assicurare, secondo il dettato statutario, identiche prestazioni e tutele sanitarie a tutti i cittadini residenti in Veneto, e ciò soprattutto, indipendentemente dalle criticità territoriali che potevano essere rappresentate dalle zone montane e dagli ostacoli relativi alle vie di comunicazione.

L'assetto organizzativo scaturente dalla ricordata L.R. 78/1979, che individuava ben 31 Unità sanitarie locali nelle sette province venete, intendeva appunto perseguire la finalità di una copertura del territorio più capillare possibile.

Questo assetto rimase più o meno stabile fino al 1994, anche se non mancarono provvedimenti normativi volti a rideterminare i territori di competenza dell'una o dell'altra USL (Cuttaia, 2017)¹.

La più rilevante novità della L.R. 56/1994, anch'essa già menzionata, non è tanto il passaggio da 31 a 22 delle USL, quanto piuttosto la creazione delle due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, destinate a costituire veri e propri "Hub" nazionali e pertanto resi gestionalmente e operativamente autonomi dalle USL territoriali di riferimento.

Il riordino definitivo si deve alla L.R. 19/2016 che porta definitivamente a 9 le Unità territoriali, denominandole "Unità Locali Socio – Sanitarie" (ULSS) a testimoniare l'integrazione fra le due aree di assistenza, cui aggiunge i tre presidi ospedalieri di Padova, Verona (Azienda ospedaliera universitaria integrata) e dell'Istituto Oncologico Veneto – IRCSS, fondato nel 2005, ponendo in capo alla neo-costituita "Azienda Zero" e alla individuata "Area Sanità e Sociale" della Regione l'assetto e la responsabilità della "governance" sanitaria.

¹ Al riguardo si ricordano le L.R. n. 32/1981, n. 2/1984, n. 30/1989. Cfr., più ampiamente, Cuttaia F.G., *La riorganizzazione della sanità in Veneto*, in "Federalismi.it", n. 14/2017, pp. 1 – 7.

Il tutto nel dichiarato intento di razionalizzazione, rafforzamento del modello distrettuale e coordinamento delle strutture, degli enti e dei soggetti che afferiscono al sistema socio-sanitario (art. 11, co. 4, lett. a) e b) e di *“sviluppo del servizio sanitario regionale fondato su modalità partecipative basate su percorsi improntati alla massima trasparenza, alla condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell’impiego delle risorse al fine di continuare a garantire l’equità di accesso ai servizi, nella salvaguardia delle specificità territoriali”* (art. 1. co. 1, L. 19/2016).

5.2. La rete ospedaliera veneta (D.G.R. 614/2019)

L’organizzazione ospedaliera consegue al D.G.R. n. 614 del 14 maggio 2019 e relativi allegati, che fissano i livelli e le dotazioni delle singole strutture pubbliche e i requisiti minimi delle strutture private accreditate. Ne risultano 69 strutture ospedaliere, di cui 42 pubbliche (60,87%) e 27 private accreditate (39,13%) di cui 3 condotte da ETS (4,34%). Il dettaglio è rilevabile dalla Tabella 20 e dalla Figura 26 in Appendice².

All’ultima delle categorie appena menzionate pare il caso di iscrivere altre 7 strutture che figurano tra le 27 “private accreditate”. Queste ultime, appartenenti ad enti religiosi e già presenti quali “Onlus”³ nel motore di ricerca tenuto dall’Agenzia delle entrate, non sono ancora iscritte nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore – RUNTS, per effetto dell’art. 101, co. 2 e 10, del CTS, a tenore del quale *“Fino all’operatività del Registro unico nazionale del Terzo settore, continuano ad applicarsi le norme previgenti ai fini e per gli effetti derivanti dall’iscrizione degli enti nei Registri Onlus, Organizzazioni di Volontariato, Associazioni di promozione sociale ...”*, essendo subordinate le disposizioni riguardanti il passaggio a tale Registro *“all’autorizzazione della Commissione europea, richiesta a cura del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell’articolo 108, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell’Unione europea”*, non ancora intervenuta.

Sul punto, è intervenuto il T.A.R. Lombardia, Sez. II che, con sentenza n. 2533 del 1° ottobre 2024, ha stabilito l’assenza di un preciso obbligo di iscrizione al RUNTS per le Onlus, valendo per esse il regime transitorio di cui al citato art. 101 del CTS.

² Cfr. All. A al D.G.R. n. 614 del 14 maggio 2019.

³ Onlus è l’acronimo per Organizzazioni non lucrative di utilità sociale,

Se ne ricava, quindi, che gli ospedali accreditati appartenenti e gestiti da enti non profit sono 10 (il 14,34% del totale).

A tale dato va aggiunto quello riguardante le “Strutture intermedie”, 2.013 sull’intero territorio Veneto⁴, 797 delle quali “strutture private accreditate”, ossia appartenenti ad enti for-profit o non profit (circa il 40%).

Il raffronto dei dati fin qui esposti e riassunti nella tabella 20 con quelli desumibili dalle figure 24 e 25 evidenzia un modello di assistenza sanitaria spiccatamente integrato fra pubblico, privato e non profit volto ad individuare e poi a riscontrare i bisogni di salute espressi dagli utenti della Regione Veneto, attraverso un’organizzazione dei servizi radicata sul territorio.

Questo modello, che proprio all’indomani dell’emanazione della citata D.G.R. offriva ad una popolazione di circa 4,9 milioni di persone 17.000 posti letto in strutture ospedaliere per gli “acuti”, 3000 posti letto nelle strutture intermedie, 30.000 posti letto nelle strutture residenziali (75% ad alta intensità assistenziale; 25% a media intensità assistenziale), e in grado di produrre un’offerta di assistenza domiciliare a 120.000 persone, è stato citato ad esempio di adeguata offerta sanitaria ai cittadini-pazienti dalla più importante Organizzazione di sanità (WHO, 2016)⁵.

5.3. I servizi di accoglienza agli stranieri

A completamento di questa breve rassegna sull’evoluzione normativa e organizzativa della sanità in Veneto, val la pena di approfondire l’approccio ai “non-cittadini”, che non comporta solo l’approfondimento di aspetti epidemiologico-terapici, ma anche di aspetti normativi, logistico – organizzativi, sociali e culturali.

Il relativo processo, che per pura convenzione chiamiamo “di accoglienza agli stranieri” attraversa due fasi (Cusinato – Rigoli, 2023)⁶:

- quella iniziata con la L.R. 30 gennaio 1990 n. 9, recante “*Interventi nel settore dell’immigrazione*”, antecedente sia al Testo Unico sull’immigrazione e della condizione dello straniero (D. Lgs. 25 luglio 1998, n. 286)⁷, sia al Regola-

⁴ Cfr. All. C al D.G.R. 614/2019. Si tratta degli “Ospedali di Comunità”, di Centri di riabilitazione e di “Hospice”.

⁵ Cfr. WHO/OMS, *The Veneto model – a regional approach to tackling global and European health challenges*, Copenhagen (DK), 2016, p. 20 e ss., in <https://iris.who.int/handle/10665/343781>;

⁶ Cfr. Cusinato A., Rigoli G., *Indagine conoscitiva sugli ambulatori medici del Veneto gestiti da Enti del Terzo Settore 2022*, Castelfranco Veneto, 2023, pp.10 ss.

⁷ Si riporta, per completezza d’informazione, il testo dell’art. 34 del D. Lgs. 25 luglio 1998, n. 286, recante “*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*”, come

mento sull'immigrazione e sulle condizioni dello straniero (D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394)⁸;

modificato, rispettivamente, dall'art. 14, comma 1, della L. 7 aprile 2017, n. 47 e dall'art. 1, comma 1, lett. o), del D.L. 4 ottobre 2018, n. 113, convertito con modificazioni dalla L. 1° dicembre 2018, n. 132: "Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale. 1. Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale: a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;

b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo, per protezione sussidiaria, per casi speciali, per protezione speciale, per cure mediche ai sensi [omissis], per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza;

b-bis) i minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale.

2. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale ai minori figli di stranieri iscritti al servizio sanitario nazionale è assicurato fin dalla nascita il medesimo trattamento dei minori iscritti.

3. Lo straniero regolarmente soggiornante, non rientrando tra le categorie indicate nei commi 1 e 2 è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione al servizio sanitario nazionale valida anche per i familiari a carico. Per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale deve essere corrisposto a titolo di partecipazione alle spese un contributo annuale, di importo percentuale pari a quello previsto per i cittadini italiani, sul reddito complessivo conseguito nell'anno precedente in Italia e all'estero. L'ammontare del contributo è determinato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e non può essere inferiore a euro 2.000 annui".

⁸ Si riportano, in stralcio, i pertinenti articoli dal D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394, recante "Norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero": Art. 42. Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale – SSN.

1. Lo straniero in possesso del permesso di soggiorno per uno dei motivi di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, e per il quale sussistono le condizioni ivi previste è tenuto a richiedere l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale ed è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Unità sanitaria locale, d'ora in avanti indicata con la sigla U.S.L. nel cui territorio ha residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio ha effettiva dimora, a parità di condizioni con il cittadino italiano. L'iscrizione è altresì dovuta, a parità di condizioni con il cittadino italiano nelle medesime circostanze, allo straniero regolarmente soggiornante iscritto nelle liste di collocamento. Alle medesime condizioni di parità sono assicurate anche l'assistenza riabilitativa e protesica.

2. In mancanza di iscrizione anagrafica, per il luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno. L'iscrizione alla U.S.L. è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno.

3. Per il lavoratore straniero stagionale l'iscrizione è effettuata, per tutta la durata dell'attività lavorativa, presso l'U.S.L. del comune indicato ai fini del rilascio del permesso di soggiorno.

Art. 43 – Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. _ 1. Ai cittadini stranieri regolarmente soggiornanti, ma non iscritti al Servizio sanitario nazionale, sono assicurate le prestazioni sanitarie urgenti. Gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale possono inoltre chiedere all'azienda ospedaliera o all'Unità sanitaria locale (USL) di fruire, dietro pagamento delle relative tariffe, di prestazioni sanitarie di elezione.

2. Ai cittadini stranieri presenti nel territorio dello Stato, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono comunque assicurate, nei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, le prestazioni sanitarie di cui sopra e alle medesime condizioni.

3. La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengono effettuate, nei limiti sopra indicati, utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente).

- quella avviata con D.G.R. 26 luglio 2021, n. 1030, recante “*Contrasto alla povertà sanitaria*”.

La richiamata L. R. 9/1990, all’art. 4, co. 1, stabiliva la piena parità di trattamento sanitario tra gli stranieri residenti nella Regione Veneto e i cittadini italiani: “*Al fine di garantire la tutela della salute pubblica la Regione assicura agli immigrati e loro familiari, che dimorano nel territorio regionale, l’erogazione delle prestazioni sanitarie presso i presidi ed i servizi ospedalieri e territoriali, pubblici o convenzionati, su prescrizione-proposta di un medico dipendente delle strutture regionali del Servizio Sanitario Nazionale, alle stesse condizioni e nei limiti previsti per il cittadino italiano*”. E a tal fine approvava un piano triennale di interventi a favore degli immigrati, che favorisse (art. 3, co. 3, lett. g) “*il concorso e sostegno dell’attività svolta da enti ed associazioni, cooperative ed organismi che operano a favore degli immigrati*”.

Si tratta di disposizioni che precedono di quasi dieci anni quelle poi emanate dal Parlamento nazionale e che prevedevano l’universalità del diritto alla salute e il dovere di perseguirlo, quale garanzia di tutela dell’intera collettività, come appunto sancito dall’art. 32 della Costituzione.

C’erano già state significative iniziative di enti non profit, per lo più affiliate ad enti religiosi, avviate sin dagli anni Ottanta del secolo scorso (Cusinato – Rigoli, 2023)⁹, cui sono seguite negli anni Novanta, sempre prima dell’entrata in vigore del T.U. sull’immigrazione, quelle di tipo c.d. “laico”¹⁰, sviluppatesi poi a partire dagli anni dieci di questo secolo¹¹.

Ma è dopo l’emanazione del Codice del Terzo Settore e l’approvazione della D.G.R. 26 luglio 2021, n. 1030 “*Contrasto alla povertà*”, che il sistema viene completamente riorganizzato, stabilendosi che “*in considerazione dei nuovi bisogni e la necessità di raggiungere il maggior numero di persone possibili si individuano quali soggetti idonei gli Enti del Terzo Settore, considerato il loro ruolo fondamentale di intercettare le reali necessità del territorio e la loro capacità di fare rete*” (art. 1 dell’All. A alla DGR 1030/2021), che dovessero essere istituiti

Tale sigla deve essere utilizzata anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili. A parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate.

⁹ I due autori ricordano l’istituzione di un Servizio Sanitario presso le “Cucine Economiche Popolari – CEP” di Padova, afferente alla locale Caritas diocesana, anche se tale servizio non era originariamente diretto ai soli immigrati, ma a tutte le persone che per i motivi più svariati non si rivolgevano alle strutture sanitarie pubbliche.

¹⁰ Ci si riferisce, ad es., alla costituzione, nel 1993, del Centro Salute Immigrati – CESAIM, di Verona, associazione avente lo scopo di fornire assistenza sanitaria agli immigrati cosiddetti “irregolari”. Partito con l’effettuazione di 122 visite mediche in quell’anno, il servizio ha registrato picchi di oltre 10.000 visite annue agli inizi del 2000, per assestarsi sulle circa 7.000 visite fino al 2019.

¹¹ Tra queste la già ricordata istituzione del Poliambulatorio “Emergency” a Venezia Marghera nel 2010.

al riguardo “*Ambulatori distrettuali di prossimità*” e “*Ambulatori mobili*” (art. 2, All. A, citato) e, infine, che di tali iniziative dovessero beneficiare “*persone anziane e sole, persone con disabilità e con particolari patologie, donne in gravidanza, nuclei monoparentali, genitori con figli minori, migranti, stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio regionale iscritti al Servizio sanitario nazionale (S.S.N.) indipendentemente dalla cittadinanza, cittadini comunitari senza T.E.A.M (Tessere europea di Assicurazione Malattia), soggetti non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno con codice STP, cittadini senza dimora o privi di residenza, cittadini che transitano verso altre nazioni*” (art. 3 dell’A), cioè persone in “*condizioni di vulnerabilità socio-economica*”, che, inevitabilmente si riflettono sulla loro situazione epidemiologica (Tabella 21, in Appendice).

Come può rilevarsi dall’Allegato A alla DGR la riorganizzazione dei servizi di accoglienza in favore degli immigrati e di persone che versano in particolari condizioni di svantaggio economico – sociale (“*contrasto alla povertà*”), ha per oggetto l’organizzazione di una rete ambulatoriale di prossimità, che fa il paio con gli “*Ospedali di Comunità*”, già sopra menzionati. L’approccio è proprio quello di raggiungere le aree meno servite dall’ordinaria rete ospedaliera, proprio nell’ottica di garantire a tutti i residenti, anche temporanei, sul territorio Veneto pari condizioni di assistenza.

Della rete ambulatoriale che ne è scaturita e del ruolo che in essa svolgono gli enti del Terzo settore si dirà, più in dettaglio, nel Capitolo 7.

6.

GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO, OPERANTI IN VENETO

6.1. *Gli IRCCS pubblici*

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale (Hutton, 2012)¹, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari e che effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza.

La ricerca è finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato, anche quale supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN per l'esercizio delle funzioni assistenziali al fine del perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di ricerca sanitaria e di formazione del personale (Ministero della Salute, 7 agosto 2024).

Il riordino della relativa disciplina si deve al D. Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, il quale prevede come aspetto prioritario la condivisione tra Ministero della Salute e Regioni, sia della trasformazione degli istituti pubblici in fondazioni, sia della definizione dei loro organi di gestione.

Il riconoscimento del carattere di eccellenza di tali istituti è soggetto al possesso di specifici requisiti, tra i quali il valido titolo dell'attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata (art. 13, comma 3, lett. d) del D. Lgs. n. 288/2003).

La disciplina sopra menzionata è stata oggetto di ulteriore riforma, a seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. 23 dicembre 2022, n.200.

Questi i punti chiave della riforma:

¹ Hutton J., *Pediatric Biomedical Informatics: Computer Applications in Pediatric Research (Translational Bioinformatics Book)*, Springer NYC, 2012, offre la seguente nozione di medicina traslazionale: "La medicina traslazionale trasforma le scoperte scientifiche provenienti dagli studi di laboratorio, clinici o di popolazione in nuovi strumenti clinici e applicazioni che migliorano la salute umana riducendo l'incidenza, la morbilità e mortalità delle malattie", in <https://toolbox.eupati.eu/resources/medicina-traslazionale/?lang=it&print=pdf>

1. potenziamento del ruolo degli IRCCS quali “Istituti di ricerca e cura” di eccellenza, di rilevanza nazionale e internazionale;
2. rafforzamento del sistema di valutazione in un’ottica di trasparenza e di maggiore coerenza rispetto al quadro internazionale della ricerca biomedica, nonché procedere alla revisione dei criteri per la procedura di riconoscimento, di revoca o conferma del carattere scientifico degli istituti;
3. procedura di riconoscimento di IRCCS più oggettivabile e ancorata alle necessità dei diversi territori, anche in riferimento al bacino minimo di riferimento per ciascuna area tematica di ricerca;
4. garanzia di un equo accesso alle cure erogate dagli IRCCS a tutti i cittadini indipendentemente dal proprio luogo di residenza secondo principi di appropriatezza e ottimizzazione dell’offerta sanitaria;
5. garanzia che il finanziamento complessivo della ricerca sanitaria nell’ambito del Fondo sanitario nazionale (FSN) si mantenga adeguato ed effettivo, anche in caso di riconoscimento di nuovi IRCCS².

Attualmente esistono 53 IRCCS in Italia: 23 pubblici e 30 privati. Di questi 4 (1 pubblico e 3 privati) sono in Veneto (Ministero della Salute-Ricerca sanitaria, 2024)³.

L’IRCCS a carattere pubblico è l’Istituto Oncologico Veneto IOV, istituito con L.R. 22 dicembre 2005, n. 26, destinato in maniera specifica alla ricerca sul cancro e alla prevenzione, diagnosi e cura dei tumori.

Nel tempo si è affermato come centro di ricerca sanitaria e ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e internazionale. È riconosciuto dalla Organization of European Cancer Institutes (OECI) come “*Comprehensive Cancer Centre*” e dalla Rete europea per i tumori rari dell’adulto EURACAN⁴; è Centro regionale di riferimento per la chirurgia delle malattie dell’esofago (neoplasia dell’esofago e della giunzione esofago-gastrica) e per il melanoma cutaneo e il sarcoma dei tessuti molli e nel ranking mondiale dei Centri di eccellenza per l’oncologia (World’s Best Specialized Hospitals)⁵ si classifica al 109° posto nel 2024.

² Per gli IRCCS a carattere privato, si vedano le modifiche apportate dall’art. 6 del D. Lgs. 200/2022 all’art. 12 del D. Lgs. 288/2003 e il “*position paper*” dell’Associazione Religiosa Istituti Socio – Sanitari, 3 febbraio 2023.

³ <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2>.

⁴ L’EURACAN (*European network for Rare adult solid Cancer*) è una delle 24 reti di riferimento europee (ERN, European Reference Networks), realtà virtuali collaborative di centri clinici e di ricerca di eccellenza e altamente specializzati, create per la condivisione delle conoscenze e il coordinamento delle cure sanitarie tra gli Stati membri dell’Unione Europea, soprattutto per quanto riguarda patologie complesse e malattie rare, nonché per lo sviluppo di progetti di ricerca comuni.

⁵ Cfr. <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-specialized-hospitals-2025/oncology>.

Lo IOV, come si è visto (Tabella 20), costituisce “hub” di coordinamento regionale dei dipartimenti di oncologia clinica e i gruppi oncologici multidisciplinari (GOM) operanti anche presso l’Azienda Ospedale-Università Padova, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e, naturalmente, delle ULSS. La sua sede è a Padova, presso l’Ospedale Busonera. Sempre a Padova sono inoltre operanti i suoi Centri di Radioterapia e i Laboratori. Altri centri operativi sono poi a Castelfranco Veneto (TV), presso l’Ospedale San Giacomo e a Monselice (PD), presso gli Ospedali riuniti di Padova Sud.

Nel 2023 lo IOV ha registrato oltre 9.200 ricoveri, dal 2021 al 2023 ha effettuato da 44.987 a 57.242 trattamenti chemioterapici (+11,91%), da 36.063 a 42.678 prestazioni progetto “screening” ricerca papillomavirus (HPV) (+16%) e da 304 a 517 interventi di chirurgia robotica (+12,15%) collezionando, nel triennio, oltre 1000 pubblicazioni scientifiche (IOV, 2024)⁶. Nel 2022, aveva ottenuto complessivamente 19,324 mln di euro per la ricerca, di cui 7,3 mln da privati, 0,426 mln da Regione ed altri enti, 5,033 mln per progetti finalizzati, 2,8 mln dal sistema “cinque per mille”, 3,7 mln dal Ministero della Salute (IOV, 2024)⁷.

6.2. *Gli IRCCS privati*

Come già visto, la maggioranza degli IRCCS in Italia appartiene al settore privato. In termini di posti letto, questo significa che circa il 18,3% del totale dei posti letto è detenuto da IRCCS privati, e nel campo della riabilitazione ospedaliera la percentuale dei posti letto detenuta dagli IRCCS privati sale al 23,4% (CERGAS – Bocconi, 2023)⁸. Gran parte di queste strutture appartiene a istituzioni religiose (Borzi, 2020)⁹.

Anche il Veneto rientra in questa statistica, se si tiene conto che 3 IRCCS su 4 sono di carattere privato e che, al di là delle forme giuridiche assunte dagli Istituti che saranno di seguito illustrati, fanno tutti capo a Congregazioni religiose.

⁶ Cfr. <https://www.ioveneto.it/chi-siamo/>.

⁷ Cfr. <https://www.ioveneto.it/ricerca/scientific-report/risorse-per-la-ricerca/>

⁸ Cfr. CERGAS – Bocconi, *Rapporto OASI 2023*, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, Milano, novembre 2023, p. 152.

⁹ Borzi N., *Sanità, il fronte caldo del terzo settore*, in “Valori, Notizie di finanza etica ed economia sostenibile”, 28 aprile 2020, <https://valori.it/sanita-terzo-settore-non-profit/>.

6.2.1. IRCCS San Camillo S.r.l.

Il primo degli IRCCS privati (il secondo sul portale della Regione Veneto dedicato agli IRCCS)¹⁰ è l'Ospedale San Camillo del Lido di Venezia, inaugurato nel 1928 dall'allora Cardinale di Venezia, Pietro La Fontaine con la denominazione di "Istituto Eliomarino dei Padri Camilliani" e riconosciuto quale IRCSS il 18 marzo 2005.

Con DD.MM. Salute 15 luglio 2020 e 23 settembre 2023 viene attestata, rispettivamente, la costituzione in ramo d'azienda e società a responsabilità limitata "San Camillo IRCCS S.r.l" nell'ambito della "Fondazione Opera San Camillo" e la cessione delle rispettive quote alla Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia, come pure l'afferenza alla sola area tematica "riabilitazione". Conta 109 posti letto, dispone di 47 ricercatori e 12 unità di "personale di supporto" e di una Residenza Sanitaria Distrettuale (RSD), destinata alle persone, soprattutto anziane, non autosufficienti che avessero bisogno di assistenza sanitaria non erogabile come servizio a domicilio e per soggetti dimessi dai reparti ospedalieri per i quali fosse previsto un periodo di ricovero all'interno di una struttura intermedia di post-acuzie. (Bilancio sociale 2022). Le principali aree di ricerca sono biomedicina, neuroscienze, riabilitazione motoria e cognitiva, con 53 pubblicazioni scientifiche nel 2022.

L'attività clinico assistenziale è erogata da tre Unità operative complesse (UOC) che costituiscono l'unico Dipartimento di neuroriabilitazione: mielolesioni e sclerosi multipla; malattie cerebrovascolari; gravi cerebrolesioni acquisite.

Il numero dei ricoveri è sceso da 600 nel 2020 a 423 nel 2022. La percentuale dei pazienti provenienti da località poste al di fuori della Regione Veneto è pari al 6%.

Le prestazioni ambulatoriali sono salite dalle 17.770 del 2020 alle 19.679 del 2022.

Il volume d'affari raggiunto nel 2023 è di circa 14,6 milioni di euro (Ufficio Camerale di Venezia, 2024).

6.2.2. IRCCS E. Medea – La nostra Famiglia

L'IRCCS Eugenio Medea dell'Associazione "La nostra famiglia" (ente ecclesiastico civilmente riconosciuto), ha ricevuto il riconoscimento ministeriale nel 1985 per la disciplina "medicina della riabilitazione", ha sede principale a Bosisio Parini (LC) – Lombardia e altre sedi e poli scientifici in Puglia e Friuli-Venezia Giulia¹¹.

¹⁰ Cfr. <https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/irccs>.

¹¹ L'Istituto "E. Medea" dell'Associazione "Nostra famiglia", nasce dalla fondazione, a Ponte Lambro (LC), nel 1946, della comunità delle "piccole Apostole della Carità", ad opera di don Luigi Monza e dell'Associazione "Nostra famiglia". La comunità fu eretta a Istituto Secolare di diritto diocesano il 18 gennaio 1950. Fu l'incontro tra

In Veneto, svolge la sua attività a Conegliano e Pieve di Soligo, entrambe le sedi in provincia di Treviso.

La sua attività scientifica si articola su quattro linee di ricerca: 1) *Neuroscienze cliniche dell'età evolutiva in ambito neuro-riabilitativo (Neuropatologia, Neurofisiopatologia e Riabilitazione)*; 2) *Psicopatologia dello sviluppo, psicopatologia del contesto socio ambientale e dei processi educativi con ricadute riabilitative*; 3) *Neurobiologia, Biologia Computazionale e Farmacologia*; 4) *Tecnologie applicate (Neuroimaging, Bioingegneria, Robotica)*.

Con particolare riferimento ai due poli ricerca del Veneto – Conegliano e Pieve di Soligo, entrambi costituenti Unità di III livello – l'attività di ricerca è concentrata sull'area “Gravi Disabilità dell'età Evolutiva” e “Gravi Disabilità dell'età evolutiva”, producendo – nel triennio 2018 – 2020 n. 2.046 progetti riabilitativi e 6.027 profili funzionali ICF¹².

L'attività di ricerca, condotta da complessivi 60 ricercatori su 77 totali, ha prodotto nel triennio in esame 405 pubblicazioni.

L'Istituto ha siglato accordi di collaborazione con il Children's Hospital Medical Center di Cincinnati e con la Yale University (U.S.A.), con il King's College di Londra e l'Università di Reading (U.K.)

Per tali attività l'Istituto ha ricevuto nell'anno 2020 contributi per complessivi 4,255 mln euro (Ministero Salute, Verbale Commissione di valutazione, 24 marzo 2022).

Per quanto concerne l'assistenza sanitaria, i due poli dispongono complessivamente di 35 posti letto ed hanno ricevuto nel 2020, contributi per complessivi 5,3 milioni di euro, di cui 5,1 mln dal SSN¹³.

Il Conto economico 2020 registra un “Valore della Produzione” di 26,9 mln di euro, di cui 19,8 mln di euro per “Ricavi da prestazioni” (Ministero Salute, Verbale Commissione di valutazione, 24 marzo 2022).

6.2.3. IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria

L'IRCCS “Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria” della Congregazione dei Poveri Servi della Divina Provvidenza – Casa Buoni Fanciulli, con sede a Negrar di Valpolicella (VR), fondato nel 1922 è stato riconosciuto Istituto di ricovero e cura

il prelado e il prof. Eugenio Medea, psichiatra, neurologo, cofondatore della Lega italiana di igiene mentale, in quella circostanza, a dar vita all'istituzione di un vero e proprio Centro regionale di accoglienza per bambini in difficoltà, in quegli anni ancora rinchiusi in ospedali psichiatrici o in istituti non specializzati. L'ultimo decreto ministeriale di conferma è del 2021.

¹² ICF: International classification of functioning, disability and health. Fonte: WHO, *ICF short version: international classification of functioning, disability and health*, 2008.

¹³ Non sono disponibili i dati sui ricoveri ordinari e sulle prestazioni di tipo “Day hospital” dei due poli veneti.

a carattere scientifico per la disciplina “malattie infettive e tropicali” con D.M. Salute 23 maggio 2018 e confermato con ulteriore D.M. 27 luglio 2021.

L’Ospedale è situato all’interno della “Cittadella della carità”, una sorta di “*Health Care Center*” dove coesistono un’area sanitaria ed un’area socio-sanitaria, per un totale di 968 posti letto (549 dedicati all’area sanitaria).

L’area sanitaria registra un totale di 30.650 ricoveri nel 2022, di cui 1.404 per la disciplina “malattie infettive tropicali” e di 29.900 ricoveri nel 2020, con 22.450 interventi chirurgici, mentre le prestazioni ambulatoriali ammontano a 1.318.401 nel 2022 e a 1.340.914 nel 2023 (dati forniti direttamente dall’Istituto con nota del 20 novembre 2024).

Con riguardo all’attività di ricerca è andata crescendo nel corso degli anni; in particolare, nella disciplina di riconoscimento la ricerca si è sviluppata lungo due linee principali: a) Global Health: malattie trasmissibili e legate alla mobilità umana che punta all’acquisizione di dati clinici ed epidemiologici sulle malattie infettive, ad affinare gli strumenti diagnostici e di cura, a studiarne la fisiopatologia e l’impatto sulla salute umana, e a studiare la risposta immunologica, sia spontanea che indotta dai vaccini; b) Neglected Infectious and Tropical Diseases dedicata a malattie che sono spesso endemiche in molti dei paesi più poveri del mondo e che riguardano anche i migranti e i viaggiatori internazionali. Le aree di ricerca più esplorate sono gli aspetti epidemiologici, la diagnostica, l’approccio clinico. Nel 2023 l’Impact Factor normalizzato secondo i criteri del Ministero della Salute (Programmazione Triennale 2022-2024 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)) era di 509, in aumento rispetto agli anni precedenti.

Inoltre, l’IRCCS ha sviluppato nel percorso oncologico importanti professionalità che, supportate dalle migliori tecnologie, svolgono attività clinica e di ricerca con particolare propensione alla multidisciplinarietà (GOM) nella presa in carico del paziente con diagnosi di cancro.

Di particolare interesse appare l’iniziativa “*Dall’ospedale al rientro a casa: la presa in carico della persona con lesione midollare*”, a cura dell’Unità Spinale dell’Istituto (12 ottobre 2024), che

riguarda i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti che tornano a casa dopo un trattamento presso strutture altamente specializzate per la cura di tali lesioni. La nuova quotidianità presenta deficit motori e sensibilità più o meno consistenti a seconda del livello neurologico e della completezza della lesione midollare (tetraplegia, paraplegia, etc.). Le complicanze che possono presentarsi richiedono un’adeguata presa in carico da parte del territorio ossia, in primo luogo dalle reti ambulatoriali e dai medici di medicina generale.

Nel Capitolo 1, par. 1.5. avevamo citato analoga iniziativa condotta dall'Università di Toronto (vedi *infra*), denominata “*Hospital-to-Home Transitions*” e concernente i programmi di reinserimento nel contesto familiare e sociale dei pazienti più anziani dimessi dalle strutture ospedaliere (Nelson et al, 2024). Ciò che conferma quanto il Terzo Settore sembri dedicarsi a campi dell'assistenza sanitaria non raggiunti dal settore pubblico e considerati poco remunerativi da quello privato (patologie croniche, cura della depressione e della salute mentale in genere in Francia, Germania e Finlandia), o a particolari servizi per specifiche categorie di pazienti (ad es., quelli oggetto del programma “*Hospital-to-Home Transitions*”).

In ogni caso, l'ICRSS Sacro Cuore Don Calabria ha registrato nel 2019 entrate totali (Valore della produzione) per 201.790.055,60 euro (di cui 169.942.627,24 euro a carico del S.S.N. e 7.825.751,08 a carico di privati) concludendo l'esercizio finanziario con un saldo attivo (stimato) di circa 2,9 milioni di euro (Ministero Salute, Verbale Commissione di valutazione DD. 2020)¹⁴.

¹⁴ Benché più volte sollecitato, l'Istituto non ha fornito i dati di bilancio successivi all'anno 2019.

7.

LA RETE AMBULATORIALE ETS

7.1. Distribuzione geografica

Nei Capitoli precedenti abbiamo illustrato le linee guida della struttura e del funzionamento del SSR Veneto, evidenziando come esso si regga su un complesso equilibrio tra operatori del comparto sanità (pubblici, privati, privati accreditati, non profit) nelle reti ospedaliere (Aziende ospedaliere, Ospedali di Comunità) e ambulatoriali, oltretutto, come nel resto d'Italia, sui medici di medicina generale.

Abbiamo in parte già visto il ruolo degli enti del Terzo settore¹ nell'ambito delle reti ospedaliere, ivi inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e in quella sede avevamo anche fatto cenno ad alcuni esempi di strutture ambulatoriali affidate ad operatori ETS. È venuto il momento di parlare di queste strutture in maniera più diffusa e approfondita.

La loro distribuzione sul territorio veneto è sintetizzata nella Tabella 22 e nella Figura 27.

Essi rappresentano, probabilmente, l'ultimo anello di quel percorso di integrazione socio – sanitaria propugnata dalla Regione sin dalla L.R. 78/1979, poi modificata dalla L.R. n. 56/1994 (art. 8, co. 2 e 11), e implementata dalle DGR 614/2019 e 1030/2021. Quest'ultima, in particolare, ha formalmente autorizzato “*le ULSS all'attivazione di forme di collaborazione con Enti del Terzo Settore, aventi specifica esperienza, al fine di agevolare l'accesso alle cure per le persone in condizione di povertà sanitaria, mediante la stipula di convenzioni annuali, eventualmente rinnovabili*”; e incaricato la Direzione Programmazione Sanitaria alla cura degli atti conseguenti alla “*conferma della validità del Protocollo di Intesa tra Regione Veneto ed Emergency ONG Onlus*” (Cusinato – Rigoli, 2023; Pisani – De Corte, 2023).

¹ Sull'espressione “Terzo settore” si rinvia alle precisazioni già effettuate nel Cap. 1, nota 10.

Delle 13 strutture menzionate nella Tabella, le prime due – gli Ambulatori di prossimità di Castelfranco Veneto e Montebelluna – ULSS 2, Provincia di Treviso – nascono entrambe da un’iniziativa di co-progettazione del Centro Servizi di Volontariato di Belluno Treviso (ETS nato nel 1997, ricostituito nel 2020 e operativo dal 2021) e la ULSS 2 Marca Trevigiana, per la promozione, orientamento, animazione territoriale, per dare visibilità ai valori del volontariato e all’impatto sociale dell’azione volontaria nella comunità. Hanno sede, rispettivamente, presso l’Ospedale di Castelfranco Veneto e presso il Palazzo ex-Inam di Montebelluna e hanno avuto un ruolo di rilievo, nella fase di accoglienza dei cittadini Ucraini dopo il 22 febbraio 2022. L’Ambulatorio di Castelfranco Veneto offre servizi di medicina generale e piccole prestazioni infermieristiche alle persone, italiane e straniere, prive del medico di medicina generale. Fornisce

farmaci essenziali. I medici sono dotati di ricettario regionale e possono prescrivere farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici per cure essenziali o continuative. I suoi volontari istruiscono le pratiche per l’ottenimento della tessera STP/ENI² (Straniero Temporaneamente presente sul territorio/Cittadino europeo non iscritto nel Servizio Sanitario Nazionale/).

L’Ambulatorio di Montebelluna è anch’esso in regime di convenzione con la ULSS 2 dal 2022 e svolge gli stessi servizi di quello di Castelfranco Veneto.

Il Poliambulatorio “Emergency”, è nato nel 2010 a Venezia Marghera, dall’omonima ONG, per l’implementazione del “Programma Italia” dell’Organizzazione, avviato nel 2006 a Palermo, programma che copre attualmente diversi ambulatori fissi e mobili in 6 regioni italiane³.

È il secondo convenzionato con il SSR Veneto (USSL 3 – Serenissima), dopo quello “Caritas” di Padova, che opera dal 1998.

All’interno del poliambulatorio di “Emergency” sono offerti i seguenti servizi:

- medicina generale;

² STP: Straniero Temporaneamente presente sul territorio; ENI: Cittadino europeo non iscritto nel Servizio Sanitario Nazionale.

³ Le Organizzazioni Non Governative (ONG), che trovano il primo riconoscimento normativo in Italia con la L. 9 febbraio 1979, n. 38 recante “Cooperazione dell’Italia con i Paesi in via di sviluppo” ed una più organica disciplina con la L. 26 febbraio 1987, n. 49, recante “Nuova disciplina della cooperazione dell’Italia con i Paesi in via di sviluppo”, pur essendo sicuramente annoverabili tra gli enti non profit, non sono contemplate dal Codice del Terzo settore, del quale possono entrare a far parte adeguando i loro statuti ai sensi del Codice del Terzo Settore come interpretato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nella nota n. 4787 del 22 maggio 2019. La legge 125/2014 che ha innovato la cooperazione internazionale introduce il riconoscimento come Organizzazione della Società Civile (OSC) che include tra gli altri anche le Organizzazioni Non Governative (ONG) “storiche”. Per un approfondimento circa l’attività di assistenza sanitaria che esse svolgono in Italia a favore dei migranti e per i loro rapporti con la pubblica amministrazione, si rinvia al pregevole studio di Santuari A., in Sanità Pubblica e Privata, n. 2/2020, nei Riferimenti bibliografici del presente volume.

- pediatria, con accompagnamento per l'intero percorso socio-sanitario del bambino (vaccinazioni, bilanci di salute, educazione alimentare, educazione all'igiene orale);
- prestazioni infermieristiche, inclusi eventi dedicati alla prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili, ad alimentazione, igiene, gestione di patologie croniche, per singoli pazienti o gruppi;
- odontoiatria, incluse cure conservative-endodontiche, chirurgiche, estrattive, ablazione tartaro e momenti educativi sull'igiene orale, per singoli e gruppi;
- fornitura lenti oftalmiche;
- orientamento socio – sanitario, inclusa la mediazione linguistica;
- ascolto psicologico;
- educazione e formazione sanitaria.

Il personale dipendente comprende 2 medici, 1 infermiere, 4 mediatori culturali, 1 assistente alla poltrona odontoiatrica, 1 addetto alle pulizie.

Il personale volontario è costituito da 22 medici (internisti, pediatri, odontoiatri), 2 psicologi, 7 infermieri e 13 volontari non sanitari.

Tutti i servizi sono erogati gratuitamente.

Sempre nell'ambito della ULSS 3 Serenissima opera l'Ambulatorio Solidale "A. Monterosso" di Venezia Mestre, creato nel 2016 e gestito dal "Circolo Auser diritti del malato" Odv, il quarto nella Tabella 22.

Spostandoci nella circoscrizione della ULSS 5 Polesana (Provincia di Rovigo) troviamo l'Ambulatorio di Medicina di base "Sant'Andrea" in Rovigo gode di una convenzione stipulata con la ULSS 5, ai sensi della DGR 1030/2021. Nella struttura, creata dalla Caritas diocesana di Adria-Rovigo, e gestita da "Il Manto di Martino ETS", che ne è il braccio operativo, operano 4 medici volontari, un giorno a settimana, in concomitanza con il "servizio docce". Fornisce assistenza di medicina generale alle persone (soprattutto stranieri privi di permesso di soggiorno e/o in possesso di codice STP/ENI) prive di un medico di base.

Nella Provincia di Padova (ULSS 6 Euganea) troviamo il "Servizio Sanitario delle Cucine Economiche Popolari", opera della Chiesa cattolica di Padova, che svolge attività socio-sanitaria a favore di persone che vivono una situazione di disagio sociale, economico e sanitario.

Grazie alla firma di apposito Protocollo d'intesa con la USSL 6 nell'ottobre 2019, il Servizio fornisce assistenza sanitaria a indigenti italiani e stranieri, con l'obiettivo di promuovere la salute pubblica. Il Protocollo, oltre a riconoscere e regolarizzare il servizio, prevede la fornitura di alcuni farmaci di fascia A (altri vengono donati grazie alla collaborazione con Fondazione Banco Farmaceu-

tico Onlus) e la possibilità di inviare le persone all'Ufficio "Spazio Ascolto per Stranieri" per le prescrizioni farmaceutiche e la relativa presa in carico. Dal 1° gennaio 2019, le CEP sono gestite dalla Fondazione Nervo Pasini, iscritta al RUNTS dal settembre 2022.

Nell'ambito della circoscrizione della ULSS 6 Euganea (Provincia di Padova) troviamo, inoltre, il già citato Poliambulatorio "Caritas", nato da una collaborazione tra l'Amministrazione Comunale e la Caritas diocesana di Padova, gestito dall'Associazione Adam Onlus (iscritta all'Anagrafe delle Onlus nel 2008) dal 2014. Nel mese di dicembre 2022, l'associazione Adam ha firmato una convenzione con l'ULSS 6 Euganea. La struttura, in cui operano 8 medici odontoiatri, 1 oculista, 2 assistenti alla poltrona, 1 tecnico radiografico, 1 tecnico riparatore, fornisce prestazioni di odontoiatria e oculistica. Due laboratori odontotecnici forniscono, inoltre, protesi mobili gratuite e si avvalgono di montature per occhiali e lenti gratuite fornite da vari centri ottici locali.

L'utenza è perlopiù costituita da cittadini stranieri irregolarmente soggiornanti, oppure muniti di tessera STP/ENI, cittadini senza fissa dimora, sia italiani che stranieri, minori in condizioni di povertà segnalati dai servizi sociali del comune di Padova.

Da ultimo, mette conto segnalare l'associazione "Medici in strada" costituitasi nel 2017 a Padova come Odv e iscritta al RUNTS, che gestisce il "Camper mobile", che staziona in luoghi frequentati nei diversi quartieri della città. I medici effettuano i primi controlli per avvicinare le persone che altrimenti non si rivolgerebbero ai sanitari e, ove del caso, forniscono le proprie prestazioni sanitarie, in modo assolutamente gratuito.

Nella Provincia di Vicenza (ULSS 8 Berica) troviamo l'"Ambulatorio popolare Caracol Olol Jackson" nato come Onlus nel 2018, con sede a Vicenza, che dal marzo 2021 è autorizzato allo svolgimento di attività di assistenza sanitaria, in forza di apposita convenzione con la ULLS 8.

È dotato di un ambulatorio di Medicina generale, con sei medici che forniscono prestazioni di odontoiatria, pediatria, otorinolaringoiatria, ginecologia, oculistica, terapia del dolore, diabetologia, infettivologia e psicoterapia, nonché di uno Sportello di accoglienza, che svolge servizi di informazione psicosociale.

Nella circoscrizione della ULSS 8 Berica si trova anche l'"Ambulatorio della Croce Rossa Italiana" di Bassano del Grappa, che fa capo al locale Comitato della Croce Rossa. Creato nel 1984, dal 2007 gestisce anche un centro STP (stranieri temporaneamente presenti). Dopo l'esperienza Covid-19, l'ambulatorio è stato riorganizzato come "Ambulatorio di prossimità" (All. A alla D.G.R.

28 luglio 2021 n. 1030) in grado di fornire un servizio medico-infermieristico gratuito e libero, che il Comitato mette a disposizione del territorio con l'obiettivo di rispondere alle esigenze di primo livello e di base, dal punto di vista socio-sanitario, rivolto principalmente alla popolazione vulnerabile.

Questi i servizi di assistenza sanitaria forniti:

- attività medico-infermieristiche di base, come misurazione dei parametri vitali, rilevazione della glicemia capillare, medicazioni semplici e avanzate, rimozione punti di sutura, attività di consulenza medico-specialistica di igiene e medicina preventiva, chirurgia generale, cardiologia (con esecuzione di elettrocardiogramma), ortopedia, ematologia, medicina interna e generale, dermatologia e pediatria;
- assistenza socio-sanitaria alle persone con tessera STP, in convenzione con l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, con consulenza di "*medical-advocacy*", assistenza amministrativo-burocratica agli indigenti e mediazione culturale;
- Servizio di sportello sociale: punto di contatto informativo e di orientamento ai servizi territoriali alla persona e sociali, in genere. Opera in collaborazione con i servizi sociali dei Comuni.

L'ambulatorio dispone di 30 volontari, di cui 11 medici (incluso un pediatra, un cardiologo, un chirurgo, un ortopedico, un internista, un ematologo, un dermatologo) e 8 infermieri.

Nella USSL9 Scaligera (Provincia di Verona) troviamo il "Centro Salute Immigrati – CESAIM" OdV istituito nel 1993 a Verona, per iniziativa della Consulta Comunale delle Associazioni Femminili e di un gruppo di medici e infermieri volontari della città scaligera, iscritta al RUNTS. Dal 2001, il CESAIM OdV ha in essere esiste una convenzione con la USSL scaligera (ora USSL 9) che mette a disposizione del Centro gli spazi necessari allo svolgimento dell'attività ambulatoriale.

Si avvale di 76 volontari: 52 medici (di cui 36 specialisti), 14 infermieri e 10 volontari di segreteria.

Svolge:

- attività di medicina generale ad accesso diretto;
- assistenza specialistica (pediatria, cardiologia ed ecocardiografia, ematologia, endocrinologia, epatologia, ginecologia, infettivologia, nefrologia, neurologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, psichiatria e dipendenze, psicologia, urologia);
- prestazioni infermieristiche;
- ecografia;
- distribuzione di farmaci (l'ambulatorio è dotato di una farmacia interna).

L'utenza è per lo più costituita da cittadini italiani privi di regolare iscrizione al SSN, in possesso o meno di tessera STP / ENI.

Sempre nella circoscrizione della ULSS 9 troviamo lo "Sportello medico" suddiviso in due spazi, aperti rispettivamente nei due conventi di Barana e San Bernardino (Provincia di Verona) dall'Organizzazione di Volontariato "Medici per la pace", nata nel 2022 a Verona, dove ha sede ed iscritta al RUNTS.

Si avvale di 22 medici (di cui 12 specialisti) e 4 infermieri.

Svolge attività ambulatoriali di I livello a persone senza dimora e in condizioni di disagio socio-economico.

Queste le attività svolte:

- *Visite mediche di base* con raccolta anamnestica e della documentazione sanitaria in una cartella informatizzata, in modo da garantire una corretta gestione delle informazioni di salute e una continuità della presa in carico;
- *Triage*, consistente nella valutazione di anamnesi, segni e sintomi, al fine di identificare situazioni potenzialmente pericolose e/o che richiedono l'invio al SSN, talora con carattere di urgenza;
- *Prestazioni terapeutiche di base* (a titolo di esempio, medicazioni di ferite, rimozione di punti di sutura, fornitura di farmaci come antibiotici, antidolorifici, antipiretici per un ciclo di cura, ecc.);
- *Counseling socio-sanitario*: avvicinamento e orientamento degli utenti, laddove necessario, a servizi specializzati per la presa in carico multiprofessionale (es. Unità di alcolologia, Servizio Dipendenze, Centro di Salute Mentale, Centro antidiabetico, ecc.);
- *Realizzazione di programmi di screening* per il contrasto alla tubercolosi (radiografia al torace) e di campagne vaccinali (Covid-19, antinfluenzale, anti-pneumococco);
- *Counseling amministrativo* finalizzato a ottenere i documenti necessari per l'accesso al SSN.

Alle strutture sopra menzionate debbono aggiungersi:

- il recentissimo Ambulatorio Caritas "Senza confini" di Venezia Mestre, che ha avviato la sua attività gratuita il 10 gennaio 2023, offrendo servizi di medicina generale, visite specialistiche (Chirurgia, Cardiologia, Dermatologia, Diabetologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia e Oculistica) e assistenza infermieristica, in virtù di una convenzione siglata con la ULSS 3 Serenissima, ai sensi della DGR 1030/2021;
- Ambulatorio CRI Vicenza, i due Ambulatori "Salute solidale" di Vicenza e Valdagno (9 settembre 2022, gli ultimi due nella provincia di Vicenza, gesti-

ti dall'omonima Odv, nata nel 2014 (Cusinato – Rigoli, 2023) e realizzati con il contributo del Rotary Club Valle dell'Agno e di circa 70 medici volontari.

In totale, dunque, la Regione Veneto registra 17 strutture tra “*Ambulatori di prossimità*”, “*Ambulatori mobili*” e “*Servizi*”, gestiti da enti privati non profit: enti ecclesiastici civilmente riconosciuti e/o organizzazioni di volontariato, ad ispirazione per lo più religiosa o laica.

La Figura 27 in Appendice mostra come la rete ambulatoriale ETS integri in modo più che appropriato la rete ospedaliera (pubblica, privata accreditata, privata “*tout court*” e non profit) evidenziata nella Figura 26, che interessa soprattutto le province di Venezia, Padova, Verona, dove peraltro esistono strutture ospedaliere universitarie o Istituti di Ricovero e cura di eccellenza (IRCCS).

Di contro, la sovrapposizione delle due figure 26 e 27 evidenzia le criticità afferenti alla USSL 1 Dolomiti (provincia di Belluno), ove le sole strutture esistenti sono costituite dai quattro “Presidi Ospedalieri in zona disagiata” di Agordo, Pieve di Cadore, Asiago e Cortina (Allegato A D.G.R. 614 14 maggio 2019) tutti pubblici. Nell'area ora indicata non risulta, al momento, nessuna struttura ambulatoriale “*di prossimità*” o “*mobile*”, pubblica o privata (for-profit o non profit).

7.2. Utenza

La Tabella 22 in Appendice fornisce, come già visto, l'elenco delle strutture ambulatoriali ETS esistenti nella Regione Veneto ed operanti secondo il regime dell'“accreditamento” o delle “convenzioni”, (art. 55, co. 4, e 56 CTS), quest'ultime riservate alle sole organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS). Si tratta di strumenti finalizzati allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato.

Nell'elenco mancano soltanto quelle di fatto operanti dalla fine del 2022 (4 in tutto), ma dotate di analoghe caratteristiche.

La Tabella mostra anche il dato quantitativo dell'utenza: cittadini italiani e stranieri che, per le più svariate ragioni non accedono agli ordinari strumenti di registrazione predisposti dal SSN.

Si tratta di 40.122 persone, se si fa partire la rilevazione dal 1998 (Poliambulatorio Caritas di Padova), o poco meno di 35.000 se la rilevazione iniziasse dal 2010 (Poliambulatorio Emergency di Venezia Marghera), con una media stori-

ca stimata di utenti pari a 5.575 persone per anno sull'intero territorio veneto, 6.582 nell'anno 2022.

La provenienza dei cittadini stranieri fruitori è invece rappresentata dalla Figura 28 in Appendice.

Secondo la rilevazione operata su base percentuale (Cusinato – Rigoli, 2023) la maggior parte di utenti proviene dal continente africano (44,63%); al secondo posto si trova l'Europa (Italia esclusa) che registra una percentuale del 27,69%, poi l'Asia per il 17,44%, poi l'Italia per il 7,52%, poi le Americhe, per il 2,71% e infine l'Oceania per lo 0,1%, dato quest'ultimo presso che irrilevante e perciò non riportato nella torta, ma solo nella Legenda.

Alcune precisazioni sono necessarie. In primo luogo, colpisce il dato degli utenti europei (quasi un terzo), i quali o sono "*cittadini comunitari per i quali non è previsto il rilascio di un permesso di soggiorno, spesso occupati nelle attività lavorative stagionali e lavoratrici domestiche in convivenza*" (Cusinato – Rigoli, 2023), oppure extra – UE (provenienti per lo più dall'Albania e dai Paesi dell'Est Europa) e non in possesso dei requisiti per l'iscrizione nelle categorie di stranieri temporaneamente presenti (STP), o ancora cittadini europei che, pur essendo regolarmente presenti sul territorio non sono iscritti nel Servizio Sanitario Nazionale (ENI), perché le categorie sopra menzionate sono riservate unicamente agli "irregolari". Colpisce anche il dato dei cittadini italiani – 3.174, pari al 7,52%⁴ – presenti soprattutto nelle province di Venezia, Verona e Rovigo, ma in esse non residenti e perciò privi di tessera sanitaria.

Per gli stranieri provenienti dal continente africano le comunità più numerose sono quelle del Marocco (16,07%), seguite dalla Nigeria (15,14%) e dalla Tunisia (4,47%)⁵.

Per gli stranieri provenienti dall'Asia le comunità più numerose sono quelle del Bangladesh (5,86%) e Pakistan (5,82%)⁶.

Comparando la Tabella 21 sopra menzionata con la Tabella 23, che riporta la composizione percentuale delle patologie rilevate negli utenti degli ambulatori ETS in Veneto e nei pazienti stranieri dimessi dagli ospedali in Italia (anni 2021 – 2022), emerge un quadro patologico dei pazienti degli ambulatori ETS nel 2022 notevolmente diverso rispetto a quello dei pazienti omogenei dimessi l'anno prima dagli ospedali sull'intero territorio nazionale. Questi ultimi infat-

⁴ Fonte: ISTAT, *Censimento della popolazione 2021*.

⁵ I dati riportati rappresentano la percentuale di utenti dei vari ambulatori ETS appartenenti ad una certa comunità sul numero di totale di utenti.

⁶ Anche in questo caso le percentuali si riferiscono alla percentuale dei fruitori appartenenti ad una certa comunità rispetto al totale dei fruitori.

ti sono generalmente caratterizzati da una minore severità delle patologie e/o dalla possibilità di eseguire le cure a domicilio.

Le differenze sono evidenziate in giallo nell'ultima colonna della tabella.

Dal raffronto risultano non solo raddoppiate le caselle (in giallo) delle patologie "sensibili", ma anche rilevate patologie che non avevano destato interesse nell'altra rilevazione. Tra le situazioni di rilievo, le "Patologie muscoloscheletriche e connettivali" (+7,65%), le "Altre cause esterne di morbilità e mortalità", le "Dermatopatie" (Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo: +6,32%), le "Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche" (+4,59%), prima non rilevate.

La conclusione che se ne può trarre è che la rete ambulatoriale ETS ha non soltanto consentito di coprire fasce della popolazione non altrimenti raggiungibile dal SSN o dal SSR, ma anche di contribuire al monitoraggio dell'effettivo stato di salute della popolazione insistente sul territorio.

E questo è indubbiamente un altro "valore aggiunto" del modello di integrazione socio – sanitaria della Regione Veneto.

8. I SERVIZI DI OSPITALITÀ

8.1. *L'assetto organizzativo e pianificatorio dei servizi sociali*

A livello nazionale, l'assetto degli interventi e servizi sociali è regolato dalla L. 8 novembre 2000, n. 328, recante “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*” che, all’art. 1, commi 4 e 5, prevede rispettivamente:

- “*Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell’ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”;
- “*alla gestione ed all’offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata*”.

Il successivo art. 8, co. 3, lett. b) e h) (Funzione delle regioni), stabilisce, tra l’altro, che alle Regioni “*spetta in particolare l’esercizio delle seguenti funzioni: [...] b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, [omissis] sanità*”; h) *definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni*”.

Infine, per quanto qui ci occupa – i servizi di ospitalità – l’art. 22 della menzionata legge quadro, nel definire il sistema integrato di servizi e interventi sociali, comprende l’erogazione delle seguenti prestazioni (comma 4, lett. c), d) ed e): “*c) assistenza domiciliare; d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario*” (Balboni et al, 2003; Coen L., 2020; Franca, 2020).

Ci permettiamo di richiamare la legge quadro a proposito dei servizi di ospitalità, in primo luogo perché questi ultimi, pur non rientrando strettamente nell’ambito degli “*interventi e prestazioni sanitarie*” che il CTS, all’art. 5, lett. b) considera “*attività di interesse generale*” esercitabili dagli ETS, eventualmente avvalendosi delle procedure di cui agli artt. 55 e 56 dello stesso Codice (co-programmazione, co-progettazione, accreditamento e convenzionamento)¹, sono ad essi strettamente connessi. Si pensi, ad esempio, all’esigenza alloggiativa dei familiari dei pazienti costretti alla mobilità interregionale per la fruizione di interventi e prestazioni sanitarie non disponibili nella regione di residenza, tali da comportare una permanenza fuori sede anche protratta nel tempo, oppure ai nuclei familiari che versino in condizioni di particolare fragilità sociale. Un sistema integrato di interventi e servizi sociali, che comprende tra essi il comparto sanità, non solo non trascura questi aspetti, ma ne prevede, appunto, l’organizzazione, promuovendo al riguardo la partecipazione di coloro che oggi rientrano nell’ampia platea degli enti del Terzo settore.

In secondo luogo, la ricognizione normativa è dovuta alla recentissima L.R. 4 aprile 2024, n. 9, la quale nel definire l’“*Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali*” della Regione Veneto, richiama la citata legge quadro 328/2000 promuovendo (art. 1, commi 2 e 3) “*il concorso delle istituzioni pubbliche, delle formazioni sociali, dei singoli cittadini, delle famiglie e degli Enti del Terzo Settore, di seguito ETS*” [...] nella “*costruzione di processi partecipati e l’integrazione con gli interventi e servizi sanitari, socio-sanitari, [omissis] e comunque con tutte le materie attinenti alle politiche di welfare per garantire una pianificazione e programmazione più rispondenti al contesto territoriale, nel rispetto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, di seguito LEPS*”.

A tal fine la legge regionale istituisce (art. 9) gli Ambiti territoriali sociali, costituiti di norma dai comuni compresi in una certa ULSS, e (art. 14) la Rete regionale per la gestione associata e l’inclusione sociale, quale organismo di

¹ Come noto, la procedura di convenzionamento, ex art. 56 CTS – Convenzioni, è peraltro riservata alle sole Organizzazioni di volontariato e Associazioni di promozione sociale.

partecipazione e confronto regionale degli ATS, al cui interno sono invitati a partecipare “*tre rappresentanti individuati dalle organizzazioni rappresentative degli ETS*”.

Con particolare riguardo all’organizzazione dei servizi di ospitalità, le questioni che vengono in rilievo sono legate agli attori economici interessati e alle modalità di partecipazione all’organizzazione dei servizi appena individuati.

Questo perché nell’espressione “Enti del terzo settore” sono ricompresi “*organismi della cooperazione, le associazioni e degli enti di promozione sociale, le fondazioni le organizzazioni di volontariato, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose*” citati dall’art. 1 della citata legge quadro ai quali vanno aggiunti, in forza del D. Lgs. 112/2017 le imprese sociali, non meno che gli enti privati, enti cioè cui corrispondono modalità diverse di rapportarsi con gli enti pubblici, da quelli regionali a quelli comunali.

La regolazione concreta dei servizi in parola è rimessa al legislatore regionale e, come abbiamo già visto, al decisore locale il quale può affidarsi a soggetti privati e, rispetto a questi, scegliere fra l’avvio di una gara di appalto, avvalendosi del Codice dei contratti pubblici (D. Lgs. 36/2023), oppure servirsi delle procedure di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento, come previsto dal Codice del Terzo Settore (D. Lgs. 117/2017), o ancora stipulare convenzioni, come previsto da quest’ultimo Codice, rivolgendosi però in questo caso alle sole “organizzazioni di volontariato” e “aziende di promozione sociale”, con modalità che non fanno riferimento ai corrispettivi da prestazione, ma alle spese rimborsabili (Franca, 2020; Santuari, 2023), con effetti non irrilevanti sul piano della concorrenza e fors’anche sulla qualità delle prestazioni oggetto delle relative procedure.

Sulle questioni ora enunciate si è espressa la giurisprudenza amministrativa nazionale (CdS 2052/2018)², quella Costituzionale (131/2020 del 26 giugno

² Cfr. parere Consiglio di Stato – Commissione speciale, 20 agosto 2018, n. 2052, su richiesta dell’ANAC, in materia di normativa applicabile agli affidamenti di servizi sociali, alla luce del combinato disposto del vigente Codice degli appalti (D. Lgs. 50/2016) e del CTS (D. Lgs. 117/2017). Secondo tale parere “*al ricorrere di alcune condizioni la procedura di affidamento di servizi sociali disciplinata dal diritto interno non è soggetta alla regolazione di origine euro-unitaria. Ciò accade allorché: – la procedura disciplinata dal diritto interno non abbia carattere selettivo; – non tenda, neppure prospetticamente, all’affidamento di un servizio sociale; – la procedura disciplinata dal diritto interno miri sì all’affidamento ad un ente di diritto privato di un servizio sociale che, tuttavia, l’ente affidatario svolgerà a titolo integralmente gratuito*” [...] “*Nei casi di co-progettazione e partenariato, pertanto, solo la comprovata ricorrenza dell’elemento della gratuità esclude la sussunzione della procedura entro la disciplina euro-unitaria*”. Quanto poi alla procedura della convenzione, ex art. 56 CTS, il Consiglio di Stato osserva che “*il procedimento volto alla scelta dell’organizzazione di volontariato o dell’associazione di promozione sociale per la stipula di una convenzione finalizzata allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale non è permeato dal principio di concorrenzialità, ma solamente da quello di parità di trattamento*”. Nella circostanza, il CdS suggerisce di “*ben delimitare il concetto di ‘rimborso spese*”.

2020)³, espressamente richiamando quella europea (causa C-50/14, 28 gennaio 2016, causa C-113/13 dell'11 dicembre 2014)⁴, ciascuna fondando le relative pronunce alternativamente su due concetti: concorrenza e solidarietà.

Sulla base del richiamato quadro interpretativo, la più recente giurisprudenza amministrativa (Tar Toscana – Sez. I, 1° giugno 2020, n. 666)⁵ ha ripreso la tematica delle convenzioni ex art. 56 CTS, ribadendo – riprendendo quanto espresso due anni prima dal Consiglio di Stato – che il requisito della “gratuità” dell’opera prestata dalle organizzazioni di volontariato (Odv) deve essere inteso “non come “assenza di corrispettivo” ma come “non economicità” del rapporto, ovvero non idoneità dello stesso a coprire il valore dei fattori di produzione e, in particolare, della manodopera, la cui prestazione viene sorretta non da un interesse economico (come normalmente accade) ma dal un puro scopo di solidarietà sociale (che connota il fenomeno del volontariato). Ciò comporta che la convenzione non possa dar luogo a qualunque forma di diretta o indiretta remunerazione a carico del soggetto pubblico affidante, quale che ne sia la formale denominazione, al personale volontario o dipendente e direttivo dell’ente affidatario. Nel caso di specie tale condizione non può dirsi rispettata – posto che, rileva il giudice di prime cure – “la quota ampiamente maggioritaria dei docenti impegnati nei corsi di lingua offerti dalla controinteressata ha percepito e percepisce una “remunerazione” sotto forma di rimborso delle spese vive.

³ Cfr. sentenza citata in G.U. 1° luglio 2020, n. 27, Presidente Cartabia, Relatore Antonini. Nella circostanza, la Consulta richiamando la giurisprudenza dell’Unione europea, sinteticamente riportata nella nota successiva, ha evidenziato come la “dicotomia conflittuale tra i valori della concorrenza e quelli della solidarietà tenda a smorzarsi” [...] “in relazione ad attività a spiccata valenza sociale”, per le quali è rimessa alle Autorità pubbliche la possibilità di apprestare “un modello organizzativo ispirato non al principio di concorrenza ma a quello di solidarietà (sempre che le organizzazioni non lucrative contribuiscano, in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente al perseguimento delle finalità sociali)”.

⁴ Cfr. C 106/04 Gazzetta ufficiale dell’Unione europea del 21 marzo 2016 e C 46/3 del 9 febbraio 2015 Gazzetta ufficiale dell’Unione europea. Nella causa C-50/14 la Corte (Quinta Sezione) ha stabilito che 1) Gli articoli 49 TFUE e 56 TFUE devono essere interpretati nel senso che non ostano a una normativa nazionale, come quella di cui al procedimento principale, che consente alle autorità locali di attribuire la fornitura di servizi di trasporto sanitario mediante affidamento diretto, in assenza di qualsiasi forma di pubblicità, ad associazioni di volontariato, purché il contesto normativo e convenzionale in cui si svolge l’attività delle associazioni in parola contribuisca effettivamente a una finalità sociale e al perseguimento degli obiettivi di *solidarietà* ed *efficienza* di bilancio; 2) Qualora uno Stato membro consenta alle autorità pubbliche di ricorrere direttamente ad associazioni di volontariato per lo svolgimento di determinati compiti, un’autorità pubblica che intenda stipulare convenzioni con associazioni siffatte non è tenuta, ai sensi del diritto dell’Unione, a una previa comparazione delle proposte di varie associazioni; 3) Qualora uno Stato membro, che consente alle autorità pubbliche di ricorrere direttamente ad associazioni di volontariato per lo svolgimento di determinati compiti, autorizzi dette associazioni a esercitare determinate attività commerciali, spetta a tale Stato membro fissare i limiti entro i quali le suddette attività possono essere svolte. Detti limiti devono tuttavia garantire che le menzionate attività commerciali siano marginali rispetto all’insieme delle attività di tali associazioni, e siano di sostegno al perseguimento dell’attività di volontariato di queste ultime.

⁵ La pronuncia è disponibile integralmente in <https://terzjus.it/documentation/t-a-r-toscana-sez-i-1-giugno-2020-n-666/>.

Non sussiste, pertanto, quella “totale assenza di economicità” che pone in modo chiaro ed inequivocabile l’affidamento al di fuori della logica di mercato. Sulla base di tali argomentazioni il giudice amministrativo, ha accolto il ricorso della controinteressata annullando l’affidamento in convenzione ad opera di un comune che aveva invitato, ai sensi dell’art. 56 CTS, le OdV e le APS a presentare proposte per l’organizzazione e gestione di corsi di lingua straniera.

La sentenza, ora citata nei punti essenziali della sua parte motiva, ha suscitato non poche perplessità in dottrina (Franca, 2020; Pellizzari, 2020; Santuari, 2020), che ha segnalato, in primo luogo, come la rilevanza economica del servizio affidato non sia dirimente nel determinare il regime giuridico applicabile, come non lo è la previsione in convenzione di un rimborso di determinate spese. È invece rilevante – secondo la richiamata dottrina – la valutazione fatta a monte in ordine alle modalità organizzative e di finanziamento del servizio, nonché alla maggiore convenienza del ricorso alla convenzione, rispetto alle regole di mercato.

Nello stesso filone, altra dottrina (Bombardelli, 2019) ritiene che il ricorso al sistema di “*social welfare*” ispirato al principio di solidarietà sia assolutamente legittimo, posto che esso consente all’ente territoriale di assicurare la tutela degli utenti, “*ricercando la massima qualità del servizio attraverso il confronto competitivo tra potenziali fornitori*”.

Ad ulteriore sostegno di questa critica sta chi (Santuari, 2020) fa osservare come l’art. 56 del CTS che si occupa delle convenzioni, si limiti ad individuare il percorso (valutazione comparativa), le modalità (appunto le convenzioni) e i contenuti delle medesime. L’azione degli enti locali è dunque positivamente ancorata nella Riforma del terzo settore, che attribuisce alla P.A. – ad esito di un confronto comparativo – il potere di individuare l’associazione con la quale, anche a seguito di proposta proveniente dalla medesima o da altre associazioni (cfr. art. 55, comma 3 CTS, che opera un espresso riferimento alla l. n. 241/1990), definire la convenzione.

La rilevanza del dibattito sopra riportato nella rassegna dell’assetto organizzativo e pianificatorio dei servizi sociali nel Veneto è dovuta alla L.R. Veneto 04 aprile 2024, n. 9, recante stesso oggetto, di cui abbiamo delineato i tratti essenziali e sottolineato come essa intenda promuovere non soltanto il concorso degli ETS nell’organizzazione dei servizi in parola ma anche nella “*costruzione di processi partecipati e l’integrazione con gli interventi e servizi sanitari, socio-sanitari, [omissis] nel rispetto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali*” che in materia sanitaria corrispondono, come già visto nei Capitoli precedenti, ai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

La nuova legge regionale affida agli Ambiti territoriali sociali (ATS) il compito della promozione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali (art. 7) e ai Comuni (art. 8) l'esercizio in forma associata della funzione socio – assistenziale, con il concorso di attori pubblici, privati (tra cui, ai sensi dell'art. 7, le “società benefit” e “le imprese for-profit”) e non profit.

Ci si chiede allora (Santuari, 2023) se il dettato normativo non costituisca l'occasione per estendere lo spazio operativo a forme imprenditoriali che, sebbene caratterizzate da autentica vocazione sociale e responsabilità di impresa, non appartengono né alla platea, né alla nozione di non profit.

Sembra evidente che ove le pubbliche amministrazioni intendano coinvolgere al tempo stesso soggetti privati, privati accreditati e soggetti non profit nei processi di organizzazione ed erogazione di servizi sociali del tipo sopra indicato (servizi di ospitalità) non potranno rinunciare alle procedure stabilite dal CTS.

Una tale eventualità sembra peraltro ammessa anche dall'art. 6 del Codice dei contratti pubblici, a tenore del quale *“In attuazione dei principi di solidarietà sociale e di sussidiarietà orizzontale, la pubblica amministrazione può apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, modelli organizzativi di amministrazione condivisa, privi di rapporti sinallagmatici, fondati sulla condivisione della funzione amministrativa con gli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, sempre che gli stessi i contribuiscano al perseguimento delle finalità sociali in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente e in base al principio del risultato”*.

La legge regionale 9/2024 potrebbe così costituire la cornice giuridico – operativa attraverso la quale i regolamenti di cui si sono dotati e si stanno dotando molti enti pubblici territoriali e aziende sanitarie per disciplinare i propri rapporti economici con gli ETS potrebbero essere integrati per contemplare le concrete modalità attraverso le quali le imprese lucrative a vocazione sociale possano partecipare alle procedure in parola.

Le pagine che seguono evidenziano, del resto, come sul territorio veneto i servizi di ospitalità siano tuttora organizzati e gestiti, per così dire “a macchia di leopardo”, talvolta con un diretto impegno “organizzativo e pianificatorio” dell'ente pubblico, che coinvolge operatori privati (attraverso le consuete procedure di appalto di servizi) ovvero organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale (attraverso la stipula di convenzioni), ovvero ancora risultino da iniziative spontanee di enti, spesso “spuri” (si pensi agli enti religiosi civilmente riconosciuti, ma non trasformati in ETS), in grado tuttavia di corrispondere alla domanda proveniente dalla società civile.

8.2. Distribuzione territoriale

La L.R. 9/2024 sopra illustrata si inserisce e si coordina con iniziative regolatorie di carattere specifico volte al sostegno economico dei c.d. “*caregiver familiari*”, ossia di coloro che prestano assistenza al coniuge o all’altra parte delle unioni civili, al convivente di fatto, a un familiare o affine entro il secondo grado incapace di prendersi cura di sé.

L’ICD CG (Impegnativa Cura Domiciliare — Caregiver) rientra nel più ampio e strutturato sistema che interviene a sostegno del ruolo di cura, disciplinato dalla DGR 295/2021 della Regione Veneto. L’aiuto si concretizza in un contributo economico mensile riconosciuto a caregiver familiari che assistono persone con disabilità gravissima, ai sensi Legge 104/92, con particolare riguardo a persone che:

- necessitano di assistenza vitale e dipendono da apparecchiature medicali (come per esempio respiratori);
- persone adulte e anziane con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali;
- siano adulte (18-64 anni) e con disabilità grave fisica e motoria che siano anche titolari di indennità di accompagnamento;
- oppure si trovino nella fascia di età 3-64 anni con una disabilità grave di tipo psichico e intellettivo.

Per queste due ultime categorie (disabili fisici o psichici) non è prevista una soglia di accesso su base ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente)⁶.

Gli interventi di sollievo e sostegno al caregiver familiare sono cumulabili con le prestazioni previste dalle impegnative di cura domiciliare, previa valutazione specifica del bisogno da parte dell’Unità di valutazione multidisciplinare.

Le categorie di intervento sono tre:

- intervento A.1. destinato a caregiver che assistono persone in condizioni di disabilità gravissima, tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata;
- intervento A.2. destinato a caregiver di coloro che non hanno avuto accesso

⁶ L’ISEE è un documento che interessa tutte le famiglie e, più in generale, i cittadini che hanno necessità di determinare la propria situazione reddituale, in riferimento alla composizione del nucleo familiare, al fine di fruire di alcuni servizi, strumenti di sostegno e bonus, tra cui l’assegno unico universale. Le modalità di presentazione della DSU – dichiarazione sostitutiva unica e la determinazione dell’indicatore della situazione economica equivalente hanno subito una serie di modifiche e aggiornamenti volti a rendere quanto più semplice e rapida possibile la procedura di emissione dell’ISEE da parte dell’INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale).

alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali (per es., nel periodo della pandemia da Covid-19);

- intervento A.3 destinato ai caregiver nell’ambito dei programmi di accompagnamento alla deistituzionalizzazione e ricongiungimento con la persona assistita.

Al di fuori di tali interventi, le singole ULSS o luoghi di cura emanano indicazioni concernenti i servizi di ospitalità per i familiari, spesso consistenti nella predisposizione di convenzioni con le strutture alberghiere del territorio, destinate ad una scontistica sulle spese di soggiorno.

Nelle strutture più ampie e, in particolare, presso le Aziende ospedaliere universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico vengono fornite apposite Guide alle “case di accoglienza” (per es., presso l’AOU Padova in collaborazione con il Centro Servizi di Volontariato, e lo IOV Padova, nella “Carta di accoglienza”).

In altre sedi, i servizi di ospitalità sono forniti da enti privati o non profit, in gran parte riconducibili ad enti religiosi, non ancora organizzati in un vero e proprio sistema integrato, come previsto dalla richiamata L.R. 9/2024.

Da Nord a Sud del territorio Veneto, nell’ambito della USSL 1 Bellunese, esistono due strutture, entrambe denominate “Casa Tua” (Onlus), nate rispettivamente nel 1996 (Casa Tua 1) e nel 2002 (Casa Tua 2), la prima da un’intesa tra la ULSS 1 e Comitato delle Organizzazioni di Volontariato, con sede nel giardino dell’Ospedale “San Martino”, destinata ai familiari degli ammalati che prestano assistenza ai loro cari e ai malati che si sottopongono a terapie continuative. Composta di dieci camere, quattro servizi igienici di cui uno accessibile ai disabili, una cucina ad uso comune, una lavanderia ed un ampio soggiorno per una superficie di oltre 200 mq., è in grado di accogliere almeno 14 persone. Le persone ospitate sono seguite dai volontari sia nella fase d’accoglienza che in quella di residenza, nelle loro necessità morali e materiali. L’ospitalità è gratuita e le entrate provengono per la stragrande maggioranza da elargizioni di associazioni e privati che periodicamente organizzano raccolte a favore dell’associazione, mentre le rimanenti entrate sono costituite dalle offerte libere degli ospiti.

La struttura “Casa Tua 2” è stata realizzata dall’ULSS 1, in ottemperanza alla DGRV 2989/2000, in tema di cure palliative e terapia del dolore⁷, con il contributo della Regione Veneto, della Fondazione Cariverona e delle Associazioni di Volontariato (Associazione “Francesco Cucchini” Onlus, nata nel 1989).

⁷ È appena il caso di ricordare (vedi sopra Cap. 3) che negli anni 2022 e 2023 la Regione Veneto ha raggiunto il primato nazionale nell’erogazione dei servizi di cure palliative per i malati terminali.

Nella circoscrizione territoriale afferente alla ULSS 2 Trevigiana l'unica struttura di accoglienza che offre servizi di ospitalità è quella fornita dall'Associazione Italiana contro leucemie linfomi e mieloma AIL ETS", in prossimità dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso, che offre ospitalità gratuita, per tutto il periodo di cura, ai pazienti dell'Ematologia di Treviso che provengono da fuori città e ai loro familiari o accompagnatori. La Casa si compone di 2 camere doppie con bagno.

Passando alla circoscrizione territoriale della ULSS 3 Serenissima (Venezia), l'Unità sanitaria locale ha utilizzato un modello di convenzioni su tre aree (Venezia – Mestre, Mirano e Dolo) al fine di supportare ed assistere anche dal punto di vista logistico gli utenti e i loro familiari provenienti – in particolare ma non esclusivamente – da fuori Regione, per promuovere la loro accoglienza, per il periodo necessario al percorso di cure. Tutti i degenti e i loro familiari sono esentati dal pagamento della tassa di soggiorno.

Nell'area di Mestre (Ospedale all'Angelo), le strutture ricettive sono costituite da un residence e 5 Alberghi, tutti forniti di servizio ristorante e lavanderia, con una scontistica media del 25% sulla tariffa ordinaria per l'alloggiamento e del 10% sui pasti. Nell'area di Mirano, sono 7 le strutture di accoglienza: 6 "Bed & Breakfast" e una struttura alberghiera in convenzione, tutti con tariffe dedicate.

Nell'area di Dolo, la convenzione interessa due strutture alberghiere e un "Bed & Breakfast". Tutti i servizi di ospitalità adottano le stesse scontistiche descritte sopra.

In sostanza i soggetti interessati sono tutti privati for-profit.

Nella ULSS 4 Veneto Orientale (San Donà – Portogruaro) non risultano servizi di ospitalità operanti. Tuttavia, l'Unità sanitaria locale il 7 novembre 2022 ha pubblicato un Avviso di manifestazione di interesse finalizzata all'individuazione di soggetti del Terzo settore disponibili alla coprogettazione e gestione in partnership di "servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", "sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti", "housing temporaneo e stazioni di posta", finanziato dall'Unione europea – Next Generation Eu.

Sul sito della ULSS 5 Polesana (Provincia di Rovigo) non risultano servizi di ospitalità del tipo di quelli finora indicati per familiari di pazienti in cura presso le rispettive strutture ospedaliere pubbliche o private.

Nella circoscrizione territoriale ULSS 6 Euganea (Padova) troviamo invece diverse soluzioni legate ai servizi di ospitalità, soprattutto in corrispondenza di due centri di eccellenza (Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova e IOV), che peraltro costituiscono strutture sanitarie autonome.

Come già accennato, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova – AOU fornisce ai propri ospiti una vera e propria pubblicazione dedicata ai servizi di ospitalità per i pazienti e loro familiari ('Case di accoglienza') con 9 strutture, di cui 5 gestite da Odv, 2 da Fondazioni ETS, 1 da una cooperativa sociale ed 1 da un Istituto religioso.

Lo IOV unisce alle 5 strutture Odv di cui sopra, che condivide con l'AOU di Padova, altre due case di accoglienza, gestite rispettivamente da una Odv e una Fondazione e una struttura alberghiera, del tutto privata.

Sul sito web della ULSS 7 Pedemontana (area Bassano del Grappa), sono riportati diversi "Centri diurni" dedicati a persone anziane, ma non si rilevano servizi di ospitalità del tipo di quelli sopra indicati.

Per la circoscrizione territoriale della ULSS 8 Berica, l'unica struttura di ospitalità nota è gestita da un Istituto religioso (Casa Religiosa di ospitalità San Domenico), che costituisce anche "Casa vacanza".

Sul portale della USLL 9 Scaligera, nella cui circoscrizione territoriale insistono l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona – AOUI (che costituisce struttura sanitaria autonoma) e l'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, non si rilevano indicazioni sui servizi di ospitalità o case di accoglienza per familiari di pazienti soggetti a mobilità interregionale per motivi di ricovero e cura.

L'AOUI di Verona⁸ presenta invece una lista di strutture ricettive (10 *Bed & Breakfast*, 5 residenze con appartamenti, 2 Hotel, 4 affittacamere e due strutture residenziali gestite da istituti religiosi) tutte convenzionate con la struttura ospedaliera.

L'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria ha invece stipulato una convenzione con una struttura alberghiera per agevolare il soggiorno dei pazienti e loro familiari non residenti, che prevede una scontistica del 15% sulle tariffe mediamente praticate.

Complessivamente, dunque, sul territorio veneto insistono 55 strutture ricettive convenzionate, di cui 38 gestite da privati for-profit convenzionati (circa il 68%) 13 (circa il 24%) gestite da ETS (Odv, Fondazioni e Cooperative sociali) e 4 da enti religiosi civilmente riconosciuti (8%).

La breve ricognizione dei servizi di ospitalità qui compiuta offre diversi spunti di riflessione.

Il primo riguarda la presenza sul territorio di diversi attori: privati, ETS e enti religiosi civilmente riconosciuti, ma non trasformati in ETS. I primi costi-

⁸ Cfr. <https://www.aovr.veneto.it/azienda/accoglienza>.

tuiscono la parte quantitativamente più rilevante, ma il resto rappresenta un terzo della platea dei fornitori.

Il secondo spunto di riflessione deriva dalle considerazioni svolte nel paragrafo precedente: gli enti privati (Hotel, *Bed&Breakfast*, Affittacamere, etc.) che i siti web delle USSL menzionate classificano in senso atecnico “convenzionati” sono probabilmente legati alle Unità sanitarie da rapporti di altra natura, ricadenti nell’ambito della disciplina del Codice dei contratti pubblici piuttosto che in quella dettata dal Codice del Terzo settore, a cui sono invece probabilmente legati i restanti componenti della platea, Organizzazioni di volontariato (Odv) e Associazioni di promozione sociale (Aps) e fors’anche gli Istituti religiosi. Ma tutte queste iniziative sono volte ad incontrare bisogni crescenti nascenti dal territorio e perciò prive di una prospettiva “integrata”, che è proprio quella che la L. 9/2024 si propone invece di promuovere, mettendo in linea – attraverso l’azione degli ATS – tutti i possibili attori pubblici (comuni, ULSS), privati (*imprese for-profit*, *società benefit*), accreditati e non, ETS (includendovi le Odv e le Aps) per l’esercizio in forma associata della funzione socio – assistenziale, che come già visto comprende il comparto sanità.

La mancanza di una prospettiva integrata ha condotto alla distribuzione geografica “a macchia di leopardo” delle strutture ricettive che avevamo indicato sopra e che concentra l’offerta di servizi di ospitalità attorno ai centri di eccellenza (IRCCS e Aziende Ospedaliere Universitarie) lasciando le altre aree in una posizione di “*unmet needs*”.

Il ruolo e la funzione del Terzo settore in tale ambito non è solo quantitativamente rilevante (quasi un terzo del totale degli enti attivi sul territorio), ma si rivela anche strategica nell’assolvere a quella funzione di sussidiarietà orizzontale che l’art. 118, co. 4 della Costituzione, riserva alla “*autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale*”.

9.

VOLONTARIATO E SOLIDARIETÀ

9.1. *Inquadramento giuridico*

Nel descrivere l'assetto del SSR Veneto abbiamo più volte fatto riferimento alle Organizzazioni di volontariato e ai volontari come attori peculiari del sistema integrato di interventi e servizi sociali, tra i quali appunto la sanità, e promotori *“della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità”* (art. 1, co. 4, L. 388/2000)¹.

Abbiamo anche segnalato le criticità che dottrina e giurisprudenza hanno individuato in merito alla nozione stessa di “volontariato” e “volontario”, e degli effetti che entrambe le nozioni producono nell'organizzazione della propria attività nel sistema di mercato e sugli strumenti di partenariato con la pubblica amministrazione.

Sorge, quindi, l'esigenza di tentare un sia pur breve inquadramento giuridico della figura del “volontario” e delle formazioni sociali (le organizzazioni di volontariato, appunto) nelle quali egli svolge la propria attività.

Va subito chiarito che non si rinviene una definizione univoca della figura a livello globale, tanto che perfino le Nazioni Unite (Volunteers Report, 2011) si limitano ad indicarne le caratteristiche principali:

“In primo luogo l'attività non deve essere esercitata allo scopo di percepire un compenso, sebbene siano ammessi sia il rimborso delle spese che un gettone di presenza.

In secondo luogo, l'attività deve essere intrapresa volontariamente, secondo il libero arbitrio di un individuo, anche se ci sono aree grigie, come i programmi di servizi scolastici comunitari che incoraggiano, e talvolta richiedono, agli studenti di partecipare al lavoro volontario e ai programmi “Food for Work”, in

¹ Legge finanziaria 2001.

cui vi è uno scambio esplicito tra il coinvolgimento della comunità e l'assistenza alimentare.

In terzo luogo, l'attività dovrebbe arrecare beneficio ad un soggetto diverso dal volontario o alla società nel suo complesso, anche se è riconosciuto che il volontariato apporta un notevole vantaggio anche al volontario”.

Il Consiglio d'Europa (Carta del Volontariato, 2012)², dal canto suo, definisce il volontario come colui che *“svolge volontariamente delle attività a beneficio della società.*

Queste attività sono intraprese per una causa no profit, a beneficio dello sviluppo personale del volontario, che impegna senza scopo di lucro il suo tempo e la sua energia per il bene comune”.

L'Unione europea piuttosto che fornire la nozione di volontario, definisce l'attività di volontariato come *“strumento di integrazione ed occupazione ed un fattore chiave per migliorare la coesione sociale. Ma soprattutto il volontariato traduce concretamente i valori fondamentali su cui si fonda l'Europa, che sono la giustizia, la solidarietà, l'inclusione e la cittadinanza [...] I volontari contribuiscono a plasmare la società europea e aiutano attivamente a costruire un'Europa dei cittadini”* (COM (2011) 568 del 29 settembre 2011) e nello stesso documento riconosce che *“Ogni paese dispone di concetti, definizioni e tradizioni differenti in materia di volontariato”.*

Il successivo Regolamento (UE) 2018/1475 del 2 ottobre 2018 che fissa il quadro giuridico del Corpo europeo di solidarietà, definisce l'attività di volontariato come *“un'attività di solidarietà consistente in un'attività di volontariato non retribuita per un periodo massimo di dodici mesi, [che] offre ai giovani la possibilità di contribuire al lavoro quotidiano di organizzazioni in attività di solidarietà, a vantaggio, in ultima istanza, delle comunità al cui interno hanno luogo le attività, e si svolge in un paese diverso dal paese di residenza del partecipante (attività transfrontaliera) o nel paese di residenza del partecipante (attività nazionale), non sostituisce i tirocini o i lavori e, di conseguenza, non è in nessun caso assimilabile a un'occupazione ed è basata su un contratto scritto di volontariato”* (art. 2, co. 1, n. 2).

Al di fuori del contesto europeo, soccorre il “Volunteer Protection Act” statunitense del 1997, a tenore del quale il volontario è *“una persona che fornisce servizi a un'organizzazione senza scopo di lucro, ma non riceve compenso o qualsiasi cosa di valore superiore a \$ 500,00 all'anno per i suoi servizi. Può ricevere il rimborso delle sue spese e comunque essere protetto come volontario dalla legge”* (Freeman, 1997; Horwitz, Mead, 2008)³.

² Cfr. https://ec.europa.eu/citizenship/pdf/volunteering_charter_en.pdf

³ Secondo Richard B. Freeman, economista ed esperto del mercato del lavoro: *“il volontariato può essere meglio*

Dagli esempi fin qui citati si ricavano alcuni caratteri comuni:

- a. la gratuità dell'opera prestata dal volontario (Nazioni Unite, 2011; Consiglio d'Europa 2012), al quale può essere riconosciuto al più un rimborso delle spese entro un tetto predeterminato (U.S. Volunteers Protection Act, 1997);
- b. la volontarietà (Nazioni Unite, 2011; Consiglio d'Europa, 2012);
- c. la solidarietà, l'integrazione e l'inclusione, alla quale deve essere ispirata la sua azione (Unione Europea, 2011e 2018).

Tutti questi caratteri sono ricompresi nella nozione di volontario e volontariato che offre il Codice del Terzo settore italiano, nell'art. 17, commi 2 e 3: “2. *Il volontario è una persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà*”. “3. *L'attività del volontario non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario. Al volontario possono essere rimborsate dall'ente del Terzo settore tramite il quale svolge l'attività soltanto le spese effettivamente sostenute e documentate per l'attività prestata, entro limiti massimi e alle condizioni preventivamente stabilite dall'ente medesimo. Sono in ogni caso vietati rimborsi spese di tipo forfetario*”⁴.

L'art. 17, co. 1, CTS, stabilisce, a tutela dei volontari, che gli enti del Terzo settore che si avvalgono di volontari che prestano la loro opera in modo “*non occasionale*” sono tenuti ad “*iscriverli in apposito registro*” e il successivo art. 18 dispone che “*Gli enti del Terzo settore che si avvalgono di volontari devono assicurarli contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attività di volontariato, nonché per la responsabilità civile verso i terzi*”⁵.

inteso come 'buona coscienza', rivolta al "bene pubblico al quale le persone danno tempo o denaro perché riconoscono l'impulso morale per farlo e per il quale essi sentono la pressione sociale di intraprendere un'azione quando richiesta, ma delle cui modalità sarebbero disposti a lasciar decidere qualcun altro".

⁴ Ai sensi del comma 4 dell'art. 17 “*le spese sostenute dal volontario possono essere rimborsate anche a fronte di una autocertificazione [...] purché non superino l'importo di 10 euro giornalieri e 150 euro mensili e l'organo sociale competente deliberi sulle tipologie di spese e le attività di volontariato per le quali è ammessa questa modalità di rimborso*”. Il comma 5, infine precisa che “*La qualità di volontario è incompatibile con qualsiasi forma di rapporto di lavoro subordinato o autonomo e con ogni altro rapporto di lavoro retribuito con l'ente di cui il volontario è socio o associato o tramite il quale svolge la propria attività volontaria*”.

⁵ Per completezza di trattazione, mette conto ricordare la sentenza della Corte dei Conti, Sez. Autonomie del 14 novembre 2017, n. 26, la quale ha chiarito che “*la 'ratio iuris' sottesa alla disciplina delle attività di volontariato contenuta nel Codice del Terzo settore è estensibile anche agli enti locali che intendano sostenere attivamente la partecipazione libera di singoli volontari in attività operative di servizio alla persona e di tutela di beni comuni a carattere non industriale o commerciale. L'assenza di una normativa che assicuri il rispetto di alcune condizioni essenziali per garantire ai volontari una partecipazione libera e spontanea, dotata dei caratteri della occasionalità,*

Tali caratteri si riflettono sulle organizzazioni di volontariato, le quali (art. 32, co. 1 CTS) debbono avvalersi “*in modo prevalente dell’attività di volontariato dei propri associati o delle persone aderenti agli enti associati*” e pur potendo impiegare nello svolgimento della propria attività lavoratori dipendenti o autonomi, “*il numero dei lavoratori impiegati nell’attività non può essere superiore al cinquanta per cento del numero dei volontari*”.

Proprio tali caratteristiche e limiti delle Organizzazioni di volontariato spiegano la diversa procedura di coinvolgimento di tali enti nell’assegnazione di attività o servizi sociali di interesse generale, rispetto non soltanto agli enti privati, ma anche rispetto agli altri enti del Terzo settore: quella delle “*convenzioni*”, le quali “*possono prevedere esclusivamente il rimborso alle organizzazioni di volontariato delle spese effettivamente sostenute e documentate*”, con attribuzione dei servizi fatta “*nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento mediante procedure comparative*” (art. 56 CTS).

Con particolare riguardo al comparto che ci occupa – sanità – il Codice del Terzo settore ha previsto un contributo in favore delle organizzazioni di volontariato “*per l’acquisto, da parte delle medesime, di autoambulanze, autoveicoli per attività sanitarie e di beni strumentali, utilizzati direttamente ed esclusivamente per attività di interesse generale, che per le loro caratteristiche non sono suscettibili di diverse utilizzazioni senza radicali trasformazioni, nonché, per la donazione dei beni ivi indicati nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche da parte delle organizzazioni di volontariato*” (art. 76, co. 1 CTS)⁶.

Tale disposizione ha suscitato le reazioni degli altri operatori sanitari, le quali hanno sollevato eccezioni di illegittimità innanzi alla Corte costituzionale in relazione agli artt. 2 (solidarietà), 4 (diritto al lavoro e promozione del medesimo), 9 (tutela dell’ambiente e degli animali), 18 (libertà di associazione); 118, comma 4, (sussidiarietà) della carta Costituzionale.

Con sentenza 16 marzo 2022, n. 72⁷, la Corte ha respinto le eccezioni eviden-

accessorietà e totale gratuità richiede, tuttavia, l’adozione di un regolamento che disciplini le modalità di accesso e di svolgimento dell’attività in senso conforme alla normativa dettata per gli enti del Terzo settore. A tal fine, dovrà essere prevista l’istituzione di un apposito registro dei volontari, le cui risultanze, se conformi ai criteri previsti per la tenuta dei registri in materia di volontariato, faranno fede ai fini della individuazione dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa contro gli infortuni e le malattie nonché per la responsabilità civile per i danni cagionati a terzi conseguenti allo svolgimento dell’attività, con oneri a carico dell’ente locale in quanto beneficiario finale delle attività dei singoli volontari dallo stesso coordinate”.

⁶ Il comma 2 dell’art. 76 CTS precisa che tale contributo corrisponde “all’aliquota IVA del prezzo complessivo di acquisto, mediante corrispondente riduzione del medesimo prezzo praticata dal venditore”.

⁷ In G.U. 16 marzo 2022, n. 11.

ziando, in primo luogo, che benché il “Cod. terzo settore [abbia] svolto senz’altro una funzione unificante, diretta a ordinare e a riportare a coerenza la disciplina degli ETS, superando le precedenti frammentazioni e sovrapposizioni, tuttavia ciò non si è risolto in una indistinta omologazione di tutti gli ETS. All’interno del perimetro legale di questa definizione, infatti, sono rimaste in vita specifiche e diverse caratterizzazioni dei modelli organizzativi, al punto che sono gli enti nella loro autonomia a individuare, variandola se necessario, quella che meglio consente, secondo la storia e l’identità di ciascuno, il raggiungimento dei propri fini istituzionali”. (Diritto, par. 4 della sentenza). Ed è in questa prospettiva che secondo l’art. 32 CTS “le organizzazioni di volontariato [svolgono la loro attività] “avvalendosi in modo prevalente dell’attività di volontariato dei propri associati o delle persone aderenti agli enti associati” e che, coerentemente, il successivo art. 33 “vincola espressamente le ODV a ricevere, per l’attività di interesse generale prestata, «soltanto il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate” (Diritto, par. 7 della sentenza).

“Ciò non è ‘neutrale’ come, invece, sostenuto dal rimettente, perché preclude alle Odv la possibilità di ottenere dallo svolgimento dell’attività di interesse generale margini positivi da destinare all’incremento dell’attività stessa a differenza, in particolare, delle imprese sociali, che possono percepire forme di corrispettivo dai destinatari delle prestazioni rese”. (Diritto, par. 7 della sentenza).

“Il volontariato costituisce una modalità fondamentale di partecipazione civica e di formazione del capitale sociale delle istituzioni democratiche, al punto che risulterebbe paradossale penalizzare proprio gli enti che strutturalmente sono caratterizzati in misura prevalente da volontari, a causa del limite del mero rimborso delle spese. Non appare quindi irragionevole, né discriminatorio, che il contributo oggetto della norma censurata sia accessibile solo a ETS caratterizzati dal vincolo normativo alla prevalenza dei volontari e dal connesso principio di gratuità, con esclusione degli altri enti per i quali tale previsione non sussiste e che quindi possono pattuire remunerazioni con cui autonomamente finanziare l’acquisto o il rinnovo dei beni considerati nella norma censurata”. (Diritto, par. 8 della sentenza).

Per tali motivi, la Corte costituzionale si spinge ad auspicare che “il legislatore intervenga a rivedere in termini meno rigidi il filtro selettivo previsto dalla norma censurata in modo da permettere l’accesso alle relative risorse anche a tutti quegli ETS sulla cui azione – per disposizione normativa, come nel caso delle [organizzazioni di volontariato e delle] associazioni di promozione sociale, o per la concreta scelta organizzativa dell’ente di avvalersi di un significativo numero di volontari rispetto a quello dei dipendenti – maggiormente si riflette la

portata generale dell'art. 17, comma 3, Cod. Terzo settore, per cui al volontario possono essere rimborsate «soltanto le spese effettivamente sostenute e documentate per l'attività prestata».

Con il che, appare chiarita la prospettiva giuridica, le peculiarità organizzative e le finalità sociali delle Organizzazioni di volontariato nella disciplina del Terzo settore, caratteristiche tutte necessarie a comprendere la portata e il ruolo da esse ricoperto nell'ambito dell'assistenza sanitaria che esse svolgono in Veneto.

9.2. Distribuzione territoriale

All'inquadramento normativo finora compiuto manca ancora un tassello: quello dell'inserimento degli organismi di volontariato all'interno delle strutture sanitarie.

Vi provvede l'art. 14, comma 7, del D. Lgs. 502/1992, come modificato dal successivo art. 12 del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria", che stabilisce: *"È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio e di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge 11 agosto 1991, n. 266 (legge quadro sul volontariato, abrogata dall'art. 102 del CTS), e dalle leggi regionali attuative"*⁸.

In altri termini, le Organizzazioni di volontariato rappresentano elemento inscindibile del Servizio Sanitario Nazionale, tant'è che non soltanto ne è ammessa la loro *"presenza e attività all'interno delle strutture sanitarie"*, ma essa è addirittura *"favorita"*, ossia promossa, sia pure *"senza oneri a carico del Fondo*

⁸ Le norme sul volontariato contenute nella legge 266/1991 sono confluite nel Codice del Terzo settore. Si rinvia, in particolare, agli artt. 17 - 19; 32 - 34; 45 - 46; 54 - 56 - 57; 61 - 68; 72 - 74; 76; 84; 101.

sanitario regionale”. E a tale scopo le ULSS e le aziende ospedaliere “*stipulano accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità di collaborazione, per favorire l’adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini*”.

Ciò non soltanto perché – come stabilito dall’art. 32 Costituzione – “*la salute è fondamentale diritto dell’individuo*”, ma anche perché la sua tutela costituisce “*interesse della collettività*”.

In effetti, le strutture ospedaliere più avanzate hanno da tempo predisposto, oltre alle convenzioni più sopra menzionate, appositi Regolamenti in materia di rapporti con le Organizzazioni di volontariato, posto che, come affermato dalla Corte Costituzionale nella richiamata sentenza n. 72/2022 “*il volontariato costituisce una modalità fondamentale di partecipazione civica e di formazione del capitale sociale delle istituzioni democratiche*” (Petrangolini et al, 2021; Biancheri et al, 2023)⁹.

Le Organizzazioni di volontariato impegnate in campo sanitario nella Regione Veneto sono 505, distribuite geograficamente come rappresentato dalla Tabella 24, in Appendice.

Il numero più consistente si rinviene presso la ULSS 8 Berica (provincia di Vicenza) che ne segnala 101, seguita dall’Azienda Universitaria di Padova, che ne registra 99 e poi dalla ULSS 9 Scaligera (provincia di Verona), che ne registra 87.

Anche in questo caso si rileva una distribuzione “a macchie di leopardo”, nel senso che in alcune aree le Odv sono piuttosto ridotte (ULSS1 Bellunese, Provincia di Belluno, e ULSS 5 Polesana, Provincia di Rovigo, che registrano entrambe 25 presenze).

Se si confronta la Tabella con le figure 26 (Distribuzione geografica delle maggiori strutture ospedaliere) e 27 (Distribuzione geografica della rete ambulatoriale ETS), si evidenzia come la presenza delle Organizzazioni di volontariato sul territorio sia speculare alla distribuzione degli altri presidi sanitari (pubblici, privati, accreditati e non, e non profit) sul territorio veneto. Questo è probabilmente il maggiore elemento di criticità.

Non è disponibile un dato attendibile sul numero di volontari che operano sul territorio e presso le strutture sanitarie in parola.

⁹ Cfr., a puro titolo esemplificativo, ma non esaustivo, il Regolamento in materia di rapporti fra Istituto Oncologico Veneto (IOV) – IRCCS e le Associazioni di volontariato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 53 del 26 gennaio 2023 in https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2023/01/DEF-Regolamento_Volontari-IOV-DDG-53_2023.pdf e analogo Regolamento approvato dall’Azienda Ospedale Università Padova, aggiornato al 23 settembre 2024 in <https://www.aopd.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=2545>.

9.3. Tipologia dei servizi

Passando ad elencare le tipologie di servizi prestati dalle Odv presso le aziende ospedaliere ed equiparate sul territorio veneto, occorre subito segnalare che delle 505 Organizzazioni di Volontariato registrate presso le ULSS o Aziende Ospedaliere, 103 costituiscono sezioni locali di OdV operanti a livello nazionale (es. CRI, AIDO, AVIS, AVO, AUSER)¹⁰.

Esse svolgono perciò, a livello territoriale, la missione della propria “casa madre”, in relazione alla convenzione stipulata con la ULSS o Azienda ospedaliera competente, presso i reparti che le vengono assegnati, nel rispetto del Regolamento che disciplina le attività sanitarie delle singole strutture, e sulla base dei progetti di assistenza e solidarietà di volta in volta presentati.

Benché dispongano spesso di personale medico o infermieristico sia le convenzioni che i regolamenti dispongono, in genere, l’astensione da prestazioni sanitarie e la non interferenza con lo svolgimento delle ordinarie attività del personale medico e paramedico preposto. Nei casi di emergenza (tale, ad es., l’emergenza pandemica da COVID-19), ma sempre a seguito di apposite convenzioni con la Regione, le Aziende Ospedaliere Universitarie e le ULSS competenti, talune Odv hanno provveduto all’installazione di centri mobili, all’erogazione di dispositivi personali di protezione e anche alla somministrazione di vaccini presso centri dedicati.

Più in generale, le Odv svolgono attività non sostitutiva e complementare all’ordinaria attività sanitaria, riconducibile al concetto di “*solidarietà*” sopra evidenziato, a supporto dei pazienti e delle loro famiglie: sostegno morale e sociale; conforto e compagnia; assistenza; attività ricreative, specie nei reparti pediatrici e nei confronti degli anziani; di ascolto, informazione, promozione della salute e primo orientamento.

Nell’esperienza veneta tali attività vengono svolte soprattutto nei reparti ospedalieri di pediatria, psichiatria, oncologia.

Numerose sono le Odv che si occupano della raccolta del sangue, della registrazione delle persone che si dichiarano disponibili alla donazione di organi, della lotta alle varie tipologie di tumori, della riabilitazione dei pazienti dentro e fuori dalle strutture ospedaliere (*Hospital-to-Home transition*) e dei servizi di soccorso e trasporto di emergenza.

¹⁰ CRI – Croce Rossa Italiana; AIDO – Associazione italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule; AVIS – Associazione Volontari Italiani del Sangue; AVO – Associazione Volontari Ospedalieri; AUSER – Autogestione dei servizi, Associazione per l’invecchiamento attivo.

9.4. Integrazione

La solidarietà costituisce solo uno degli elementi che caratterizzano l'attività delle Organizzazioni di volontariato nelle strutture sanitarie sopra elencate. L'altro elemento è quello dell'“*integrazione*”.

Vi avevamo fatto cenno (Cap. 8) commentando la recentissima L.R. 9/2024, a proposito del “*sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*”.

L'art. 1, co. 2, di quella legge stabilisce infatti che “*la Regione ed i Comuni associati negli Ambiti Territoriali Sociali [...] promuovono il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, con il concorso delle istituzioni pubbliche, delle formazioni sociali, dei singoli cittadini, delle famiglie e degli Enti del Terzo Settore*” sistema che si realizza “*attraverso la costruzione di processi partecipati e l'integrazione con gli interventi e servizi sanitari, socio-sanitari...*”(art. 1, comma 3).

Abbiamo anche visto come l'art. 14, comma 7 del D. Lgs. 502/1992 stabilisca che “*le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini*”.

Proprio dal quadro normativo appena indicato e dalla successiva Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea n. 10160/21 del 6 luglio 2021 concernente l'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in particolare della Missione 6 Salute – Component 1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, nasce il D. Int. Salute – Economia 23 maggio 2022, n. 77, recante “*definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”, per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Nell'All. 1, par. 2, a tale Decreto si legge che “*questa visione si persegue, in particolare attraverso:*

- *lo sviluppo di strutture di prossimità, come le ‘Case della Comunità’, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;*
- *l'‘integrazione’ tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;*
- *la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;*
- *la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle*

diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, etc.).

Le case di Comunità (All. 1, par. 5, D. M. int. 77/2022 sono definite come *“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”*, garantendo in modo coordinato *“l’attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l’integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali”* [nonché] *“la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver”*.

La Regione Veneto è, al momento, al secondo posto in Italia per numero di Case di Comunità già attive – 77 nel 2021 sul totale di 99 previste dal PNRR – dopo la Regione Emilia – Romagna che ne ha già attivate 124 (40 in più di quelle finanziate con i fondi del PNRR)¹¹.

Esse sono concentrate per lo più nelle circoscrizioni territoriali delle ULSS 6 Euganea (Provincia di Padova e Azienda Ospedale Università di Padova: 20) e ULSS 9 Scaligera (Provincia di Verona e Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: 19), ma anche nella USSL 2 Marca Trevigiana (Provincia di Treviso: 17) (Salvalaggio, 2023). In tali aree è presente il maggior numero di Organizzazioni di volontariato operanti nel comparto sanità: rispettivamente, 104, 102, e 37.

“Caregiver” familiari e Organizzazioni di volontariato (sia di pazienti che di caregiver) svolgono un ruolo fondamentale nel supporto clinico (AGENAS, 2022; Costa – De Luca, 2023) come, ad es., nella fornitura di informazioni e nella promozione di attività di prevenzione, come pure nel supporto sociale per i pazienti e i caregiver.

Nelle pagine precedenti avevamo segnalato il caso dell’Associazione *“L’Acerro di Daphne”*, Odv con sede in provincia di Verona, nata nel 2012 per diffondere la cultura delle cure palliative tra il personale sanitario e promuoverne la pratica, in linea con il mandato del Ministero della Salute.

Con l’*“Assistenza domiciliare integrata”* vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico

¹¹ Fonte: Camera dei Deputati.

specialista, volontari), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità Locale Socio-Sanitaria (D.G.R. n. 1075/ 2017; Sacco, 2021).

Sono solo pochi esempi della funzione di integrazione assoluta dalle Organizzazioni di volontariato.

Esse fondano il proprio operato sulle persone e sui loro bisogni (*human-to-human*) – come avevamo visto a proposito dell'esperienza finlandese (Cap. 1., par. 1.4.4) – piuttosto che sulle mansioni assegnate ai singoli volontari: servizi di socializzazione e ricreazione (ad es. attività condivise, supporto emotivo), assistenza personale (ad es. accompagnare i pazienti dal medico, dare il cambio ai familiari che prestano assistenza per alcune ore), servizi amministrativi (ad es. supporto nel disbrigo di pratiche amministrative, comunicazione e pubbliche relazioni), servizi di ristorazione, servizi di informazione (ad es. orientamento alla reception dell'ospedale), consulenze di gruppo o supporto diretto al personale infermieristico (ad es. nel reparto ospedaliero), non meno che di mediazione culturale, essenziale nei servizi di emergenza (tale ad es. l'emergenza Ucraina, conseguente all'invasione del territorio nel febbraio 2022).

Le Organizzazioni di volontariato forniscono servizi supplementari che influenzano positivamente la soddisfazione dei pazienti e che gli operatori sanitari strutturati non possono svolgere a causa della carenza di personale e dei vincoli finanziari (Costa – De Luca, 2023).

Ma svolgono anche attività di monitoraggio e prevenzione, come rilevato a proposito della rete ambulatoriale ETS veneta nel Cap. 7.

Questa funzione di integrazione fra servizi sanitari e socio-sanitari è alla base di quel "*sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*" che è, a sua volta, fondamento della definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che riguarda l'intero territorio nazionale, in conformità al dettato costituzionale. Le Organizzazioni di volontariato sono in grado di assolverla (e di fatto assolvono), in ragione della loro missione istituzionale.

10.

I SERVIZI DI SOCCORSO E/O DI TRASPORTO IN AMBULANZA IN REGIME DI ACCREDITAMENTO

10.1. *Quadro normativo, consistenza e forma giuridica dei soggetti accreditati*

Il sistema regionale di trasporto sanitario di soccorso ed emergenza della Regione Veneto è regolato dalla L.R. 27 luglio 2012, n. 26, che conferisce agli enti sanitari, alle associazioni e agli altri enti autorizzati ed accreditati la possibilità di concorrere all'espletamento delle attività di trasporto di soccorso ed emergenza intrinsecamente sanitarie, in considerazione della loro diffusione territoriale, del radicamento nel tessuto socio-sanitario veneto, nonché dei valori di efficienza e qualità del servizio reso, nell'interesse generale e nel rispetto dei principi di universalità, solidarietà, economicità ed appropriatezza (art. 1).

La citata legge (art. 2) definisce *“trasporto sanitario di soccorso ed emergenza, l'attività svolta con mezzi di soccorso dal personale, sanitario e non sanitario, adibito a tale servizio, nell'esercizio delle funzioni di:*

a) servizi di trasporto di emergenza e urgenza, eseguiti mediante mezzi di soccorso e gestiti dalle centrali operative di coordinamento del servizio urgenze ed emergenze mediche (SUEM)¹;

b) servizi di trasporto previsti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), effettuati con mezzi di soccorso;

¹ Il Servizio di emergenza e urgenza (S.U.E.M.) è il servizio di soccorso e allarme sanitario in sede extra ospedaliera attivo in Italia e che risponde al numero di emergenza sanitaria 118 od ove presente il numero unico di emergenza 112. Esso nasce dal D.P.R. 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza” e dalle successive Linee guida 1/1996 “Sistema di Emergenza e Urgenza”, approvate dal Ministro della Sanità con D.M. 17 maggio 1996, a seguito delle intese Stato-Regioni e pubblicato in pari data nella G.U. Serie Generale n. 114. Il sistema sanitario per l'emergenza-urgenza è costituito da: 1. un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve e universale (118 o, ove già attivato 112) in collegamento con le centrali operative; 2. un sistema territoriale di soccorso; 3. una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli di operatività: a) punti di primo intervento; b) pronto soccorso ospedaliero; c) dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di primo livello; d) dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di secondo livello.

c) servizi di trasporto nei quali le condizioni cliniche del paziente richiedono esclusivamente l'utilizzo di un mezzo di soccorso e durante il percorso la necessità di assistenza di personale sanitario o di altro personale adeguatamente formato, nonché l'esigenza di garantire la continuità delle cure”.

L'art. 5, che regola le modalità di organizzazione dell'attività di trasporto sanitario di soccorso ed emergenza stabilisce poi che: *“1. L'attività di trasporto sanitario di soccorso ed emergenza è svolta dalle aziende ULSS, nonché dai soggetti iscritti nell'elenco regionale [omissis]. 2. I rapporti con le aziende ULSS, nonché le modalità con le quali i soggetti iscritti nell'elenco regionale concorrono all'attività di soccorso ed emergenza, sono regolati da apposite convenzioni, stipulate sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale e rese pubbliche in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici. 3. Le convenzioni di cui al comma 2 prevedono un sistema di budget definito secondo criteri basati sulla applicazione di costi standard individuati dalla Giunta regionale ed aggiornati con cadenza triennale [omissis]. 5. Qualora l'attività di trasporto sanitario di soccorso ed emergenza non possa essere assicurata dai soggetti iscritti all'elenco regionale, le aziende ULSS possono affidarla, a titolo oneroso a soggetti individuati attraverso procedure concorsuali ad evidenza pubblica, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici e rispondenti ai requisiti idonei a garantire livelli adeguati di qualità e a valorizzare la funzione sociale del servizio”.*

La classificazione dei servizi su nominati non è uniforme nella legislazione nazionale e in quella europea ed è per lo più demandata alla tipologia degli autoveicoli e delle ambulanze utilizzate, alle relative dotazioni ed equipaggi, sui quali è intervenuto il D.M. Trasporti 17 dicembre 1987, n. 553, recante *“Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze”*.

Nella normativa Ue si distinguono:

- ambulanze di tipo A, destinate al trasporto sanitario non emergenziale;
- ambulanze di tipo B, di pronto soccorso, Dotate di un equipaggiamento avanzato, sono in grado di prestare aiuto anche sul campo. A bordo è presente un medico di urgenza;
- ambulanze di tipo C, per situazioni di massima emergenza su cui trova posto non solo l'equipaggiamento avanzato, ma anche di tipo ospedaliero, come l'intubazione e la ventilazione assistita durante il trasporto. Possono funzionare come centro mobile di rianimazione e viaggiano sempre con uno o più medici a bordo².

² Ci si riferisce alla normativa del Comitato europeo di normazione (CEN). La sigla EN 1789:2020 indica una serie

La normativa italiana prevede una codificazione più complessa:

- ambulanza di tipo A: con medico d'urgenza a bordo, è la vettura chiamata in caso di emergenza per un rapido trasferimento del paziente in una struttura ospedaliera o un immediato intervento sul campo;
- ambulanza di tipo B: destinata al trasporto pazienti, può essere anche un'automedica o un taxi sanitario, viene chiamata in caso di necessità, quando si debba trasferire un infermo o un allettato che non può muoversi da o verso un centro di cura;
- ambulanza tipo C: sebbene non compaia esplicitamente nel DM Trasporti 553/1987, aggiornato al 2009 si tratta della cosiddetta "unità mobile di terapia intensiva". Sovente è l'ambulanza di tipo A che prende in carico pazienti gravi, che necessitano di trattamento avanzato.

Esistono però altre sigle:

- MSB, mezzi di soccorso di base: trasportano presidi semplici e personale soccorritore;
- MSI, mezzi di soccorso intermedio o infermieristico: trasportano presidi semplici e/o avanzati, con la presenza di un infermiere a bordo;
- MSA, mezzi di soccorso avanzato: trasportano equipaggiamento avanzato, con la presenza di un infermiere e di un medico specializzato in anestesia e rianimazione.
- VLV: veicolo leggero veloce, come l'automedica, che è un mezzo di trasporto che si attiva in caso di emergenza e può coadiuvare le operazioni dell'ambulanza oppure, in alcuni casi, sostituirla del tutto. Il termine non deve essere confuso con il c.d. "taxi sanitario", che invece è destinato a situazioni non di emergenza.

Tutte queste tipologie sono ricomprese nell'espressione "acquisto di autoambulanze, autoveicoli per attività sanitarie e beni strumentali", oggetto di contributo statale in favore delle Organizzazioni di volontariato, a norma dell'art. 76 del Codice del Terzo settore, già commentato nel Cap. 9.

Peraltro, l'art. 57 dello stesso Codice stabilisce che: "1. I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle Organizzazioni di volontariato [...], nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisca l'esple-

di standard di riferimento per dare uniformità al servizio di soccorso nei paesi europei. Il giallo è il colore più visibile anche di notte e di immediata percezione. Il codice colore è RAL 1016, comunemente definito giallo zolfo. Inoltre dovrebbe essere alternato al verde a scacchiera, a rivestimento completo del mezzo o solo di una banda orizzontale sulle fiancate, a seconda della categoria di ambulanza. La stella della vita, simbolo internazionale del soccorso (stilizzata a sei punte con al centro il bastone di Esculapio) è presente sulle ambulanze di ogni Paese.

tamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione”.

Ad ogni buon conto, con la D.G.R. 1095 del 18 agosto 2015, la Regione Veneto ha provveduto a stilare o prorogare l’elenco dei soggetti accreditati ai servizi di trasporto di cui sopra (All. A), a stabilire i requisiti formativi e professionali per il personale addetto all’attività di soccorso e trasporto sanitario (All. B), e a definire gli indicatori per l’accreditamento regionale per lo svolgimento dell’attività di soccorso e trasporto sanitario.

L’elenco del 2015 in Allegato A alla Deliberazione, distingue l’attività di “*soccorso e trasporto sanitario*” (A1) da quella di “*trasporto sanitario*” ordinario (A2), e conta complessivamente 93 enti (66 nella tipologia A1, 27 nella tipologia A2).

La forma giuridica delle Organizzazioni di volontariato è quella prevalente (31: 20 nella categoria A1, 11 nella categoria A2), seguita dalle Associazioni di promozione sociale (23: 19 nella categoria A1, 4 nella categoria A2) che condividono con le Odv la struttura organizzativa³ e la possibilità per le pubbliche amministrazioni di sottoscrivere con esse apposite “*convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato*”⁴. Seguono le cooperative sociali, ora imprese sociali “di diritto”, ai sensi del D. Lgs. 112/2017 (13: 7 nella categoria A1, 6 nella categoria A2), poi le fondazioni e associazioni ex Onlus, non ancora transitate nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore – RUNTS (10: 8 nella categoria A1, 2 nella categoria A2), e i restanti (16 in tutto) sono enti privati, per lo più in forma societaria (s.n.c., s.r.l.).

Secondo i dati di “Azienda Zero”, aggiornati al 28 giugno 2024 (Tabella 18), il totale degli ETS che svolgono attualmente servizi di soccorso e trasporto in territorio veneto, ammonta a 91 unità, registrando un incremento di circa il 18% rispetto al dato del 2015 (77 unità complessivamente nell’All. A alla DGR 1095/2015).

10.2. Distribuzione territoriale

La distribuzione territoriale degli enti accreditati in servizi di “*soccorso e trasporto sanitario*” (A1) che si rileva dall’All. A alla D.G.R. 1095/2015 vede al

³ Il rapporto tra lavoratori e volontari è di 1 a 2. Cfr. art. 36, co. 1, ultimo periodo, CTS.

⁴ Cfr. l’art. 56, co. 1, CTS.

primo posto la provincia di Verona (15 enti), seguita da quella di Belluno (12 enti), da quella di Vicenza (9 enti), Padova, Treviso e Venezia (8 enti ciascuno), Rovigo (3 enti). Due degli enti accreditati (una impresa sociale e una Onlus) hanno sede fuori Regione: Bolzano (Alto Adige) e Ferrara (Emilia – Romagna).

Quanto ai servizi di “*trasporto sanitario*” ordinario (A2), dall’All. A alla D.G.R. 1095/2015 non si rilevano enti nella provincia di Padova.

Anche in questo caso, la massima concentrazione si rileva nella provincia di Verona (8 enti), seguita da quella di Rovigo (7 enti), Venezia (5 enti), Vicenza (3 enti), Treviso (2), Belluno (1). Un solo ente, tra quelli accreditati, risultava aver sede fuori Regione nel 2015: Mantova (Lombardia).

Non è possibile procedere alla comparazione dei dati degli enti accreditati nel 2015 con quelli forniti da “Azienda Zero”, perché questi ultimi si riferiscono ai soli “enti del Terzo Settore” accreditati dalla Regione Veneto, nell’elenco aggiornato al 28 giugno 2024.

10.3. *Case Studies*

La rassegna della normativa nazionale (CTS: artt. 56, 57 e 76; D.M. Trasporti 553/1987), europea (Direttiva 2014/24/UE; EN 1789:2020) e regionale (L.R. 26/2012; DGR 1095/2015) condotta nelle pagine precedenti in tema di “*soccorso e trasporto sanitario*” e “*trasporto sanitario*” ordinario, particolarmente complessa e in quanto tale contribuisce a spiegare l’insorgenza di dubbi e controversie sulla corretta procedura utilizzabile dalle amministrazioni territoriali e sanitarie nell’assegnazione dei servizi di trasporto sanitari (di soccorso e trasporto sanitario, o trasporto sanitario ordinario), nella scelta del partner, e del rispetto dei generali principi di concorrenza, di solidarietà e di buon andamento.

E in effetti la materia ha dato vita a diversi casi, decisi dalle Corti nazionali ed europee, anche su questione sollevati da enti insediati nel territorio della regione Veneto, che ci proponiamo di seguito di riassumere.

Il primo “*Case study*” è quello deciso dalla Corte di giustizia dell’Unione europea – Nona Sezione – con ordinanza C-11/19 del 6 febbraio 2020⁵, sollevato dal Consiglio di Stato.

⁵ In Gazzetta ufficiale dell’Unione europea C 313/5 del 21 settembre 2020: Ordinanza della Corte (Nona Sezione) del 6 febbraio 2020 (domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dal Consiglio di Stato — Italia) — Azienda ULSS n. 6 Euganea / Pia Opera Croce Verde Padova (Causa C-11/19) (1) (Rinvio pregiudiziale – Articolo 99 del regolamento di procedura della Corte – Appalti pubblici – Direttiva 2014/24/UE – Articolo 10, lettera h) – Articolo 12, paragrafo 4 – Esclusioni specifiche per gli appalti di servizi – Servizi di difesa civile, di protezione civile

Questi i fatti: nel 2017 la ULSS n. 6 Euganea ha indetto una gara d'appalto per l'affidamento, secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, dell'appalto concernente il servizio di trasporto sanitario di pazienti in ambulanza ed emodializzati, per un periodo di cinque anni, con opzione di un ulteriore anno. Il valore annuo di tale appalto era stimato in 5.043.560 euro, pari a 25.217.800 per il quinquennio.

L'ente "Pia Opera Croce Verde" – ex IPAB⁶, regolarmente iscritta nell'All. A (A1) della DGR 1095/2015 sopra richiamata impugnava dinanzi al Tribunale amministrativo regionale del Veneto la decisione della ULSS n. 6 di optare per l'aggiudicazione mediante gara d'appalto anziché per un partenariato tra enti del settore pubblico. Infatti, una volta soddisfatte le condizioni richieste per la conclusione di un tale partenariato, la legge regionale Veneto n. 26/2012 imponeva di stipulare con l'ente pubblico accreditato una convenzione disciplinata dall'articolo 12, paragrafo 4, della Direttiva Ue 2014/24 e dall'articolo 5, comma 6, dell'allora vigente Codice dei contratti pubblici, senza necessità di disporre l'aggiudicazione di un appalto pubblico, o anche di un appalto pubblico soggetto al regime semplificato, come previsto all'articolo 10, lettera h), della direttiva e all'articolo 17, comma 1, lettera h), di detto Codice.

A tal riguardo, la Croce Verde faceva valere di essere non una semplice associazione di diritto privato che svolge attività di volontariato, bensì un ente pubblico non economico, più precisamente una IPAB, che parteciperebbe a tale titolo da oltre un secolo all'assistenza sanitaria rivolta ai cittadini del territorio di Padova, principalmente garantendo il trasporto di feriti e malati, senza scopo di lucro. Ad essa sarebbe stato altresì affidato il servizio di urgenza ed emergenza medica della ULSS n. 6 Euganea mediante convenzione stipulata il 22 dicembre 2017, in applicazione della richiamata legge regionale n. 26/2012. Inoltre, in seguito a una gara d'appalto indetta nel 2010, prorogata due volte e scaduta il 31 marzo 2018, ad essa sarebbe stato aggiudicato anche il servizio di "trasporto sanitario" ordinario⁷.

e di prevenzione contro i pericoli – Organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro – Servizio di trasporto sanitario ordinario e di urgenza – Normativa regionale che impone in via prioritaria di ricorrere a un partenariato tra amministrazioni aggiudicatrici – Libertà degli Stati membri di scegliere la modalità di prestazione dei servizi – Limiti – Obbligo di motivazione).

⁶ IPAB sta per Istituto Pubblico di assistenza e beneficenza. Si tratta di organismi istituiti nel 1890 con legge n. 6790, che hanno subito nel tempo numerose rivisitazioni, da ultimo con il D. Lgs. 4 maggio 2001, n. 7, che ne prevedeva la possibile trasformazione della personalità giuridica di enti di diritto pubblico in personalità di diritto privato che le che avrebbero ad esse conferito una serie di benefici, assimilabili a quelli previsti per le Onlus (es. erogazioni liberali) nonché tutti i negozi funzionali al perseguimento dei propri scopi istituzionali e all'assolvimento degli impegni assunti in sede di programmazione regionale tra cui costituire società o fondazioni per svolgere attività strumentali a quelle istituzionali e per provvedere alla manutenzione del proprio patrimonio.

⁷ Nella Sezione "A2" dell'elenco All. A (trasporto sanitario ordinario alla DGR 1095/2015, in verità la Pia Opera

Il Tribunale amministrativo regionale del Veneto ha tuttavia osservato che gli articoli 10 e 74 della direttiva 2014/24, nonché l'articolo 17, comma 1, lettera h), del Codice dei contratti pubblici allora vigente prevedevano l'aggiudicazione del contratto di trasporto in ambulanza a carattere non emergenziale mediante gara d'appalto. Poiché detto giudice ha però accolto il motivo di ricorso vertente sulla mancata abilitazione della ULSS n. 6 Euganea ad organizzare la gara d'appalto controversa, quest'ultima ha impugnato la sentenza del Tribunale amministrativo regionale del Veneto, relativamente a tale punto, dinanzi al Consiglio di Stato, giudice del rinvio.

Il Consiglio di Stato, che ha respinto l'appello principale, doveva però pronunciarsi sull'appello incidentale nell'ambito del quale l'ente Croce Verde aveva riproposto l'argomento da essa dedotto in primo grado. In proposito, il Consiglio riteneva che occorresse distinguere tra "*servizio di soccorso sanitario in emergenza*" e "*servizio di trasporto*" in ambulanza.

La distinzione è rilevante perché l'articolo 10 della richiamata Direttiva 2014/24, letto in combinato disposto con il 'considerando' 28 di quest'ultima, nonché l'articolo 17, co. 1, lett. h), del richiamato Codice dei contratti pubblici sottrarrebbero alla regola dell'aggiudicazione mediante gara degli appalti pubblici proprio il servizio di soccorso sanitario di emergenza, che consiste, per le organizzazioni senza scopo di lucro, nel trasporto in ambulanza e nell'attività di prima cura del paziente che versa in una situazione di emergenza. Il servizio di trasporto in ambulanza, essendo privo della connotazione dell'urgenza, sarebbe invece soggetto al "*regime alleggerito*" introdotto dagli articoli da 74 a 77 della richiamata direttiva 2014/24, qualora, come nel procedimento principale, abbia un valore almeno pari alla soglia di 750.000 euro.

Sulla base di tali considerazioni, il giudice del rinvio (Consiglio di Stato) ha ritenuto che il servizio oggetto del procedimento principale potesse essere qualificato come "*servizio di trasporto ordinario*" o "*servizio di trasporto sanitario di soccorso*", e non come "*servizio di trasporto sanitario di emergenza*". Pertanto, conformemente all'articolo 5 della richiamata L.R. n. 26/2012, egli ha considerato che l'amministrazione aggiudicatrice avrebbe potuto indire una gara d'appalto solo qualora non fosse stato possibile praticare l'affidamento diretto dell'appalto "*mediante convenzione*" (artt. 56, 57 CTS).

Viceversa, la procedura di gara d'appalto avrebbe garantito il rispetto dei principi del diritto dell'Unione di imparzialità, pubblicità, trasparenza, parte-

cipazione e parità di trattamento, attraverso la comparazione di più offerte, alla luce del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Quindi, laddove il diritto dell'Unione non qualifichi interessi generali diversi e concomitanti, come la valorizzazione del volontariato, il ricorso all'affidamento diretto di un appalto mediante una convenzione non poteva essere giustificato. Così sarebbe avvenuto nel caso di specie, poiché l'ente Pia Opera Croce Verde sosteneva di essere l'unico soggetto accreditato nella regione Veneto già avente la natura di ente pubblico, circostanza che escluderebbe qualsiasi concorrenza e comparazione tra i potenziali operatori interessati allo svolgimento del servizio di cui trattasi nel procedimento principale. Inoltre, essendo esso iscritto nell'elenco regionale di cui all'articolo 4 della legge regionale n. 26/2012, avrebbe avuto pieno titolo, quale operatore economico, di partecipare alla gara d'appalto controversa e avrebbe avuto così la possibilità di far valere in tale sede la convenienza della propria offerta.

Per le ragioni di cui è sopra cenno, il Consiglio di Stato decideva di sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte di giustizia dell'Unione europea le seguenti questioni pregiudiziali:

“1) Stabilisca la Corte se, nel caso in cui le parti (ULSS 6 Euganea e Pia Opera Croce Verde) sono entrambi enti pubblici, il 28° considerando, l'art. 10 e l'art. 12, par. 4, della direttiva 2014/24 ostino all'applicabilità dell'art. 5, in combinato disposto con gli artt. 1, 2, 3 e 4, della Legge Regionale n. 26/2012, sulla base del partenariato pubblico-pubblico di cui al predetto art. 12, par. 4, ed all'art. 5, comma 6, del Codice dei contratti pubblici;

2) Stabilisca la Corte se, nel caso in cui le parti sono entrambi enti pubblici, il 28° considerando, l'art. 10 e l'art. 12, par. 4, della direttiva 2014/24 ostino alla applicabilità delle disposizioni della legge regionale n. 26/2012, sulla base del partenariato pubblico-pubblico di cui al predetto art. 12, par. 4, ed all'art. 5, comma 6, del Codice dei contratti pubblici, nel limitato senso di obbligare la stazione appaltante (ULSS 6) ad esternare la motivazioni della scelta di affidare il servizio di 'trasporto sanitario' ordinario mediante gara, anziché mediante convenzionamento diretto”.

Al riguardo, la Corte di giustizia dell'Unione europea ha deciso come segue:

“Sulla prima questione: l'articolo 10, lettera h), e l'articolo 12, paragrafo 4, della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici devono essere interpretati nel senso che non ostano a una normativa regionale che subordini l'aggiudicazione di un appalto pubblico alla condizione che un partenariato tra enti del settore pubblico non consenta di garantire il 'servizio di trasporto sanitario' ordinario, sempre che la scelta

espressa a favore di una particolare modalità di prestazione di servizi, ed effettuata in una fase precedente a quella dell'aggiudicazione dell'appalto pubblico, rispetti i principi di parità di trattamento, non discriminazione, riconoscimento reciproco, proporzionalità e trasparenza;

Sulla seconda questione: l'articolo 10, lettera h), e l'articolo 12, paragrafo 4, della direttiva 2014/24 devono essere interpretati nel senso che non ostano ad una normativa regionale che impone all'amministrazione aggiudicatrice di giustificare la sua scelta di aggiudicare il servizio di 'trasporto sanitario' ordinario mediante gara d'appalto anziché di affidarlo direttamente 'mediante una convenzione' conclusa con un'altra amministrazione aggiudicatrice".

La questione è stata riproposta (Case study n. 2) alla Corte Costituzionale con ricorso presentato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 18-22 novembre 2019 e depositato il successivo 27 novembre, in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettera e), della Costituzione e all'art. 3, co. 1, della legge costituzionale 26 febbraio 1948 (Statuto speciale per la Sardegna), per questione di legittimità costituzionale della legge della Regione autonoma Sardegna 16 settembre 2019, n. 16, recante "*Seconda variazione di bilancio. Disposizioni in materia sanitaria*".

Tale disposizione prevede che "*la Regione è autorizzata a finanziare annualmente l'AREUS per le attività rese dalle associazioni Onlus e Cooperative sociali convenzionate con il Servizio di emergenza-urgenza 118. La spesa è quantificata in euro 5.000.000 per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021 (missione 13 – programma 02 – titolo 1). A decorrere dall'anno 2022, al finanziamento della medesima spesa si provvede, ai sensi dell'articolo 38, comma 1, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), e successive modifiche e integrazioni, nei limiti dello stanziamento annualmente iscritto, per le medesime finalità, in conto della missione 13 – programma 02 – titolo 1 con le relative leggi annuali di bilancio*".

Secondo la difesa statale l'art. 1, comma 5, della legge reg. Sardegna n. 16 del 2019 legittimerebbe in maniera stabile lo strumento convenzionale per lo svolgimento del servizio di emergenza-urgenza nei confronti di due tipologie di enti del terzo settore specificamente individuati, ovvero le associazioni Onlus e le Cooperative sociali.

L'art. 57, comma 1, del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante il Codice del Terzo settore, invece, consentirebbe l'affidamento in convenzione dei servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, in via prioritaria, soltan-

to alle Organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del terzo settore, aderenti a una rete associativa e accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente. Inoltre, l'affidamento diretto potrebbe aversi solo nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, esso *“garantisca l'espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione. Al di fuori dello strumento convenzionale resterebbe obbligatoria la modalità pubblicistica dell'appalto di servizi”*.

Con atto depositato il 20 dicembre 2019 si è costituita in giudizio la Regione autonoma Sardegna,

chiedendo il rigetto del ricorso.

La Corte Costituzionale, con Sentenza 26 novembre 2020, n. 255⁸ ha rigettato il ricorso (e la sollevata questione di illegittimità costituzionale della richiamata legge regionale, sulla base di tre ordini di considerazioni:

1. *“la disposizione regionale impugnata interviene nella disciplina dei servizi socio-sanitari, nella specie il servizio di emergenza e urgenza, riguardo al quale, per quanto concerne l'affidamento del servizio, vengono effettivamente in gioco anche profili attinenti alla ‘tutela della concorrenza’, specie ove s’introducano discipline di favore per gli enti del Terzo settore. Ai sensi della direttiva 2014/24/UE, del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici resta in capo agli Stati membri la possibilità di apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, un modello organizzativo ispirato non al principio di concorrenza, ma a quello di solidarietà, che può prevedere l'affidamento tramite modalità estranee al regime dei contratti pubblici o comunque attraverso un regime di evidenza pubblica alleggerito. Inoltre, il considerando n. 28 e l’art. 10, lettera h), della direttiva escludono dal suo campo di applicazione taluni specifici servizi forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, tra cui è individuato proprio il trasporto sanitario di emergenza e urgenza;*
2. *Tra gli strumenti alternativi per l'affidamento dei servizi sociali rientra senz'altro la convenzione (prevista dall’art. 1, comma 5 L.R. impugnata). Così già l’art. 7 della legge 11 agosto 1991, n. 266 (Legge quadro sul volontariato) e l’art. 30 della legge 7 dicembre 2000, n. 383 (Disciplina delle associazioni di promozione sociale), regolavano le convenzioni, rispettivamente, con le Orga-*

⁸ In G.U. 2 dicembre 2020, n. 49.

nizzazioni di volontariato e le Associazioni di promozione sociale. Per quanto riguarda le Cooperative sociali, la disciplina si ritrova nella legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali)». L'art. 57 del Codice del Terzo settore, invece, prevede la facoltà per le amministrazioni di affidare il servizio di 'trasporto sanitario di emergenza e urgenza', in via prioritaria e tramite convenzioni per l'affidamento diretto, alle sole Organizzazioni di volontariato. È in questa sede rilevante che, in riferimento alle cooperative sociali, il codice del terzo settore prevede che restino disciplinate dalla legge n. 381 del 1991 (art. 40), aggiungendo che le disposizioni del CTS si applicano agli enti del terzo settore 'solo' in quanto compatibili e non derogate da tale disciplina (art. 3, comma 1);

3. La legislazione regionale, insomma, è intervenuta a disciplinare, nell'ambito del quadro normativo sopra delineato (di competenza statale), l'affidamento del 'servizio di emergenza e urgenza tramite convenzione' a enti del terzo settore diversi dalle organizzazioni di volontariato. In tal senso, l'art. 1, comma 5, della legge reg. Sardegna n. 16 del 2019 risulta inidoneo a ledere l'art. 57 Codice del Terzo settore, che semmai sarebbe intervenuto sugli aspetti regolati dalla previgente legislazione regionale”.

Da ultimo, mette conto segnalare (Case Study n. 3) la Sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, 16 novembre 2020, n. 7082, che ha risolto – recependo le indicazioni dalle Corti di giustizia dell'Unione europea di cui sopra – la questione incidentale riguardante il “servizio trasporto sanitario di soccorso ed emergenza” ed in particolare quella concernente l'affidamento del servizio di trasporto sanitario di pazienti in ambulanza ed emodializzati sul ricorso proposto dalla ULSS 6 Euganea e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova contro la Pia Opera Croce Verde, pure di Padova.

Alla luce della normativa europea, nazionale e regionale su richiamata e della giurisprudenza della Corte di giustizia Ue (C-11/19), il Consiglio di Stato ha rilevato quanto segue:

“a) (punto 10.6.1.) L'art. 1 della L.R. Veneto n. 26/2012 ha conferito 'agli enti sanitari e alle associazioni autorizzati ed accreditati la possibilità di concorrere all'espletamento delle attività di trasporto di soccorso e di emergenza intrinsecamente sanitarie'; l'art. 5, comma 1, della L.R. 26/2012 prevede che 'L'attività di trasporto di soccorso ed emergenza è svolta dalle aziende ULSS, nonché dai soggetti iscritti nell'elenco regionale di cui all'art. 4'; a sua volta il comma 5 di tale disposizione prevede che: 'Qualora l'attività di trasporto sanitario di soccorso ed emergenza non possa essere assicurata dai soggetti iscritti all'elenco regionale di cui all'articolo 4, le aziende ULSS possono affidarla, a titolo oneroso

a soggetti individuati attraverso procedure concorsuali ad evidenza pubblica, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici e rispondenti ai requisiti idonei a garantire livelli adeguati di qualità e a valorizzare la funzione sociale del servizio’.

b) (10.6.2) *Ne consegue che l’azienda ULSS dispone del potere di gestire in via diretta il servizio di trasporto in questione, oppure di avvalersi degli altri soggetti pubblici di cui all’art. 4 della stessa legge; solo quando l’attività di ‘trasporto sanitario di soccorso ed emergenza’ non può essere assicurato da tali soggetti, le aziende ULSS possono affidarla a titolo oneroso mediante procedure di evidenza pubblica, così come dispone l’art. 5, comma 5, della L.R. 26/12, fornendo la motivazione di tale decisione”.*

Concludendo, per i motivi esposti, il Collegio ha accolto l’appello incidentale, nella parte residua.

È plausibile che la materia del trasporto sanitario, “ordinario” o “di emergenza” che sia, benché già affrontata e risolta in sede giurisdizionale al più alto livello dalla giustizia amministrativa, costituzionale ed euro-unitaria, riservi in futuro nuove questioni, soprattutto in funzione della corrispondente gestione della spesa sanitaria, sia essa limitata al “rimborso spese” o estesa alla pur rigorosa valutazione dei “costi vivi” e al confronto delle offerte secondo le regole del mercato, contemperando le esigenze di concorrenza e solidarietà, al fine di individuare la migliore procedura amministrativa da adottare.

Come già avvertito nel Cap. 8, a proposito della L.R. n. 9/2024 che richiede il concorso di tutti gli attori economici (pubblici, privati accreditati, imprese for-profit, società benefit e enti del Terzo settore), nell’organizzazione del “*sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*” (art. 7), anche in questa materia sembra auspicabile una maggiore armonia delle regole, che assicuri efficienza e qualità del servizio reso, nel rispetto dei principi di universalità, solidarietà, economicità ed appropriatezza e, soprattutto, dell’interesse generale.

11.

L'AZIENDA ZERO, L'ASSEMBLEA PERMANENTE DELLE ORGANIZZAZIONI DEI CITTADINI E DEI PAZIENTI E LA CABINA DI REGIA DELLA SANITÀ PARTECIPATA

11.1. *Natura e funzioni dell'Azienda Zero*

Di “Azienda Zero” e della Legge regionale che l’ha istituita (L.R. 25 ottobre 2016, n. 19) abbiamo fatto cenno nel Capitolo 5, a proposito del riordino dell’impianto organizzativo del SSR Veneto.

È il caso di descriverne più in profondità il ruolo e le attribuzioni, anche alla luce dei processi di integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari della Regione Veneto, che proprio negli ultimi anni hanno registrato un’importante accelerazione.

“Azienda Zero” ha natura di ente pubblico e – come stabilito dall’art. 1 della sua legge istitutiva – quale missione proprio *“la razionalizzazione, l’integrazione e l’efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale [fondando il perseguimento dello sviluppo del SSR] su modalità partecipative basate su percorsi improntati alla massima trasparenza, alla condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell’impiego delle risorse al fine di continuare a garantire l’equità di accesso ai servizi”*.

Per l’assolvimento della sua missione sono assegnate all’Azienda le seguenti funzioni (art. 2):

- a. la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale;
- b. la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale;
- c. la tenuta delle scritture della GSA;
- d. la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati, sui quali l’Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;
- e. la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del Servizio

Sanitario Regionale e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;

- f. gli indirizzi in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale;
- g. la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, fra i quali si segnalano, a puro titolo esemplificativo, gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE); il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale; le procedure di accreditamento ECM (Educazione continua in Medicina); le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT; i servizi tecnici per la valutazione della HTA (*Health Technology Assessment*: valutazione della tecnologia sanitaria); l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico – FSE;
- h. l'indirizzo e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria, presso le Aziende ULSS.
A tal fine, l'Azienda dispone di 6 Unità Operative complesse:
 - UOC Autorizzazione all'Esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante (missione: assicurare una omogeneità di valutazione su tutto il territorio regionale, garantendo la trasparenza nella gestione delle attività, la terzietà dell'organismo stesso nello svolgimento delle proprie funzioni e l'unificazione dei processi per il miglioramento del sistema dei servizi offerti al cittadino, come strumento di governo “continuo”);
 - UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie – FSPS (missione: sostenere e diffondere la cultura della formazione e dell'ECM, integrandola con i modelli organizzativi ed assistenziali declinati dalla programmazione del Sistema Sanitario Regionale (SSR). Si occupa dell'intero processo di Accreditamento ECM dei Provider pubblici e privati della Regione del Veneto, del monitoraggio delle specifiche attività formative e della gestione degli aspetti critici, attraverso il supporto competente dei propri professionisti);
 - UOC Governo Clinico (missione: effettuare valutazioni di coerenza clinico organizzativa delle attività assistenziali, identificando standard organizzativi di riferimento e proponendo obiettivi di miglioramento, effettua il monitoraggio sulla rete assistenziale con particolare riferimento all'aderenza tra le prestazioni erogate e il ruolo assegnato alla struttura dalla programmazione regionale);

- UOC Rischio Clinico (missione: operare in una logica di governo di tutte le attività finalizzate alla prevenzione, al monitoraggio e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie nonché all'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative);
- UOC Screening (missione: screening oncologici, screening dell'epatite C (HCV), sorveglianza sanitaria della popolazione esposta a PFAS (*“Per-and polyfluoroalkyl substances”*), applicazione della normativa su produzione, commercio e utilizzo di prodotti fitosanitari, applicazione dei regolamenti su REACH (*“Registration, Evaluation, Authorization and Restriction of Chemicals”*) e CLP (*“Classification, Labelling and Packaging”*));
- UOC Servizio Epidemiologico Regionale (missione: supportare la programmazione socio-sanitaria regionale, attraverso l'alimentazione e manutenzione del Registro di mortalità regionale e di diversi Registri di patologia, e la produzione di indicatori e di rapporti tecnici sulla salute della popolazione).

In sostanza, “Azienda Zero” costituisce l'organo di supporto tecnico – amministrativo–finanziario e di monitoraggio della “*policy*” sanitaria regionale, evidenziandone, a un tempo, le opportunità e le criticità, in vista dello sviluppo e dell'integrazione.

Le Tabelle 14 e 15, che riflettono, rispettivamente, le analisi del Ministero dell'Economia e delle Finanze (Conto economico degli enti sanitari locali) e della Banca d'Italia (L'economia delle regioni italiane – stato dei c.d. “residui fiscali”), e le Figure 20 e 21, che rilevano l'andamento della spesa sanitaria regionale, sia a garanzia dell'erogazione dei LEA, che dell'unitarietà della tutela della salute, ne costituiscono riprova.

11.2. *L'Assemblea Permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti*

A sostegno di un percorso che prevede il rafforzamento e la valorizzazione di una partecipazione consapevole delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti nelle attività relative alla programmazione e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale¹, nonché un corrispondente sviluppo delle com-

¹ Si allude, in primo luogo, al Patto per la Salute 2019-2021 tra il Governo e le Regioni, approvato con atto d'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che costituisce accordo finanziario e programmatico, di durata triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Sistema Sanitario Nazionale. In tale atto, si conveniva, tra l'altro, sulla necessità “*di favorire lo sviluppo di progettualità su base regionale e/o aziendale che abbiano come obiettivo quello di migliorare [...] il coinvolgimento dei cittadini mediante l'implementazione di pratiche di partecipazione inclusive, su oggetti rilevanti, orientate ai risultati sia in termini di “output” che in termini di “outcome”, delle quali si possa rendere conto ai cittadini medesimi*”. Su tali premesse, con la D.G.R. 31 luglio

petenze manageriali e gestionali in tema di “*patient advocacy*”² e di “*patient engagement*”³ di coloro che operano nel contesto delle istituzioni pubbliche, la Regione Veneto ha ritenuto necessario definire un modello organizzativo che offra gli strumenti operativi per rendere effettiva tale partecipazione.

In questo quadro, con la D.G.R. 10 ottobre 2023, n. 1227, la Regione Veneto ha istituito l’“Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti”, assegnando la funzione di supporto istruttorio, tecnico, metodologico e organizzativo al Gruppo Tecnico Permanente di supporto alle progettualità del “*Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del sistema socio sanitario regionale (SSSR)*”⁴, già istituito presso Azienda Zero con la D.G.R. n. 49 del 2022 (punto 2. della Deliberazione di giunta). L’Assemblea costituisce la sede stabile di confronto tra le organizzazioni stesse, ossia la più ampia espressione di coinvolgimento degli “*Stakeholders*” del Sistema Sanitario Regionale (SSR).

Contestualmente (punto 5.), è stato approvato il “*Modello organizzativo per la partecipazione attiva delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti alla programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Regionale*”, specificato nell’Allegato A al provvedimento.

Vi partecipano le organizzazioni di cui sopra in possesso delle seguenti caratteristiche:

1. essere iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS);
2. essere operative nel territorio della Regione del Veneto;

2023, n. 925 è stato approvato lo schema di accordo di collaborazione tra la Regione del Veneto, l’Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma, presso cui opera il Laboratorio formativo universitario denominato “*Patient Advocacy Lab*” (PAL), della Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), e “Azienda Zero”, presso la quale è istituito il Gruppo Tecnico permanente di supporto alle progettualità sviluppate all’interno del “Sistema coordinato per la qualità del Sistema Socio Sanitario regionale (SSSR).

² L’espressione “*patient advocacy*” si riferisce a tutte quelle attività che interessano gli aspetti della vita del paziente: ricerca clinica, supporto psicologico, valutazione delle sue esigenze pratiche quotidiane, identificazione delle sue necessità, scelta del percorso terapeutico o definizione di una strategia adeguata.

³ L’espressione “*patient engagement*” è una direttiva etica e pragmatica del sistema sanitario che implica il coinvolgimento attivo del paziente in tutto il suo percorso di cura. Non una semplice indicazione di miglioramento della Sanità, ma un indirizzo pienamente recepito nei piani nazionali e regionali della cronicità e della prevenzione.

⁴ Il Gruppo Tecnico Permanente di supporto alle progettualità sviluppate all’interno del “Sistema Coordinato per la Valutazione e la Valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)” ha funzioni di attuazione delle progettualità, restituzione di risultati, definizione e messa a punto di strumenti di supporto. In particolare, il GTP istruisce e gestisce la procedura per l’adesione, la verifica e il mantenimento dei requisiti degli Enti del Terzo settore che aderiscono all’Assemblea; predispone la rendicontazione annuale delle attività dell’Assemblea e la trasmette alla Cabina di regia; supporta gli Enti del Terzo Settore ai fini della partecipazione attiva in Assemblea e il regolare e continuativo funzionamento della stessa; fornisce il necessario supporto istruttorio, tecnico, metodologico e informativo all’Assemblea (Cfr. punto 3. D.G.R. 25 gennaio 2022, n. 49 e la Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero 14 giugno 2024).

3. avere un numero minimo di associati pari a dieci;
4. svolgere le attività di cui alla lettera b (“interventi e prestazioni sanitarie”) o lettera c (“prestazioni socio-sanitarie”) dell’art. 5, co. 1 del D. Lgs. 117/2017 – Codice del Terzo Settore, come previsto dallo statuto e come dichiarato nell’istanza di iscrizione al RUNTS quali attività effettivamente esercitate;
5. non avere, tra i componenti degli organi direttivi, personale dipendente di aziende ed enti del SSR della Regione del Veneto.

L’Assemblea svolge le seguenti funzioni:

- a. elaborazione di contributi in merito a tematiche, provvedimenti, programmi o attività per le quali la Cabina di regia della Sanità partecipata della Regione del Veneto ritiene utile acquisire proposte, pareri, osservazioni delle organizzazioni stesse;
- b. confronto e sintesi in merito a istanze, tematiche o attività finalizzate al miglioramento del SSR che possono emergere dalle singole organizzazioni e che possono essere proposte all’attenzione della Cabina di regia;
- c. elezione dei propri rappresentanti che entrano a far parte della Cabina di regia;
- d. identificazione dei rappresentanti chiamati a far parte dei Tavoli tematici di programmazione delle diverse Direzioni dell’Area Sanità e Sociale⁵.

Con successive DDG di Azienda Zero 14 giugno 2024, n. 340 e 16 giugno 2024, n. 389, sono stati individuate 111 “Organizzazioni dei cittadini e dei pazienti” in possesso dei requisiti per partecipare all’Assemblea permanente. Quest’ultima, si è riunita a Padova, il 1° ottobre 2024, ad un anno quasi dalla sua istituzione, eleggendone il presidente, il vicepresidente e i rappresentanti che prenderanno parte alla Cabina di regia.

Benché l’Assemblea in parola non rappresenti un “*unicum*” delle istituzioni di questo tipo in Italia⁶, il modello di “Sanità partecipata” del Veneto si pone l’obiettivo di favorire un confronto “*continuo*” tra le istituzioni regionali e le

⁵ L’Area Sanità e Sociale assicura il coordinamento e lo sviluppo in materia di politiche Sanitarie e Socio-Sanitarie, secondo le competenze attribuite al suo Direttore Generale dall’art. 1, comma 4, della L.R. n. 23/2012.

⁶ Con Deliberazione 15 ottobre 2019, n. 736, recante “*Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali. Atto di indirizzo*”, la giunta della Regione Lazio (B.U.R. Lazio 29 ottobre 2019, n 27) ha costituito l’“Assemblea delle Organizzazioni dei cittadini”, che rappresenta lo strumento di confronto pubblico con le organizzazioni stesse, nella definizione, monitoraggio e miglioramento delle politiche regionali in materia sanitaria attraverso la sua convocazione, almeno una volta l’anno. Con decreto dirigenziale della Giunta Regionale Campania 9 giugno 2021, n. 303 era stato approvato analogo Atto di indirizzo recante “*Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari regionali*”.

organizzazioni del Terzo Settore, garantendo un contributo concreto nella definizione di “*Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali* (PTDA) e gli altri servizi sanitari (Petrangolini, 2024).

Questo approccio, che si caratterizza per la sua pragmaticità, si evince anche dalla D.G.R. 23 settembre 2024, n. 1108. Con essa la Regione Veneto, recepisce l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sancito in sede di Conferenza Stato – Regioni, sul documento “Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche” e individua il CRAO (Coordinamento Regionale per le Reti Oncologiche) quale struttura di riferimento utile, sia ai fini di individuare le modalità di implementazione del coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e di attivismo civico nelle reti oncologiche già in essere, sia ai fini di coadiuvare la Cabina di Regia della Sanità partecipata della Regione Veneto su tale specifico tema.

11.3. *La Cabina di regia della Sanità partecipata*

A completare il quadro dei componenti del modello della “Sanità partecipata” veneta, con la stessa deliberazione D.G.R. 10 ottobre 2023, n. 1127 (punto 4.) è stata istituita la “Cabina di regia” che, per usare le stesse parole del provvedimento, costituisce “*la sede istituzionale di confronto tra le istituzioni pubbliche operanti in ambito sanitario e socio sanitario e le organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, che garantisce il coinvolgimento e la partecipazione attiva di queste ultime alla costruzione e al miglioramento del Servizio Sanitario Regionale*”.

Ne sono membri effettivi:

- l’Assessore a Sanità – Servizi sociali – Programmazione socio-sanitaria della Regione del Veneto;
- il Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale;
- i Direttori dei Servizi competenti in materia di programmazione regionale in ambito assistenziale:
 - il Direttore della Direzione Programmazione sanitaria;
 - il Direttore della Direzione Servizi Sociali;
 - il Direttore Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale;
 - il Direttore Sanitario di Azienda Zero;
 - due Direttori Generali di azienda sanitaria in rappresentanza delle aziende sanitarie (o loro delegati);

- dieci rappresentanti dell'Assemblea permanente delle Organizzazioni dei cittadini e dei pazienti.

Possono essere invitati a partecipare alla Cabina di Regia anche altri dirigenti regionali e/o professionisti esperti su temi specifici oggetto di discussione.

I dieci rappresentanti dell'Assemblea permanente delle Organizzazioni dei cittadini e dei pazienti che entrano a far parte della Cabina di regia sono eletti con il seguente criterio:

- un rappresentante di ETS articolati anche su base regionale che svolgono le attività di cui alla lettera b (interventi e prestazioni sanitarie) dell'art. 5, co. 1, del Codice del Terzo Settore;
- un rappresentante di ETS articolati anche su base regionale che svolgono le attività di cui alla lettera c (prestazioni socio-sanitarie) dell'art. 5, co. 1, del Codice del Terzo Settore;
- cinque rappresentanti di ETS che svolgono le attività di cui alla lettera b (interventi e prestazioni sanitarie) dell'art. 5, co. 1, del Codice del Terzo Settore, dotati almeno di rappresentatività territoriale provinciale;
- tre rappresentanti di ETS che svolgono le attività di cui alla lettera c (prestazioni socio-sanitarie) dell'art. 5, co. 1, del Codice del Terzo Settore, con le stesse caratteristiche di rappresentatività di cui all'alinea precedente.

Tra tutti i rappresentanti delle organizzazioni deve essere garantita la rappresentatività di organizzazioni di assistenza diretta al malato sia sociale che sanitaria.

I rappresentanti dell'Assemblea in Cabina di Regia restano in carica tre anni. La Cabina di regia (punto 5.) svolge le seguenti funzioni:

- consulta l'Assemblea su tematiche, provvedimenti, programmi o attività per le quali ritiene opportuno acquisirne la posizione tramite l'espressione di proposte, pareri, osservazioni o contributi;
- coinvolge l'Assemblea in attività valutative e di monitoraggio delle attività sanitarie e socio sanitarie a livello regionale fornendo evidenza dei relativi risultati e ne promuove il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti a livello aziendale (AOU, AOUI, ULSS, IOV);
- promuove il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti rappresentati delle organizzazioni presenti in Assemblea, tenuto conto delle indicazioni normative in ambiti specifici, nei tavoli e gruppi di lavoro già istituiti o da istituirsi a livello regionale e aziendale, in particolare in ambito di programmazione dei servizi al cittadino e nelle attività delle reti cliniche e dei coordinamenti regionali;
- coinvolge l'Assemblea nella co-progettazione degli interventi e atti in ambito sanitario e socio sanitario;

- acquisisce e valuta le istanze formalizzate dall'Assemblea, valorizzandole, laddove opportuno, negli atti di programmazione e nella redazione e successiva applicazione di documenti di contenuto tecnico sanitario.

Il coinvolgimento delle organizzazioni si esplica sempre attraverso i rappresentanti dell'Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti nella Cabina di Regia.

Svolge le funzioni di segreteria organizzativa della Cabina di Regia l'U.O. Monitoraggio e controllo attuazione PNRR presso l'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

Rispetto ai modelli di "Sanità partecipata" offerti dalle regioni Lazio e Campania, il modello Veneto presenta un approccio "aziendale" di Sanità partecipata, che sembra ricalcare l'assetto organizzativo predisposto dall'art. 11 del Decreto sull'impresa sociale (D. Lgs. 112/2017 – DIS), concernente il "*Coinvolgimento dei lavoratori, degli utenti e di altri soggetti interessati alle attività*", che impone a tali enti di prevedere "*nei regolamenti aziendali o negli statuti adeguate forme di coinvolgimento dei lavoratori e degli utenti e di altri soggetti direttamente interessati alle loro attività*" (comma 1), in particolare disciplinando:

"a) i casi e le modalità della partecipazione dei lavoratori e degli utenti, anche tramite loro rappresentanti, all'assemblea degli associati o dei soci (nel modello veneto, l'Assemblea Permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti);

b) nelle imprese sociali di maggiore rilevanza (alternativamente, in possesso di due dei seguenti parametri: attivo patrimoniale superiore a 5,5 mln di euro; ricavi da vendite o prestazioni 8,8 mln di euro; dipendenti occupati nell'esercizio: 50 unità), la nomina, da parte dei lavoratori ed eventualmente degli utenti di almeno un componente sia dell'organo di amministrazione che dell'organo di controllo".

L'Assemblea permanente, insomma, non è soltanto un "*forum*" graziosamente concesso agli enti del Terzo settore per contribuire con le loro proposte e iniziative ai processi di innovazione e sviluppo del SSR o per segnalare situazioni di criticità in ordine alla tutela della salute dei cittadini e dei pazienti, ma svolge un ruolo propulsivo su tematiche, provvedimenti, programmi o attività concernenti il SSR, partecipando alla co-progettazione degli interventi e atti in ambito sanitario e socio sanitario come pure, attraverso i rappresentanti degli "*Stakeholder*", entrando nella "stanza dei bottoni", ossia nella Cabina di regia.

Si potrebbe osservare che un sistema, per così dire, "*completo*" avrebbe previsto almeno un rappresentante dei cittadini e dei pazienti anche nel Nucleo Regionale di Controllo (D.G.R. 30 dicembre 2010, n. 3444, All. A, par. 5.1.):

organo di supervisione “*super partes*” dell’attività svolta e di garanzia del corretto funzionamento del SSR, nominato con Decreto del Segretario Generale alla Sanità e presieduto da un esperto di nomina regionale, è composto da 10 membri: cinque appartenenti a strutture pubbliche e cinque proposti dalle associazioni più rappresentative del settore privato, tutti individuati sulla base dell’esperienza maturata in materia di controlli.

Il NRC svolge le seguenti funzioni:

- predisporre e/o aggiornare le direttive operative sull’attività di controllo e sulla valutazione dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di norma annualmente, in accordo con gli indirizzi della politica sanitaria regionale e conformi all’evoluzione scientifica e tecnologica;
- verificare la congruenza e adeguatezza dei Piani Annuali di controllo interno ed esterno e procedere alla loro approvazione;
- dirimere le eventuali contestazioni rimaste irrisolte e concluderne l’esame in tempo utile per la redazione del bilancio d’esercizio, fermo restando il rispetto degli obblighi di salvaguardia dell’erario, esprimendo un giudizio insindacabile, fatte salve le palesi difformità di codifica rispetto alle specifiche direttive regionali;
- acquisire ulteriori informazioni rispetto a situazioni particolari che emergono dall’analisi dei dati contenuti nell’archivio regionale delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche, private accreditate e dagli erogatori equiparati, dalle segnalazioni dell’UOC Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie di Azienda Zero o delle strutture regionali e da considerazioni autonome da parte del NRC stesso;
- effettuare analisi comparative sui risultati dei controlli delle singole Aziende ULSS, Ospedaliere, IRCCS, privati accreditati.

L’accordo sulle questioni irrisolte si raggiunge con la maggioranza semplice dei presenti. Il Nucleo Regionale di Controllo è, altresì, incaricato di monitorare l’applicazione delle disposizioni regionali in materia di controlli, ivi comprese quelle relative alle ricadute economiche, comunicando tempestivamente alle strutture regionali competenti, eventuali problematicità/criticità rilevate; questo al fine di consentire all’amministrazione regionale di rendere sempre più chiaro, uniforme e trasparente il sistema dei controlli in materia sanitaria⁷.

Si potrebbe, per converso, replicare che il citato organo di controllo e valutazione dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie già dispone di un congruo numero di “*rappresentanti proposti dalle associazioni più rappresentative del*

⁷ Cfr. <https://salute.regione.veneto.it/web/controlliattivitasantitaria/funzioni-del-nucleo-regionale-di-controllo>.

settore privato” e che la formula non esclude certo gli enti del Terzo settore che, ai sensi dell’art. 4 del CTS sono, appunto “*enti di carattere privato*”, ma un’aggiunta al disposto della D.G.R. 3444/2010, avrebbe probabilmente conferito all’impianto di “Sanità partecipata” maggiore incisività.

12.

IL RUOLO DEL TERZO SETTORE NELLA SANITÀ VENETA

12.1. Valori e valore del Terzo settore “sanitario” in Veneto

Quanto vale il Terzo settore che opera nella Sanità del Veneto?

I dati disponibili e aggiornati sono riassunti nelle Tabelle 25 e 26 in Appendice.

Essi riguardano i “valori”: quelli contabili e fiscali raccolti ed elaborati da Azienda Zero e dalla Direzione Regionale delle Entrate – DRE Veneto, con criteri diversi, in funzione della missione istituzionale cui i due enti sono preposti: il primo, incaricato della collazione dei dati sui flussi dell’attività di “*interventi e prestazioni sanitarie*” afferenti ai livelli essenziali di assistenza (LEA), anche in funzione del monitoraggio della spesa sanitaria regionale; il secondo, volto al controllo dei dati rilevanti ai fini della raccolta fiscale, ma anche alla gestione del “Motore di ricerca dell’elenco degli iscritti enti del volontariato” che, come recentemente statuito dal Tar Lombardia, permane fino a quando la Commissione europea non avrà rilasciato l’autorizzazione di cui all’art. 101, co. 10, CTS¹.

Sull’interpretazione dei dati, ci sia consentito richiamare la premessa metodologica compiuta all’inizio di questa indagine (Cap. 1, par. 1.1.), nella quale segnalavamo che soltanto gli enti del Terzo settore con un totale di “*ricavi, rendite, proventi o altre entrate comunque denominate*” superiori ad 1 milione di euro sono “*tenuti a pubblicare nel proprio sito Internet il bilancio sociale*” (art. 14, co. 1, CTS). Per tutti gli altri, la ricerca si fa piuttosto complessa e proprio per questo la lettura dei risultati non è sempre univoca, anche perché i dati sono stati raccolti per finalità diverse.

Abbiamo cercato di metterli in relazione fra loro per rispondere alla domanda iniziale.

¹ Cfr. Tar Lombardia, Sez. II, 1° ottobre 2024, n. 2533.

A tale riguardo, la Tabella 25, relativa alla sola annualità 2022, prende in considerazione gli enti del Terzo settore compresi nell'elenco dei fornitori del SSR Veneto, risultanti dalla fatturazione elettronica, che nell'ambito dei soli “*interventi e prestazioni sanitarie*” (art. 5, co. 1, lett. b CTS) hanno prestato la loro opera al Servizio Sanitario Regionale nelle sue varie articolazioni (Aziende Ospedaliere, IRCCS, ULSS), limitatamente però al raggiungimento dei “livelli essenziali di assistenza” – LEA.

Va subito avvertito che nell'elenco fornito da Azienda Zero gli enti accreditati ed iscritti al RUNTS nel 2022 costituivano solo una piccola percentuale. D'altro canto, nell'elenco fornitori in possesso dell'Azienda risultavano anche enti non aventi domicilio fiscale nella Regione Veneto e tuttavia rilevanti per Azienda Zero, perché anche le loro prestazioni incidavano sulla spesa sanitaria complessiva².

Si è comunque ritenuto utile acquisire i dati aggregati esposti nella Tabella 25 per due ragioni:

- in primo luogo, perché l'ammontare delle prestazioni riportato nella Figura 25 comprende l'intero settore privato (for-profit, for-profit “accreditato” e non profit);
- in secondo luogo, perché l'ammontare indicato fa unicamente riferimento alla “tariffa regionale” applicata con riferimento ai “ricoveri” e ai “trattamenti specialistici”.

Si tratta insomma di un dato parziale, sia sotto il profilo soggettivo (non comprende tutto il Terzo settore impegnato nella Sanità veneta e, d'altro canto, vi include anche enti che, pur figurando come “fornitori”, non hanno necessariamente sede in Veneto), sia sotto il profilo oggettivo (i valori non comprendono anche i contributi o le donazioni ricevuti da enti pubblici o privati, ovvero gli accreditamenti conseguenti alla partecipazione al sistema “5 per mille”, e così via).

La Tabella 25 comprende gli stessi enti – 588 segnalati in rosso nella Tabella 18 – indicati da Azienda Zero ma, con l'ausilio dell'Agenzia delle Entrate, riporta i dati aggregati riferiti ai valori contabili e fiscali, risultanti dalle rispettive dichiarazioni dei redditi e dell'IVA (dati non in possesso di Azienda Zero).

I valori che ne risultano sono quelli ragionevolmente attesi: rispetto al totale delle sole “tariffe regionali” registrate nella Figura 25 alla voce “PRIVATO”, complessivamente pari a 935.646.550 euro, la Tabella 25 riporta un totale

² Cfr. Figure 20 e 21, Missione 13, Programma 01 “SSR – Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA”.

Ricavi (Entrate) di 2.125.869.676 euro, un Volume d'affari ai fini dell'IVA di 2.125.615.419 euro e alla voce "Redditi" un totale di 67.158.245 euro. Occorre evidenziare che tale ultima voce non comprende, ai sensi dell'art. 79 CTS:

- a. i fondi pervenuti a seguito di raccolte pubbliche effettuate occasionalmente, anche mediante offerte di beni di modico valore o di servizi ai sovventori, in concomitanza di celebrazioni, ricorrenze o campagne di sensibilizzazione;
- b. i contributi e gli apporti erogati da parte delle amministrazioni pubbliche per lo svolgimento, anche convenzionato o in regime di accreditamento delle attività di ricerca scientifica di particolare interesse sociale e le somme derivanti da attività svolte a titolo gratuito³, o dietro versamento di corrispettivi che non superano i costi effettivi, tenuto anche conto degli apporti economici degli enti di cui sopra e salvo eventuali importi di partecipazione alla spesa previsti dall'ordinamento.

Gli stessi enti hanno registrato "Immobilizzazioni materiali" [(1) terreni e fabbricati; 2) impianti e macchinari; 3) attrezzature ospedaliere, ambulatoriali e commerciali; 4) ambulanze e altri automezzi per il trasporto ammalati; 5) altre immobilizzazioni in corso e acconti] per 918.199.390 di euro.

La Tabella 26 è stata invece interamente realizzata dall'Agenzia delle Entrate, sui dati afferenti agli enti del Terzo settore che, indipendente dalla loro iscrizione al RUNTS:

- avessero il proprio "domicilio fiscale" (sede legale) in Veneto;
- svolgessero quale attività esclusiva o prevalente dichiarata un'attività "sanitaria", tale classificabile secondo i Codici "ATECO"⁴.

La tabella individua 8 categorie e occorre subito avvertire che almeno tre di esse, segnalate dal doppio asterisco, operano all'interno di strutture ospedaliere o poliambulatori, in quanto funzionali alla più generale attività di "*interventi e prestazioni sanitarie*". Esse vengono evidenziate in quanto gli operatori sono

³ Tali somme vanno invece registrate nella dichiarazione presentata ai fini dell'IVA, se assoggettate ad imposta e concorrono alla formazione del volume d'affari. Anche se afferenti a prestazioni rese da volontari concorrono in ogni caso alla determinazione dei c.d. "costi figurativi", a cui commisurare le coperture previdenziali e assicurative dei volontari. Tali "costi" si chiamano "figurativi" in quanto l'ente non "paga" il servizio comunque prestato; a fronte di tali "costi" vanno registrati, nel rendiconto gestionale i "proventi", figurativi anch'essi, perché contestualmente i volontari offrono la loro attività. La circostanza spiega anche le differenze rilevabili tra i valori risultanti nelle Tabelle 25 e 26 alla voce "Ricavi".

⁴ La sigla "ATECO" derivava dalle lettere iniziali "AT" di Attività e "ECO" di Economiche. In altre parole, rappresenta la nomenclatura delle attività economiche (NACE) creata dall'Eurostat. I Codici Ateco sono una combinazione alfa numerica, che identifica un'attività economica. Lettere e numeri hanno un valore diverso: le lettere individuano il macro settore economico di appartenenza di quella specifica attività. I numeri invece rappresentano categorie e sotto categorie dei settori. I codici ATECO costituiscono una categoria approvata dall'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) nel 1991 e aggiornata nel 2007 in stretta collaborazione con l'Agenzia delle Entrate, le Camere di Commercio ed altri Enti, Ministeri ed associazioni imprenditoriali interessate.

essi stessi titolari di partita IVA. La categoria segnalata con un solo asterisco (“Ospedali e case di cura per lunga degenza”) comprende vere e proprie strutture ospedaliere e non coincide con quella nota con l’acronimo “RSA” (Residenze sanitarie assistenziali) che nella Tabella 18, sono designate con il termine “ANZIANI”, per un totale di 502 unità, rispetto al totale registrato nella Tabella 26 che è di appena 9 unità.

Il totale degli ETS così individuati è di 1.735, di contro ai 588 risultanti dai rilevamenti sulla fatturazione elettronica afferente ai servizi sanitari a garanzia dei LEA, forniti da “Azienda Zero”.

Fatte queste precisazioni, si possono esaminare i dati riferiti al periodo 2021-2023, preso in esame dalla presente indagine perché immediatamente successivo all’emergenza pandemica da Covid-19.

Il valore relativo ai “Ricavi” passa da 1,102 mld di euro (2021) a 1,061 mld di euro (2023), quello relativo ai “Costi” da 1,027 mld di euro (2021) a 1,008 mld (2023). Il totale degli “Assets” passa da 152,3 mln di euro (2021) a circa 152,9 mln di euro (2023).

Comunque li si voglia interpretare, questi dati attestano i “valori” contabili e fiscali degli ETS che contribuiscono al “SSR – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA”, che coprono un “range” variabile dal 10,5% (Tabella 26, anno 2023) al 19% circa (Tabella 25, anno 2022) della spesa sanitaria regionale evidenziata nella Figura 20, “Missione 13, Programma 01”.

Continuando nell’indagine sui “valori” del Terzo settore “sanitario” veneto, si è già detto come esso detenga appena il 4,3% delle strutture ospedaliere accreditate, ma due IRCCS su quattro (Tabella 20) appartengono al novero degli ETS o ad organizzazioni riconducibili in senso lato alla sfera del Terzo settore. Il Terzo settore gestisce, inoltre, 13 strutture ambulatoriali o poliambulatoriali “di prossimità”, di cui una mobile (Tabella 22).

Le Organizzazioni di volontariato (505 in tutto), che ne costituiscono parte essenziale sono impegnate in tutte le ULSS venete, nelle Aziende Ospedaliere Universitarie e in un IRCCS (Tabella 24).

Nei servizi di ospitalità (Cap. 8, par. 8.2.), le Organizzazioni di volontariato, per lo più legate ad istituzioni religiose, gestiscono tutte le case di accoglienza esistenti, fornendo servizi gratuiti ai familiari dei pazienti o assicurando, tramite convenzioni con le amministrazioni comunali interessate, l’esenzione dal pagamento della tassa di soggiorno.

Nei servizi di soccorso e trasporto sanitario il totale degli ETS ammonta a 91 unità, con un totale di ricavi, nel 2023, di 19,868 milioni di euro.

Questi, in sintesi, i valori, cioè i numeri del Terzo settore “sanitario” veneto.

Ma qual è il suo “valore” complessivo, ossia l’impatto sociale che esso produce sulle istituzioni, sui donatori e, soprattutto, sui pazienti e loro familiari, in una parola sulla platea degli “*Stakeholder*”?

Cominciando dai due IRCCS gestiti da ETS – Medea e Don Calabria – che dispongono complessivamente di un centinaio di ricercatori nella medicina della riabilitazione – basti segnalare che nel solo periodo 2018 – 2020, il primo ha prodotto n. 2.046 progetti riabilitativi e 6.027 profili funzionali ICF, 405 pubblicazioni scientifiche e siglato accordi di collaborazione con il Children’s Hospital Medical Center di Cincinnati e con la Yale University (U.S.A.), con il King’s College di Londra e l’Università di Reading (U.K.) (Cap. 6, par. 6.2.2).

Sotto il profilo degli “*interventi e prestazioni sanitarie*”, l’Ospedale Don Calabria ha registrato un totale di 30.650 ricoveri nel 2022, di cui 1.404 per la disciplina “malattie infettive tropicali” e di 29.900 ricoveri nel 2020, con 22.450 interventi chirurgici, mentre le prestazioni ambulatoriali ammontano a 1.318.401 nel 2022 e a 1.340.914 nel 2023 (dati forniti direttamente dall’Istituto, con nota del 20 novembre 2024).

Le reti ambulatoriali ETS (Tabella 22) hanno curato gratuitamente, dal 1998 (dato più antico) al 2022 oltre 40.000 persone, con una media storica di 5.575 pazienti l’anno e un totale di pazienti effettivi, nell’anno 2022, pari a 6.582 unità.

Si tratta di persone, italiani e stranieri che, per le più svariate ragioni, non avrebbero potuto usufruire del SSR (cfr. Cap. 7), benché la normativa regionale (L.R. n. 9/1990 e D.G.R. 26 luglio 2021, n.1030 sul contrasto alla povertà) assicurasse la piena parità di trattamento sanitario a tutti gli interessati. Si è pure rilevato come l’erogazione di tali prestazioni e la predisposizione del connesso apparato organizzativo abbiano contribuito al monitoraggio dell’effettivo stato di salute della popolazione insistente sul territorio, ciò che appare un indubbio elemento di valutazione del positivo impatto sociale costituito dal Terzo settore nel comparto sanitario della Regione Veneto.

Ma il “valore”, ossia l’impatto sociale complessivo dell’azione svolta dagli enti del Terzo settore è dato, come negli altri Paesi la cui esperienza abbiamo sopra riportato, anche e soprattutto dalla testimoniata capacità di cogliere gli “*unmet needs*” delle comunità di cittadini e pazienti cui essi si rivolgono. Tale capacità dipende non dalla deontologia professionale, codice etico, logica di profitto o “di dono” dei rispettivi operatori, ma dalle peculiarità che la loro missione, così come declinata nei rispettivi statuti, riesce ad esprimere e dall’approccio “*human-to-human*” che costituisce, al tempo stesso, la chiave di volta del loro agire e l’elemento essenziale di un sistema sanitario “*integrato*” e “*partecipato*”.

12.2. *Enti non profit e il rapporto costi/benefici del modello integrato*

Sin dall'inizio di questa nostra "indagine" abbiamo avuto modo di rilevare come i sistemi sanitari dei Paesi esaminati, comunque siano organizzati, si preoccupino di assicurare a tutti i cittadini-pazienti-contribuenti la tutela della salute come *"completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità, ma anche come risorsa che permette alle persone di condurre una vita produttiva sul piano individuale, sociale ed economico"* (OMS, 1948).

Nel raggiungere tale obiettivo, gli Stati stabiliscono, con modalità diverse, che una quota parte della spesa sanitaria pro-capite sia sostenuta dagli stessi consociati, non solo attraverso la fiscalità generale, ma come onere aggiuntivo per la fruizione di un certo servizio o prestazione sanitaria (c.d. *"out-of-pocket"*: cfr. Fig. 3; 8-11).

Nella loro azione, tuttavia, i sistemi sanitari considerati incontrano tre ordini di problemi:

- assicurare a tutti e in concreto l'"accesso alle cure", in tempi e a tariffe ragionevoli, indipendentemente dai luoghi in cui essi si trovano sull'intero territorio nazionale, ciò che comporta in primo luogo l'eliminazione o almeno una drastica riduzione dei "tempi di attesa";
- monitorare l'effettivo "grado di soddisfazione" dei bisogni degli *"interventi e prestazione sanitarie"* che i cittadini si attendono e, ove questo non corrisponda alle aspettative, rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla loro corretta erogazione (cfr. Figura 16);
- coniugare il "diritto individuale alla salute", con l'"interesse della collettività" e quindi con l'"interesse generale" alla protezione dello stato di salute di tutta la popolazione amministrata, interesse che, per sua natura, non può prescindere dalla tutela della salute degli stranieri e dalla somministrazione anche ad essi della "copertura sanitaria universale" (OMS, 2024), ossia l'accesso ai servizi essenziali (medicinali di base e vaccinazioni: cfr. Figura 6, nell'Appendice).

L'efficacia di un modello "integrato" – pubblico, privato, non profit – come quello del SSR Veneto si misura dalla capacità di risposta che riesce a fornire a questi ordini di problemi, soprattutto quando le risposte vanno ricercate a livello globale (così ad es., nel caso dell'insorgenza di una pandemia, come quella da Covid-19).

In tali casi, è necessaria l'adozione di interventi e l'acquisizione di risorse concordate a livello sovranazionale, così come è accaduto con il varo del programma "Next Generation EU", destinato agli Stati membri dell'Unione europea e da essi, in ossequio al principio di sussidiarietà, demoltiplicato alle collettività regionali o locali: in Italia, ad es., attraverso il "Piano di ripresa e

resilienza – PNRR” e le sue “missioni”, volte a rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla realizzazione degli obiettivi di cui sopra.

Tutto questo, in un quadro che vede il progressivo invecchiamento della popolazione globale, che evidenzia bisogni sanitari non sempre “riscontrati” dai Servizi Sanitari Nazionali, perché considerati meno “essenziali” di altri: per es., le patologie croniche, quelle che attengono alle cure dentarie, quasi mai coperte dal servizio pubblico, o alla salute mentale, alle varie disabilità, etc.

A tale quadro corrisponde, anche nei Paesi ad economia avanzata, una carenza sempre più marcata, specie nelle strutture pubbliche, sia ospedaliere che ambulatoriali, del personale sanitario (medici di medicina generale o specialisti, infermieri, altri operatori sanitari: cfr. Figura 29), e che colpisce, però, alcuni Paesi in misura maggiore di altri (OCSE, 2024): tra essi l’Italia, subito dopo la Bulgaria, anche per il collocamento a riposo di intere generazioni di sanitari, per sopraggiunti limiti di età.

Una recente istruttoria, condotta in Italia (Corte dei Conti, 2024) sulla riduzione delle “liste di attesa” relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19 – problema alla cui soluzione era stata destinata, fra l’altro, anche una quota dei fondi del “PNRR” – ha rivelato che solo il 30% di quei fondi è stato speso dai SSR e per lo più destinato al ripianamento o alla riduzione dei disavanzi di bilancio, piuttosto che alla riduzione delle liste d’attesa.

Si prenda, ad es., il caso dei ricoveri per interventi chirurgici, rappresentato nella Tabella 27.

Il riquadro azzurro, seconda colonna, evidenzia il totale dei pazienti in lista d’attesa per interventi chirurgici al 1° gennaio 2023. Il riquadro rosa evidenzia gli interventi effettuati nel corso dello stesso anno (quinta colonna) e la percentuale di recupero rispetto agli interventi programmati (sesta colonna), ma anche il numero degli interventi programmati ma cancellati (settima colonna).

Quest’ultima circostanza può significare tre cose: la prima è che gli interventi non fossero così urgenti e i pazienti abbiano preferito rinviarne l’esecuzione; la seconda è che gli interventi erano effettivamente non rinviabili ma i pazienti abbiano preferito rivolgersi alle strutture private, accreditate o non, o abbiano affollato i reparti di “Pronto Soccorso” sperando nel ricovero ospedaliero; la terza e ultima possibilità è che essi si siano rivolti alle stesse strutture ospedaliere pubbliche, operanti nel regime c.d. di “libera professione”⁵ per ridurre i tempi di attesa, ovvero alle strutture non profit “convenzionate”, ove esistenti.

⁵ La “libera professione intramuraria” chiamata anche “*intramoenia*” si riferisce alle prestazioni erogate al di

L'ottava colonna evidenzia il residuo dei pazienti in lista d'attesa al 31 dicembre del 2023.

In tale contesto, il Veneto si trova con un minor numero di pazienti in lista d'attesa (9.441) rispetto ad altre regioni di analogo numero di residenti e pazienti in lista d'attesa (10.667), pur partendo da una lista d'attesa più lunga (45.673 vs 44.609) ed avendo registrato un numero di interventi cancellati (10.508) inferiore rispetto a quello registrato da altre regioni con caratteristiche analoghe (15.913).

La Tabella 28 si riferisce al comparto dello “screening oncologico”.

Lo stato delle liste d'attesa al 1° gennaio 2023 (riquadro azzurro) è riportato nelle colonne quarta e quinta (“Inviti” ai pazienti in lista d'attesa e “Prestazioni” in lista non ancora erogate a quella data). In tale riquadro, le Regioni ordinarie, tra le quali il Veneto, che nella quinta colonna non hanno pazienti in lista d'attesa sono 10 su 19.

Le stesse regioni non hanno registrato “residui” di pazienti in lista d'attesa per l'intero anno 2023 (riquadro rosa, terzultima colonna).

Le evidenze ora riportate costituiscono un esempio del ruolo e dell'efficacia – in termini di rapporto “costi/benefici” – dell'inserimento degli Enti non profit nel modello sanitario “integrato” e “partecipato”, operante nella regione Veneto.

Abbiamo già riportato il numero degli interventi chirurgici compiuti dagli IRCCS non profit nel periodo 2020-2022, cui si aggiunge il numero di prestazioni sanitarie pure ricordate.

Ma ad esse si aggiunge pure il numero dei pazienti – oltre 6.000 persone l'anno, italiani e stranieri – in cura presso la rete di ambulatori ETS nel Veneto, convenzionati con le varie ULSS o con le amministrazioni comunali. Si tratta di enti che erogano gratuitamente i loro servizi sanitari anche in campi in cui la medicina pubblica spesso non riesce ad arrivare per carenze di personale e mezzi e a volte, per mancata conoscenza delle più disparate realtà locali: prestazioni infermieristiche, inclusi eventi dedicati alla prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili, ad alimentazione, igiene, gestione di patologie croniche, per singoli pazienti o gruppi; odontoiatria, incluse cure conservative-endodontiche, chirurgiche, estrattive, ablazione tartaro e momenti educativi sull'igiene orale, per singoli e gruppi; fornitura lenti oftalmiche; orientamento socio – sanitario, includendovi la mediazione linguistica e culturale, gli spor-

fuori dell'orario di lavoro ordinario dai medici di un ospedale pubblico, i quali utilizzano gli spazi ambulatoriali e di diagnostica dell'ospedale stesso a fronte del pagamento, da parte del paziente, di una tariffa.

telli di ascolto psicologico; l'educazione e formazione sanitaria, la “*transition-to-home*”, dopo un periodo di degenza particolarmente lungo⁶.

Cinquecentocinque sono le Organizzazioni di volontariato che operano regolarmente presso le Aziende ospedaliere pubbliche, così come registrate dalle varie ULSS, a seguito di una convenzione, o di uno dei vari processi di co-progettazione, co-programmazione, e accreditamento che iniziano, storicamente, dalle esigenze sanitarie rappresentate proprio dalle amministrazioni comunali.

Se a tutto questo si aggiunge che il “*budget sanitario*” del Veneto è in attivo da più di un decennio, sembra proprio di poter concludere per l'efficacia del modello, secondo il parametro “*cost/effectiveness*”.

Ma c'è anche di più: il modello di Sanità “*integrata*” e “*partecipata*” sembra essere riuscito a coinvolgere i soggetti principali di quello che ogni servizio pubblico dovrebbe raggiungere: cioè gli utenti.

L'Assemblea permanente dei cittadini e dei pazienti e la Cabina di regia di cui si è già detto non hanno solo la funzione di ascolto dei “*cahiers de doléances*” trasmessi dal territorio, ma intendono rendere gli “*Stakeholder*”, insieme ai Dirigenti e agli operatori sanitari, veri protagonisti del sistema, con uno strumento magari diverso, ma complementare a quello del processo democratico che si manifesta con il voto elettorale: quello della partecipazione, emblema di solidarietà politica, economica e sociale.

⁶ Val la pena di rappresentare che la richiamata istruttoria della Corte dei Conti (tabella 31, p. 134) evidenzia che il Veneto aveva 45.238 prestazioni ambulatoriali in lista d'attesa, al 1° gennaio 2023, prestazioni tutte eseguite nel corso dell'anno.

CONCLUSIONE

Circa 20 anni fa, nel suo libro *“Partners Not Rivals: Privatization and the Public Good”* (Partner non rivali: privatizzazione e bene comune), la Professoressa Martha Minow, eminente studiosa del Diritto delle organizzazioni non profit presso la Harvard Law School, della quale è oggi *“Dean emeritus”* si chiedeva, provocatoriamente, se lo strapotere che i privati, le istituzioni religiose e gli enti non profit avevano acquisito nell’economia statunitense – nei settori dell’istruzione, della giustizia, della sanità e dei programmi di welfare, tutti storicamente attribuiti alla competenza dei vari livelli di Governo e della pubblica amministrazione godendo di varie esenzioni ed agevolazioni fiscali – costituissero una minaccia piuttosto che un vantaggio nel perseguimento del bene comune.

Si chiedeva, inoltre, se, allo stato dei fatti, settore pubblico e settore privato non dovessero piuttosto essere considerati tra loro rivali, posto che rispondevano a regole diverse, sia giuridiche che economiche, e se il non profit, in particolare, dovesse essere retto da regole diverse rispetto a quelle che regolavano il governo (voto elettorale) e le imprese for-profit (il perseguimento di profitto, appunto, del quale rispondono agli azionisti, piuttosto che agli elettori).

Si chiedeva, infine, se non fosse preferibile destinare direttamente ai servizi pubblici i fondi necessari alle esenzioni fiscali accordate al Terzo settore.

Sembra di ascoltare le argomentazioni che ancora oggi riempiono il dibattito politico e accademico anche in Italia, specie in tema di Sanità, nella quale si teme una progressiva corsa verso la privatizzazione di settori e diritti alla salute affermati, oltre che da principi internazionalmente accolti (Statuto dell’OMS), anche dalla nostra Carta Costituzionale.

La Professoressa Minow concludeva nel suo libro che la partnership pubblico – privato – terzo settore sia largamente preferibile, a patto che essa si risolva in una effettiva collaborazione, con chiarezza di regole e compiti e consenta la partecipazione dei cittadini – utenti alle scelte che in concreto avranno effetto sulle loro libertà fondamentali, sull’accesso e la qualità delle cure.

Venti anni più tardi, nel suo libro *“How to Save the World in Six (Not so Easy) Steps. Bringing Out the Best in Nonprofit”* (Come salvare il mondo in sei (non così facili) mosse), il Professor David M. Schizer, studioso altrettanto eminente e docente, tra l'altro di Diritto degli enti non profit, presso la Columbia Law School di New York, della quale è stato il più giovane preside ed è oggi *“Dean emeritus”*, rispondendo alla domanda della Professoressa Minow circa l'opportunità che gli enti del Terzo settore avessero una disciplina speciale, ha evidenziato che la vera forza degli enti non profit sta in genere nella loro missione e nelle finalità che perseguono, piuttosto che nel budget di cui dispongono e, infine, nella capacità di coinvolgere gli *“Stakeholder”*, ed in primo luogo i donatori, nelle attività che svolgono.

Gli fa eco la Professoressa Jill R. Horwitz, Docente di Diritto degli enti non profit presso la U.C.L.A. – School of Law di Los Angeles che, nel suo recentissimo articolo *“Threatening Nonprofit Hospital Tax Exemption. A Better Path Forward”* (Minacciando [di togliere] l'esenzione fiscale agli ospedali non profit. Una migliore via da seguire), pubblicato nel *Journal of Medical American Association*, il 19 gennaio 2024, proprio in materia di Sanità, suggerisce che la soluzione non consiste nel vincolare l'esenzione fiscale all'erogazione di cure gratuite da parte degli Ospedali gestiti da enti non profit, perché questo non è necessariamente il modo migliore per ogni ospedale non profit per promuovere la tutela della salute. Piuttosto i Governi, ai diversi livelli (statali e locali) possono disciplinare l'attività degli ospedali non profit in modo da evitare che essi siano, anche inavvertitamente, spinti ad emulare i loro *“competitors”* for-profit o a trasformarsi direttamente in ospedali for-profit, riducendo o eliminando i servizi non remunerativi, oppure aumentando i servizi remunerativi, spesso inutili e costosi. Dare ai consigli locali la possibilità di assumere decisioni ponderate sul modo in cui gli enti non profit possono meglio promuovere le loro finalità solidaristiche rappresenta il modo migliore per garantire che i loro ospedali si comportino in modo coerente alla loro missione.

Le opinioni sopra riportate trovano concreto riscontro nell'indagine fin qui compiuta presso i vari sistemi sanitari nazionali esaminati e, in particolare, presso il Sistema Sanitario Regionale del Veneto.

Come abbiamo visto, negli Stati Uniti – dove non c'è un sistema di tutela pubblica della salute alla Beveridge (Regno Unito) o alla Bismark (Germania) – il Terzo settore controlla il 69,79% degli Ospedali e fornisce il 74,26% dei ricoveri ospedalieri (Tabella 11 – dati 2019), ma anche in Francia, dove vige un Sistema Sanitario Nazionale essenzialmente pubblico, i lavoratori (dipendenti o autonomi) del settore privato/non-profit complessivamente impiegati nel comparto Sanità rappresentano il 35% del totale (Tabella 7 – dati 2016).

Nel Regno Unito, dove il sistema “Beveridge” di welfare universalistico vige dal 1948, si è passati, attraverso due distinti “*Health Care Act*” (2012 e 2022), ad un sistema integrato di assistenza sanitaria pubblico – privato – non profit (“*Integrated Care Systems*” (ICSs) i quali agiscono a loro volta attraverso strutture dedicate denominate “*Integrated Care Board*”.

In Germania (modello Bismark), il Paese europeo dove è in assoluto più alta la spesa sanitaria, le strutture ospedaliere (circa 1700 sull’intero territorio nazionale), cui si accede solo con prescrizione medica, salvo le urgenze, si dividono in tre categorie: pubbliche (41%), private (28%) e non profit (31%), gestite per la maggior parte da enti religiosi o da organizzazioni dedicate come la Croce rossa (Flehnert et al, 2019). In altri termini: settore privato e non profit detengono insieme il 59% delle strutture ospedaliere esistenti nel territorio nazionale.

In Finlandia, che come visto rappresenta il Paese nordico con le principali difficoltà nell’erogazione dei servizi sanitari, il settore privato e quello non profit svolgono un ruolo di rilievo, con particolare riguardo alla rete ambulatoriale, alla salute mentale, alla chirurgia ortopedica, cardiologia, ginecologia-ostetricia e alla cura del cancro, anche in centri ospedalieri dedicati.

In Canada, le iniziative più promettenti sembrano essere quelle di programmi integrati di assistenza sanitaria pubblica – non profit, sperimentati nella provincia di Alberta, Canada Occidentale, e presentati nella 23^a Conferenza internazionale dell’assistenza sanitaria integrata di Anversa, in Belgio, dal 22 al 24 maggio 2023 (Lewanczuk, 2023).

Con un unico sistema sanitario diviso in cinque zone amministrative, si è seguito l’approccio di distribuire funzioni e responsabilità a livelli via via minori, in relazione alle risorse e alle concrete possibilità di intervento, coinvolgendo congiuntamente gli attori del terzo settore e i loro omologhi del sistema sanitario pubblico. Sono stati istituiti comitati congiunti, responsabili solo verso i membri, per favorire una visione comune e coordinarne le attività.

E in Italia? In Italia si è già avuto modo di constatare (Cap. 6.1.) come dei 53 IRCCS esistenti – le nostre strutture ospedaliere di eccellenza – 23 siano pubbliche e 30 private. Di queste, 4 (1 pubblico e 3 privati) sono in Veneto (Ministero della Salute – Ricerca sanitaria, 2024)¹.

Si è anche visto come il progressivo invecchiamento della popolazione, accompagnato dalla progressiva carenza di personale medico e infermieristico

¹ <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2>.

(sia dei medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, ovvero impiegati nelle strutture ospedaliere e/o poliambulatoriali) e l'inefficacia nell'organizzazione di taluni Servizi Sanitari regionali abbia determinato nel tempo una progressiva mobilità interregionale e non pochi squilibri nei bilanci delle regioni a Statuto ordinario.

In tale contesto, va dato atto al SSR Veneto di aver cercato di coinvolgere progressivamente tutte le risorse disponibili, umane e finanziarie, nella produzione ed erogazione di servizi e delle prestazioni sanitarie, con iniziative citate ad esempio perfino dal più alto Organismo sanitario, l'OMS (tale il caso dell'Ospedale pubblico di Treviso, beneficiario di un contributo di 250 milioni di euro per la realizzazione di 1000 posti letto in 21 anni, co-finanziato dalla Banca Europea degli Investimenti, attraverso la creazione "ad hoc" di un ente privato: l'"Ospedal Grand Impact Investing").

Il tutto, tenendo costantemente in attivo il bilancio della spesa sanitaria (Tabelle 14 e 15) e annullando, o sensibilmente riducendo le liste d'attesa (Tabelle 27 e 28).

L'iniziativa più importante e della quale ci sarà modo di valutare nel tempo gli effettivi sviluppi e risultati è, senza dubbio, quella della creazione di una "Sanità integrata e partecipata", che ha non solo coinvolto tutti i possibili attori economici e istituzionali nella pianificazione, programmazione ed erogazione dei servizi sanitari e socio – sanitari, includendovi gli enti non profit e i privati, a cominciare dalle società benefit, ma vi ha favorito la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti.

E in tale processo, qual è il ruolo del Terzo settore?

Nei Capitoli precedenti e nelle Tabelle e Figure riportati in Appendice, tratte dai dati forniti dalle varie componenti dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto e/o rielaborati dall'Agenzia delle entrate, ne abbiamo evidenziato la consistenza numerica nei servizi resi nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali, nei servizi di ospitalità, di volontariato e solidarietà, di soccorso e trasporto sanitario. Il Terzo settore ha consentito di coprire aree non altrimenti raggiungibili dal servizio pubblico, fornendo, spesso gratuitamente, la propria opera in modo indistinto a cittadini e stranieri, contribuendo in tal modo ad avvicinarli alle istituzioni.

I detrattori avranno certamente modo di dire che è ancora poco, una "goccia nell'oceano". Ma – come diceva Madre Teresa di Calcutta – se quella goccia non ci fosse all'oceano mancherebbe qualcosa.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AGENAS, *Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità*, 2022, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/TERRITORIO/Quaderni_di_Monitor_Documento_metaprogetto_stampa.pdf.
- ANAAO – ASSOMED Veneto, *Osservazioni al Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2019-2023*, settembre 2018.
- ADEBOWALE V. CBE, *The voluntary sector: a game-changer in integrated care systems*, in National Health Service Confederation Voices Blogs, 25 March 2022, disponibile in <https://www.nhsconfed.org/articles/voluntary-sector-game-changer-integrated-care-systems>.
- AMATO G., BASSANINI F., e altri *L'autonomia regionale “differenziata” e la sua attuazione: questioni di procedura e di metodo*, Astrid Paper n. 93, Aprile 2023, in <https://www.astrid-online.it/static/upload/fina/finale---autonomia-differenziata-pos-paper-17-aprilefinal.pdf>.
- ANTONELLI V., *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, in Amministrazione in cammino, 2010, n. 4, in <https://amministrazioneincammino.luiss.it/wp-content/uploads/2010/04/Antonelli.pdf>
- ARCHAMBAULT E., *The evolution of public service provision by the third sector in France*, in The Political Quarterly, Vol. 88 (3), 2017, pp.465-472, in <https://shs.hal.science/halshs-01598959>.
- ARENA G., *Il principio di sussidiarietà nell’art. 118, u.c. della Costituzione*, in Studi in Onore di Giorgio Berti, 2005, Napoli, p. 107 e ss.
- BAI G, ZARE H, EISENBERG MD, POLSKY D, ANDERSON GF., *Analysis suggests government and nonprofit hospitals’ charity care is not aligned with their favorable tax treatment*. in Health Affairs (Millwood), 2021; 40 (4):629-636;
- BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G., *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2003;
- BIANCHERI G., *Il privato in sanità. La vera posta in gioco*, in Quotidiano Sanità, 16 gennaio 2023, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=110245.
- BIANCHERI G., FRANCESCHETTI L., VANNUCCI A., *La partecipazione dei pazienti e il ruolo delle comunità nella promozione della salute*, in Quotidiano Sanità – Studi e Analisi, 3 luglio 2023, in https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115166;

- BOMBARDELLI M., *Alcune considerazioni di sintesi sul rapporto tra pubblica amministrazione e terzo settore*, in Pellizzari S., Magliari A. (a cura di), *Pubblica amministrazione e Terzo settore. Confini e potenzialità dei nuovi strumenti di collaborazione e sostegno pubblico*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2019, p. 221;
- BONIN M., CAMPOSTRINI S., MANTOAN D., *Riforma sanitaria in Veneto. Una strada per il Servizio Sanitario Nazionale?* in Scienza in rete, 13 ottobre 2017, disponibile anche in <https://www.scienzainrete.it/articolo/riforma-sanitaria-veneto-strada-servizio-sanitario-nazionale/mauro-bonin-stefano>.
- BORZI N., *Sanità, il fronte caldo del Terzo Settore*, in “Valori, Notizie di finanza etica ed economia sostenibile”, 28 aprile 2020, <https://valori.it/sanita-terzo-settore-non-profit/>.
- BOTTARI C., *Tutela della salute e prestazioni sanitarie: i soggetti erogatori privati e l’attuazione del principio di sussidiarietà*, Scritti in onore di Ernesto Sticchi Damiani, Napoli, 2018, pp. 101-116.
- CALABRESE E., *Veneto, così la governance della nuova Sanità*, in “Il Sole 24 Ore – Sanità”, 31 ottobre 2016.
- CALDEROLI R., *Autonomia differenziata: un nuovo regionalismo che aumenterà l’efficienza e ridurrà i divari territoriali*, in “Il Sole 24 Ore”, 3 agosto 2024, <https://www.ilsole24ore.com/art/autonomia-differenziata-nuovo-regionalismo-che-aumentera-l-efficienza-e-ridurra-divari-territoriali-AF96TRCD>;
- CAREY, D., HERRING B., LENAIN P., *Health Care Reform in the United States*, OECD Economics Department Working Papers, No. 665, OECD publishing, Paris Cedex, 2009.
- CARRETTI M., BARASH A., CASTELLANA E., *Il Sistema Sanitario Francese*, in Salute internazionale, 22 maggio 2024, in <https://www.saluteinternazionale.info/2024/05/il-sistema-sanitario-francese/>.
- CASSESE S., *Il Sud capisca che è un’opportunità. Prestazioni garantite*, intervista di Vecchio C., in “La Repubblica”, 16 gennaio 2024, p. 10;
- CASSESE S., *Come sarà quest’autonomia differenziata*, in “il Foglio”, 29 gennaio 2024, p. I, intervista di Rizzini M.
- CERATI F., *Dagli USA il modello sanitario non profit*, in “Il Sole 24 Ore – Salute”, 17 luglio 2019.
- CERGAS – Bocconi Rapporto OASI 2023, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, Milano, novembre 2023;
- CIGNACCO A., RIZZATO M., *Sistema sanitario: dal livello nazionale a quello regionale veneto*, 5 giugno 2018, in <https://www.altalex.com/documents/news/2018/05/31/sistema-sanitario-dal-livello-nazionale-a-quello-regionale-veneto>.
- COEN L., *Il sistema integrato dei servizi*, n. 3/2020, pp. 44 – 50, <https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2020/03/Coen.pdf>;
- CONSIGLIO D’EUROPA – European Youth Forum *Volunteering Charter European Charter on the Rights and Responsibilities of Volunteers*, European Youth Forum, con il concorso della Commissione Europea, Bruxelles, 2012;
- CONSIGLIO REGIONALE VENETO, *Piano Socio Sanitario Regionale 2019 – 2023*, settembre 2018;
- CORTE DEI CONTI, Sezione Centrale di Controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato *Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19*, Deliberazione 13 novembre 2024, n. 90/2024/G, Roma, relatore Giampiero Pizzigoni;

- COSTA G., DE LUCA F., *Il ruolo delle associazioni di volontariato nelle Case della Salute e nelle Case di Comunità: un approfondimento empirico*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1/2023, pp. 101-118;
- CUSINATO A., RIGOLI G., *Indagine conoscitiva sugli ambulatori medici del Veneto gestiti da Enti del Terzo Settore 2022*, Castelfranco Veneto, 2023.
- CUTTAIA F.G., *La riorganizzazione della sanità in Veneto*, in “Federalismi.it”, n. 14/2017, pp. 1-7.
- DONATINI A., *International Health Care System Profiles – Italy*, 5 June 2020, in <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/italy>;
- DRIVA A., HORNUNG E., BAUERNSCHUSTER S., *Bismarck’s health insurance and its impact on mortality*, 7 ottobre 2017, in <https://cepr.org/voxeu/columns/bismarcks-health-insurance-and-its-impact-mortality>.
- DUTTON B., HUMPHREY N., QUALTER P., *Getting the pieces to fit: NHS and third sector collaboration to enhance crisis mental health service provision for young people*, in *BMC Health Services Research* (2023), The University of Manchester (UK), <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09198-w>.
- ECCHER A., MARLETTA S., SBARAGLIA M., GUERRIERO A., ROSSI M., GAMBARO G., SCARPA A., DEI TOS P., *Digital pathology structure and deployment in Veneto: a proof-of-concept study*, in *Virchows Archiv* (2024) 485:453–460, <https://doi.org/10.1007/s00428-024-03823-7>;
- ER. DI., *Spesa sanitaria: nel 2022 a carico degli italiani 40, 26 miliardi (+8,3%), la metà per visite e interventi*, in “Il Sole 24 Ore – Sanità 24”, 21 dicembre 2023;
- FAGGIANO I., *Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, il Veneto si prepara a formare la sua ‘squadra’*, intervista sul tema a Teresa Petrangolini, Direttore Patient Advocacy Lab di ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma, in *Sanità Informazione – Advocacy e Associazioni*, 15 febbraio 2024, <https://www.sanitainformazione.it/advocacy-e-associazioni/assemblea-permanente-delle-organizzazioni-dei-cittadini-e-dei-pazienti-il-veneto-si-prepara-a-formare-la-sua-squadra/>;
- FANTOZZI R., GABRIELE S., *Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute*, in UPB, focus tematico n. 3, Roma 27 marzo 2024, pp. 1 – 32, https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2024/03/Focus_3_2024_Riparto_fabb_san.pdf;
- FATTORINI L., *Tempi di bilanci per la sanità britannica*, in *Salute internazionale*, n. 2/2024 in <https://www.saluteinternazionale.info/2024/02/tempi-di-bilanci-per-la-sanita-uk/>.
- FLENNERT M., KÖNIG H. H., HAJEK A., *The association between voluntary work and health care use among older adults in Germany*, in *BMC Health Services Research*, 2019, in <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3867-x>.
- FRANCA S., *Le convenzioni con il Terzo settore tra gratuità del rapporto e regime dei rimborsi. Nota a Tar Toscana, 1° giugno 2020, n. 666*, in *Impresa sociale*, n. 4/2020, pp. 94-103;
- FREEMAN R., *Working for Nothing: The Supply of Volunteer Labor*, 1997, 15 J. PUB. ECON. S140-S141.
- FUOLEGA F., *Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale*, maggio 2012, a cura della Segreteria Regionale per la Sanità Direzione Controlli e Governo SSR Veneto, in <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/origini-e-storia>.
- GALLO F., *Sui Lep profili di incostituzionalità con effetti negativi anche su famiglie e imprese*

- del Nord*, in FiscoEquo, 9 luglio 2024, in <https://www.fiscoequo.it/autonomia-differenziata-gallo-sui-lep-profili-di-incostituzionalita-con-effetti-negativi-anche-su-famiglie-e-impresedel-nord/>;
- GHIOTTO M. C., RIZZOLO Y., GANDOLFO E., ZULIANI E., MANTOAN D., *Strengthening primary care: The Veneto Region's model of the Integrated Medical Group*, in "Health Policy", Volume 122, Issue 11, November 2018, Pages 1149-1154.
- GIMBE, *Report Osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021*, Fondazione GIMBE, Bologna, 16 gennaio 2024, in www.gimbe.org/mobilita2021.
- GLAZIER R.H., *Our role in making the Canadian health care system one of the world's best. How family medicine and primary care can transform-and bring the rest of the system with us*, in *Can Fam Physician*, 2023 Jan; Vol. 69 (1), pp. 11-16, doi: 10.46747/cfp.690111, disponibile anche in <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36693751/>.
- GOODAIR B., REEVES A., *The effect of health-care privatization on the quality of care*, in "The Lancet Public Health", March 2024, 9: e199–206, Department of Social Policy and Intervention, University of Oxford, Oxford, UK, in [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00003-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3).
- GRANDI F., *L'art. 32 nella pandemia: sbilanciamento di un diritto o "recrudescenza" di un dovere?* in *Costituzionalismo.it*, fasc. 1/2021, Saggi – Parte I, pp. 82 – 135.
- HEINS E., PRICE D., POLLOCK A.M., MILLER E., MOHAN J., SHAOUL J., *A Review of the Evidence of Third Sector Performance and Its Relevance for a Universal Comprehensive Health System*, in "Social Policy & Society" 9:4, 515–526_Cambridge University Press, 2010, doi:10.1017/S1474746410000230.
- HERRING B., GASKIN D., ZARE H., ANDERSON G., *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals' Tax Exemption to Their Community Benefits*, in *Inquiry, The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, Volume 55, 1 – 11, 2018, Jan. Dec., disponibile anche in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813653/>.
- HINES J.R. Jr, HORWITZ J.R., NICHOLS A., *The Attack on Nonprofit Status: a Charitable Assessment*, in *Michigan Law Review*, 108, p. 1179 – 1220 (2010).
- HORWITZ J.R., MEAD J., *Letting Good Deeds Go Unpunished: Volunteer Immunity Laws and Tort Deterrence*, 2008, Working Paper No. 08-009, pp. 1 – 42, in <https://michigan.law.umich.edu/>
- HORWITZ J. R., *Charitable nonprofits and the business of health care*, in Powell W., Bromley P., eds. *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, 3rd ed. Stanford University Press; 2020, Chapter 17, 413-444.
- HORWITZ J. R., NICHOLS A., *Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type*, *Health Affairs (Millwood)*, 2022 Mar; 41(3): pp. 331-340, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01115>.
- HORWITZ J. R., *Threatening Nonprofit Hospital Tax Exemption. A Better Path Forward*, in *Journal of American Medical Association*, 18 January 2024, doi:10.1001/jama.2023.28289.
- HSCI, *Developing the Third Sector's Role in Health and Social Care Integration*, 2018 in <https://ctsi.org.uk/wp-content/uploads/2018/06/HSCI-Developing-Third-Sector-Role-Handbook-Final.pdf>.
- HUTTON J., *Pediatric Biomedical Informatics: Computer Applications in Pediatric Research (Translational Bioinformatics Book)*, Springer NYC, 2012.

- ISS, *Governo clinico, SNLG e HTA*, Roma, 5 gennaio 2022.
- ISS, *Le determinanti della spesa out-of-pocket*, Roma, 18 marzo 2021.
- ISTAT, *Struttura e profili del Settore Non Profit*, Roma, 14 ottobre 2022.
- ISTAT, *Il benessere equo e sostenibile dei territori, Veneto 2023*, Roma, 2023.
- JONES M., JALLINOJA P., ILKKA P., *Representing the 'Voice' of Patients: How Third Sector Organizations Conceptualize and Communicate Experiential Knowledge in Health Service Development*, in *ISTR Voluntas*, 2021, 32:561–572, <https://doi.org/10.1007/s11266-020-00296-5>.
- LEWANCZUK R., *Creating a system wide third sector – health system partnership*, excerpt from the 23rd International Conference on Integrated Care, Antwerp, Flanders, 22-24 May 2023 in *International Journal of Integrated Care*, 23(S1):012 DOI: doi.org/10.5334/ijic.ICIC23012.
- MAGNANI C., *Sussidiarietà e Costituzione: pluralismo e diritti*, in Studi Urbinati, A – Scienze giuridiche, politiche ed economiche, 2006, vol. 57, n. 4, pp. 409 – 417;
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE Ragioneria Generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 10*, Roma, dicembre 2023, pp. 75, 179-202.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE *Documento di economia e finanza 2023. Nota di Aggiornamento*, Roma, 27 settembre 2023.
- MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione generale della programmazione sanitaria –
Ufficio 6 *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2020*, Roma, 6 marzo 2023.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Direzione generale della programmazione sanitaria – Ufficio 6 *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2021*, Roma, maggio 2023.
- MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021.
- MUSICK M. A., WILSON J., *Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups*, in *Social Science & Medicine* 56 (2003), pp. 259–269.
- NELSON M.L.A., SARAGOSA M., SINGH H., HI J., *Examining the Role of Third Sector Organization Volunteers in Facilitating Hospital-to-Home Transitions for Older Adults – a Collective Case Study*, in *International Journal of Integrated Care*, 2024; 24(1): 16, 1–13, <https://doi.org/10.5334/ijic.7670>.
- OBAMA B., *United States Health Care Reform. Progress to Date and Next Steps*, in *Journal of American Medical Association*, 2016, 316 (5), 525 – 532, in <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533698>, doi:10.1001/jama.2016.9797
- OECD, *Data Explorer, Health expenditure and financing*, in <https://data-explorer.oecd.org>.
- OECD, *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD, *OECD (2023), Time for Better Care at the End of Life*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2023 <https://doi.org/10.1787/722b927a-en>.
- OECD European Observatory on Health Systems and Policies, *Italia: Profilo della Sanità, 2023*, OECD Publishing, Paris, in <https://doi.org/10.1787/1e266bea-it>.
- OECD European Observatory on Health Systems and Policies, *State of Health in the EU, France 2023: Country Health Profile*, OECD Publishing, 2023, Paris, in <https://doi.org/10.1787/07c48f9f-en>.

- OECD European Observatory on Health Systems and Policies, *State of Health in the EU, Germany 2023. Country Health Profile*, 2023, OECD Publishing, Paris, in <https://doi.org/10.1787/21dd4679-en>.
- OECD European Observatory on Health Systems and Policies, *Finland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris, 2023, in <https://doi.org/10.1787/e7af1b4d-en>.
- OECD, *Declaration on Building Better Policies for More Resilient Health Systems*, OECD Publishing, Paris, 2024, in <https://legalinstruments.oecd.org/Instruments/instruments/OECD-LEGAL-0500>.
- OECD/European Commission *Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
- OWSLEY K.M. LINDROOTH R.C., *Understanding the relationship between nonprofit hospital community benefit spending and system membership: an analysis of independent hospital acquisitions*, in *J Health Econ.* 2022 Dec; 86:102696, doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102696. Epub 2022 Oct 25. PMID: 36323185;
- PELLIZZARI S., *Sentenza 131/2020: attuare con responsabilità l'art. 55 del Codice del Terzo settore*, in *Impresa sociale*, 9 luglio 2020, <https://www.rivistaimpresasociale.it/forum/articolo/attuare-con-responsabilita-l-art-55>;
- PETRANGOLINI T., MORANDI F., DELLE MONACHE L., MORO M., DI BRINO E., CICHETTI A., *La storia delle associazioni dei pazienti e dei cittadini impegnate in sanità in Italia: conquiste, ostacoli e trasformazioni*, Roma, aprile 2021, pp. 31 – 52;
- PICCININI M., *Le nuove sfide per gli IRCCS ARIS tra passato, presente e futuro*, Negrar di Valpolicella (VR), 22 novembre 2023;
- PICIOCCHI C., *Il diritto alla salute nella Costituzione italiana: l'adempimento di una promessa difficile*, in *Estudios Constitucionales, Número especial*, 2021-2022, pp. 396-419, doi: 10.4067/S0718-52002022000300394.
- PISANI G., DECORTE J., *L'integrazione socio-sanitaria come asse di un nuovo modello di assistenza. il possibile ruolo del Terzo settore*, Euricse, 2023, Working Paper n. 128/23, 1-3.
- POSITANO G., *L'art. 32 della Costituzione*, in <https://lamagistratura.it/commentario/lart-32-della-costituzione/>
- RAHAL C., MOHAN J., *The Role of the Third Sector in Public Health Service Provision: Evidence from 25,338 heterogeneous procurement datasets*, Leverhulme Centre for Demographic Science, University of Oxford and Third Sector Research Centre, University of Birmingham, February 19, 2024, <https://osf.io/preprints/socarxiv/t4x52>.
- RAPFOGEL N., GEE E., *How Nonprofit Hospitals Can Support Communities and Advance Public Health*, in <https://www.americanprogress.org/article/nonprofit-hospitals-can-support-communities-advance-public-health/>
- RICCIARDI W., TARRICONE R., *The evolution of the Italian National Health Service*, in *Lancet*, 2021 Dec 11; 398(10317):2193-2206. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01733-5. Epub 2021 Oct 22. PMID: 34695372.
- RUGGERI M., DRAGO C., CADEDDU C., ARMUZZI A., LEONE S., MARCHETTI M., *The Determinants of Out-of-Pocket Expenditure in IBD Italian Patients. Results from the AMICI Survey*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17 (21). 8156.
- SACCO Y., *Advice on unmet healthcare infrastructure needs – Region Veneto*, Scuola Su-

- periore Sant'Anna (Pisa), 30 April 2021, https://www.santannapisa.it/sites/default/files/veneto_regional_report_final_version.pdf;
- SALVALAGGIO E., *Case di comunità. In Veneto è rottura fra Fimmg e Regione*, in *Quotidiano Sanità – Regioni e Asl*, 9 gennaio 2024, in https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=119364;
- SANTUARI A., *Riforma degli ambiti territoriali sociali e coinvolgimento dei soggetti privati. Breve commento del ddl della Regione Veneto del 18 aprile 2023*, in *Welforum.it – Osservatorio nazionale sulle politiche sociali*, 16 giugno 2023, <https://www.welforum.it/riforma-degli-ambiti-territoriali-sociali-e-coinvolgimento-dei-soggetti-privati/>
- SANTUARI A., *Le Organizzazioni Non Governative (ONG) e l'attività di assistenza sanitaria a favore dei migranti tra diritto europeo e disciplina nazionale. Rapporti di collaborazione con gli enti pubblici e obblighi di trasparenza*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2/2020, p. -18.
- SANTUARI A., *Ma l'art. 56 del CTS necessita ancora di interpretazioni?* in *Welforum.it – Osservatorio nazionale sulle politiche sociali*, 8 giugno 2020, <https://www.welforum.it/ma-lart-56-del-cts-necessita-ancora-di-interpretazioni/>
- SANTUARI A., *Il principio di sussidiarietà orizzontale quale paradigma per la definizione dei rapporti tra ETS e pubblica amministrazione nella riforma del Terzo settore*, in *Terzo settore, non profit e cooperative – n. 2 – Aprile / Giugno 2019*, pp. 68 – 78.
- SANTUARI A., SAGE W., *Paradigms of Healthcare Systems, Law, and Regulation: A Transatlantic Conversation*, in *The Oxford Handbook of Comparative Health Law*, Edited by David Orentlicher and Tamara K. Hervey, Oxford University Press, 2021, Part I – Chapter 2, pp. 19-65;
- SCHIZER D. M., *How to Save the World in Six (not so easy) Steps. Bringing Out the Best in Nonprofits.*, Post Hill Press, New York, 2023, pp. 26; 112 – 140.
- SCINETTI F., TURATI G., VIRGADAMO L. *Come viene finanziata la sanità tra le Regioni?* in *Osservatorio sui conti pubblici italiani – OCPI*, 31 maggio 2024, pp. 1 – 11, <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-Come%20viene%20finanziata%20la%20sanita%20tra%20le%20Regioni.pdf>.
- SHAH S., GOOCH J., MEYERS J., KIRBY M., VAN COUWENBERGHE, *The Inflation Reduction Act's Ripple Effects on the US Health Care Ecosystem*, 8 February 2024, in <https://www.bcg.com/publications/2024/inflation-reduction-acts-effects-on-us-health-care-ecosystem>.
- SMITH K., *A (Brief) History of Health Policy in the United States*, in *Delaware Journal of Public Health*, 2023 Dec 31;9(5):6-10. doi: 10.32481/djph.2023.12.003. PMID: 38283712; PMCID: PMC10810293.
- STAIANO S., *Coordinate per ricostruzione di un regionalismo differenziato*, in *Il regionalismo italiano alla prova delle differenziazioni – Atti del Convegno Annuale dell'Associazione "Gruppo di Pisa"*, Trento, 18-19 settembre 2020 pp. 257 – 268.
- TONIOLO F., MANTOAN D., MARESSO A., *Veneto Region, Italy. Health system review*, in *Health Syst Transit*, 2012, 14(1): i-xix, 1-138. PMID: 22575766
- TOTH F., *The Public/Private Sector Mix in the Italian Healthcare System: Some Issues of Equity and Quality of Care*, in "The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: A Comparative Study", Chapter 8, New York, 2023; online edition, Oxford Academic, 17 Nov. 2022, pages 177 – 202 <https://doi.org/10.1093/oso/9780197571101.003.0008>.

- TROVATI G., *Prestazioni, materie e Parlamento. Da correggere tutti gli snodi chiave*, in “Il Sole 24 Ore”, 15 novembre 2024, p. 13.
- TUURNAS S., KILKKU N., *The role and position of the third sector in social and health care system? Reflections from Finnish Reform*, in *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, Volume 2, nr. 2-2023, s. 1–5, <https://doi.org/10.18261/njwel.2.2.1>.
- TYNKKYNNEN LK, KESKIMÄKI I, KARANIKOLOS M., LITVINOVA Y., *Finland: Health system summary*, 2023, Tampere.
- UNITED NATIONS, *Volunteers Report, prepared for the UN General Assembly Special Session on Social Development*, Geneva, February 2011.
- VICECONTE N., *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale tra federalismo “promesso” ed esigenze di bilancio*, in *Italian Papers on Federalism*, Rivista giuridica on line ISSiRFA – CNR, nn. 1-2-3/2012, pp. 5 – 11, <https://www.ipof.it/1118/>.
- WHO/OMS, World Health Organization, Organizzazione Mondiale della Sanità, *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Geneva, 2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>.
- WHO/OMS Regional Office for Europe, *The Veneto model – a regional approach to tackling global and European health challenges*, Copenhagen (DK), 2016, in <https://iris.who.int/handle/10665/343781>.
- WHO/OMS Regional Office for Europe, *Economic and social impacts and benefits of health systems. Report*, Copenhagen (DK), 2019, in <https://iris.who.int/handle/10665/329683>;
- WHO/OMS World Health Organization, Organizzazione Mondiale della Sanità, *Health promotion Glossary of Terms*, Geneva, 2021.
- WHO/OMS World Health Organization, Organizzazione Mondiale della Sanità, *Global Health Expenditure Database*, <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
- ZARE H, EISENBERG M, ANDERSON G., *Charity care and community benefit in non-profit hospitals: definition and requirements*, in *Inquiry*. 2021; 58: 469580211028180.

RIFERIMENTI SITOGRAFICI

- <https://www.archives.gov/milestone-documents/>
- <https://avvoverona.it>
- <https://www.azero.veneto.it>
- <https://www.aopd.veneto.it/Volontariato-e-Solidarieta>
- <https://www.aopd.veneto.it/Servizi-ospitalita>
- <https://www.aovr.veneto.it>
- <https://www.bcg.com/publications>
- <https://www.cihi.ca>
- https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/eurostat-european-statistics_en
- <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/italy>
- https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/stu_331_20230320134520.pdf
- <https://ctsi.org.uk>
- <https://euricse.eu/en>
- www.gimbe.org
- <https://www.healthaffairs.org/>
- <https://www.ilsole24ore.com>
- <https://www.imperial.nhs.uk/>
- <https://iris.who.int>
- <https://www.istat.it>
- <https://jamanetwork.com/>
- <https://www.legislation.gov.uk/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
- <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-specialized-hospitals-2025/>
- <https://www.nhsconfed.org>
- <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver>
- <https://www.iss.it>
- <https://www.regione.veneto.it/web/guest/area-sanita-e-sociale1>
- <https://www.regione.veneto.it/web/sociale/autorizzazione-e-accreditamento>
- <https://www.regione.veneto.it/direzione-programmazione-sanitaria>
- <https://salute.regione.veneto.it/>
- <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/elenchi-strutture-sanitarie-private-accreditate>
- <https://www.salute.gov.it>

- <https://www.sanita24.ilsole24ore.com>
- <https://www.sup.org>
- <https://www.welforum.it>

APPENDICE

Tabella 1. Misura delle performance delle prestazioni sanitarie pubblico – privato – no profit

Performance measure	No. of studies	Tendency of findings
Efficiency	15	Ambiguous
Quality of care	43	In favour of non-profits (comparison with for-profits)
Innovation	4	No clear differences between sectors (non-profit versus public)
Trust	3	Non-profits considered more trustworthy than for-profits
Value-driven	27	Non-profits more community-oriented than for-profits, but outperformed by public sector

Fonte: HEINS E., PRICE D., POLLOCK A.M., MILLER E., MOHAN J., SHAOUL J., *A Review of the Evidence of Third Sector Performance and Its Relevance for a Universal Comprehensive Health System*, in "Social Policy & Society" 9:4, 515.526_Cambridge University Press, 2010, p. 520, Table 3.

Nota: la tabella espone il numero di studi effettuati a livello globale sulla qualità delle performance delle prestazioni sanitarie fornite dal settore pubblico, privato e non profit, suggerendo una migliore qualità dei servizi offerti dal settore no profit rispetto a quelli erogati dal settore privato, mentre gli studi "value-driven" (orientati al valore), segnalano che le prestazioni rese dal mondo nonprofit sono più orientate alla comunità di riferimento, rispetto a quelle offerte dal settore privato, ma sono superate, nella loro performance, dal settore pubblico.

Tabella 2. Stato della Sanità nei Paesi OCSE (anno 2021)

	Life expectancy		Avoidable mortality		Chronic conditions		Self-rated health	
	Years of life at birth		Deaths per 100 000 population (age-standardised)		Diabetes prevalence (% adults, age-standardised)		Population in poor health (% population aged 15+)	
OECD	80.3	+	237	+	7.0	-	7.9	+
Australia	83.3	+	144	+	6.4	+	3.7 ³	+
Austria	81.3	+	198	+	4.6	+	7.4	+
Belgium	81.9	+	178 ²	+	3.6	+	8.0	+
Canada	81.6	+	171 ²	+	7.7	+	2.8	=
Chile	81.0	+	247 ¹	-	10.8	-	6.8	-
Colombia	76.8	+	328 ¹	-	8.3	+	1.3 ²	N/A
Costa Rica	80.8	+	237 ¹	-	8.8	+	3.4 ²	N/A
Czech Republic	77.2	-	335	-	7.1	-	8.6	+
Denmark	81.5	+	174 ¹	+	5.3	+	7.7	+
Estonia	77.2	+	363	+	6.5	+	12.1	+
Finland	81.9	+	186 ¹	+	6.1	-	6.2	+
France	82.4	+	160 ³	+	5.3	+	8.9	-
Germany	80.8	+	195 ¹	+	6.9	-	12.4	-
Greece	80.2	-	204 ¹	-	6.4	-	6.5	+
Hungary	74.3	-	404 ²	+	7.0	-	8.2	+
Iceland	83.2	+	142	+	5.5	-	5.9 ²	+
Ireland	82.4	+	172 ²	+	3.0	+	5.2	-
Israel	82.6	+	141 ¹	+	8.5	-	10.9	+
Italy	82.7	+	146 ³	+	6.4	-	8.1	+
Japan	84.5	+	134 ¹	+	6.6	+	13.6 ²	+
Korea	83.6	+	142 ¹	+	6.8	+	13.8 ¹	+
Latvia	73.1	=	531	-	5.9	+	13.1	+
Lithuania	74.2	+	481	+	5.8	+	13.1	+
Luxembourg	82.7	+	147	+	5.9	-	5.9	+
Mexico	75.4	+	665 ¹	-	16.9	-	N/A	N/A
Netherlands	81.4	+	161 ¹	+	4.5	+	5.2	+
New Zealand	82.3	+	179 ²	+	6.2	+	2.1	+
Norway	83.2	+	156 ³	+	3.6	+	9.0 ¹	-
Poland	75.5	-	344 ¹	-	6.8	+	10.3	+
Portugal	81.5	+	180 ²	+	9.1	+	13.3	+
Slovak Republic	74.6	-	321 ²	+	5.8	-	13.2	+
Slovenia	80.7	+	221 ¹	+	5.8	+	8.3	+
Spain	83.3	+	163	+	10.3	-	7.7	-
Sweden	83.1	+	150 ²	+	5.0	-	6.4	-
Switzerland	83.9	+	133 ¹	+	4.6	+	3.9	-
Türkiye	78.6 ²	+	233 ²	+	14.5	-	8.4	+
United Kingdom	80.4 ¹	=	222 ¹	-	6.3	-	7.4 ²	-
United States	76.4	-	336 ¹	-	10.7	-	3.1	=

 Better than the OECD average.
 Close to the OECD average.
 Worse than the OECD average.
1. 2020 data.
2. 2018/19 data.
3. 2016/17 data.

Fonte: *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Table 1.2.

Nota: il segno “+” nelle varie colonne indica un miglioramento nel tempo, il segno “-” indica un peggioramento nel tempo, il segno “=” rappresenta l’assenza di variazioni significative. Nella Tabella la Lettonia, la Lituania e il Messico sono stati esclusi dal calcolo di devianza per “mortalità evitabile” (Seconda colonna), mentre il Messico e la Turchia sono stati esclusi da fattori diabetici prevalenti. Con riguardo al parametro “mortalità evitabile” l’Italia presenta una condizione migliore della media OCSE. In tutti gli altri parametri considerati l’Italia è prossima alla media OCSE. L’aspettativa media di vita è intorno agli 82 anni.

Tabella 3. Condizioni di accesso ai servizi sanitari nei Paesi OCSE (2021)

	Population coverage, eligibility		Population coverage, satisfaction (2022)		Financial protection		Service coverage	
	Population eligible for core services (% population)		Population satisfied with availability of quality health care (% population)		Expenditure covered by compulsory prepayment (% total expenditure)		Population reporting unmet needs for medical care (% population)	
OECD	97.9	-	66.8	-	75.9	+	2.3	+
Australia	100	=	71	-	71.9 ¹	+	N/A	N/A
Austria	99.9	=	84	-	78.3	+	0.2	+
Belgium	98.6	-	90	+	77.6	+	1.7	+
Canada	100	=	56	-	72.9	+	N/A	N/A
Chile	94.3	+	39	+	62.7	+	N/A	N/A
Colombia	94.7 ²	-	41	-	78.4	+	N/A	N/A
Costa Rica	90.9	-	70	+	74.5	+	N/A	N/A
Czech Republic	100	=	77	+	86.4	+	0.3	+
Denmark	100	=	81	=	85.2	+	1.2	+
Estonia	95.9	+	63	+	76.2	+	8.1	+
Finland	100	=	70	+	79.8	+	4.3	+
France	99.9	=	71	-	84.8	+	2.8	+
Germany	99.9	+	85	-	85.5	+	0.1	+
Greece	100.0	=	44	+	62.1	-	6.4	+
Hungary	95.0	-	44	-	72.5	+	1.2	+
Iceland	100	=	68	-	83.7	+	3.4 ²	+
Ireland	100	=	67	+	77.4	+	2.0	+
Israel	100	=	69	=	68.2 ¹	+	N/A	N/A
Italy	100	=	55	=	75.5	-	1.8	+
Japan	100 ¹	=	76	+	84.9 ¹	+	N/A	N/A
Korea	100	=	78	+	62.3	+	N/A	N/A
Latvia	100	=	57	+	69.5	+	4.0	N/A
Lithuania	98.8	+	51	=	68.6	-	2.4	N/A
Luxembourg	100	=	86	-	86.0	+	1.1	+
Mexico	72.4 ¹	-	57	-	50.2	-	N/A	N/A
Netherlands	99.9	+	83	-	84.9	+	0.1	+
New Zealand	100	=	64	-	80.3	-	N/A	N/A
Norway	100	=	80	-	85.6	+	0.9	+
Poland	94.0	-	51	+	72.5	+	2.6	+
Portugal	100	=	63	+	63.2	-	2.3	-
Slovak Republic	95	-	54	-	79.7	+	2.9	+
Slovenia	100	=	68	-	73.7	+	4.7	-
Spain	100 ¹	+	64	-	71.6	-	1.1	+
Sweden	100	=	74	-	85.9	+	1.2	+
Switzerland	100	=	94	=	67.7	+	0.5	+
Türkiye	98.8	+	53	-	78.8	-	2.4	N/A
United Kingdom	100	=	67	-	83.0	+	N/A	N/A
United States	91.3	+	75	+	83.6	+	N/A	N/A

■ Better than the OECD average.
■ Close to the OECD average.
■ Worse than the OECD average.

1. 2020 data.
 2. 2018 data.

Fonte: OCSE, *Health at a Glance 2023*. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Table 1.4.

Nota: il segno “+” nelle varie colonne indica un miglioramento nel tempo, il segno “-” indica un peggioramento nel tempo, il segno “=” rappresenta l’assenza di variazioni significative. La Tabella mostra, a fronte di un Servizio Sanitario Pubblico formalmente garantito a tutta la popolazione, una soddisfazione generale sull’accesso ai (e alla qualità dei) servizi essenziali (55%) prossima alla media OCSE (66,8%). Il “mismatch” tra domanda e offerta di servizi sanitari, pari all’1,8%, risulta vicina e comunque inferiore alla media dei Paesi OCSE (2,3%). La colonna 3 indica l’ammontare della spesa complessiva coperta dal “ticket” (75,5%), anche in questo caso in linea con i dati OCSE (75,9%). Tuttavia, nella copertura pubblica dei servizi sanitari l’Italia si trova al 13° posto tra i Paesi dell’Unione europea

Tabella 4. Qualità delle cure nei Paesi OCSE (2021)

	Safe primary care		Effective primary care		Effective preventive care		Effective secondary care		
	Antibiotics prescribed (defined daily dose per 1 000 people)		Avoidable hospital admissions (per 100 000 people, age-sex standardised)		Mammography screening within the past 2 years (% women aged 50-69)		AMI	Stroke	30-day mortality following AMI or stroke (per 100 admissions aged 45 years and over, age-sex standardised)
OECD	13.1	+	483	+	55.1	-	6.8	7.8	+
Australia	16.8	-	654	+	47.1	-	3.3 ¹	4.8	+
Austria	7.2	+	483	+	40.1	N/A	5.8	6.6	+
Belgium	16.0	+	633 ²	-	56.1 ¹	-	4.3	8.2	+
Canada	9.0	N/A	388	+	59.7 ²	+	4.7	7.7	+
Chile	N/A	N/A	220	+	35.8	+	7.2 ²	8.3	+
Colombia	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5.6 ²	6.1	+
Costa Rica	N/A	N/A	278 ²	+	36	+	N/A	N/A	N/A
Czech Republic	11.5	N/A	577	+	58.3	+	6.2	9.4	=
Denmark	12.6	+	538	+	83.0	=	4.8	4.9	+
Estonia	8.7	+	354	+	58.7	+	11.3	9.0	-
Finland	9.4	+	490	+	82.2	-	7.3	9.1	+
France	19.3	+	601 ⁴	+	46.9	-	5.5 ²	7.3 ⁴	+
Germany	8.1	+	728	+	47.5	-	8.6	6.6	+
Greece	21.7	+	N/A	N/A	65.7 ²	+	N/A	N/A	N/A
Hungary	10.8	+	N/A	N/A	29.8	-	N/A	N/A	N/A
Iceland	15.7	+	308	+	54.0	-	1.7	3.1	+
Ireland	16.3	+	498	+	62.4	-	5.4	6.3	+
Israel	14.4	+	440	+	71.9	+	5.2	5.4	+
Italy	15.9	+	214	+	55.9	-	5.3 ²	6.6 ⁴	+
Japan	12.2 ²	+	N/A	N/A	44.6 ²	+	8.3 ¹	2.9	+
Korea	16.0	+	375	+	69.9	+	8.4	3.3	+
Latvia	10.1	+	N/A	N/A	30.8	-	15.9	20.5	-
Lithuania	11.7	N/A	554	+	45.5	+	10.3	15.4	+
Luxembourg	14.6	+	502	-	53.8	-	9.9	6.0	+
Mexico	N/A	N/A	195	+	20.2 ¹	+	23.7	17.2	+
Netherlands	7.6	+	318	+	72.7	-	2.9	4.9	+
New Zealand	N/A	N/A	N/A	N/A	63.3	-	4.1	5.9	+
Norway	12.8	+	477	+	65.5	-	2.6	3.1	+
Poland	18.8	-	663	+	33.2	N/A	5.2	11.8 ²	+
Portugal	13.7	+	266	N/A	80.2 ²	-	8.0	10.4	+
Slovak Republic	14.5	+	615	+	25.5	-	7.4	9.9	+
Slovenia	8.7	+	367	+	77.2	+	5.1	12.1	+
Spain	18.4	-	356	+	73.8 ¹	-	6.5	9.4	+
Sweden	8.6	+	361	+	80.0	N/A	3.6	5.5	+
Switzerland	N/A	N/A	424	-	49 ²	+	5.1 ¹	5.6 ⁴	+
Türkiye	11.3	+	827 ²	N/A	20.5	-	6.0	7.6	N/A
United Kingdom	N/A	N/A	403	+	64.2	-	6.7	9.0	+
United States	N/A	N/A	725	+	76.1	-	5.5 ¹	4.3	-

■ Better than the OECD average.
■ Close to the OECD average.
■ Worse than the OECD average.
 1. 2020 data.
 2. 2019 data.
 3. 2017/18 data.
 4. 2014/15 data.

Notes: The symbol + indicates an improvement over time, - a deterioration, and = no change. Latvia and Mexico are excluded from the standard deviation calculation for AMI and stroke mortality. OECD averages shown here differ slightly from those in chapter 6 due to differences in country coverage. Avoidable hospital admissions cover asthma, chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure and diabetes.

Fonte: *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Table I.5.

Nota: Mette conto segnalare il dato che appare nella terza colonna in corrispondenza dell'Italia, riferito all'“Efficacia dell'assistenza di base – ricoveri non necessari evitati”, per 100.000 abitanti in ragione dell'età e del sesso, che mostra come l'Italia sia in questo campo al di sopra della media dei Paesi OCSE. Il particolare indicatore segnala che all'emergenza sanitaria si è avviato con l'appropriatezza di prestazioni di primo intervento e/o assistenza ambulatoriale di base ovvero domiciliare. Il colore verde del riquadro evidenzia la posizione di eccellenza (nel 2021 l'Italia si colloca al terzo posto nella classifica dei Paesi OCSE).

Tabella 5. Capacità e risorse dei Sistemi sanitari nei Paesi OCSE (2021)

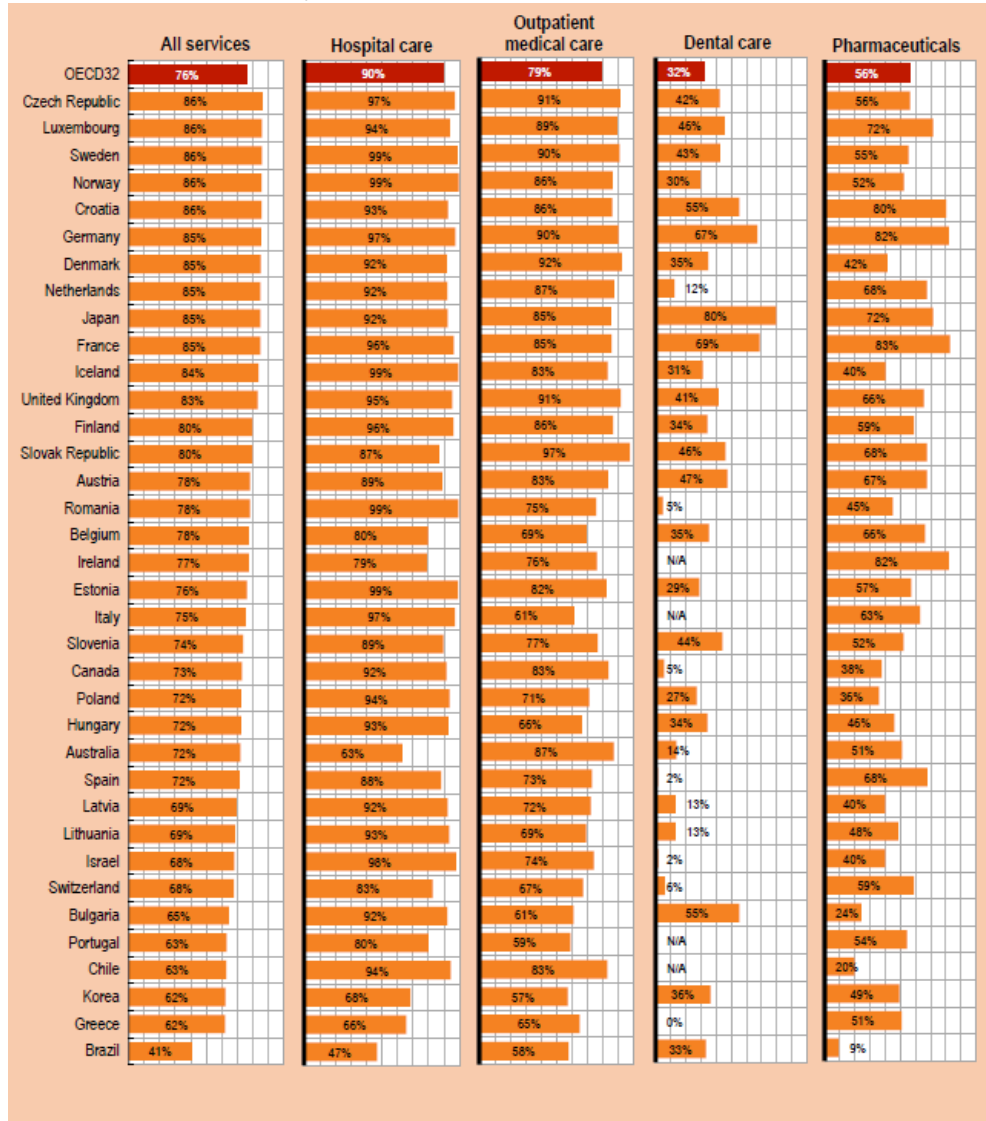
	Health Spending (2022)				Doctors		Nurses		Hospital beds	
	Per capita (USD based on purchasing power parities)		% GDP		Practising physicians (per 1 000 population)		Practising nurses (per 1 000 population)		Per 1 000 population	
OECD	4 986	+	9.2	+	3.7	+	9.2	+	4.3	-
Australia	6 372	+	9.6	+	4.0	+	12.8	+	3.8 ¹	+
Austria	7 275	+	11.4	+	5.4	+	10.6	N/A	6.9	-
Belgium	6 600	+	10.9	+	3.3	+	11.1 ²	+	5.5	-
Canada	6 319	+	11.2	+	2.8	+	10.3	+	2.6	-
Chile	2 699	+	9.0	+	2.9	+	3.7	+	2.0	-
Colombia	1 640	+	8.1	+	2.5	+	1.6	+	1.7 ³	+
Costa Rica	1 658	+	7.2	-	N/A	N/A	N/A	N/A	1.2	-
Czech Republic	4 512	+	9.1	+	4.3	+	9.0	+	6.7	-
Denmark	6 280	+	9.5	-	4.4 ¹	+	10.2 ¹	+	2.5	-
Estonia	3 103	+	6.9	+	3.4	+	6.5	+	4.4	-
Finland	5 599	+	10.0	+	3.6 ¹	+	16.9 ¹	+	2.8	-
France	6 630	+	12.1	+	3.2	+	9.7	+	5.7	-
Germany	8 011	+	12.7	+	4.5	+	12.0	+	7.8	-
Greece	3 015	+	8.6	-	6.3	+	3.8	+	4.3	-
Hungary	2 840	+	6.7	-	3.3	+	5.3	N/A	6.8	-
Iceland	5 314	+	8.6	+	4.4	+	15.0	+	2.8 ¹	-
Ireland	6 047	+	6.1	-	4.0	+	12.7	N/A	2.9	N/A
Israel	3 444	+	7.4	+	3.4	+	5.4	+	2.9	-
Italy	4 291	+	9.0	+	4.1	+	6.2	+	3.1	-
Japan	5 251	+	11.5	+	2.6 ¹	+	12.1 ¹	+	12.6	-
Korea	4 570	+	9.7	+	2.6	+	8.8	+	12.8	+
Latvia	3 445	+	8.8	+	3.4	+	4.2	-	5.2	-
Lithuania	3 587	+	7.5	+	4.5	+	7.9	+	6.1	-
Luxembourg	6 436	+	5.5	+	3.0 ²	+	11.7 ²	+	4.1	-
Mexico	1 181	+	5.5	-	2.5	+	2.9	+	1.0	-
Netherlands	6 729	+	10.2	-	3.9	+	11.4	+	3.0	-
New Zealand	6 061	+	11.2	+	3.5	+	10.9	+	2.7	-
Norway	7 771	+	7.9	-	5.2	+	18.3	+	3.4	-
Poland	2 973	+	6.7	+	3.4	N/A	5.7	+	6.3	-
Portugal	4 162	+	10.6	+	6	+	7.4	+	3.5	+
Slovak Republic	2 756	+	7.8	+	3.7	+	5.7	-	5.7	-
Slovenia	4 114	+	8.8	+	3.3	+	10.5	+	4.3	-
Spain	4 432	+	10.4	+	4.5	+	6.3	+	3.0	-
Sweden	6 438	+	10.7	-	4.3 ¹	+	10.7 ¹	-	2.0	-
Switzerland	8 049	+	11.3	+	4.4	+	18.4	+	4.4	-
Türkiye	1 827	+	4.3	-	2.2	+	2.8	+	3.0	+
United Kingdom	5 493	+	11.3	+	3.2	+	8.7	+	2.4	-
United States	12 555	+	16.6	+	2.7	+	12.0	+	2.8	-

Above the OECD average.
 Close to the OECD average.
 Below the OECD average.

1. 2020 data.
 2. 2018 data.
 3. 2016/17 data.

Fonte: *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Table 1.6.

Nota: Il segno “+” nelle varie colonne indica un miglioramento nel tempo, il segno “-” indica un peggioramento nel tempo, il segno “=” rappresenta l’assenza di variazioni significative. Le diverse tonalità di colore, dal più acceso al più tenue rappresentano, rispettivamente, la *performance* del paese interessato rispetto alla media OCSE: al di sopra quella più accesa, al di sotto quella più tenue. L’Italia rientra nella media OCSE per tutti gli indicatori e in ambito Unione europea si colloca, rispettivamente, al 12° posto per spesa sanitaria media pro – capite, all’11° posto per rapporto spesa sanitaria/PIL, all’8° posto per numero di medici in rapporto agli abitanti, al 17° posto per numero di infermieri in rapporto agli abitanti e, infine, al 15° posto per numero di posti letto in rapporto agli abitanti.

Tabella 6. Estensione della copertura della spesa sanitaria nei Paesi OCSE (2021) (spesa pubblica e spese per l'assicurazione obbligatoria in proporzione alla spesa sanitaria totale per tipo di assistenza)

Fonte: *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Table 5.7.

Nota: N/A significa "Non disponibile". Per l'Italia la spesa pubblica copre i servizi sanitari per il 75% (-1% rispetto alla media OCSE, 11^a posizione nell'Unione europea), il ricovero ospedaliero per il 97% (-7% media OCSE); le prestazioni specialistiche ambulatoriali per il 61% (-1% media OCSE); non copre le cure dentarie (media OCSE 32%), spesa farmaceutica per il 63% (+ 7% rispetto alla media OCSE).

Tabella 7. Ripartizione della forza lavoro nei servizi pubblici tra settore pubblico, privato e non profit in Francia – 2016.

Area	Quota di impiego per settore			Totale
	Pubblico	Privato	Non Profit	
Istruzione	76%	5%	19%	100%
Sanità	65%	23%	12%	100%
Servizi sociali	28%	10%	62%	100%
Ripartizione totale del lavoro retribuito in Francia	25,5%	67%	7,5%	100%

Fonte: ARCHAMBAULT E., *The evolution of public service provision by the third sector in France*, in *The Political Quarterly*, Vol. 88 (3), 2017, p. 469, in <https://shs.hal.science/halshs-01598959> e Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES, *Les dépenses de santé en 2016 – Résultats des comptes de la santé – édition 2017*.

Nota: Dati rielaborati degli autori per chiarezza d'esposizione.

Tabella 8. Caratteristiche degli Ospedali non profit negli Stati Uniti d'America che presentano una variazione percentuale positiva tra ammontare dei benefici forniti alla comunità di riferimento ed esenzioni dalle imposte federali e locali (Dati IRS 2012)

	Total community benefits exceed tax exemption	Incremental community benefits exceed tax exemption	Total charity care exceed tax exemption	Incremental charity care exceed tax exemption
Baseline percent with CB > TE	74%	62%	25%	20%
Marginal effect of hospital characteristic				
Under 50 beds (reference)	n/a	n/a	n/a	n/a
50 to 199 beds	-3.3	-3.3	-1.2	-3.0
200 to 499 beds	2.8	-8.1**	-1.2	-5.1*
500 or more beds	7.2	-4.8	-5.6	-8.6*
Member of a system	-16.0***	-1.6	-1.7	5.3***
Church operated	2.0	-0.4	-3.9	-2.9
Teaching hospital	7.0**	3.9	1.5	-0.4
Percent Medicare patients	-0.6	22.6**	18.1*	3.8
Percent Medicaid patients	11.2	31.1***	12.0	15.3**
Has a trauma center	-1.5	3.2	-0.8	3.8**
Obstetrics provided	-1.3	-0.5	-4.5*	-4.2**
Case mix index	-7.3	-6.1	-16.1**	-7.5*
Marginal effect of market characteristic				
Rural area	-5.1	2.2	-4.7	-2.8
Percent nonwhite in county	-0.2**	0.0	0.0	0.0
Percent in poverty in county	0.8*	0.0	0.4	0.0
Percent uninsured in county	0.6	1.7***	1.0**	0.9***
County has public hospital	-5.1	-3.6	-2.8	-3.1
County has FOHC	3.3	2.6	3.0	2.8
Hospital HHI (000s)	0.0	-0.2	-0.1	-0.3
Insurance HHI (000s)	0.8	-2.3*	-0.9	0.9
State malpractice payments	1.0	3.6***	1.8**	3.2***
State indicators included	Yes	Yes	Yes	Yes

Note. Data are from 1648 nonprofit hospitals in 2012 with information in the Internal Revenue Service 990 Schedule H, Centers for Medicare and Medicaid Service Hospital Cost Reports, and American Hospital Annual Survey. CB = community benefit; TE = tax exemption; HHI = Herfindahl-Hirschman index.
*P < .10. **P < .05. ***P < .01.

Fonte: Herring B., Gaskin D., Zare H., Anderson G. (Johns Hopkins University Baltimore) *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals' Tax Exemption to Their Community Benefits*, in *Inquiry, The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, Volume 55, 2018, p. 8, Tab. 4.

Nota: i dati, forniti dall'IRS, riguardano di 1648 ospedali non profit e risalgono al 2012, valutando il rapporto tra i benefici ricevuti dalla comunità di riferimento (CB = Community Benefit) rispetto alle esenzioni dalle imposte federali e locali di cui godono (TE: federal corporate income tax, the state corporate income tax, state sales tax, and local property taxes). Gli autori avvertono che la natura e il livello delle prestazioni ospedaliere fornite includono le dimensioni dei posti letto, la proprietà del sistema ospedaliero, l'affiliazione ad una Chiesa o altro ente religioso, il modello di formazione, la percentuale dei pazienti che godono del "Medicare" e del "Medicaid", la presenza di un centro traumatologico, i servizi di ostetricia forniti e l'indice dei casi in cui il paziente fruisce di un mix di tutti i servizi sopra elencati. Il risultato della comparazione suggerisce che i benefici marginali ricevuti dalla comunità (intesi come corrispondenza tra 1 unità di cambiamento in una variabile indipendente e aumento del beneficio per la comunità eccedente di x punti percentuali l'esenzione fiscale) dipendano piuttosto dalle caratteristiche dei servizi ospedalieri e dal mercato che non dal rapporto "CB - TE".

Tabella 9. Numero degli enti no profit operanti nell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti d'America e loro percentuale rispetto alle "public charities" (anni 2000-2013)

Type of charity	2013	2011	2010	2009	2007	2005	2004	2000
	<i>Number of charities</i>							
Health	37,732	41,619	44,128	44,130	42,880	41,243	38,633	36,057
Hospitals and primary care facilities	7,062	7,308	7,657	7,526	7,360	5,045	3,139	6,929
Other health	30,670	34,111	36,471	36,604	35,520	36,198	35,494	29,128
All public charities	293,103	335,037	366,086	362,926	342,995	310,683	299,033	249,859
	<i>Percentage of charities</i>							
Health	12.90%	12.40%	12.10%	12.20%	12.50%	13.30%	12.90%	14.40%
Hospitals and primary care facilities	2.40%	2.20%	2.10%	2.10%	2.10%	1.60%	1.00%	2.80%
Other health charities	10.50%	10.20%	10.00%	10.10%	10.40%	11.70%	11.90%	11.70%
Other public charities	87.10%	87.60%	87.90%	87.80%	87.50%	86.70%	87.10%	85.60%

Fonte: Horwitz J. R., *Charitable nonprofits and the business of health care*, in Powell W., Bromley P., eds. *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, 3rd ed. Stanford University Press; 2020, Chapter 17, p. 417, Tab. 17.1.

Nota: Va avvertito che l'espressione "public charity" non indica un'istituzione "pubblica" nel senso di appartenenza al Governo o ad altro comparto della pubblica amministrazione, ma distingue, nel sistema statunitense, l'entità giuridica dalle "Private Foundation". Pur rimanendo enti di diritto privato, le "public charities" hanno facoltà di predisporre e realizzare ampi programmi di raccolta fondi presso il pubblico, ossia la generalità dei cittadini, come pure agenzie governative, fondazioni private etc. Cfr., più in dettaglio, Baker. G., *Private Foundation vs. Public Charity: Definition, Differences, and Benefits Explained*, in <https://www.reninc.com/private-foundation-vs-public-charity/#:~:text=In%20general%2C%20public%20charities%20have,or%20even%20other%20public%20charities.>

Tabella 10. Entrate, spese, e assetti patrimoniali degli enti no profit operanti nell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti d'America (anni 2000-2013)

	2013	2011	2010	2009	2007	2005	2004	2000
	<i>Revenue (in billions \$)</i>							
Health	1,025.30	942.4	907.7	842.7	788.7	672.131	616.449	459.4
Hospital and primary care	864	798.5	773.4	716	663.5	492.498	446.433	383.2
Other health	161.3	143.8	134.3	126.7	125.2	179.633	170.016	76.2
Total public charities	1734.1	1593.6	1514.2	1399.3	1399.7	1144.022	1050.134	836.9
	<i>Expenses (in billions \$)</i>							
Health	975.8	895.3	missing	827.5	739.4	637.323	588.299	missing
Hospital and primary care	823.9	758.4		698.7	626.4	468	426.672	
Other health	151.9	136.9		128.8	113	169.323	161.627	
Total public charities	1623.8	1498.2		1399.9	1251.9	1053.487	981.271	
	<i>Assets (in billions \$)</i>							
Health	1392.8	1202.6	1141.8	1046	1003.2	826.159	748.34	606.9
Hospital and primary care	1133.5	973.3	926.9	844	792.8	608.836	539.604	468.2
Other health	259.3	229.3	214.9	202	210.4	217.323	208.736	138.7
Total public charities	3225	2856	2708.9	2533.6	2576.8	1975.792	1819.32	1500.2

Fonte: Horwitz J. R., *Charitable nonprofits and the business of health care*, in Powell W., Bromley P., eds. *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, 3rd ed. Stanford University Press; 2020, Chapter 17, p. 417, Tab. 17.2.

Tabella 11. Assetti proprietari degli ospedali per la cura delle patologie acute e per reparti di terapia intensiva negli Stati Uniti d'America (periodo 2004-2019)

Year	% Hospitals			% Hospitals, Admission Weighted		
	Govt	Non-Profit	For-Profit	Govt	Non-Profit	For-Profit
2004	12.09	67.47	20.44	11.67	75.3	13.02
2005	12.13	67.62	20.25	11.74	75.37	12.89
2006	12.85	67.03	20.12	12.15	74.87	12.98
2007	12.77	65.91	21.33	12.53	74.47	13
2008	12.91	65.93	21.17	12.66	74.13	13.21
2009	12.56	65.3	22.14	12.39	74.1	13.51
2010	12.37	65.72	21.92	12.14	74.11	13.75
2011	11.86	65.49	22.65	12	73.7	14.3
2012	11.4	66.6	22	11.69	73.48	14.83
2013	10.84	67.39	21.77	11.41	73.88	14.7
2014	11.06	68.09	20.85	11.63	73.32	15.05
2015	10.91	67.83	21.26	11.49	73.28	15.22
2016	10.58	67.92	21.5	11.21	73.41	15.39
2017	10.75	68.53	20.72	11.34	73.96	14.7
2018	10.66	68.72	20.62	11.3	73.94	14.76
2019	10.85	69.79	19.36	11.3	74.26	14.44

Fonte: Horwitz J. R., Nichols A., *Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type*, in *Health Affairs (Millwood)*, 2022 Mar; 41(3): pp. 331-340, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01115>, Appendix, p. 14, Table E.

Tabella 12. Evoluzione spesa sanitaria in Italia 2022-2026.

TOTALE SPESE CORRENTI in mln di euro (Spesa sanitaria)					
Anno	2022	2023	2024	2025	2026
	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
Percentuale rispetto al PIL					
Anno	2022	2023	2024	2025	2026
	6,7	6,6	6,2	6,2	6,1

Fonte: MEF, *Documento di Economia e Finanza 2023. Nota di aggiornamento*, Roma, 27 settembre 2023, pp. 62 – 63, Tavole III – 1A “Conto della PA a legislazione vigente (in milioni di euro)” e III-1B “Conto della PA a legislazione vigente (in percentuale del PIL).”

Tabella 13. Indebitamento netto per la spesa sanitaria in Italia 2023-2026

EFFETTI NETTI DEI PRINCIPALI PROVVEDIMENTI DI FINANZA PUBBLICA ADOTTATI NEL 2023 SULL'INDEBITAMENTO NETTO DELLA P.A.				
(valori in milioni di euro)				
SANITÀ				
Anno	2023	2024	2025	2026
	- 1.173	0	0	0
Istituzione fondo destinato all'erogazione del contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici	- 1.085	0	0	0
Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive e anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza	- 88	0	0	0

Fonte: MEF, *Documento di Economia e Finanza 2023. Nota di aggiornamento*, Roma, 27 settembre 2023, p. 102, Tavole III-11 "Conto della PA a legislazione vigente (in milioni di euro)".

Tabella 14. Spesa sanitaria: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2013-2022 (in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	-37,1	56,8	5,8	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	53,5	-27,9
Valle d'Aosta*	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-20,7	-40,4
Lombardia	10,2	4,2	21,4	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	6,3	0,3
Provincia autonoma di Bolzano*	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-324,6	-309,1
Provincia autonoma di Trento*	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-181,3	-238,9
Veneto	4,4	15,7	3,5	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	8,5	7,1
Friuli Venezia Giulia*	-38,4	50,5	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-132,8	-90,7
Liguria	-78,2	63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	0,0	-36,0	-65,1
Emilia Romagna	0,0	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-99,9
Toscana	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,2	-149,6	-76,2
Umbria	4,8	9,5	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1	0,8
Marche	48,5	62,1	62,0	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	0,0
Lazio	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	222,3
Abruzzo	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-6,8
Molise	-99,4	60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-43,5
Campania	8,8	127,8	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,9
Puglia	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-148,8
Basilicata	0,0	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	1,7	-9,9
Calabria	-33,9	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,1	140,4
Sicilia	0,1	0,0	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-39,4
Sardegna*	-380,4	-361,6	-328,4	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-77,4	-182,2	-152,3
ITALIA	-1.784,7	-927,7	-1.003,9	-923,0	-1.068,6	-1.084,9	-1.044,0	-726,0	-1.097,1	-1.414,7

Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze - Conto economico degli enti sanitari locali.

Nota: i risultati di esercizio nella tabella sono coerenti con le risultanze (per le regioni a statuto speciale e le province autonome fino all'anno 2021) dell'attività del "Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali", sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello Conto Economico consolidato regionale (999). Il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali è stato istituito con l'Accordo 23 marzo 2005 (art. 12) scaturente dalla Conferenza Stato – Regioni. Ne fanno parte, oltre al rappresentante del ministero dell'economia e delle finanze, che lo coordina, i rappresentanti del Dipartimento degli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri; del Ministero della salute; delle Regioni capofila delle Aree sanità e Affari finanziari, nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome; di una ulteriore regione indicata dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome; dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali; della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano; della Segreteria della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

Tabella 15. Stato dei residui fiscali pro-capite delle Regioni, al netto della spesa per interessi – anno 2019

	Spesa primaria	Entrate	Residuo fiscale
Piemonte	13.959	14.744	-785
Valle d'Aosta	23.905	18.080	5.825
Lombardia	13.212	18.874	-5.662
Prov. aut. di Bolzano	21.044	17.689	3.355
Prov. aut. di Trento	21.700	20.902	798
Veneto	12.697	15.040	-2.342
Friuli-Venezia Giulia	14.957	15.678	-721
Liguria	15.132	14.554	578
Emilia-Romagna	14.078	16.864	-2.786
Toscana	13.865	14.420	-554
Umbria	14.332	12.508	1.824
Marche	13.702	12.918	784
Lazio	14.185	16.887	-2.702
Abruzzo	14.344	11.416	2.928
Molise	14.646	10.058	4.587
Campania	11.673	8.873	2.800
Puglia	12.262	9.062	3.200
Basilicata	15.405	10.224	5.181
Calabria	12.941	8.634	4.307
Sicilia	11.782	8.867	2.916
Sardegna	13.550	10.379	3.171
Nord	13.925	16.856	-2.931
Centro	14.035	15.296	-1.261
Sud e Isole	12.400	9.222	3.178

Fonte: Banca d'Italia. *L'economia delle regioni italiane*, n. 22, Roma, novembre 2020.

Nota: il residuo fiscale è dato dal saldo tra spesa ed entrate. Se esso è positivo la regione spende complessivamente per ogni cittadino più delle entrate fiscali che si generano sul proprio territorio; essa riceve quindi trasferimenti dal resto del paese per il tramite dello Stato. Se il saldo è negativo la regione spende per ogni cittadino meno delle entrate fiscali che complessivamente si generano sul proprio territorio; essa contribuisce quindi positivamente al saldo del bilancio pubblico e/o ai trasferimenti ad altre regioni.

Tabella 16. Distribuzione enti no profit in Italia per unità e numero dipendenti (anno 2020) (*Istituzioni Non Profit e dipendenti per Regione/Provincia Autonoma e ripartizione geografica. Valori assoluti, variazioni percentuali e rapporto di incidenza sulla popolazione*)

Regioni/Province autonome e Ripartizioni ^(a)	Istituzioni			Dipendenti		
	v.a.	Per 10 mila abitanti	Var. % 2020/2019	v.a.	Per 10 mila abitanti	Var. % 2020/2019
Piemonte	30.203	70,4	0,6	72.780	169,5	-2,5
Valle d'Aosta / Vallée D'Aoste	1.432	115,0	1,6	1.986	159,4	7,8
Lombardia	57.909	57,9	-0,4	192.726	192,6	-0,5
Liguria	11.136	73,2	-0,1	22.226	146,1	-0,8
Nord-Ovest	100.680	63,1	0,0	289.720	181,7	-1,0
Boziano / Bozen	6.861	109,8	1,8	10.212	191,3	3,0
Trento	6.510	119,7	0,3	14.263	262,1	3,4
Trentino-Alto Adige / Südtirol	12.371	114,8	1,0	24.465	227,0	3,2
Veneto	30.793	63,2	-0,9	79.720	163,5	-0,4
Friuli Venezia Giulia	10.985	91,2	0,1	21.365	177,5	3,8
Emilia-Romagna	27.658	62,1	-0,9	82.291	184,9	-0,9
Nord-Est	81.807	70,5	-0,5	207.841	179,1	0,2
Toscana	28.002	75,8	-0,6	53.709	145,4	1,7
Umbria	7.217	83,2	1,2	12.124	139,7	1,6
Marche	11.503	76,4	-0,5	19.174	127,4	0,8
Lazio	33.958	59,1	0,4	113.898	198,3	3,6
Centro	80.680	68,3	0,0	198.905	168,4	2,7
Abruzzo	8.171	63,5	-1,7	11.496	89,3	1,1
Molise	2.054	69,1	-0,4	3.361	113,0	-0,5
Campania	22.453	39,6	4,5	35.614	62,8	3,3
Puglia	19.278	48,9	1,6	40.181	101,9	2,7
Basilicata	3.769	68,6	0,1	5.868	106,8	-1,4
Calabria	10.287	54,8	-0,4	11.148	59,4	0,4
Sud	66.012	48,5	1,7	107.668	79,0	2,1
Sicilia	22.799	47,0	0,6	42.555	87,7	8,4
Sardegna	11.521	72,0	0,7	23.494	146,8	-0,3
Isole	34.320	53,2	0,6	66.049	102,3	5,1
ITALIA	363.499	61,2	0,2	870.183	146,4	1,0

(a) La stima dello stato di attività delle istituzioni non profit è meno accurata nei domini di numerosità ridotta.

Fonte: Istat, *Struttura e profili del settore non profit, Anno 2020*, Roma, 14 ottobre 2022, Prospetto 2.

Nota: nell'anno di maggiore impatto del COVID-19, i valori in Veneto risultano pressoché stabili, sia in termini di unità, sia in termini di dipendenti.

Tabella 17. Distribuzione degli enti no profit in Italia per settore d'attività prevalente (2020)

Settori di attività prevalente ^(a)	Istituzioni		Dipendenti ^(b)	
	v.a.	%	v.a.	%
Attività culturali e artistiche	57.615	15,9	20.038	2,3
Attività sportive	119.476	32,9	18.747	2,2
Attività ricreative e di socializzazione	51.954	14,3	10.827	1,2
Istruzione e ricerca	13.839	3,8	130.392	15,0
Sanità	12.578	3,5	103.215	11,9
Assistenza sociale e protezione civile	35.868	9,9	421.356	48,4
Ambiente	6.316	1,7	2.145	0,2
Sviluppo economico e coesione sociale	6.351	1,7	98.918	11,4
Tutela dei diritti e attività politica	6.684	1,8	3.350	0,4
Filantropia e promozione del volontariato	4.126	1,1	2.667	0,3
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.635	1,3	3.868	0,4
Religione	17.249	4,7	9.396	1,1
Relazioni sindacali e rappresentanza interessi	24.610	6,8	40.686	4,7
Altre attività	2.198	0,6	4.578	0,5
TOTALE	363.499	100,0	870.183	100,0

(a) Per l'anno di riferimento 2020, al fine di allineare le classificazioni ATECO e ICNPO, alcune istituzioni sono state classificate diversamente rispetto agli anni precedenti. I settori maggiormente interessati dalla riclassificazione sono: sanità, assistenza sociale e protezione civile, sviluppo economico e coesione sociale, attività culturali e artistiche, attività ricreative e di socializzazione.

(b) Nel caso di istituzioni che svolgono più attività, la variazione dei dipendenti può riguardare il settore d'attività secondario e non quello prevalente.

Fonte: Istat, *Struttura e profili del settore non profit, Anno 2020*, Roma, 14 ottobre 2022, Prospetto 5.

Nota: i soggetti che svolgono attività sanitaria, 12.578, rappresentano appena il 3,5% del totale ma impiegano un numero di lavoratori dipendenti pari all'11,9% del totale (103.215 su 870.183) collocandosi al terzo posto per numero di occupati su scala nazionale, dopo i comparti "Assistenza sociale e protezione civile" e "Istruzione e ricerca".

Tabella 18. Distribuzione degli enti non profit nel comparto Sanità in Veneto.

Tipologia di assistenza		Numero
Assistenza Sanitaria	SA	
AMBULATORIALE		138
OSPEDALIERA/CASE DI CURA		27
CURE TERMALI		84
SALUTE MENTALE		178
STRUTTURE INTERMEDIE		67
TRASFUSIONALE		3
TRASPORTO E SOCCORSO		(Parziale: 588) 91
Assistenza Socio - Sanitaria	SS	
ANZIANI		502
DIPENDENZE (Droga, Alchool e altro)		83
DISABILI		417
MINORI		(Parziale: 1016) 14
		TOTALE: 1604

Fonte: Regione Veneto – Azienda Zero (dati aggiornati al 28 giugno 2024).

Nota: I dati si riferiscono ad enti che hanno erogato prestazioni afferenti ai LEA, in regime di accreditamento. Pertanto il risultato complessivo che ne deriva costituisce un'approssimazione per difetto dell'effettiva operatività degli ETS in Veneto, senza tuttavia far parte della platea dei fornitori del SSR Veneto

Tabella 19. Enti del Servizio Sanitario Regionale Veneto (ULSS), L.R. n. 19/2016

Unità Locali Socio – Sanitarie (ULSS) e Aziende Ospedaliere	Ambito territoriale
ULSS n. 1 Dolomiti	Provincia di Belluno
ULSS n. 2 Marca Trevigiana	Provincia di Treviso
ULSS n. 3 Serenissima	Provincia di Venezia (Escluso Veneto Orientale)
ULSS n. 4 Veneto Orientale	Veneto Orientale
ULSS n. 5 Polesana	Provincia di Rovigo
ULSS n. 6 Euganea	Provincia di Padova
ULSS n. 7 Pedemontana	Bassanese
ULSS n. 8 Berica	Provincia di Vicenza (escluso Bassanese)
ULSS n. 9 Scaligera	Provincia di Verona
Azienda Ospedale – Università di Padova	Hub nazionale e regionale
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Hub nazionale e regionale
IRCCS Istituto Oncologico Veneto - Padova	Hub nazionale e regionale

Tabella 20. Rete Ospedaliera Veneto (2021), D.G.R. 614/2019

Tipologia/ Denominazione o numero	Classificazione DM 70/2015	Classificazione schede ospedaliere	Pubblico/Privato
IRCCS			
Istituto Oncologico Veneto - Padova		Hub nazionale e regionale	Pubblico
“Medea” - Istituto “La Nostra Famiglia” – Conegliano (TV)	Struttura Monospecialistica	Struttura di riabilitazione	Privato accreditato – Odv ETS
“San Camillo” - Venezia	Struttura Monospecialistica	Struttura di riabilitazione	Privato accreditato
Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR)	Presidio Ospedaliero di I livello	Spoke	Privato Accreditato – Fondazione ETS
Totale IRCCS	4		
Altri Presidi Ospedalieri			
I Livello	Numero: 5	Hub Provinciali	Pubblici
I Livello	Numero: 18	Spoke	Pubblici
I Livello	Numero: 1	Spoke	Privato accreditato non ETS
II Livello	Numero: 2	Hub Provinciali	Pubblici
Di base	Numero: 2	Base	Pubblici
Zone disagiate	Numero: 6	Base	Pubblici
Struttura integrativa della rete	Numero: 3	A valenza sul territorio aziendale	Privati accreditati non ETS
Struttura integrativa della rete	Numero: 10	Struttura Privata Accreditata integrativa della rete regionale ospedaliera	Privati accreditati non ETS
Struttura monospecialistica	Numero: 4	Strutture monospecialistiche di riabilitazione psichiatrica	Privati accreditati non ETS
Struttura monospecialistica	Numero: 5	Struttura di riabilitazione	Privati accreditati di cui 1 ETS
Struttura monospecialistica	Numero: 9	Struttura di riabilitazione	Pubblici
Totale APO	65		
Totale Generale	69		

Fonte: Ministero della Salute Ricerca Sanitaria – IRCCS, dati aggiornati al 27 febbraio 2024 e Regione del Veneto – Portale Sanità, Aziende ULSS e Ospedaliera.

Nota: delle 69 strutture ospedaliere sopra indicate, 42 (60,87%) sono pubbliche, 27 (39,13%) sono private, di cui 3 (4,34%) sono ETS.

Tabella 21. Composizione percentuale delle dimissioni ospedaliere per acuti (diagnosi principale) italiani e stranieri: dati Italia anno 2021.

Patologie	Italiani	Stranieri	Differenza Italiani - Stranieri
Malattie infettive e parassitarie	1,86	2,70	0,84
Tumori	12,24	7,36	- 4,87
Malattie endocrine metaboliche e immunitarie	2,41	2,17	- 0,24
Malattie sangue e organi ematopoietici	1,05	1,01	- 0,04
Disturbi psichici	2,16	2,96	0,80
Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,46	3,57	- 0,89
Malattie sistema circolatorio	14,42	6,96	- 7,46
Malattie dell'apparato respiratorio	9,57	8,67	- 0,90
Malattie apparato digerente	9,02	8,18	- 0,84
Malattie apparato genito-urinario	8,20	7,07	- 1,13
Complicazioni della gravidanza parto e puerperio	7,02	25,29	18,27
Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,87	0,72	- 0,15
Malformazioni congenite	1,27	1,62	0,35
Condizioni generate in epoca perinatale	0,77	1,77	1,00
Sintomi segni e stati morbosi mal definiti	2,49	2,15	- 0,34
Traumatismi ed avvelenamenti	7,90	6,75	- 1,14
Fattori che influenzano lo stato di salute	6,67	6,66	- 0,02
Non indicato	0	0	0
TOTALE	100,00	100,00	

Fonte: ISTAT, <http://dati.istat.it/#>: “Dimissioni per acuti e per cittadinanza del paziente: Diagnosi principale”, Roma, anno 2021.

Nota: Le patologie che sembrano maggiormente affliggere i cittadini stranieri rispetto ai cittadini italiani sono evidenziate con il colore arancione pallido (segno positivo). Esse riguardano le “Complicazioni della gravidanza parto e puerperio” (+ 18,27%), le “Condizioni generate in epoca perinatale” (+1%), le “Malattie infettive e parassitarie” (+0,84%), i “Disturbi psichici” (+0,80%).

Tabella 22. Rete degli ambulatori ETS in Veneto

ULSS di riferimento	Ambulatorio	Totale utenti dalle rispettive date di inizio dell'attività a fine 2022			Utenti 2022 ³³
		Periodo di osservazione	Totale utenti	Media annua storica normalizzata	
ULSS 2 Marca Trevigiana	Ambulatorio di prossimità Castelfranco	aprile-dicembre 2022	56	84	84
ULSS 2 Marca Trevigiana	Ambulatorio di prossimità Montebelluna	aprile-dicembre 2022	101	135	135
ULSS 3 Serenissima	Ambulatorio Emergency	dicembre 2010-dicembre 2022	12.416	1.035	1.783
ULSS 3 Serenissima	Ambulatorio Solidale "A. Monterosso"	marzo 2016-dicembre 2022	15	3	5
ULSS 5 Polesana	Ambulatorio Sant'Andrea	agosto-dicembre 2022	50	120	120
ULSS 6 Euganea	Servizio Sanitario Cucine Economiche Popolari	2020-2022	1.907	636	608
ULSS 6 Euganea	Camper Mobile	2022	600	600	600
ULSS 6 Euganea	Poliambulatorio Caritas	1998-2022	5.500	220	85
ULSS 8 Berica	Ambulatorio Popolare Caracol Olol Jackson	novembre 2020-dicembre 2022	511	245	483
ULSS 8 Berica	Ambulatorio CRI Bassano del Grappa	aprile-dicembre 2022	68	91	172
ULSS 9 Scaligera	CESAİM	2014-2022	18.553	2.061	2.162
ULSS 9 Scaligera	Barana e S. Bernardino	2022	345	345	345
Totali			40.122	5.575	6.582

Fonte: Cusinato A., Rigoli G., *Indagine conoscitiva sugli ambulatori medici del Veneto gestiti da Enti del Terzo Settore 2022*, Castelfranco Veneto, 2023, p. 19.

Nota: la platea degli ETS interessati è piuttosto variegata: 7 OdV (CSV Belluno Treviso, Auser OdV Venezia, Caritas OdV Adria e Padova, CRI OdV Vicenza, CESAİM OdV Verona, Medici per la pace OdV Verona), alcune di ispirazione cattolica; 1 APS (Caracol Olol Jackson Vicenza), 1 ONG (Emergency Venezia-Marghera), 1 Fondazione ETS (Fondazione Nervo Pasini, Padova), Diverse Coop. Sociali (Coges Don Milani, Cosep, Città Solare) per la gestione dell'Ambulatorio "S. Andrea" (ULSS Polesana).

Altre letture: sulla tematica della trasformazione degli enti religiosi in ETS ai fini dell'iscrizione al RUNTS (art. 4, comma 3, CTS) cfr. Di Gregorio C., Verginella E., *Enti Religiosi, ETS, RUNTS: le ragioni di una scelta*, in "Cooperative e Enti Non Profit", n. 1/2023, pp. 20-35 e Bagnoli L., *Le fabbricerie e la riforma del Terzo Settore*, in *Impresa sociale*, n. 3/2023, pp. 53-62.

Tabella 23. Composizione percentuale delle patologie rilevate negli utenti degli ambulatori ETS in Veneto e nei pazienti stranieri dimessi dagli ospedali in Italia (anni 2021-2022)

Patologie	Ambulatori ETS (Veneto 2022)	Dimissioni stranieri (Italia 2021)	Differenza
Malattie infettive e parassitarie	2,95	2,70	0,25
Neoplasie	1,13	7,36	- 6,23
Malattie sangue e sistema immunitario	0,67	1,01	- 0,34
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6,76	2,17	4,59
Disturbi mentali e del comportamento	4,00	2,96	1,04
Neuropatie	2,35	3,57	- 1,22
Oftalmopatie	2,45
Patologie dell'orecchio	3,20
Malattie sistema circolatorio	7,87	8,00	- 0,13
Malattie dell'apparato respiratorio	9,57	8,67	- 0,90
Malattie gastroenterologiche	11,10	8,18	2,92
Dermatopatie	7,06	0,70	6,32
Patologie muscoloscheletriche e connettivali	12,04	4,39	7,65
Malattie apparato genito-urinario	3,57	7,07	- 3,50
Gravidanza parto e puerperio	3,58	25,29	- 21,71
Malformazioni congenite	0,01	1,62	- 1,61
Malformazioni e anomalie cromosomiche	0,10	1,77	- 1,67
Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati	3,95	2,15	1,80
Traumatologia, tossicologia e altre cause esterne di malattia	2,13	6,75	- 4,72
Altre cause esterne di morbilità e mortalità	6,61	..	6,61
Fattori che influenzano lo stato di salute	8,90	5,66	3,24
TOTALE	100,00	100,00	

Fonte: Cusinato A., Rigoli G., *Indagine conoscitiva sugli ambulatori medici del Veneto gestiti da Enti del Terzo Settore 2022*, Castelfranco Veneto, 2023, p. 27.

Nota: la Tabella riporta le patologie riscontrate dagli ambulatori ETS sui pazienti stranieri che hanno fruito dei loro “servizi e prestazioni sanitarie” (nella seconda colonna). Dal raffronto con i dati riferibili ai soli stranieri dimessi dalle strutture ospedaliere sull’intero territorio nazionale nell’anno 2021, risultano non solo raddoppiate le caselle (in giallo) delle patologie “sensibili”, ma anche rilevate patologie che non avevano destato interesse nell’altra rilevazione. Tra le situazioni di rilievo, le “Patologie muscoloscheletriche e connettivali” (+7,65%), le “Altre cause esterne di morbilità e mortalità”, le “Dermatopatie” (Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo: +6,32%), le “Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche” (+4,59%), prima non rilevate.

Tabella 24. Elenco delle Organizzazioni di Volontariato impegnate nell'assistenza sanitaria in Veneto, distinte per USSL, Aziende ospedaliere e assimilate.

Unità Locali Socio – Sanitarie (ULSS), Aziende Ospedaliere e assimilate.	Ambito territoriale	Numero OdV
ULSS n. 1 Dolomiti	Provincia di Belluno	25
ULSS n. 2 Marca Trevigiana	Provincia di Treviso	37
ULSS n. 3 Serenissima	Provincia di Venezia (Escluso Veneto Orientale)	39
ULSS n. 4 Veneto Orientale	Veneto Orientale	N.P.
ULSS n. 5 Polesana	Provincia di Rovigo	25
ULSS n. 6 Euganea	Provincia di Padova	N.P.
ULSS n. 7 Pedemontana	Bassanese	72
ULSS n. 8 Berica	Provincia di Vicenza (escluso Bassanese)	101
ULSS n. 9 Scaligera	Provincia di Verona	87
Azienda Ospedale – Università di Padova	Hub nazionale e regionale	99
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Hub nazionale e regionale	15
IOV - IRCCS	Hub regionale	5
TOTALE		505

Fonte: Portali ULSS Regione Veneto, Centro Servizi Volontariato Veneto, Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, Azienda Universitaria Integrata Verona, Istituto Oncologico Veneto.

Nota: le Organizzazioni di volontariato numericamente inserite nella tabella sono solo quelle che svolgono attività di assistenza ospedaliera, ovvero di supporto a tale attività (per es., donazione sangue, donazione organi, etc.) ovvero del tipo “Hospital-to-Home transition”.

Tabella 25. Valori ETS che hanno erogato “interventi e prestazioni sanitarie” afferenti ai LEA, in regime di accreditamento, anno 2022 (valori in euro).

Totale enti	Totale ricavi e/o compensi complessivi 2022	Totale Volume di affari (IVA) 2022	Totale redditi 2022	Immobilizzazioni materiali 2022
588	2.125.869.676	2.125.615.419	67.158.245	918.199.390

Fonte: Agenzia delle entrate – DRE Veneto su dati degli ETS “accreditati” da Azienda Zero e fornitori servizi sanitari afferenti ai soli livelli essenziali di assistenza (Cfr. Tabella 18, Sezione “Assistenza sanitaria – SA”).

Nota: i dati aggregati esposti nella tabella sono ricavati da quelli contabili e fiscali degli enti ricompresi nell’elenco trasmesso da “Azienda Zero”. La loro acquisizione appare rilevante perché, rispetto alla Figura 25, quarta colonna (anno 2022 – “PRIVATO”) sono distintamente riportati dal totale degli enti non pubblici (for-profit e non profit) e inoltre perché l’ammontare complessivamente riportato nella figura (935.646.550 euro) è riferito alla sola “tariffa regionale” applicata.

Tabella 26. Valori delle strutture sanitarie non profit accreditate dal SSR, in base ai codici "ATECO" – periodo 2021-2023 (in migliaia di euro).

Order number	Typology	Numerical Consistency	Revenues 2023	Costs 2023	Assets 2023	Revenues 2022	Costs 2022	Assets 2022	Revenues 2021	Costs 2021	Assets 2021
1	General Hospitals and Nursing Homes	11	287.741	287.860	78.530	279.288	280.079	89.655	279.004	262.207	84.470
2	Specialist Hospitals and Nursing Homes	17	47.092	41.114	2.633	74.630	70.658	3.168	85.841	88.293	10.969
3	Hospitals and long-term Care Homes*	9	6.966	6.997	108	8.083	8.075	76	7.489	7.820	53
4	Services of General Practitioners**	23	1.917	1.793	13	1.809	1.627	15	1.353	1.237	9
5	Aesthetic medicine centers**	29	3.266	2.238	68	5.064	3.998	537	5.337	4.411	944
6	Other Medical Specialized Outpatient Care	608	365.078	350.464	56.615	386.040	371.017	36.520	355.948	328.198	34.681
7	Dental Practice	960	329.676	299.194	14.213	382.072	350.718	18.428	337.536	307.673	18.679
8	Ambulance Services, Blood Banks and Other Health Care Services <i>D.G.S.</i>	78	19.868	18.751	719	27.532	27.443	2.796	30.239	27.662	2.570
	TOTAL	1.735	1.061.604	1.008.411	152.899	1.164.518	1.113.615	151.195	1.102.747	1.027.501	152.375

Fonte: Agenzia delle Entrate, Direzione Regionale Veneto (dati aggiornati al 30 ottobre 2023)

Note:

*Nella voce "Anziani" di Tabella 18 vengono ricomprese strutture ospedaliere. Cfr. Tabella 26.

** I valori si riferiscono ai soli servizi erogati da soggetti non profit in convenzione con il SSR (Servizio Sanitario Regionale).

Il valore si riferisce alle sole strutture ambulatoriali.

I dati si riferiscono ai valori contabili aggiornati delle strutture accreditate dal SSR, e vengono individuati sulla base di bilanci ufficiali, tenuto conto delle specificità dei diversi soggetti non profit, indipendentemente dal domicilio fiscale o partita IVA, inclusi operatori FS operanti.

Tabella 27. Liste d'attesa per regione: interventi chirurgici, anno 2023

Regioni/PP.AA	Piano operativo di recupero ricoveri				Monitoraggio intero anno 2023						
	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamento stimato	Volume di interventi erogati	% recupero rispetto al programmato	interventi cancellati	Residuo in lista d'attesa	Totale spesa sostenuta L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato	
Abruzzo	3.778	2.128	2.274.360 €	2.230	105%	905	643	- €	1.397.975 €	700	
Basilicata	-	-	- €	-	-	0%	-	- €	- €	0%	
Calabria*	3.982	1.774	1.784.805 €	1.348	110%	141	2.493	2.039.436 €	335.430 €	133%	
Campania*	35.915	24.335	49.000.000 €	18.931	53%	8.763	8.221	7.447.798 €	15.311.527 €	47%	
Emilia-Romagna	44.609	35.687	- €	18.029	51%	15.913	10.667	- €	- €	- €	
FVG*	13.919	1.063	1.367.174 €	7.189	57%	3.049	2.781	448.834 €	- €	33%	
Lazio*	41.070	26.437	- €	29.397	112%	2.796	9.277	- €	- €	0%	
Liguria*	37.096	3.983	1.951.644 €	5.222	131%	16.784	15.090	- €	3.001.295 €	157%	
Lombardia*	95.891	62.515	26.000.000 €	42.051	67%	16.902	36.938	- €	2.300.827 €	9%	
Marche	18.838	18.838	2.033.353 €	9.627	51%	2.848	6.363	- €	2.598.674 €	128%	
Molise*	216	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
PA Bolzano	150	150	50.827 €	31	21%	-	119	11.736 €	- €	23%	
PA Trento	-	-	- €	-	-	0%	-	- €	- €	- €	
Piemonte	46.014	46.014	13.131.738 €	45.624	99%	390	-	- €	12.842.636 €	98%	
Puglia	15.863	15.863	34.342.249 €	11.434	72%	4.200	229	9.600.000 €	24.742.249 €	100%	
Sardegna	7.558	479	559.703 €	987	205%	1.706	370	645.638 €	- €	115%	
Sicilia	38.369	15.975	14.692.278 €	15.324	96%	13.906	9.139	2.244.813 €	1.851.041 €	28%	
Toscana*	18.000	18.000	10.000.000 €	20.478	114%	6.083	-	- €	3.568.951 €	34%	
Umbria*	10.958	9.197	1.011.819 €	4.741	57%	1.905	4.309	266.811 €	373.713 €	63%	
Valle d'Aosta	2.540	2.540	452.600 €	1.183	47%	589	818	15.299 €	141.514 €	35%	
Veneto*	45.373	45.373	2.336.083 €	25.424	56%	10.508	9.441	- €	1.919.638 €	76%	

Fonte: Ministero della Salute su richiesta istruttoria della Corte dei Conti, Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato Deliberazione 13 novembre 2024, n. 90/2024/G, p. 130, Tabella 29.

Legenda

Calabria*	Dati aggiornati con nota prot.163 Pdr del 08.05. 2024.La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programma non è disponibile
Basilicata*	La Regione con nota prot. LEA 170 del 30/04/2024 ha comunicato la sottostima delle liste d’attesa al 01.01.2022
Emilia-Romagna*	Nel corso della riunione del 20.03.2024 la Regione ha integrato le informazioni in merito al residuo 2020-2021 ancora in attesa a chiusura monitoraggio 2022 (ancora da erogare n. 825 prestazioni di I e II livello): prestazioni rese disponibili, ma non erogate per mancata risposta (non adesione).
FVG*	Con nota prot. 30285 del 25.08.2023-DGPROGS-MDS-A la Regione dichiara di non avere residui 2020-2021 in lista d’attesa al 01.01.2023.
Liguria*	La Regione dichiara che tutte le prestazioni residue risultanti a consuntivo del monitoraggio 2022 sono state erogate attraverso altri finanziamenti, diversi dalla L.234/2021, al lordo delle cancellazioni o uscite dalla lista d’attesa avvenute nel corso dell’anno.
Campania*	Dato comunicato con nota prot. n. 150 pdr del 17/05/2024: spesa con altre fonti di finanziamento euro 528.948,131
Sicilia	La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programma non è disponibile
Molise*	La % di recupero delle prestazioni è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programma non è disponibile. Relativamente alle prestazioni residue risultanti dal monitoraggio 2022, non è chiaro quanta parte è stata recuperata con finanziamenti diversi dalla L.234/2021 e quanto è stato cancellato dalle liste.
Lazio*	Nel 1° semestre 2023 sono stati inviati inviti con un trend in aumento rispetto al 2022. Nell’ambito degli screening, la valutazione dell’eventuale ritardo dell’offerta va considerata sulla base degli inviti non erogati e non sui test di screening in quanto l’adesione all’invito è su base volontaria e non genera lista di attesa.

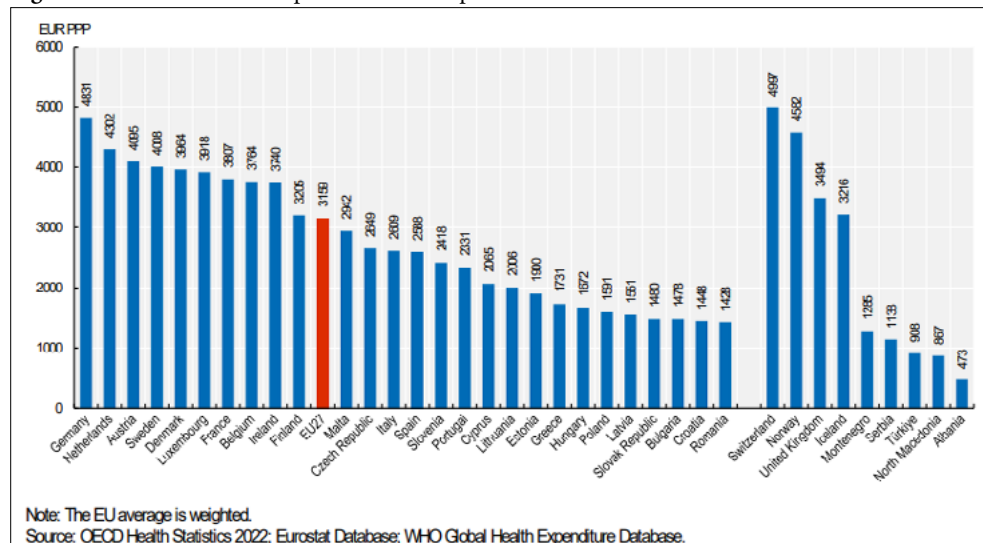
Nota: Lo stato delle liste d’attesa al 1° gennaio 2023 (riquadro azzurro) è riportato nelle colonne quarta e quinta (“Inviti” ai pazienti in lista d’attesa e le “Prestazioni” in lista non ancora erogate a quella data). In tale riquadro le Regioni che nella quinta colonna non hanno pazienti in lista d’attesa sono l’Abruzzo, la Basilicata (ma per sottostima liste d’attesa), l’Emilia – Romagna, Lazio (che ha dichiarato di non aver effettuato inviti o non aver ricevuto risposta agli inviti), Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto, oltre alle Province autonome di Trento e Bolzano e la Regione Valle d’Aosta. Le stesse regioni e Province Autonome non hanno registrato residui di pazienti in lista d’attesa per l’intero anno 2023 (riquadro rosa, terzultima colonna).

Tabella 28. Liste d'attesa screening oncologici per regione, anno 2023

Regioni/PP.AA	Primo operativo di recupero screening				Monitoraggio intero Anno 2023							
	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR			Volume inviti inviati	% recupero inviti rispetto al programmato	Volume prestazioni erogate	% recupero prestazioni rispetto al programmato	Totale spesa sostenuta L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato	
Abruzzo*	81.017	39.408	34.084	12.111	371.577 €	29.219	86%	8.389	69%	- €	179.961 €	48%
Basilicata	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Calabria*	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Campania*	539.255	124.824	269.628	37.447	- €	535.144	99%	93.823	251%	- €	- €	0%
Emilia Romagna	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
FVG*	34.105	23.974	-	940	29.746 €	34.105	100%	23.975	100%	- €	- €	0%
Lazio	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Liguria*	-	66.354	-	2.518	52.166 €	-	-	1.535	62%	- €	48.193 €	92%
Lombardia	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Marche	75.506	45.809	75.506	45.809	364.018 €	14.897	20%	2.365	5%	- €	95.687 €	26%
Molise	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
PA Bolzano	-	2.061	-	2.061	38.823 €	-	0%	2.061	100%	39.834 €	- €	100%
PA Trento	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Piemonte	7.040	24.502	7.040	24.502	738.262 €	7.040	100%	24.412	99,60%	- €	722.008 €	98%
Puglia	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Sardegna*	34.137	2.542	n.d.	28.008	175.919 €	51.691	121%	19.036	68%	171.561 €	- €	99%
Sicilia*	217.476	67.608	n.d.	157.295	1.046.560 €	314.900	145%	44.875	29%	167.810 €	- €	16%
Toscana	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Umbria	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Valle d'Aosta	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Veneto	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%

Fonte: Ministero della Salute su richiesta istruttoria della Corte dei Conti, Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato Deliberazione 13 novembre 2024, n. 90/2024/G, p. 132, Tabella 30.

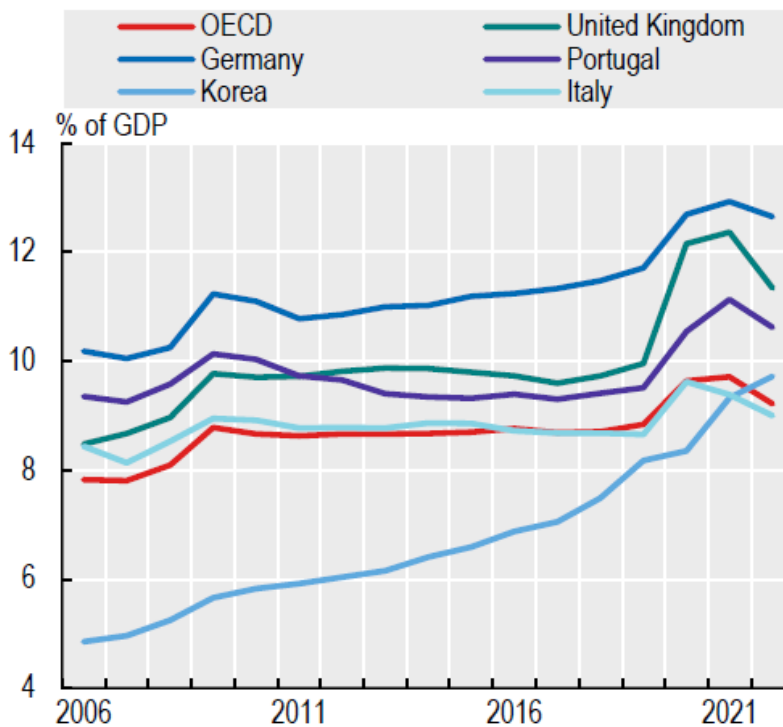
Note: Il riquadro azzurro evidenzia le liste di attesa al 1° gennaio 2023. Il riquadro rosa evidenzia i residui ancora in essere al 31 dicembre dello stesso anno. Come si vede, il Veneto non ha pazienti in lista d'attesa né all'inizio né alla fine dell'anno, avendo completato nel corso dell'anno tutti gli screening oncologici previsti.

Figura 1. Ammontare della spesa sanitaria rispetto al PIL nei Paesi OCSE – anno 2022

Fonte: *Health at a Glance 2023*. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Fig. 7.1., p. 155.

Nota: l'Italia, con il 9% rispetto al PIL, si colloca immediatamente al di sotto della media OCSE (9,2% rispetto al PIL). L'ammontare è coperto in buona parte dal SSN (tonalità più scura di azzurro nell'istogramma, designata con l'espressione "Government/Compulsory", e per il resto da contributi volontari (tonalità di azzurro più chiara, designata con l'espressione "Voluntary/Out-of-pocket", letteralmente "di tasca propria"). Si tratta di spese per assicurazioni sanitarie suppletive o di quote "ticket" che restano a carico dei pazienti. Tale ultima quota è leggermente al di sopra della media OCSE.

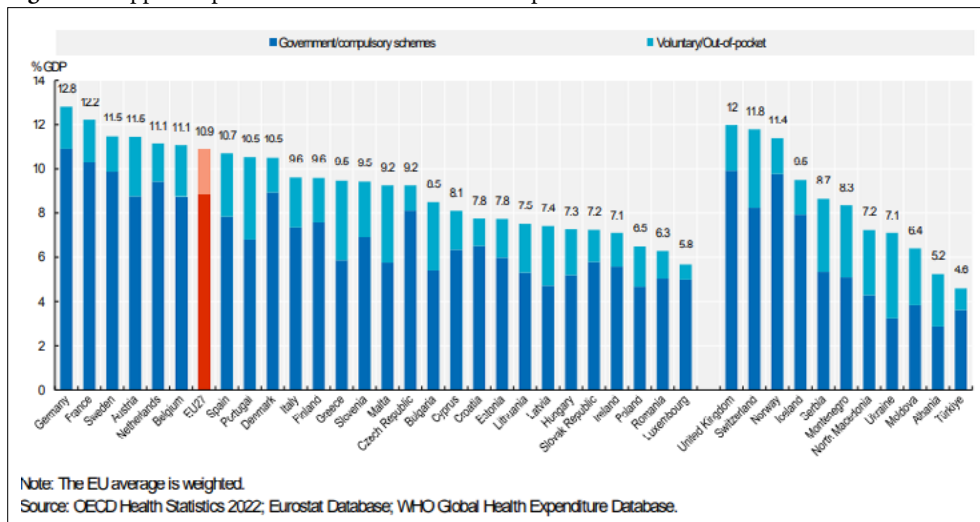
Figura 2. Andamento della spesa sanitaria in percentuale del PIL in alcuni Paesi OCSE selezionati – anni 2006-2022



Fonte: *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Fig. 7.3., p. 155.

Nota: dei Paesi selezionati, a parte la Corea del Sud in cui la spesa sanitaria, benché costantemente in crescita dal 2006, resta al di sotto della Media OCSE - salvo che nel biennio 2020-21, in conseguenza della crisi pandemica da Covid-19 - in Italia la spesa sanitaria resta in linea con la media OCSE per l'intero periodo considerato, ha un picco nel 2020 in conseguenza della crisi pandemica e torna a scendere al di sotto della media OCSE, a partire dal 2021.

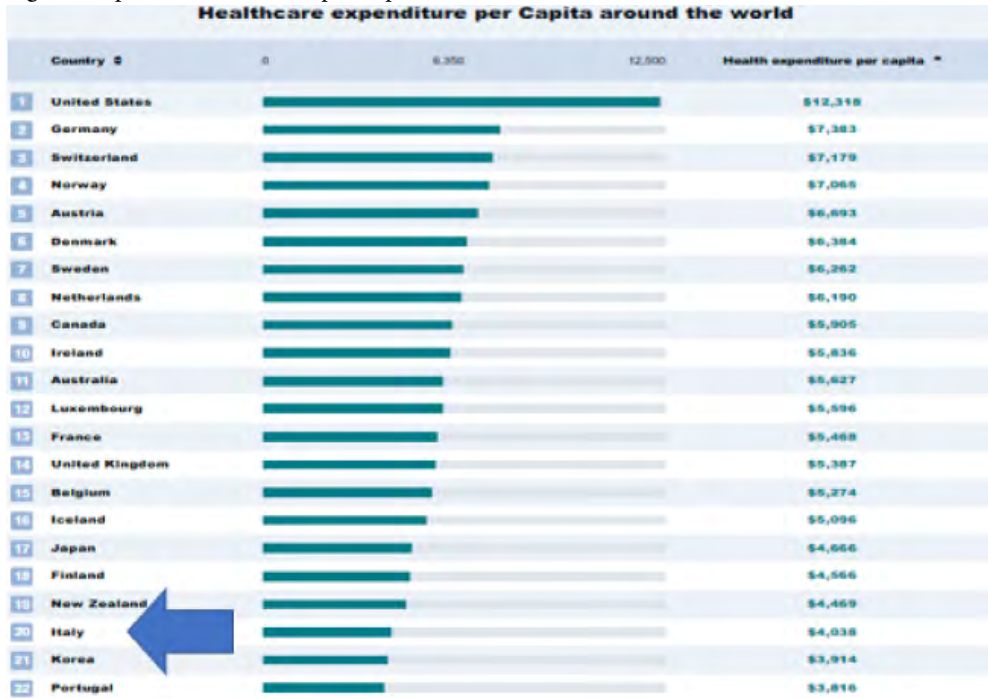
Figura 3. Rapporto spesa sanitaria/PIL nei Paesi europei – anno 2022



Fonte: OECD, *Health at a Glance: Europe 2022*, Fig. 5.3, p. 131.

Nota: rispetto alla Fig. 1, l'Italia è al di sotto anche della media Ue, collocandosi al 10° posto tra i Paesi dell'Unione europea, benché il rapporto spesa sanitaria/PIL sia stimato pari al 9,6%, anziché 9,2%, sempre però con una quota a carico dei pazienti (tonalità più chiara nell'istogramma).

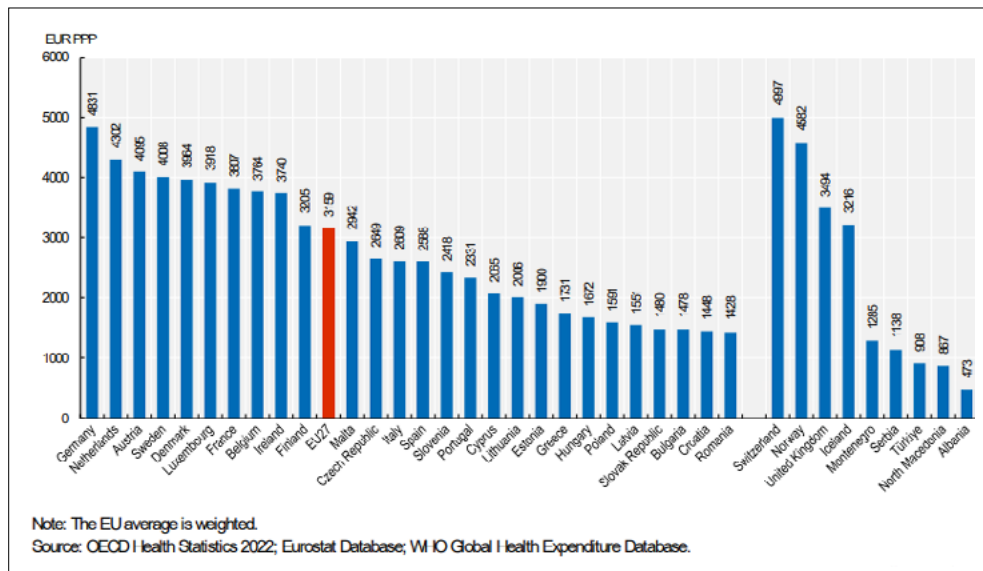
Figura 4. Spesa sanitaria media pro-capite Paesi OCSE – anno 2022



Fonte: Biancheri G., *Il privato in sanità. La vera posta in gioco*, cit.

Nota: Nel 2022, l'Italia si trova al 20° posto su 22 Paesi OCSE selezionati. La spesa sanitaria media pro-capite (4.038 dollari statunitensi), è inclusiva della quota parte a carico dei pazienti.

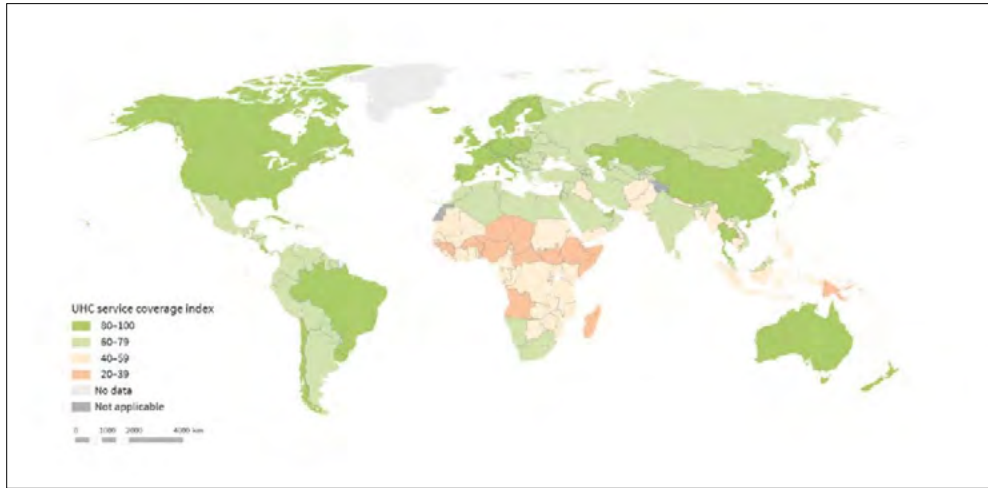
Figura 5. Ammontare della spesa sanitaria media pro – capite a carico del SSN nei Paesi europei – anno 2022



Fonte: OECD, *Health at a Glance: Europe 2022*, Fig. 5.1, p. 129

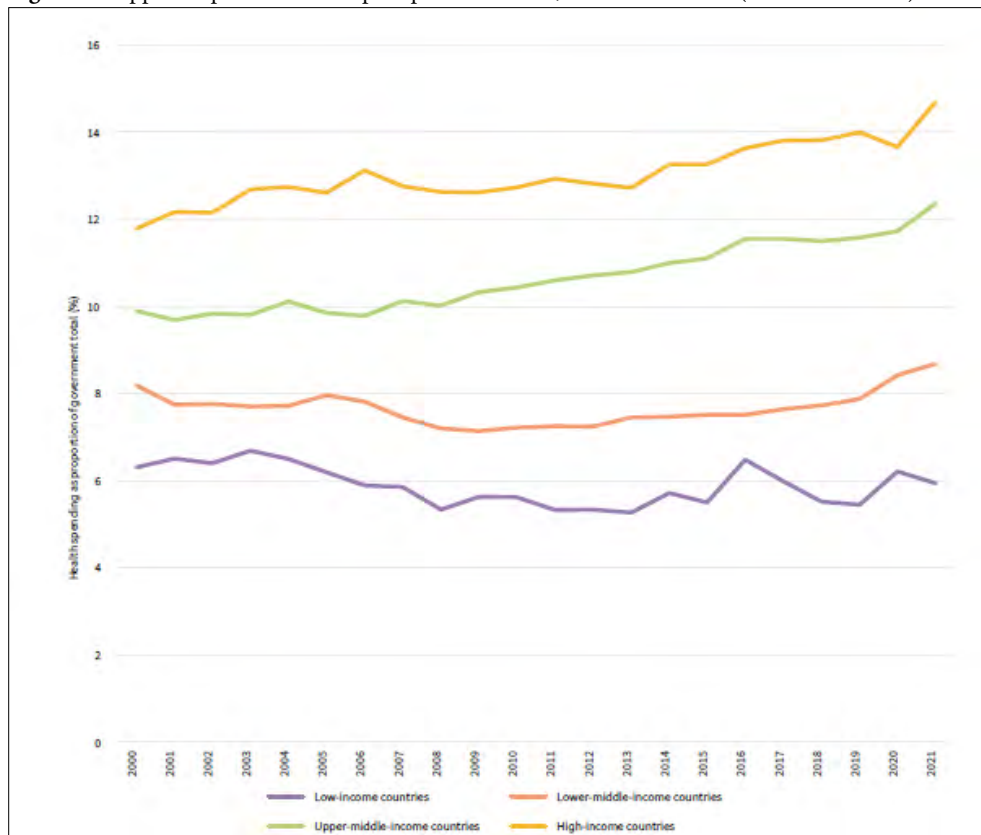
Nota: nel 2022 l'Italia si trova notevolmente al di sotto della media dei Paesi dell'Unione Europea (-550 euro pro-capite).

Figura 6. Indice della copertura sanitaria universale OMS, anno 2021



Fonte: WHO, *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Geneva, 2024, p. 44, Tabella 2.12. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>.

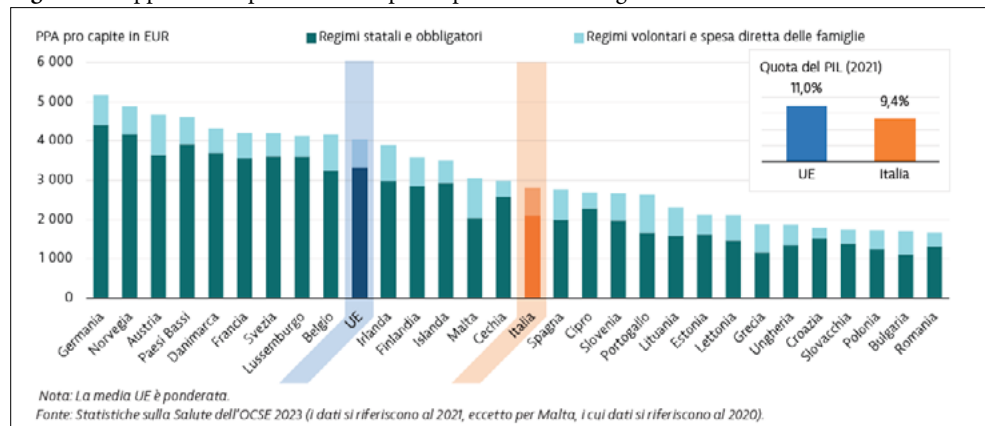
Nota: Come si vede, la copertura dei servizi sanitari essenziali (accesso ai medicinali di base e ai vaccini) è assicurata al massimo livello nei Paesi del G7, Nord Europa, in Cina, Australia, Nuova Zelanda, Brasile, Cile, decrescendo progressivamente man mano che si procede verso i Paesi in via di sviluppo.

Figura 7. Rapporto spesa sanitaria/spesa pubblica totale, anni 2000 – 2021 (dati World Bank).

Fonte: WHO, *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Geneva, 2024, p. 50, Tabella 2.16, in <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>.

Nota: nei Paesi ad alto reddito (linea gialla) la spesa sanitaria è in costante crescita, con un flesso tra il 2007/2008 in corrispondenza della crisi finanziaria Lehman Bros. e di nuovo nel periodo 2020/2021 in corrispondenza dell'emergenza pandemica da Covid-19. Mentre le circostanze sopra indicate hanno avuto identici effetti nei Paesi a reddito medio – alto (linea verde) e a reddito basso (linea viola), l'andamento della spesa sanitaria nei Paesi a reddito medio-basso (linea arancione) appare costante nel tempo.

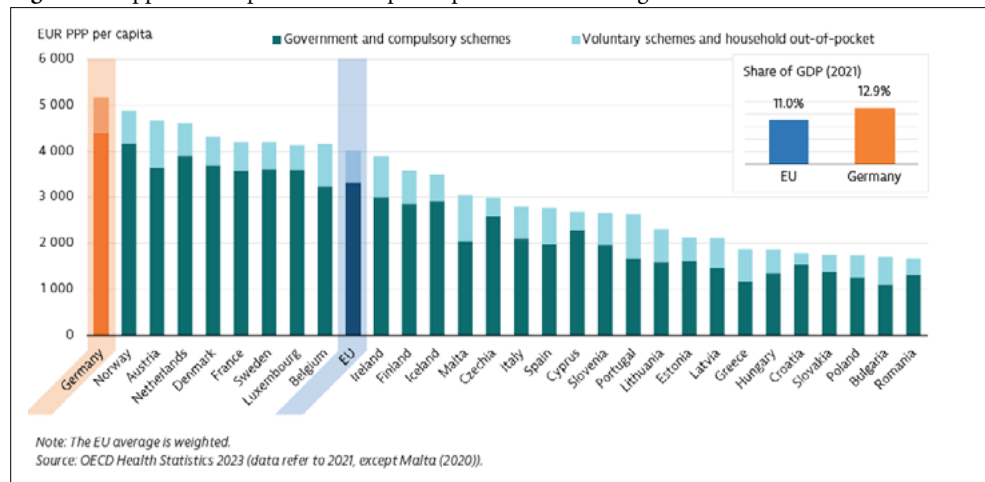
Figura 8. Rapporto fra spesa sanitaria pro-capite in Italia e negli altri Paesi UE – anno 2021



Fonte: Rapporto OECD - European Observatory on Health Systems and Policies, *Italia: Profilo della Sanità, 2023*, OECD Publishing, Paris, p. 10, Fig. 9.

Nota: i dati, riferiti all'anno 2021 evidenziano come la spesa pro-capite in Italia è di quasi un terzo più bassa rispetto alla media Ue. Anche i dati preliminari 2022 indicano un notevole calo su base annua che, secondo l'Osservatorio OCSE, si deve a una riduzione significativa della spesa diretta (-6%) e a un calo più moderato della spesa sanitaria pubblica (-3,5%), legato alla minore incidenza, rispetto al 2021, delle spese legate alla COVID-19.

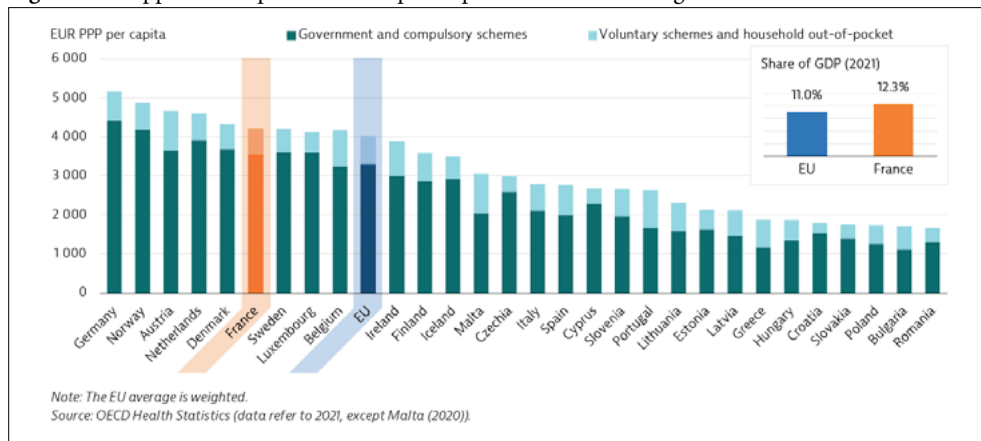
Figura 9. Rapporto fra spesa sanitaria pro-capite in Francia e negli altri Paesi UE – anno 2021.



Fonte: Rapporto OECD - European Observatory on Health Systems and Policies, *State of Health in the EU, France 2023: Country Health Profile*, OECD Publishing, 2023, Paris, p. 9, Fig. 8.

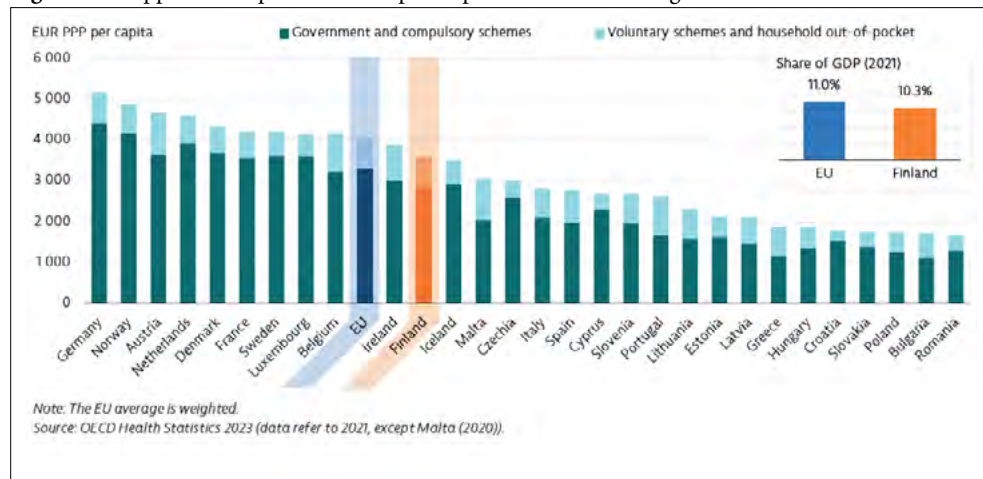
Nota: i dati, riferiti all'anno 2021 evidenziano che la spesa sanitaria pro-capite della Francia è più alta della maggior parte degli altri Paesi Ue, ma inferiore a quella della Germania. Inoltre, quasi il 95% dei francesi dispone di un'assicurazione complementare. Le spese sanitarie non coperte dal sistema pubblico riguardano le cure dentarie e talune cure specialistiche, sia a carattere ospedaliero che ambulatoriale. Esse sono raffigurate più in chiaro negli istogrammi (Voluntary schemes and household out-of-pocket).

Figura 10. Rapporto fra spesa sanitaria pro-capite in Germania e negli altri Paesi UE – anno 2021



Fonte: Rapporto OECD - European Observatory on Health Systems and Policies, *State of Health in the EU, Germany 2023. Country Health Profile, 2023*, OECD Publishing, Paris, p. 9, Fig. 7.

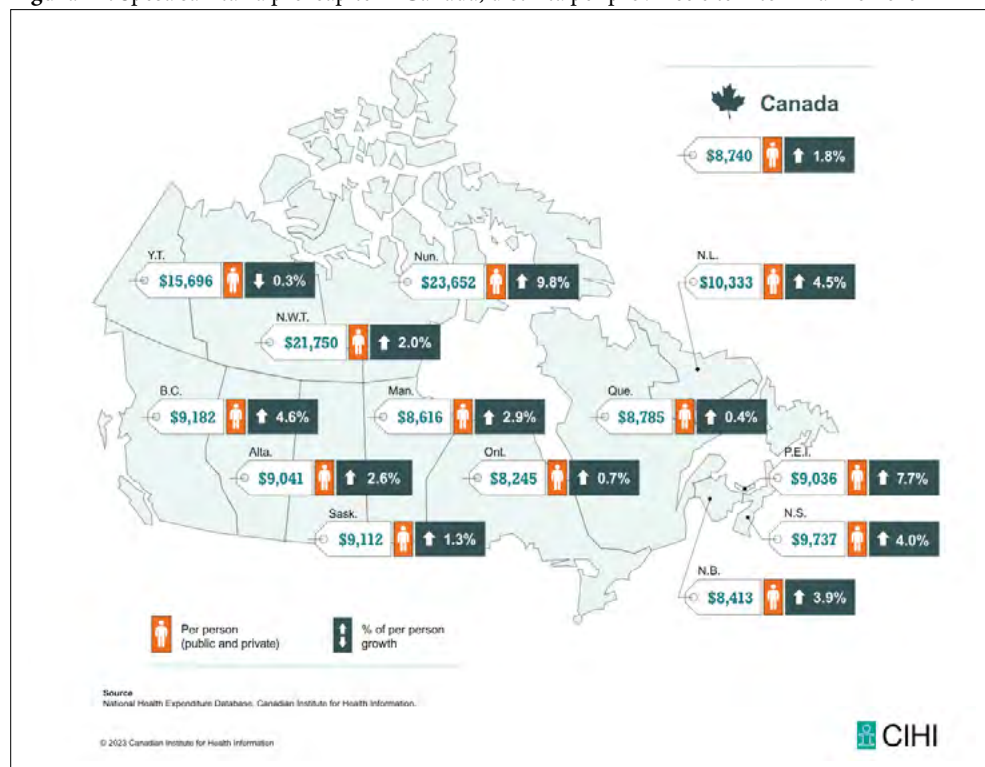
Nota: i dati, riferiti all'anno 2021 evidenziano che la spesa sanitaria pro-capite della Germania è la più alta dei Paesi Ue. Il comparto delle cure ospedaliere molto ampio con 7,8 posti letto per ogni 1000 abitanti, è il secondo nella Ue, dopo la Bulgaria.

Figura 11. Rapporto fra spesa sanitaria pro-capite in Finlandia e negli altri Paesi UE – anno 2021

Fonte: Rapporto OECD - European Observatory on Health Systems and Policies, *Finland: Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, 2023, p. 9, Fig. 10.

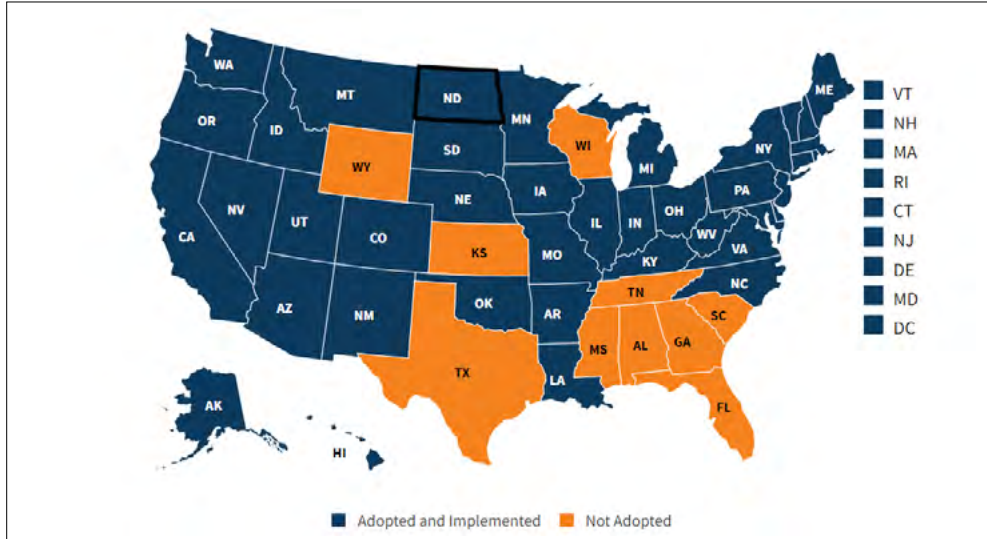
Nota: i dati, riferiti all'anno 2021 evidenziano che la spesa sanitaria pro-capite della Finlandia è inferiore sia alla media dei Paesi Ue che a quella dei Paesi nordici. Oltre il 40% della spesa sanitaria è diretta alle cure ambulatoriali, il 22% a quelle ospedaliere e il 18% è dedicata ai lungo-degenti.

Figura 12. Spesa sanitaria pro-capite in Canada, distinta per province e territori – anno 2023



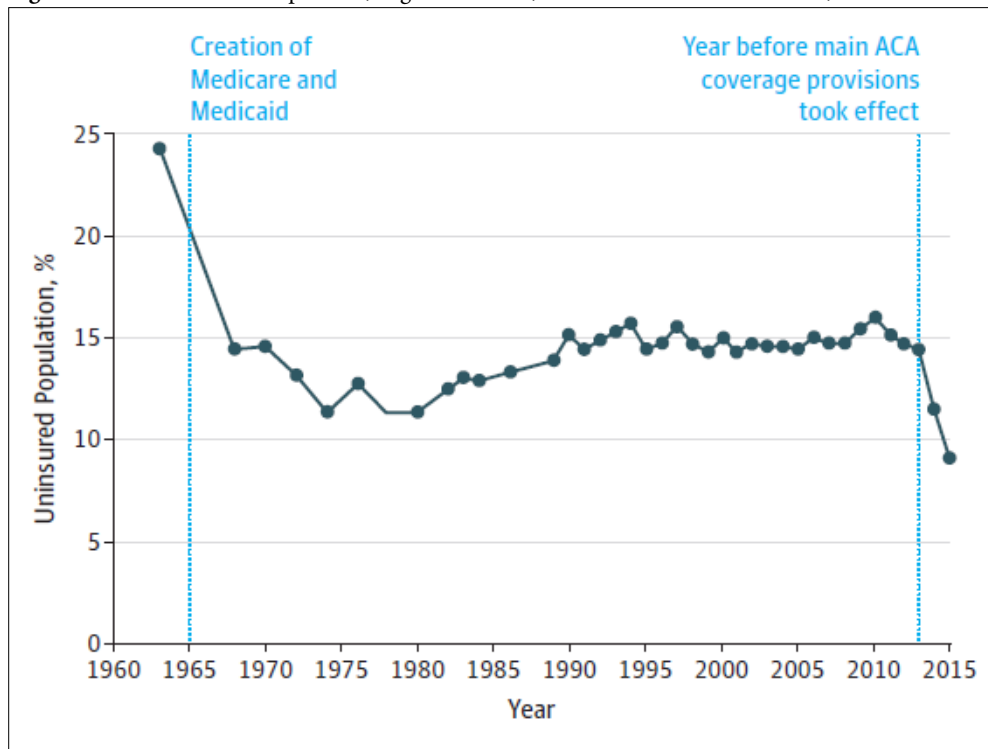
Fonte: *National Health Expenditure Trends. How do the provinces and territories compare?* del Canadian Institute for Health Information - CIHI, 2023, disponibile in <https://www.cihi.ca/en/how-do-the-provinces-and-territories-compare>.

Figura 13. Stato di avanzamento della decisione sull'espansione del programma "Medicaid" negli Stati Uniti d'America (2024)



Fonte: KKF, *Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map*, 8 maggio 2024, disponibile in <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/>.

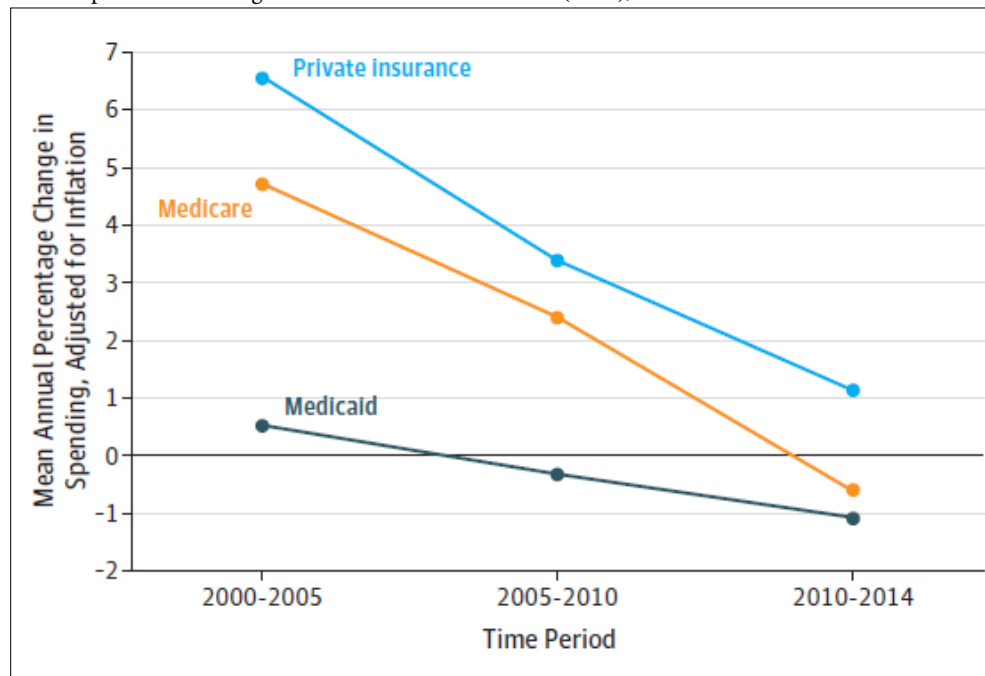
Nota: In blu gli Stati in cui la decisione è stata adottata e attuata.

Figura 14. Percentuale delle persone, negli Stati Uniti, senza assicurazione sanitaria, 1963-2015

Fonte: OBAMA B., *United States Health Care Reform. Progress to Date and Next Steps*, in *Journal of American Medical Association*, 2016, 316 (5), p.526, Fig. 1.

Nota: Il grafico evidenzia il netto decremento dei soggetti privi di assicurazione sanitaria nel periodo 2010-2015.

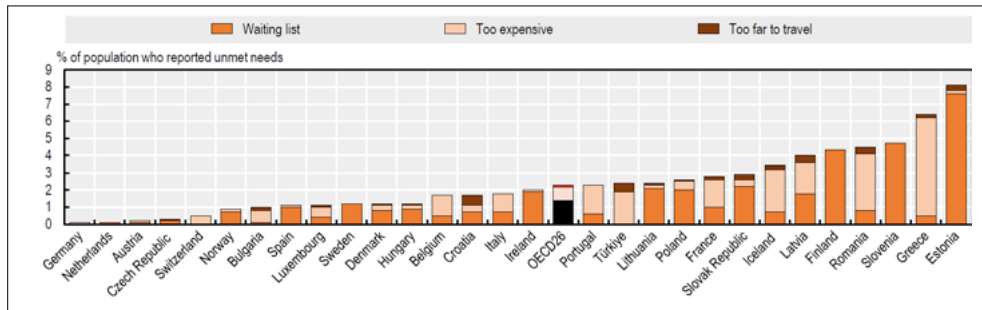
Figura 15. Tasso di variazione della spesa sanitaria reale per iscritto a carico del contribuente statunitense dopo l'entrata in vigore dell'“Affordable Care Act” (ACA), 2010



Fonte: OBAMA B., *United States Health Care Reform. Progress to Date and Next Steps*, in *Journal of American Medical Association*, 2016, 316 (5), p. 528, Fig. 4.

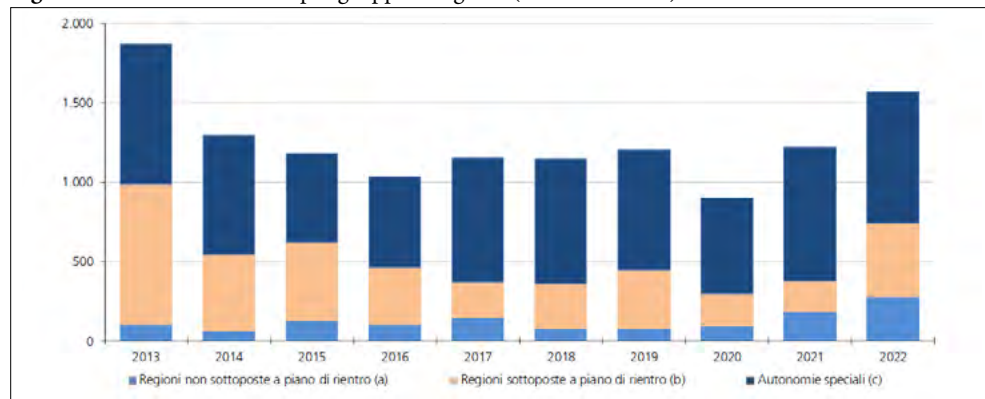
Nota: i dati di riferimento risultano dal National Health Expenditure Accounts ed evidenziano il decremento della spesa sanitaria a carico del contribuente americano per ogni nuovo iscritto all'ACA

Figura 16. Ragioni dell'insoddisfazione dei bisogni di assistenza sanitaria non soddisfatti nell'UE – anno 2021 (OCSE)



Fonte: *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>, Fig. 5.6., p. 103.

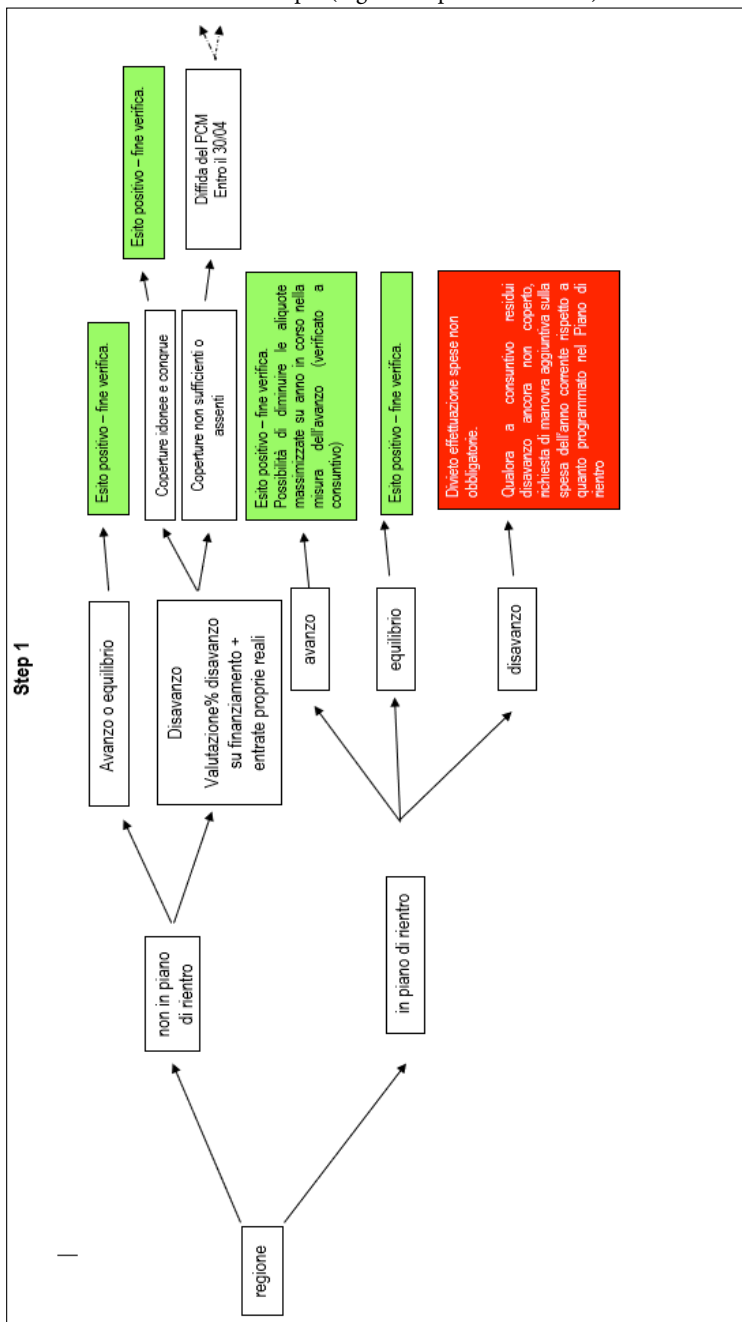
Nota: L'Italia si trova al di qua della media OCSE e per bisogni non soddisfatti meglio della Francia. Tra le ragioni indicate dai pazienti, al primo posto l'eccessivo costo dei servizi sanitari e, subito dopo, la lunghezza dei tempi d'attesa, mentre irrilevante è la distanza dei Centri di cura.

Figura 17. Disavanzi sanitari per gruppi di regione (anni 2013-2022)

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

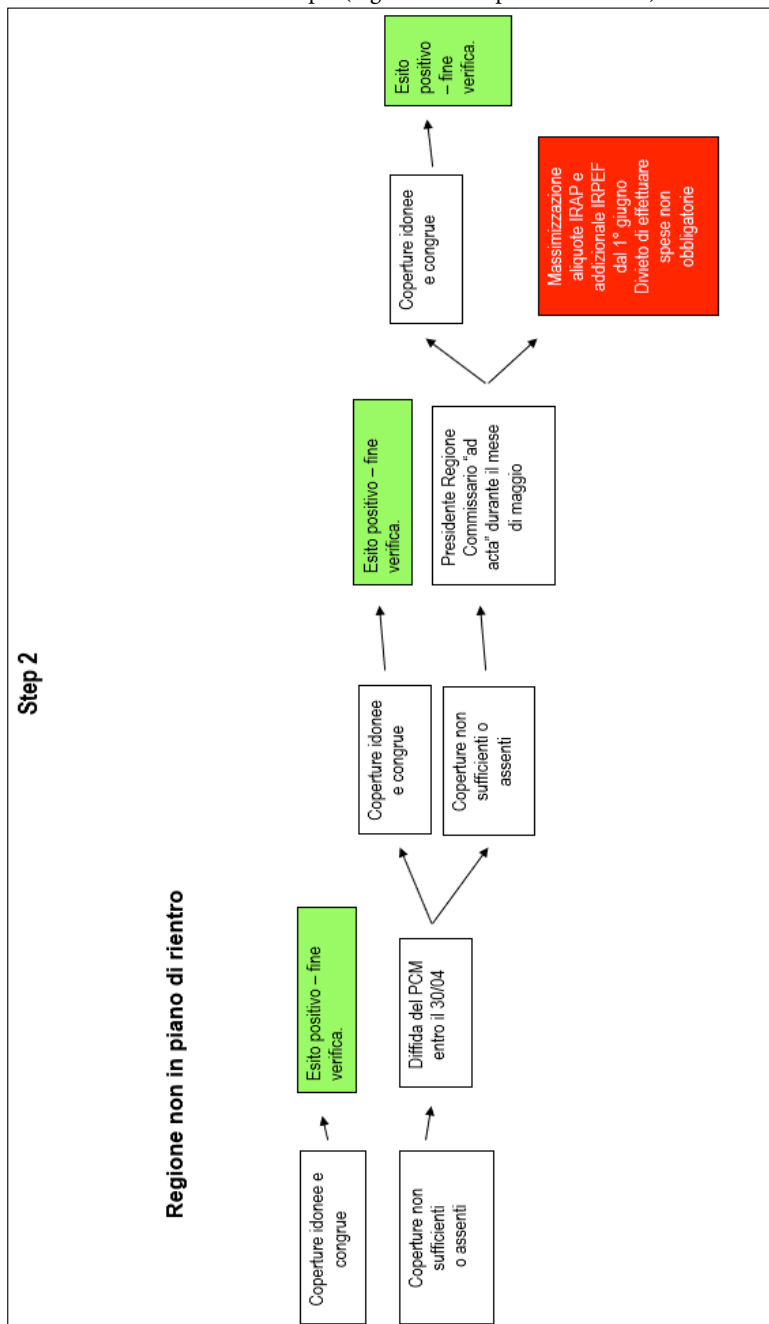
Nota: (a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata. (b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero"). (c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio. Pertanto, l'eventuale disavanzo per le Autonomie speciali, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal 'Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali' per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie. Con riferimento al 2022, il disavanzo non è stato oggetto di esame da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti in quanto si procederà a farlo sui dati di consuntivo.

Figura 18. Attuazione procedura dell'art. 1, co. 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica – Step 1 (regioni in piano di rientro)



Fonte: Mef – Ragioneria Generale dello Stato, *Monitoraggio Spesa sanitaria – Rapporto n. 10, 2023.*

Figura 19. Attuazione procedura dell'art. 1, co. 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica – Step 2 (regioni non in piano di rientro)



Fonte: Mef – Ragioneria Generale dello Stato, *Monitoraggio Spesa sanitaria – Rapporto n. 10*, 2023.

Figura 20. La Bilancio Regione del Veneto, Missione 13 Tutela della Salute – anno 2023. Distribuzione delle spese per Programma



Fonte: Regione Veneto <https://bilancio.regione.veneto.it/tutela-della-salute>.

Nota: I LEA, sono i livelli essenziali di assistenza di cui, rispettivamente, all'art. 47-ter, comma 1, lett. b-bis del D. Lgs. 30 luglio 1999, n. 300 e all'art. 3, comma7, del D.M. Salute 12 marzo 2019.

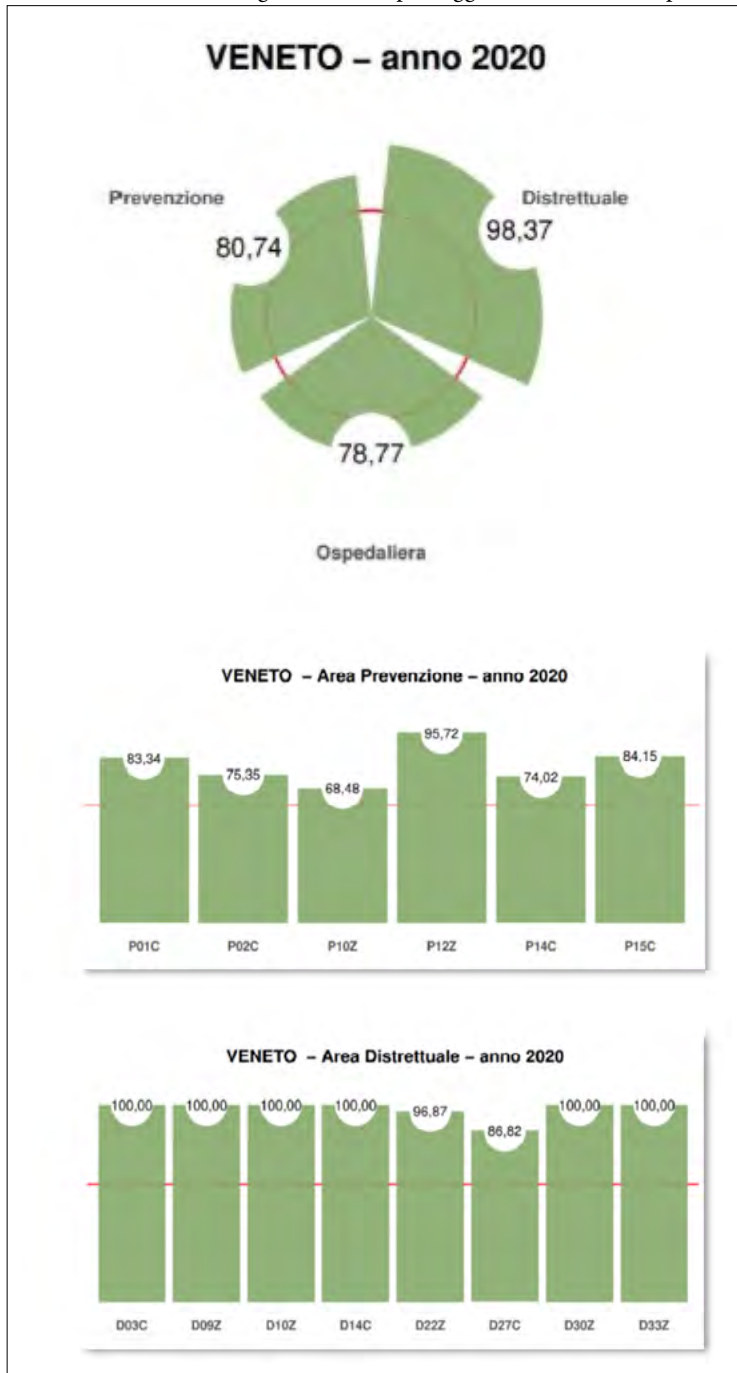
Figura 21. La Bilancio Regione del Veneto, Missione 13 Tutela della Salute – anno 2024. Distribuzione delle spese per Programma



Fonte: Regione Veneto <https://bilancio.regione.veneto.it/tutela-della-salute>.

Nota: I LEA, sono i livelli essenziali di assistenza di cui, rispettivamente, all'art. 47-ter, comma 1, lett. b-bis del D. Lgs. 30 luglio 1999, n. 300 e all'art. 3, comma7, del D.M. Salute 12 marzo 2019.

Figura 22. La Risultati NSG 2020 - Regione Veneto: punteggi indicatori CORE, per area



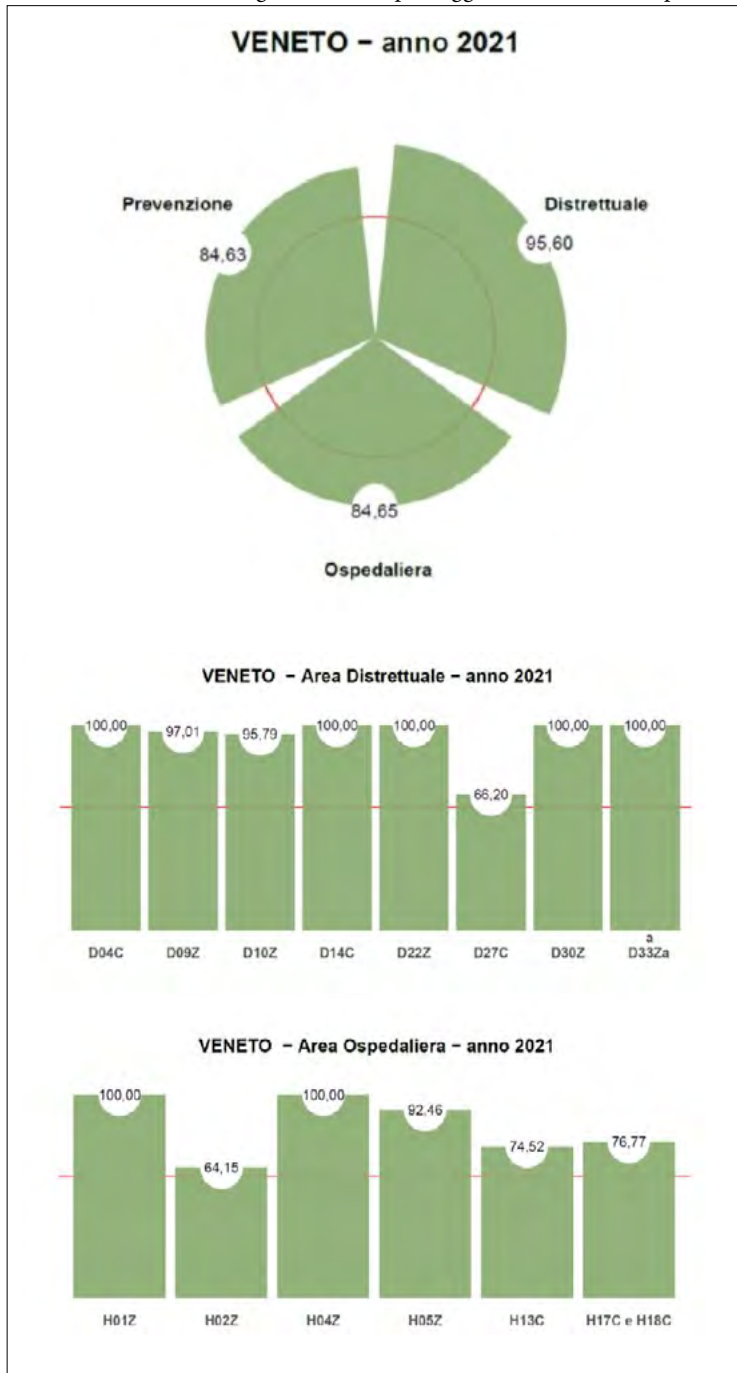
Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2020*, Roma, 6 marzo 2023, pp. 53-54, Fig. 11-12.

Nota: Le abbreviazioni rappresentano Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, per area di assistenza (P = Prevenzione; D= Distrettuale). Il valore nelle due figure ha un range variabile da 0 a 100. Per il significato delle abbreviazioni si rinvia alla parte dedicata del presente studio.

Val la pena di rilevare che, nel periodo considerato, la Regione Veneto ha riscosso il massimo punteggio dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria nei settori D03C, D09Z, D10Z, D14C, D30Z e D33Z (cfr. parte ABBREVIAZIONI).

Mette inoltre conto segnalare che la Regione Veneto (cfr., Com. n. 376 (AVN) del 5 marzo 2024), nell'anno 2022, ha raggiunto il primato nazionale nel campo dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali (D30Z) nel quale, oltre ai servizi erogati dalle strutture pubbliche delle diverse ULSS territoriali, operano 7 ETS (1 Fondazione ETS e 6 Odv, collocate nelle province di Belluno (1), Venezia (1) e Padova (4).

Figura 23. La Risultati NSG 2021 - Regione Veneto: punteggi indicatori CORE, per area

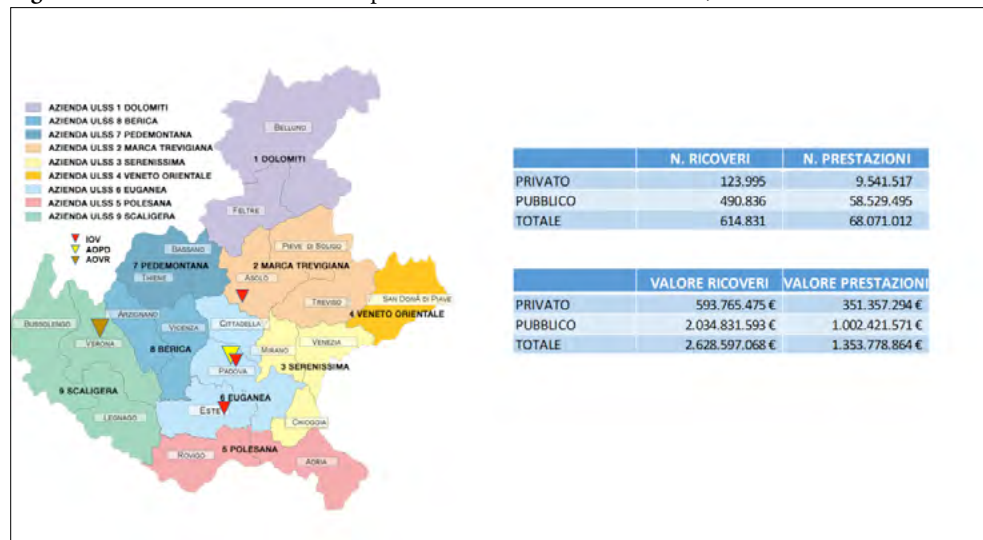


Fonte: La Figura risulta dalla combinazione, rispettivamente, delle figure 11 e 12 tratte da Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2021*, Roma, maggio 2023, pp. 51-52, Fig. 11-12.

Nota: Le abbreviazioni rappresentano Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, per area di assistenza (P = Prevenzione; H = Ospedaliero). Il valore nelle due figure ha un range variabile da 0 a 100. Per il significato delle abbreviazioni si rinvia alla parte dedicata del presente studio.

Val la pena di rilevare che, nel periodo considerato, la Regione Veneto ha riscosso il massimo punteggio dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in cinque campi su 8 nell'area distrettuale, migliorando ulteriormente la performance nell'area ospedaliera (cfr. parte ABBREVIAZIONI), confermando in quella distrettuale il primato nazionale nel campo dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali (D30Z) nel quale, oltre ai servizi erogati dalle strutture pubbliche delle diverse ULSS territoriali, operano 7 ETS (1 Fondazione ETS e 6 Odv, collocate nelle province di Belluno (1), Venezia (1) e Padova (4)).


Figura 24. La Stato dell'assistenza ospedaliera/ambulatoriale in Veneto, anno 2023



Fonte: Regione del Veneto – Azienda Zero, U.O.C. Autorizzazione all’esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante.

Nota: Per il settore privato i dati forniti si riferiscono esclusivamente agli enti accreditati coinvolti nell’erogazione di servizi LEA. Nella parte “Valore Prestazioni” occorre tener presente che il dato riportato comprende anche le prestazioni erogate dalle strutture ambulatoriali gestite dagli enti non profit per euro 122 milioni. Solo l’1% di tali enti risulta iscritto al RUNTS. Ogni altra eventuale stima, interpolazione o extrapolazione, da parte di terzi, di numeri o valori riferibili agli enti non profit non è attribuibile al citato Organismo.

Figura 25. La Stato dell'assistenza ospedaliera/ambulatoriale triennio 2021 – 23 comprensiva di “ticket” (importi in euro)

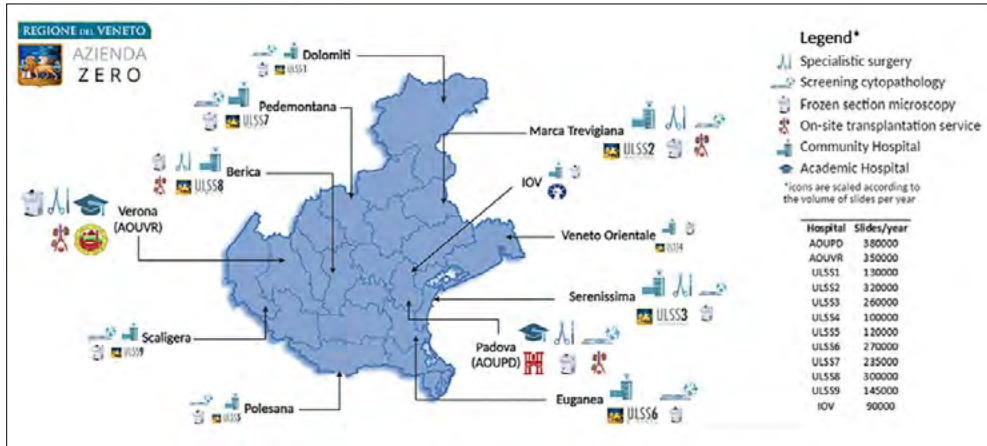
 REGIONE DEL VENETO	RICOVERI		2023		2022		2021	
			Totale		Totale		Totale	
	Tipo struttura	N. Dimissioni	Importo Tariffa Regionale	N. Dimissioni	Importo Tariffa Regionale	N. Dimissioni	Importo Tariffa Regionale	
	PRIVATO	125.723	604.101.155	125.121	594.294.357	123.325	581.006.185	
	PUBBLICO	513.032	2.118.145.837	493.706	2.050.151.045	465.278	1.960.814.611	
	Totale RICOVERI	638.755	2.722.246.991	618.827	2.644.445.403	588.603	2.541.820.796	

	TRATTAMENTI SPECIALISTICI		2023		2022		2021	
			Totale		Totale		Totale	
		N. Prestazioni	Importo	N. Prestazioni	Importo	N. Prestazioni	Importo	
	PRIVATO	9.267.031	346.883.792	9.333.850	341.352.193	9.514.200	330.555.171	
	PUBBLICO	60.834.880	1.010.003.343	58.940.695	1.016.465.455	57.678.222	1.035.633.097	
	TOTALE TRATTAMENTI SPECIALISTICI	70.101.911	1.356.887.135	68.274.545	1.357.817.648	67.192.422	1.366.188.268	

Fonte: Regione del Veneto – Azienda Zero, U.O.C. Autorizzazione all’esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante (dati aggiornati al 26 agosto 2024).

Nota: Gli importi riferiti ai trattamenti specialistici sono comprensivi dei “ticket” (spesa a carico del paziente).

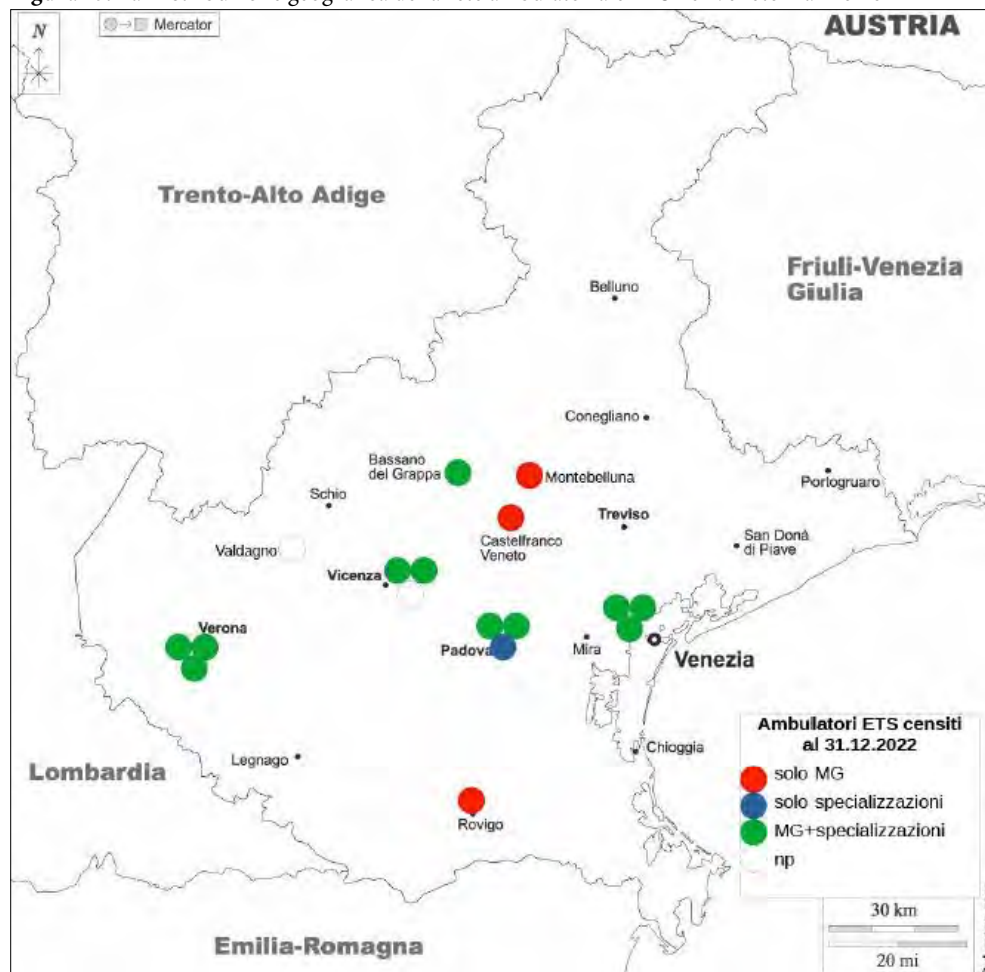
Figura 26. La Distribuzione geografica delle maggiori strutture ospedaliere in Veneto, con indicazione dell'offerta sanitaria.



Fonte: Eccher et al, *Digital pathology structure and deployment in Veneto: a proof-of-concept study*, in *Virchows Archiv* (2024) 485, p. 454.

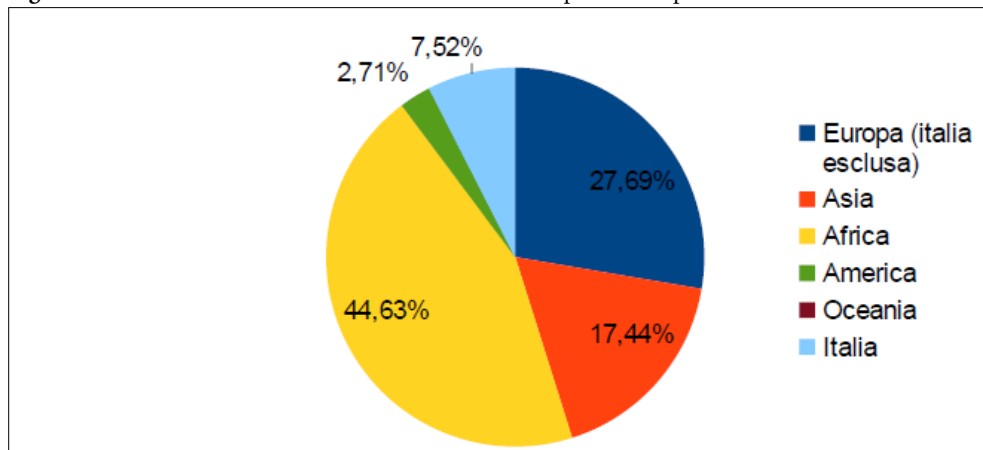
Legenda:

- (1) Specialistic Surgery: specialità chirurgiche; es, chirurgia cardiovascolare, neurochirurgia, etc.;
- (2) Screening cytopathology: centro per lo studio delle alterazioni cellulari a scopo diagnostico;
- (3) Frozen Section microscopy: Centro per l'esame rapido di sezioni congelate intraoperatorie;
- (4) On-site transplantation service: Centro Trapianti
- (5) Community Hospital: Ospedale di comunità
- (6) Academic Hospital: Azienda Ospedaliera Universitaria (AOUPO; AOUVR)

Figura 27. La Distribuzione geografica della rete ambulatoriale ETS nel Veneto – anno 2022

Fonte: Cusinato A., Rigoli G., *Indagine conoscitiva sugli ambulatori medici del Veneto gestiti da Enti del Terzo Settore 2022*, Castelfranco Veneto, 2023, p. 14, Fig. 2.

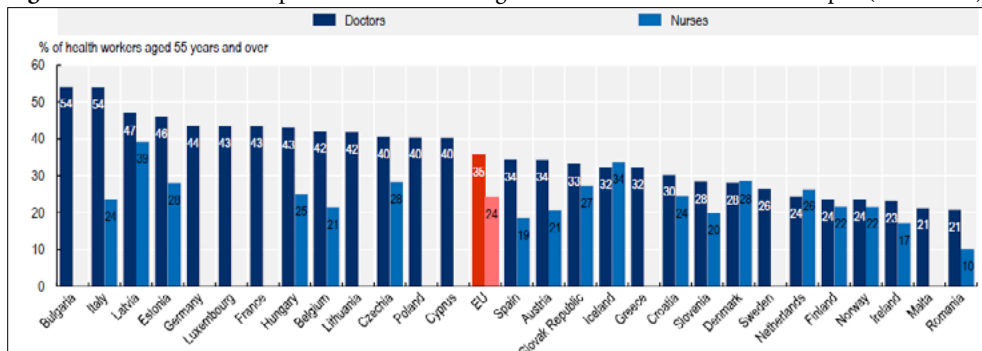
Nota: la rete ambulatoriale in figura lascia le ULSS 1 Dolomiti (BL), ULLS 4 Veneto Orientale, senza strutture ETS. In rosso sono indicate le strutture ambulatoriali di medicina generale, in blu quelle mono-specialistiche e in verde quelle miste.

Figura 28. Utenti strutture ambulatoriali ETS in Veneto per area di provenienza.

Fonte: Cusinato A., Rigoli G., *Indagine conoscitiva sugli ambulatori medici del Veneto gestiti da Enti del Terzo Settore 2022*, cit., p. 21 Fig. 3.

Nota: tra gli utenti sono 3.174 le persone senza fissa dimora, oltre a circa 30.000 altri utenti, nel cui ambito si trova un numero imprecisato di persone che, per molteplici motivi, si trovano escluse dal SSN poiché non hanno (o hanno perduto) i requisiti per la Tessera Sanitaria oppure, pur essendo presenti regolarmente sul territorio, non possono ottenere la tessera STP/ENI (riservata agli 'irregolari').

Figura 29. Invecchiamento personale sanitario negli Stati membri dell'Unione Europea (anno 2022)



Fonte: OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, p. 27.

Attraverso un'analisi comparata dell'azione svolta dagli enti del Terzo settore nei principali sistemi sanitari occidentali, lo studio si propone di esaminarne il ruolo, all'interno della Sanità del Veneto, e l'impatto sociale che esso ha prodotto sui livelli essenziali di assistenza, in termini di qualità, efficienza, sostenibilità e integrazione. Il testo è arricchito da un'articolata Appendice, che illustra i dati più aggiornati, riferiti alle diverse componenti del Terzo Settore nella Sanità.

Paolo Sommaggio

Docente di Etica e Diritto dei Beni comuni, Metodologia della didattica del diritto e Clinica di didattica del diritto presso l'Università degli Studi di Padova. Presidente del Corso di Laurea in Giurista del Terzo Settore è membro del Collegio dei docenti della Scuola di Dottorato in Giurisprudenza. Avvocato, è autore di numerose pubblicazioni su temi metodologici, bio-giuridici e filosofico-giuridici.

Claudio Di Gregorio

Docente di Diritto degli enti no profit presso l'Università degli studi di Padova.

Autore di numerose pubblicazioni su tematiche tributarie, finanziarie, e del non profit, ha ricoperto incarichi di rilievo presso diversi organismi internazionali, ed è attualmente UNDP *Expert on Tax, Public Finance and Sustainable Development Goals* (Nazioni Unite).

