



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico
e dei Sistemi Socio-Sanitari

**“L’INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: GLI
EFFETTI DELLA PANDEMIA. LA “VOCE” DEGLI
ATTORI DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO”**

**“THE INTEGRATION OF PRIMARY CARE AND PUBLIC
HEALTH AFTER PANDEMIC: THE "VOICE" OF
HEALTHCARE STAKEHOLDERS”**

Relatore: Chiar.ma

Tesi di Laurea di:

Prof.ssa D’Andrea Alessia

Miniscalco Davide

Anno Accademico 2021 – 2022

A me stesso

“Non dimenticatevi della medicina delle carezze e prendetevi cura di uomini, donne, bambini e anziani in ogni fase della loro vita.”

Papa Francesco

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
1 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN ITALIA: ELEMENTI DEFINITORI E TENDENZE EVOLUTIVE	9
1.1 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: DEFINIZIONI E ORIGINI	9
1.2 L'IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	19
1.3 LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: RIFLESSI SULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	22
1.3.1 <i>Il Piano Nazionale delle Cronicità</i>	26
1.3.2 <i>Il Chronic Care Model (CCM)</i>	28
1.4 I PROTAGONISTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	30
1.5 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)	34
2 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE NELL'INTEGRAZIONE SOCIO- SANITARIA	41
2.1 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE NEI SISTEMI SOCIO-SANITARI	41
2.2 IL TERZO SETTORE: ASPETTI GENERALI	43
2.3 IL TERZO SETTORE IN ITALIA: STORIA, EVOLUZIONE E NORMATIVE	49
2.3.1 <i>Le leggi di riferimento</i>	53
2.3.2 <i>La Legge delega 106/2016</i>	54
2.4 I REQUISITI DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE	57

2.5 LE ONLUS E IL LORO RUOLO NELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: TRA PASSATO E FUTURO	61
2.5.1 <i>Introduzione alle ONLUS</i>	62
2.5.2 <i>Le ONLUS: Definizioni e Aspetti</i>	64
3 UN CASO DI STUDIO: AIL ASCOLI PICENO	69
3.1 GLI OBIETTIVI E LA MOTIVAZIONE DELLA RICERCA.....	69
3.2 LA METODOLOGIA DELLA RICERCA	70
3.2.1. <i>La ricerca qualitativa e le varie tipologie</i>	70
3.2.2. <i>Le fasi della ricerca qualitativa</i>	72
3.2.3. <i>La tecnica di ricerca utilizzata</i>	74
3.3 IL PROCESSO DI SVILUPPO DEL CASO DI STUDIO.....	75
3.3.1. <i>Il caso di studio selezionato e la domanda di ricerca</i>	75
3.3.2. <i>Le fasi dell'intervista</i>	78
3.3.3 <i>La valutazione della qualità della ricerca condotta</i>	80
3.3.4. <i>Lavorare sul campo</i>	82
3.3.5. <i>La raccolta dati</i>	83
3.3.6. <i>L'analisi e l'interpretazione dei dati</i>	84
3.3.7 <i>La discussione dei risultati</i>	89
4 CONCLUSIONI.....	93
5 RINGRAZIAMENTI	97
BIBLIOGRAFIA	99

INTRODUZIONE

Le ripercussioni della pandemia da Covid-19 sono state particolarmente rilevanti per le organizzazioni del Terzo settore: soprattutto per quelle operanti in ambito socio-sanitario.

Nel contesto caratterizzato dall'emergenza sanitaria, infatti, il settore del volontariato ha rivestito un ruolo fondamentale nella continuità assistenziale e dell'erogazione dei servizi territoriali e infatti l'obiettivo di questa tesi è quella di spiegare il rapporto tra Terzo Settore e integrazione socio-sanitaria ovvero tutto ciò che riguarda i servizi sociali ad alta integrazione sanitaria e prestazioni socio-sanitarie che si attivano attraverso azioni di percorsi assistenziali che vanno a soddisfare i bisogni di salute della persona.

L'analisi svolta dal presente lavoro riguarda l'integrazione ospedale-territorio nel periodo della pandemia da Covid-19 prendendo in considerazione l'associazione ONLUS AIL di Ascoli Piceno durante la pandemia da Covid-19 nel prendersi carico dei pazienti più fragili e di comprenderne i punti di forza e di debolezza che si sono creati indagato il ruolo delle associazioni del Terzo settore per rispondere ai loro bisogni socio-assistenziali e di come è cambiato il loro l'approccio.

Lo studio è stato sviluppato con una ricerca qualitativa attraverso un'intervista semi-strutturata ai protagonisti dell'associazione e nasce dall'affermazione del Terzo Settore nel rispondere ai bisogni sociali e sanitari dei cittadini.

Il primo capitolo è dedicato a una panoramica e definizione delle origini dell'integrazione socio-sanitaria, cosa è cambiato con il periodo di crisi della pandemia concentrandosi sulla riforma delle cure primarie territoriali, illustrando i diversi protagonisti e i diversi modelli di erogazione di assistenza ai pazienti più fragili.

Nel successivo secondo capitolo l'attenzione si rivolge al ruolo delle organizzazioni del Terzo Settore nell'integrazione socio-sanitaria con le relative normative e leggi di riferimento in Italia per poi concentrarsi alle associazioni ONLUS.

Viene illustrata la Riforma del CTS per il riordino della disciplina agli Enti del Terzo Settore (ETS) con il decreto legislativo del 3 Luglio 2017 n.117.

Vengono spiegati i profili degli ETS e le relative attività svolte, per poi concentrarsi alle associazioni ONLUS ovvero enti che perseguono finalità solidarietà sociali, le sue normative di riferimento D.lgs. 460/1997 e il suo adeguamento statutario per spiegare il loro ruolo nell'integrazione socio-sanitaria e le attività svolte sul territorio.

Dopo aver affrontato una panoramica del Terzo Settore, il capitolo tre è dedicato allo svolgimento di un'analisi critica attraverso un caso studio in cui, prendendo in riferimento una ONLUS, dell'AIL di Ascoli Piceno, e si è indagato sul ruolo delle associazioni del Terzo settore durante la pandemia da Covid-19 nel prendersi carico dei pazienti più fragili "to care" per rispondere ai loro bisogni socio-assistenziali, di come è cambiato l'approccio, l'interazione e la difficoltà nel reperire risorse per avere una continuità a livello territoriale.

La pandemia ha evidenziato le fragilità delle persone, delle comunità e delle stesse istituzioni pubbliche ovvero gli ospedali, tanto da far sì che le organizzazioni del Terzo settore sono diventate i protagonisti del territorio italiano.

Con la crisi tutte le piccole associazioni locali d'Italia hanno lavorato in silenzio facendo sacrifici per dare continuità assistenziale ai più fragili.

1 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN ITALIA:

ELEMENTI DEFINITORI E TENDENZE EVOLUTIVE

SOMMARIO: 1.1. L'integrazione socio-sanitaria: definizioni e origini. – 1.2. L'impatto della pandemia da COVID-19 sull'integrazione socio-sanitaria. – 1.3. La riforma delle cure primarie nel Sistema Sanitario Nazionale: riflessi sull'integrazione socio-sanitaria. – 1.3.1. Piano Nazionale delle Cronicità. – 1.3.2. Chronic Care Model (CCM). – 1.4. Protagonisti dell'integrazione socio-sanitaria. – 1.5. L'integrazione socio-sanitaria nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

1.1 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: DEFINIZIONI E ORIGINI

Non esiste una definizione universale di integrazione, ma il concetto rappresenta uno degli obiettivi fondamentali dell'innovazione organizzativa intrapresa da tutte le aziende produttrici di beni e servizi negli ultimi decenni.

In termini di servizi sanitari, l'obiettivo è ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza e la continuità assistenziale creando connettività, coordinamento e collaborazione all'interno e tra le varie istituzioni socio-sanitarie per migliorare la qualità degli aiuti e della vita dei pazienti, l'efficienza del sistema e soddisfazione per l'utilizzo di problemi complessi con diversi servizi, fornitori e impostazioni operative¹.

¹ Per approfondimenti si rinvia a: AGENAS, 2012. *Integrazione socio-sanitaria*. Utilizzando diversi modelli e strumenti organizzativi come “Chronic Care Model, Disease management, Reti cliniche, Percorsi assistenziali”. [Online], Available at: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/rete-nazionale-tumori-rari?view=article&id=171:integrazione-socio-sanitaria&catid=91>.

Poiché come citato precedentemente ancora non sia disponibile una definizione universalmente accettata, la W.H.O. nel corso degli ultimi decenni ha tentato di definire le componenti fondamentali che dovrebbero sostanziare la buona qualità dell'assistenza sanitaria in sei dimensioni: efficienza, efficacia, accessibilità, accettabilità, sicurezza ed equità².

L'integrazione sociale e sanitaria è stata un obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Nazionale sin dalla sua origine, come prerequisito per soddisfare un gran bisogno sanitario e in particolare nei gruppi a rischio, come la materna infantile, gli anziani, i disabili, i malati tossicodipendenti, i malati terminali, i malati di HIV, a partire dalla legge 833 del 1978 (Prima riforma sanitaria)³.

La legge 833 del 1978 istituisce le USL (Unità sanitaria locale), e affida la gestione dei servizi sanitari al Comune, tanto da sentire la necessità di distribuire le competenze e risorse tra Comuni e USL, con riferimento prima di tutto del DPCM 8 agosto 1985 sull'integrazione socio-sanitaria.

² Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.agenas.gov.it/>

³ Cfr. F. Lega, 2016. Il settore socio-sanitario italiano. In: *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. s.l.:Egea, pp. 21-84. Il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione il sistema preesistente era di tipo mutualistico; diversi enti con ordinamenti propri garantivano assistenza con diversi livelli di copertura in tale modello cittadini versavano i propri contributi agli enti mutualistici, che rimborsavano la struttura sanitaria nel momento in cui il cittadino usufruiva del servizio.

Successivamente la definizione di “assistenza socio-sanitaria” deriva dall’art. 3 septies del D.lgs. n. 502/1992 (Seconda riforma sanitaria) modificato dal D.lgs. n. 229/1999 (Terza riforma sanitaria) e successivi ed è definita come un “*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*”⁴.

Pertanto, il motivo delle successive riforme sanitarie è dovuto dalla mancanza di mentalità collettiva dei cittadini volendo creare una tutela e dall'eccessiva burocrazia così tanto da avere la necessità di una pubblica amministrazione moderna ed efficiente così da avviare un “processo di aziendalizzazione” con il governo che prevede migliore assistenza sanitaria, ripristinando l'efficienza e la qualità dei servizi e dei servizi forniti, al fine di soddisfare la crescente domanda trasformando le USL in ASL (Aziende Sanitarie Locali)⁵.

⁴ Si intende ribadire la logica economico-istituzionale già previsto dalla legge 833/78 ma poi si è cercato di spiegare che nella realtà non è stata potuta realizzare. Cfr. A. Zangrandi, V. Scardigli, & C. Nova. 2010. Il sistema delle aziende sanitarie in Italia. In: *Economia e Management per le professioni sanitarie*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 27-61.

⁵ Si stabilisce che le Usl diventassero aziende di diritto pubblico con dotata di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. A previsto la responsabilità degli organi dirigenti sulla gestione e sui risultati raggiunti. Cfr. A. Zangrandi, V. Scardigli & C. Nova. 2010. Il sistema delle aziende sanitarie in Italia. In: *Economia e Management per le professioni sanitarie*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 27-61.

Al cambiamento del quadro epidemiologico, con l'aumento delle persone con malattie croniche e degenerative e che non possono trovare risposta alla sanità, ma che richiedono la costruzione di una rete di servizi socio sanitari che li prendano a carico in modo globale si rispose con il completamento di diverse riforme istituzionali a partire dal PSN⁶ 1994-1996⁷ che propone l'integrazione sanitaria nel distretto, trovando sviluppo nel PSN 1998-2000⁸ e nel decreto legislativo 229/99 (riforma ter)⁹.

Si arriva così al DPCM 29 novembre 2001 che definisce i LEA per l'area dell'integrazione socio-sanitaria e stabilisce i riferimenti normativi tra cui l'atto di indirizzo e coordinamento su di essa¹⁰.

⁶ Il Piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni, nonché dei dati e delle informazioni contenute nella relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano sanitario regionale; viene adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente e può essere modificato nel corso del triennio con la procedura sopra indicata. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi regionali. Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it>.

⁷ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it>. Deve essere visto in una prospettiva di evoluzione, in cui i punti di riferimento sono il metodo nel tentativo di valorizzare l'autonomia di tutti i livelli decisionali e di creare le condizioni per un sistema flessibile e orientato al raggiungimento di specifici obiettivi.

⁸ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it>. Identificato come "Patto di solidarietà per la salute" definisce le istituzioni e i soggetti con cui stipulare il patto. Ricopre un ruolo importante nella pianificazione sanitaria italiana come finanziamento, qualità, funzione dei distretti e, più in generale, ruolo della programmazione sanitaria.

⁹ Cfr. F. Lega. 2016. Il settore socio-sanitario italiano. In: *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. s.l.:Egea, pp. 21-84.

¹⁰ Livelli essenziali di assistenza, descrivono tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal SSN, garantite in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio.

Diversamente nel settore sociale, il riferimento normativo riguarda la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, legge n. 328/2000, in cui stabilisce che le Regioni, nel determinare gli ambiti territoriali delle zone sociali, prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i Distretti sanitari¹¹.

In ogni programmazione regionale deve esserci una rete integrata dei servizi, per cui l'integrazione socio-sanitaria passa da una definizione di intenti alla identificazione di strumenti operativi, che devono necessariamente coinvolgere attori diversi, compresi gli erogatori pubblici e privati, sia profit che no-profit.

Successivamente andando avanti con il PSN 2003-2005¹² l'integrazione socio-sanitaria è tra i fondamentali del SSN, poiché il piano dedica attenzione ai servizi territoriali.

Racchiudono tutte le prestazioni attività che lo Stato ritiene così importante da non poter essere negata cittadini. Garantiscono le cure appropriate. Prevede tre ambiti di intervento: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Cfr. A. Zangrandi, V. Scardigli, & C. Nova. 2010. Il sistema delle aziende sanitarie in Italia. In: *Economia e Management per le professioni sanitarie*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 27-61.

¹¹ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.parlamento.it>. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

¹² Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it>. Si incentra sui cambiamenti dell'assetto istituzionale complessivo del sistema sanitario e da due parti che affrontano i dieci progetti per la strategia del cambiamento e gli obiettivi generali.

Negli anni 2006-2008 il PSN ha promosso lo sviluppo degli interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale e la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni e le ASL¹³.

Più avanti nel 2007-2009 si sofferma nel rafforzamento delle attività di prevenzione, di riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, tanto che il Patto per la salute 2010-2012, al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione è oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee attese nel DPCM che determinano i LEA¹⁴.

L'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale eseguita con gli strumenti valutativi così da integrare con il Decreto Balduzzi (Legge 189/2012), dove c'è il riordino l'assistenza territoriale (cure primarie) con l'obiettivo di fornire servizi h24 e integrazione dei professionisti¹⁵.

¹³ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it>. Riguarda le strategie operative da mettere in atto nelle linee di attività trasversali al sistema, e si parla di valutazione delle performance del SSN e del PSN.

¹⁴ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it>. Governo e Regioni si accordano inoltre sui settori strategici in cui operare allo scopo di qualificare i servizi sanitari regionali e di garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, con un contestuale un maggior controllo della spesa. Evoluto in patto della salute 2014-2016 e infine 2019-2021.

¹⁵ Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Le regioni organizzano l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative

Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 (di cui l'iter non è stato ancora approvato) attribuisce al Distretto il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie¹⁶, ma il piano vigente resta quello approvato nel 2006 e la programmazione sanitaria si è fermata in quella data.

A fronte delle difficoltà avute con la pandemia il 6 agosto 2020, viene adottato con intesa in Conferenza Stato-Regioni il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, che rappresenta lo strumento fondamentale di programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio.

Il PNP garantisce sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso azioni basate su evidenze di efficacia, equità e

multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, infermieri, ostetriche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica.

Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/09/13/012G0180/sg>

¹⁶ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it>. Non ancora approvato e la scarsa reattività e la reazione confusa ad eventi improvvisi e gravi come la pandemia da COVID-19 sono stati anche l'effetto della pluriennale mancanza di PSN e del conseguente indebolimento della sanità italiana come sistema.

sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutti i suoi momenti e rafforza l'attenzione alla centralità della persona, sapendo di esprimersi attraverso azioni rivolte a migliorare l'Health Literacy ampliando la capacità delle persone di interagire con il SSN (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia, consapevolezza e l'agire responsabile¹⁷.

L' European Social Network Conference evidenzia la scelta di orientare l'assistenza verso l'integrazione socio-sanitaria poiché è una componente fondamentale della salute e colma le disuguaglianze della popolazione tanto che le amministrazioni regionali hanno sviluppato diversi modelli e modalità di integrazione tra sanità e sociale dipendendo da un'azione coordinata di vari livelli: territoriale, istituzionale, normativo, finanziario, programmatico, organizzativo, gestionale e professionale¹⁸.

¹⁷Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi: malattie croniche non trasmissibili, dipendenze e problemi correlati, incidenti stradali e domestici, infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali, ambiente, clima e salute, malattie infettive prioritarie. Per approfondimenti si rinvia a: https://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/pnp-2020-25

¹⁸Cfr. AGENAS, 2012. *Integrazione socio-sanitaria*. Lo studio eseguito da SIQuAS elenca 8 raccomandazioni per i responsabili politici per portare avanti l'assistenza integrata: sviluppo integrato delle cure, obiettivi realistici, formazione per tutti i professionisti, trovare equilibrio, legami più stretti, ricerca, ricerca rapporto costo-efficacia, tecnologia. [Online], Available at: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/rete-nazionale-tumori-rari?view=article&id=171:integrazione-socio-sanitaria&catid=91>

Si cambia visione di prospettiva passando da to cure a to care¹⁹, nonostante il mondo sia dominato da patologie croniche dove nei luoghi di cura si pratica soprattutto un'assistenza per acuti secondo il modello biomedico di sanità in cui i professionisti sanitari si mobilitano soltanto ad un evento acuto²⁰.

L'obiettivo è che il bisogno deve essere riconosciuto prima dell'insorgenza della malattia, si deve passare ad una sanità di iniziativa che si caratterizza da una forte attenzione ai bisogni di salute della comunità, alla continuità delle cure attraverso un sistema accessibile a tutti, la promozione della salute rivolta a tutta la popolazione con le sue strategie di prevenzione, l'utilizzo di sistemi informativi, il coinvolgimento attivo delle persone e l'interazione con le risorse della comunità²¹.

In risposta ai bisogni sanitari sempre più complessi, la prevista riduzione delle risorse dedicate alla salute ha portato alla diffusione e integrazione di modelli organizzativi innovativi volti all'integrazione professionale e all'interconnessione strutturale, come le reti di assistenza clinica.

¹⁹ Il termine inglese di care (assistenza) esprime il prendersi a cuore qualcuno o qualcosa, il curare con l'intenzione di rendere migliore la qualità di vita, a prescindere dalla persistenza o meno della patologia; il termine cure (cura), invece, significa curare una malattia con l'intenzione di guarire.

²⁰ Cfr. G. Maciocco. 2019. Malattie croniche e cure primarie. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 59-75.

²¹ Le organizzazioni sanitarie devono riorientare il proprio approccio alle malattie croniche secondo il paradigma della sanità di iniziativa l'Anticipatory Health Care di Tudor Hart. Cfr. G. Maciocco. 2019. Malattie croniche e cure primarie. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 59-75.

Il cambiamento della rete per patologia in rete clinico-assistenziale non solo riduce la divisione dell'assistenza migliorandone la professionalità e l'adeguatezza organizzativa, ma determina anche un forte impatto sull'erogazione dei servizi ai cittadini e sulla governance dei servizi, rendendoli omogenei, efficienti, dandone un impatto positivo sulla logistica della diagnosi, del trattamento, del percorso di cura²².

Il modello ospedaliero per acuti viene revisionato integrando l'assistenza primaria, la medicina di comunità e dei servizi sociali fino ad arrivare ad una visione primaria chiamata "patient-oriented"²³.

²² Cfr. A. Piccioli, & F. Riccio. 2019. Governance di rete: sfida complessa e innovazione consapevole. *Mecosan*, I(109), pp. 105-111. Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

²³ Cfr. A. Piccioli, & F. Riccio. 2019. Governance di rete: sfida complessa e innovazione consapevole. *Mecosan*, I(109), pp. 105-111. Secondo il D.M. n. 70/2015 il bacino di utenza va definita in base alle patologie trattate nella popolazione, dalla numerosità minima di casi per motivare la presenza di un reparto ospedaliero efficace ed efficiente, dalla necessità di una corretta attuazione dei presidi ospedalieri secondo livelli gerarchici. Gli obiettivi e l'applicazione del decreto si focalizzano su riorganizzare la rete ospedaliera, il bacino di utenza, la complessità di prestazioni, l'efficacia e la qualità delle cure, riequilibrare i ruoli tra ospedale e territorio e ridistribuire le risorse.

1.2 L'IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato la rottura tra sistema sanitario e sociale, lasciando non soddisfatti tanti dei bisogni della popolazione, tanto da evidenziare una disparità tra cure primarie e ospedale anche ad alta specializzazione, ma anche tra cure primarie e il resto del sistema di risposta ai bisogni²⁴.

Secondo l'OMS la salute è molto più che assenza di malattia²⁵ e la sanità ha fallito a partire dall'offerta dei servizi di salute e sui bisogni delle persone in modo olistico.

Si pone l'attenzione sulla mancanza di una reale integrazione della medicina territoriale nel sistema delle cure e l'emergenza da Covid-19 ha messo in evidenza molte crepe nell'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie e delle azioni di "care"²⁶.

²⁴ Cfr. G. Vicarelli, & G. Giarelli. 2021. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA. In: *Libro Bianco Il Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. s.l.:FrancoAngeli Open Access, p. 65.

²⁵ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.salute.gov.it> Secondo la Costituzione dell'OMS, l'obiettivo dell'Organizzazione è "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute", definita come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità".

²⁶ Cfr. G. Vicarelli, & G. Giarelli. 2021. Il territorio e la salute di comunità. In: *Libro Bianco Il Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. s.l.:FrancoAngeli Open Access, pp. 93-94.

Questa crisi indica la necessità di introdurre un cambio di rotta, che possa includere i criteri della Primary Health Care²⁷ nell'erogazione delle cure, intendendo la salute come diritto fondamentale²⁸, potenziamento del distretto²⁹, territorializzazione delle

²⁷ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>. PHC is a whole-of-society approach to health that aims at ensuring the highest possible level of health and well-being and their equitable distribution by focusing on people's needs and as early as possible along the continuum from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and as close as feasible to people's everyday environment.

²⁸ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32>. L'Art. 32 della Costituzione Italiana. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

²⁹ Già definito all'art.10 della l.833/1978 quale "struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi ambulatoriali di primo livello e pronto intervento", il Distretto è stato successivamente configurato nei D.Lgs. 502/1992 e 517/1993 quale articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), centro di governo e non solo di erogazione di servizi. Nei successivi Piani Sanitari Nazionali (PSN 1994-1996 e 1998-2000), vengono ulteriormente definite in modo specifico le caratteristiche organizzative del Distretto e delineata un'effettiva autonomia operativa e gestionale che da articolazione "debole" dell'ASL ne fanno invece sempre più un luogo "forte" non solo di produzione di servizi, ma anche di programmazione degli stessi in un'ottica di integrazione sociosanitaria sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse disponibili, che avrebbero dovuto essere riequilibrare dall'assistenza ospedaliera in direzione di quella distrettuale.

cure primarie, case della salute³⁰, partecipazione della comunità³¹, équipe e reti integrate di cure primarie, formazione e ricerca.

Gli obiettivi delle politiche ospedaliere devono essere quelle di ridisegnare il ruolo dell'ospedale nel sistema dei servizi sanitari e puntare sull'integrazione con il territorio, dare la precedenza a tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura differenti dal ricovero in una struttura ospedaliera destinata alle patologie per acuti³².

³⁰ Cfr. Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali, 2021, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, n. 144, 1.3.2021. <http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm>.

La Casa della salute, come definita dal Decreto del 2007, è una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. In tal senso, la Casa della salute deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito. All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in *team* con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET).

³¹ Cfr. Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali, 2021, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, n. 144, 1.3.2021. <http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm>. Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero è una struttura atta a garantire le cure intermedie, ovvero le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico.

³² Cfr. G. Vicarelli, & G. Giarelli. 2021. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute. In: *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. s.l.:FrancoAngeli Open Access, pp. 99-100.

1.3 LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: RIFLESSI SULL'INTEGRAZIONE SOCIO- SANITARIA

Il settore delle cure territoriali è rappresentato dalle cure primarie gestite dal distretto come luogo di integrazione socio-sanitaria³³.

Il periodo di massima espansione delle cure primarie avvenne nel 1978 ad Alma Ata dove si tenne la Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base (Primary Health Care – PHC), promossa dall' OMS con l'obiettivo di avere un processo continuo di protezione sanitaria e sociale³⁴.

L'importante passaggio dalla Primary Medical Care alla PHC, è un modello che mette al centro i bisogni delle persone, sulla prevenzione, l'integrazione e la continuità delle cure³⁵, ma durante tutti questi anni ci sono state azioni che sono

³³ Cfr. L. Ridolfi. 2014. La community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. *Professioni Infermieristiche*.

³⁴ Cfr. G. Maciocco. 2019. Cure primarie. Ieri, oggi, domani. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 27-41. L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile all'individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione ad un costo che la comunità e i paesi possono permettersi a ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in se stessi e di autodeterminazione.essa è parte integrante sia del servizio sanitario nazionale, di cui è il perno il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale della comunità.il primo livello di contatto gli individui, delle famiglie della comunità come sistema sanitario del paese, portando l'assistenza sanitaria quanto più vicino possibile a dove la popolazione vive e lavora, e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza.

³⁵ Coniato dal medico finlandese Hunnu Vuori, responsabile del settore ricerca e sviluppo dell'OMS. Maciocco, G., 2019. Cure primarie. Ieri, oggi, domani. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 27-41.

andate in senso opposto alla PHC come: l'accentramento sull'ospedale e sulle attività specialistiche, la commercializzazione e la privatizzazione, la frammentazione e la moltiplicazione dei programmi verticali.

Le cure primarie devono avere principalmente due obiettivi: centrati sui pazienti e basati su team multidisciplinari.

Così di conseguenza deve includere la facilità di accesso alle cure, coinvolgimento del paziente, passaggio da una medicina di attesa a una di iniziativa e coordinamento delle cure³⁶.

Dall'affermazione di Alma Ata, si arriva alla definizione di concetto di promozione della salute con la Carta di Ottawa nel 1986 che dichiara: *“la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”*.

Questo cammino verso il cambiamento è molto lento ed incerto, che ancora nel XXI secolo si riscontrano disuguaglianze della salute tra la popolazione³⁷.

³⁶ Cfr. F. Lega. 2016. I principali sviluppi nell'organizzazione e gestione delle aziende e nei settori della salute. In: *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. s.l.:Egea, pp. 237-302. La medicina di iniziativa viene influenzata dal filone di pensiero della Community-oriented primary care (COPC).

³⁷ Cfr. G. Maciocco. 2019. Disuguaglianze di salute. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 45-56.

L'ultimo provvedimento adottato a livello nazionale è quello Balduzzi, L 189/2012, che ha stabilito il ruolo unico del Medico di Medicina Generale (MMG), la distinzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Le malattie croniche rappresentano una grande sfida dei servizi sanitari nazionali poiché non possono essere affrontate né con un approccio di attesa né da un modello assistenziale riduzionista ma l'obiettivo finale è quello di promuovere il mantenimento della salute affinché lo sviluppo della malattia venga contrastato.

Per lavorare alla salute di una popolazione è necessario lavorare con il territorio, poiché il modello territoriale è centrato sulla salute mentre l'attuale modello di sanità è sovra territoriale e centrato sulla malattia³⁸.

Il processo per l'efficacia delle cure dell'assistenza sarà: aprire i servizi al territorio e conoscerlo, operatori formati e interventi basati su evidenze tanto che la riorganizzazione dei servizi territoriali in base alla PHC necessiterà di una profonda ristrutturazione delle strategie e metodologie di pianificazione, gestione, valutazione, qualificazione delle reti assistenziali, attraverso un approccio integrato, centrato sulla salute.

³⁸ Per approfondimenti si rinvia a: Care, C. P. H., 2021. *IL LIBRO AZZURRO PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA*.

Per consentire l'applicazione dei LEA secondo il PNRR di cui vedremo nei prossimi paragrafi, ruolo importante è quello di investire e potenziare il Distretto³⁹ per ridurre le disuguaglianze e costituire un omogeneo sistema di cure.

³⁹ Cfr. F. Lega. 2016. I principali sviluppi nell'organizzazione e gestione delle aziende e nei settori della salute. In: *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. s.l.:Egea, pp. 237-302. Il Distretto è una struttura dell'Azienda USL finalizzata a realizzare nel territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.

1.3.1 Il Piano Nazionale delle Cronicità

Le malattie croniche sono in progressiva crescita che comporta un grande impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e un'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce nel 2016 indicando un documento con le Regioni avendo in comune con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, un piano che favorisce interventi basati sul legame di approccio, incentrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilità di tutti gli attori dell'assistenza coinvolti⁴⁰.

Il documento è suddiviso in due parti: nella prima parte illustra il quadro generale del piano e vengono individuati gli elementi più importanti della gestione della cronicità come: aderenza, appropriatezza, prevenzione, cure domiciliari, informazione, educazione ed empowerment, conoscenza e competenza.

Il Piano dà l'importanza a un sistema di cure centrato sulla persona e sulla realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, che consentano

⁴⁰Cfr. A. De Lorenzo, E. Esposito, C. M. Maffei, & G. Zuccatelli. 2020. Coronavirus e cronicità, due battaglie da vincere sullo stesso campo (il territorio) e anche una "nuova" figura (l'infermiere di famiglia e di comunità). *Mecosan*, I(113), pp. 201-210.

l'ottimizzazione delle risorse e il cambiamento della qualità di vita, con l'obiettivo di prevenire le disabilità.

In quest'ottica, uno strumento fondamentale è il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente coinvolgendo tutti gli attori dell'assistenza.

La seconda parte è dedicata ad una serie di patologie con bisogni assistenziali specifici⁴¹.

⁴¹ Cfr. G. Maciocco. 2019. Malattie croniche e cure primarie. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 59-75.

1.3.2 Il Chronic Care Model (CCM)

La sanità di iniziativa, è quella che viene utilizzata dalle cure primarie per far fronte alle malattie croniche perché prende in considerazione a livello globale i bisogni della comunità, la prevenzione e il coinvolgimento dei cittadini⁴².

La caratteristica principale è avere un'assistenza che prende in carico il cittadino a lungo termine “*long term care*” per avere una continuità e al fine di migliorare questa tipo di approccio socio-sanitario sono nate nuove forme e modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio tra cui il principale utilizzato è il “Chronic Care Model”⁴³.

Il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza per pazienti affetti da malattie croniche trattato dal professor Wagner.

Il modello indica una sequenza di obiettivi a favorire il cambiamento dello stato di salute dei malati cronici e consiglia un approccio tra il personale sanitario e i pazienti che vengono coinvolti in modo proattivo nel processo assistenziale⁴⁴.

⁴² Cfr. R. Batti, M. Rossi, A. Mercone, F. Autieri. 2009. Il Chronic care model e la sua attuazione nell'azienda usl di Arezzo. Mondo Sanitario. Edizioni SECUP. pag.27-33.

⁴³ Cfr. L. Ridolfi. 2014. La community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. *Professioni Infermieristiche*.

⁴⁴ Cfr. F. Bravi, T. Carradori, & B. Curcio Rubertini. 2019. La Sanità del futuro: transizione epidemiologica e modelli di assistenza. In: *Programmazione e servizi sanitari*. s.l.:Clueb, pp. 95-156.

Il modello si articola in sei regole:

1. Le risorse della comunità poiché per migliorare l'assistenza ai pazienti, la sanità deve rendere conto alle risorse della comunità;
2. Per le organizzazioni sanitarie la gestione delle malattie croniche dovrebbe essere priorità degli enti dell'assistenza sanitaria;
3. Nel supporto del to care delle malattie croniche, il paziente è coinvolto in maniera globale;
4. Il team assistenziale deve incentrarsi sull'assistenza programmata dei pazienti cronici;
5. L'adozione delle linee guida forniscono gli standard per fornire un'assistenza gold standard ai pazienti cronici;
6. I sistemi informativi sono importanti per concentrarsi alle linee guida e per pianificare la cura⁴⁵.

⁴⁵ Cfr. L. Apuzzo, et al., 2021. Il Chronic Care Model. *G Clin Nefrol Dial*, pp. 141-145.

1.4 I PROTAGONISTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

I soggetti che operano nel Terzo settore hanno un ruolo fondamentale nel rapporto fra cittadini, enti erogatori e dei servizi alla persona, aiutando lo sviluppo del territorio⁴⁶.

Gli attori che operano nel territorio si distinguono in⁴⁷:

1. Enti pubblici territoriali ad esempio il Comune;
2. Enti di gestione ad esempio le ASL;
3. Cooperative;
4. Associazioni di promozione sociale;
5. Fondazioni e Associazioni di volontariato;

Tutti gli attori sopracitati in base alle loro competenze e i propri fini statuari svolgono le proprie attività⁴⁸.

⁴⁶ Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il "nuovo" Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016*, 2017.

⁴⁷ Cfr. Governo, *Linee Guida per una Riforma del Terzo Settore*.

⁴⁸Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il "nuovo" Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016*.

Nella competenza degli Enti pubblici territoriali rientrano le politiche pubbliche generali che comprendono: le politiche urbanistiche, abitative e di housing sociale e i servizi sociali e sanitari.

Riguardo alle competenze degli enti di gestione rientrano: la realizzazione dei Piani assistenziali e terapeutici, la realizzazione e integrazione di reti formali e informali, il sistema di comunicazione e relazione con la comunità.

Le cooperative sociali, normate dalla legge n. 381/1991 (*Disciplina delle cooperative sociali*), hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità con integrazione sociale delle persone attraverso i servizi socio-sanitari e svolgono anche un ruolo per la realizzazione dei servizi alla persona o inserimento nell'ambito lavorativo delle persone più svantaggiate⁴⁹.

Le associazioni di promozione sociale (APS) normate dalla legge 383/2000 (*Disciplina delle associazioni di promozione sociale*), svolgono missioni a favore dei propri iscritti di interesse generale o anche dei loro familiari, per il perseguimento di attività civiche, utilità sociale e solidaristiche, avvalendosi prevalentemente del volontariato.

⁴⁹ Cfr. F. Antolini F., O.V., *Gli enti non-profit: chi sono, perché nascono. Un tentativo di classificazione statistica*. Riv. Polit. Econ. 91, 2001.

Possono raccogliere fondi per l'interesse generale anche in forma organizzata o attraverso la cessione erogazione di beni e servizi, impiegando risorse proprie o di terzi nel rispetto della trasparenza e verità.

Le Fondazioni ex-bancarie disciplinate dal decreto legislativo n. 153/1999 (*Disciplina civilistica e fiscale degli enti conferenti*) perseguono scopi di utilità sociale e promozione dello sviluppo economico, con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo dei territori dove sono radicate.

Sostengono attività di interesse collettivo che riguardano la ricerca scientifica, istruzione e assistenza categorie sociali dei più deboli.

Le associazioni di volontariato (ODV) normate dalla legge n. 266/1991 (*Legge quadro sul volontariato*), anch'esse svolgono attività di interesse generale avvalendosi di personale volontariato, affrontando i primi bisogni emergenti dei cittadini ed operano per fini solidaristici rappresentando per il territorio parte fondamentale per un collegamento culturale, d'identità e tradizione per la cura della persona.

Con l'obiettivo di dare omogeneità e riordino al settore dovuto alle numerose leggi in vigore, il Legislatore ha delegato il Governo a pubblicare la riforma del Terzo Settore ovvero la Legge delega 106/2016⁵⁰.

Al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati si sono attuati interventi per avere una coordinazione tra le varie discipline per creare un Testo Unico del Terzo Settore avente determinate caratteristiche: riordino dei confini giuridici del settore, valorizzare il principio di sussidiarietà verticale e orizzontale, investire sul servizio nazionale universale e sostegno economico per gli enti del Terzo settore⁵¹.

I risultati della legge delega hanno portato a riforme revisionate tra cui: D.lgs. 40/2017 del Servizio Civile Universale, D.lgs. 111/2017 sulle imposte del reddito, D.lgs. 112/2017 delle imprese sociali e D.lgs. 117/2017 degli ETS.

La loro presenza sul territorio rappresenta un sostegno di risorse nella presa in cura della persona, ma soprattutto il collegamento con la storia, l'identità, la cultura e le tradizioni del paziente⁵².

⁵⁰ Per approfondimenti si rinvia a: Governo, *Linee Guida per una Riforma del Terzo Settore*, 12 maggio 2014.

⁵¹ Cfr. C. Ranci, E. Pavolini, *Le politiche di welfare*.

⁵² Cfr. AGENAS, 2012. *Integrazione socio-sanitaria*. [Online]

Available at: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/rete-nazionale-tumori-rari?view=article&id=171:integrazione-socio-sanitaria&catid=91>.

1.5 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

Una delle strategie per avere un Sistema Nazionale Sanitario più vicino alle persone, radicato sul territorio e avendo una rete assistenziale che individua standard strutturali e tecnologici uniformi, l'Italia ha aderito con l'UE a un nuovo piano chiamato Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), rispondendo alla crisi con il Next Generation EU (NGEU) approvato il 13 Luglio 2021, promuovendo una strategia per la prevenzione in ambito sanitario facendo un passo in avanti per il superamento delle disuguaglianze⁵³.

Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute, per un arco temporale di 5 anni⁵⁴.

⁵³ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. NGEU è un programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori, e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

⁵⁴ Cfr. E. Annessi Pessina, A. Cicchetti, F. Spandonaro, & B. Polistena. 2021. Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. *Mecosan*, Issue 119, pp. 89-117.

Il PNRR identifica 134 investimenti e 63 riforme con un totale di 191,5 miliardi di euro.

La Missione numero 6 del piano affronta il tema della Salute e Sanità in un ampio capitolo di riforme e investimenti atto a rafforzare e sviluppare le reti e i servizi territoriali, con le competenze digitali e al ricorso di strumenti come il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina.

Si tratta di un'opportunità da non perdere e sfruttare al meglio per innovare il Sistema Sanitario Nazionale.

La Missione è dotata di 15,63 miliardi e si divide in due parti:

1. Le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale⁵⁵;
2. Ricerca e digitalizzazione del SSN⁵⁶.

⁵⁵ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Potenziare il SSN, rafforzare i servizi e le strutture sanitarie a livello domiciliare, sviluppare la telemedicina.

⁵⁶ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Sanità che valorizzi gli investimenti, rafforzare la ricerca e potenziare la struttura tecnologica.

Il progetto intende mettere al centro le Case della Comunità che diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti in particolare ai malati cronici, e se ne attiveranno 1288.⁵⁷.

Per Case della comunità si intende un presidio territoriale in cui attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) vengono coordinati tutti i servizi ai malati.

Essa sarà una struttura composta da un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute.

Con la presenza degli assistenti sociali si rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale⁵⁸.

⁵⁷ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali.

⁵⁸ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/case-della-comunita-cdc>.

Si attiveranno inoltre 381 Ospedali di Comunità, una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata⁵⁹.

Si trattano di strutture di congiunzione tra l'ospedale e territorio e l'assistenza sarà coordinata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta integrata con un'assistenza infermieristica.

L'obiettivo è quello di dare assistenza a chi non può rimanere a casa, alleggerendo la pressione sui pronti soccorsi e sui reparti dell'ospedale, con finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei.

A ogni paziente viene costituito un PAI (Piano di Assistenza Individualizzato), con il medico e anche con altri professionisti coinvolti, ovvero una valutazione multidimensionale.

⁵⁹ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

L'Ospedale di Comunità, opera con autonomia e integrazione con gli altri servizi sanitari, ovvero servizi sociali, associazioni di volontariato, rete delle cure intermedie⁶⁰.

Il piano mira anche lo sviluppo e l'investimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), per concedere ai cittadini prestazioni di elevata qualità con la finalità principale di avere una ricerca clinica eccellente e di organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La costituzione di tutte queste strutture porta alla realizzazione di 600 centrali operative territoriali (COT), che ha una funzione di coordinamento per la presa in carico della persona e nei diversi contesti assistenziali⁶¹.

Il PRNN si occupa anche dell'acquisto di grandi apparecchiature ad alto tema tecnologico, della telemedicina integrandola con i sistemi sanitari digitali ovvero il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)⁶².

⁶⁰ Cfr. <https://www.agenas.gov.it/pnrr>.

⁶¹ Cfr. <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/implementazione-delle-centrali-operative-territoriali-cot>.

⁶² Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-salute/16707>. Il Fascicolo sanitario elettronico diverrà l'unico punto di accesso alla sanità on line da dove i cittadini, oltre a veder raccolti i propri dati sanitari avranno accesso ai servizi sanitari digitali come telemedicina e medicina di precisione, oltre a pagamenti e prenotazioni.

L'obiettivo è diminuire il divario tra le disparità territoriali e avere maggiore integrazione tra i servizi sanitari regionali e le piattaforme nazionali con lo sviluppo della telemedicina che fra gli interventi ha come scopo fare della Casa il primo luogo di cura.

2 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

NELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

SOMMARIO: 2.1. Il Ruolo del Terzo Settore nei sistemi socio-sanitari. – 2.2. Il Terzo settore: aspetti generali. – 2.3. Il Terzo Settore in Italia: storia, evoluzione e normative. – 2.3.1. Le leggi di riferimento. – 2.3.2. La legge delega 106/2016. – 2.4. I requisiti degli enti del Terzo settore. – 2.5. Le Onlus e il loro ruolo nell'integrazione socio-sanitaria: tra passato e futuro. – 2.5.1 Introduzione alle Onlus. – 2.5.2 Le Onlus: Definizione e Aspetti.

2.1 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE NEI SISTEMI SOCIO-SANITARI

Il Sistema Nazionale Sanitario ha portato profondi cambiamenti dovuto alla crisi economica finanziaria, l'evoluzione dei bisogni di salute, la richiesta di costosi servizi e le difficoltà della finanza pubblica, generando l'adozione di diverse misure come il miglioramento delle strutture sanitarie e il coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo Settore mettendo in evidenza il processo di integrazione socio-sanitaria⁶³.

Il Terzo Settore ha la sua capacità di rispondere a problematiche sociali complesse e di offrire occupazione, e avere una funzione di collante della comunità e permette la valorizzazione delle esperienze dei singoli territori⁶⁴.

⁶³ Cfr. F. Picciaia, *Organizzazioni non profit: definizione, aziendalità, evoluzione storica*.

⁶⁴ Cfr. E. Mangone, *The ThirdSector Organizations for Sustainable Development, Governance and Participatory Citizenship* e Cfr. L.M. Salomon, S.W. Sokolowski, R. List, *Global civil society. An overview* pag.4, Johns Hopkins University, Center for Civil Society Studies, Baltimore, 2003.

Si promuove il benessere sociale con impegno civile attraverso la tutela dei diritti dei cittadini, la promozione delle pari opportunità, dello sviluppo umano e la rimozione degli ostacoli che portano alla povertà⁶⁵.

Esso è identificato come componente fondamentale sia della società italiana sia quella internazionale.

Quello che interessa è capire l'anello di congiunzione e il ruolo del terzo settore che svolge nel nostro Paese e a livello territoriale e di integrazione.

⁶⁵ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/Terzo-settore-e-responsabilita-sociale-impresefocus-on/Riforma-terzo-settore/Pagine/Codice-del-Terzo-Settore.aspx>.

2.2 IL TERZO SETTORE: ASPETTI GENERALI

Nonostante la crescita esponenziale del Terzo settore, manca ancora una definizione giuridica che possa identificarlo in modo chiaro e preciso, in quanto le numerose disposizioni legislative emanate in materia non fanno che complicare il quadro normativo di riferimento⁶⁶.

Molti autori hanno cercato di dare una definizione univoca per rappresentare questo settore in maniere omogenea⁶⁷.

In generale quando ci riferiamo al Terzo settore, ci riferiamo a un gruppo di organizzazioni senza scopo di lucro che perseguono obiettivi sociali soddisfacendo determinati bisogni della comunità⁶⁸.

⁶⁶ Cfr. F. Picciaia. 2018. Organizzazioni non profit: definizione, aziendalità, evoluzione storica. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore e Cfr. E. Mangone, *The ThirdSector Organizations for Sustainable Development, Governance and Participatory Citizenship*. Ital.Sociol. Rev., 2012.

⁶⁷ Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016*, 2017 e Cfr. B. Enjolras, L.M. Salamon, K.H. Sivesind, A. Zimmer, *The third sector as a renewable resource for Europe: Concepts, impacts, challenges and opportunities*. Springer Nature, 2018.

⁶⁸ Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore e Cfr. M.R. Kramer. 2000, A Third Sector in Third Millennium? in *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*.

In letteratura si trovano termini diversi per indicare lo stesso settore come “terzo sistema”, “terzo settore”, “settore non-profit”, “volontariato”, “economia sociale”, “economia civile” e tanti altri⁶⁹.

Pertanto, il Terzo settore comprende tutti i soggetti che non hanno il diritto di rientrare nel mercato, inteso come attori economici a scopo di lucro (il Primo Settore), o nel sistema statale e nelle sue istituzioni (Secondo Settore)⁷⁰.

Le attività del terzo settore, pur nella loro diversa natura giuridica, struttura e consistenza economico-finanziaria, devono avere le seguenti caratteristiche⁷¹:

1. Assenza di scopo di lucro;
2. Natura giuridica privata;
3. Autonomia di governo;
4. Presenza di una struttura di governance democratica;

⁶⁹ Cfr. F. Picciaia. 2018. *Organizzazioni non profit: definizione, aziendalità, evoluzione storica*. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore. Ad esempio il concetto di “economia civile”, coniato dall’economista Stefano Zamagni si coglie una radice di carattere valoriale, muovendosi seguendo il principio regolativo della reciprocità.

⁷⁰ Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore e Cfr. H. Haugh, M. Kitson. 2007, *The Third Way and the third sector: New Labour's economic policy and the social economy*, in *Cambridge Journal of Economics*.

⁷¹ Altri studiosi hanno classificato le varie tipologie di ONP come Ralph M. Kramer che individua: ONP con ruolo di advocacy, ONP con funzione di riallocazione delle risorse e ONP di produzione dei servizi sociali di interesse collettivo. Cfr. F. Picciaia. 2018. *Organizzazioni non profit: definizione, aziendalità, evoluzione storica*. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore e Cfr. M.C. Bassanini, & P. Ranci. 1990. *Non Per Profitto*. s.l.:Fondazione Adriano Olivetti.

5. Presenza di un atto di costituzione formale

Sono state proposte varie teorie per spiegare l'esistenza e i modelli delle organizzazioni non-profit, le cui principali sono la teoria della “fornitura dei beni pubblici” di Weisbrod e quella del “fallimento del contratto” proposta da Hansmann⁷².

Il primo approccio teorico è stato proposto per la prima volta da Weisbrod⁷³ in un articolo del 1975 e poi rielaborato nel 1977 e 1988, e pertanto, lo scopo non è quello di spiegare l'esistenza di diverse organizzazioni operanti nel settore, ma solo di affrontare la fornitura privata di determinati beni pubblici e non dalle pubbliche amministrazioni.

La società cerca di soddisfare solo la domanda di un elettore medio cioè la maggioranza, più eterogenee sono le esigenze, meno lo Stato sarà in grado di soddisfare tutti i consumatori fornendo servizi⁷⁴.

⁷²Possiamo qui distinguere due filoni di studi che analizzano il tema in modo diverso: l'approccio anglosassone e l'approccio europeo. Cfr. F. Picciaia. 2018. *Organizzazioni non profit: definizione, aziendalità, evoluzione storica*. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

⁷³Cfr. B.A. Weisbrod, *The Non-profit Economy*, Harvard University Press, Cambridge, 1988.

⁷⁴Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

Invece la teoria del “fallimento del contratto” di Hansmann⁷⁵ è considerato un caso speciale di "fallimento del mercato", una condizione che impedisce all'economia di mercato di raggiungere lo stato di equilibrio ottimale.

Quando questa condizione è soddisfatta, le imprese a scopo di lucro non possono produrre beni e servizi a prezzi e quantità tali da raggiungere la massima efficienza sociale; in questo caso, le imprese senza scopo di lucro possono rappresentare potenziali alternative in grado di risolvere il problema⁷⁶.

Questa caratteristica è considerata un punto debole della teoria del "fallimento del contratto", poiché la stragrande maggioranza delle attività svolte dalle società senza scopo di lucro ha lo Stato come riferimento naturale e controparte⁷⁷.

Questi studi richiamano l'inquadramento di un'analisi della letteratura internazionale distinguendosi nell'approccio anglosassone da quello europeo⁷⁸.

⁷⁵ Cfr. H. Hansmann, *The role of nonprofit enterprise*, in Yale Law Journal, 1980.

⁷⁶ Cfr. M.C. Bassanini, & P. Ranci. 1990. *Non Per Profitto*. s.l.:Fondazione Adriano Olivetti.

⁷⁷ Cfr. P.L. Sacco, L. Zarri, *Perché esiste il non profit?*

⁷⁸ L'approccio anglosassone evidenzia il vincolo di non distribuzione dei profitti, caratteristica distintiva di ogni organizzazione non profit diversa dalle imprese e dallo Stato. Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

Nel contesto europeo c'è una maggiore enfasi nel considerare il terzo settore come parte di un welfare mix, cui non si parla più di settore ma di sistema come triade mercato, stato e comunità⁷⁹.

Numerosi studiosi con il sostegno dell'UE hanno dato vita al network di ricerca EMES⁸⁰, e gli studi più rappresentativi sono quelli effettuati da Evers⁸¹ e Salomon - Sokolowski⁸² che hanno sviluppato una nuova concezione di Terzo settore come TSE (*Third of Social-Economy Sector*) che deve avere determinate caratteristiche: natura privata, uno scopo pubblico ed una scelta libera⁸³.

Se fino a un decennio fa gli enti del Terzo Settore venivano etichettati di secondo ordine e non venivano considerati nelle loro funzioni, con il tempo la situazione si è sviluppata acquisendo sempre di più importanza nell'ambito dell'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

⁷⁹ Cfr. S. Signori. 2012. Sistemi di welfare e accountability delle aziende non profit: verso una rendicontazione condivisa e partecipata dei servizi alla persona. *Azienda Pubblica*, Gennaio. Volume 4.

⁸⁰ Per approfondimenti sull'organizzazione si rimanda al sito: <https://members.emes.net/>.

⁸¹ Evers intende il terzo settore come settore intermedio e in base ai suoi studi si è sviluppato il triangolo del welfare mix. Cfr. L. Montanini, & A. D'andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore e A. Evers, *part of the welfare mix*.

⁸² Hanno affrontato la questione della concettualizzazione di terzo settore. Cfr. L. M. Salamon, W. Sokolowski, *The size and composition of the European third sector*. In *The Third Sector as A Renewable Resource for Europe*, 2018 e Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

⁸³ Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

Oggi con l'esplosione della pandemia il mondo del volontariato si è ritrovato a rivestire un ruolo di primo piano anche se paradossalmente gli Enti del Terzo settore hanno dovuto rallentare la propria attività.

Si è assistito a una sussidiarietà invertita dove lo Stato dovuto alla fragilità del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale ha mobilitato il privato sociale, demandando al Terzo Settore il sostegno a rispondere i bisogni della comunità, gli interventi di prima necessità, educativi e livelli essenziali di assistenza⁸⁴.

Il Terzo Settore si caratterizza sempre di più come organo centrale di promozione della comunità e della coesione sociale e la capacità di comprendere i bisogni quotidiani del territorio.

⁸⁴ Cfr. I. Psaroudakis. (2020). *Covid-19 e Terzo Settore: uno sguardo in profondità*. Working Paper del Centro di Ricerca Maria Eletta Martini.

2.3 IL TERZO SETTORE IN ITALIA: STORIA, EVOLUZIONE E NORMATIVE

La complessità e la frammentazione normativa del terzo settore italiano rendono particolarmente difficile definire la natura e i confini giuridici di questo fenomeno⁸⁵.

In Nord America, il Terzo Settore rappresenta categorie definite con delle normative attuate dai legislatori, invece in Italia si riducono a categorie “dogmatiche” per spiegare realtà normative che non utilizzano quel concetto.

Né nel codice civile né nella Costituzione, esiste una definizione di ente senza scopo di lucro con scarso significato normativo se non simile al concetto di "formazione sociale" di cui all'art. 2 Costituzione.

L’origine delle organizzazioni del Terzo Settore risale all’era alto-medievale, con le prime esperienze a sfondo solidaristico a favore delle popolazioni che dovevano affrontare delle condizioni di vita scadenti⁸⁶.

⁸⁵ Cfr. M. C. Bassanini, P. Ranci, *Non per profitto* e Cfr. U. Pape, T. Brandsen, B.J. Pahl, & A. Zimmer. 2020, *Changing Policy Environments in Europe and the Resilience of the Third Sector*, in *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*.

⁸⁶ Cfr. F. Picciaia. 2018. *Organizzazioni non profit: definizione, aziendalià, evoluzione storica*. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

Con l'unificazione dello Stato italiano si rese necessario regolamentare la presenza delle associazioni di beneficenza nelle regioni attraverso leggi "sull'amministrazione delle opere pie", la n. 753 del 3 agosto 1862⁸⁷.

La legge stabiliva anche istituzioni di congregazioni caritatevoli in ogni città del regno. Tuttavia, il provvedimento espose l'inadeguatezza del sistema normativo a monitorare le irregolarità nella gestione delle opere pie, tanto che la legge del 1862 portò al fallimento⁸⁸.

L'atto Crispi del 17 luglio 1890 modificò notevolmente l'assetto normativo, trasformando le Opere Pie in "istituzioni pubbliche di beneficenza"⁸⁹.

Il risultato fu un rafforzamento nella sfera dell'assistenza e della beneficenza, e nonostante le opposizioni avute negli anni questa legge è rimasta in vigore fino a quando non venne dichiarata incostituzionale e poi abrogata nel 2000.

Con la nascita del fascismo, la situazione peggiora contrastando qualsiasi forma di associazionismo che non sia autorizzata e controllata⁹⁰, così da accentrare tutti gli enti sotto l'organizzazione statale, creando le società di mutuo soccorso, in una

⁸⁷ Per approfondimenti si rinvia a: Legge 3 agosto 1862, n.753 "Sull'amministrazione delle Opere pie".

⁸⁸ Cfr. M. C. Bassanini, P. Ranci, *Non per profitto*.

⁸⁹ Per approfondimenti si rinvia a: Legge 17 luglio 1890, n. 6972 "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza"

⁹⁰ Cfr. C. Borzaga, A. Santuari, *L'evoluzione del terzo settore in Italia*, p.41.

situazione molto frammentata cosiddetta “a canne d’organo” o “a macchia di leopardo”⁹¹, fino alla caduta del regime e l’approvazione nel 1948 della Costituzione italiana che fa assistere a un nuovo impulso⁹².

Alla fine degli anni ’70 il modello del welfare state va in crisi, portando il terzo settore all’emarginazione e ad un welfare più leggero, lasciando lo Stato al di sopra di tutto⁹³.

Questo sistema “paternalista” dello Stato venne portato alla crisi per diversi motivi tra i quali: la globalizzazione dell’economia, innalzamento del debito pubblico, elevata pressione fiscale, i cambiamenti socio-demografici, immigrazione, le nuove povertà e la modificazione del sistema occupazionale⁹⁴.

Ma è solo negli anni ’90 che le ONP iniziano ad avere gradi di autonomia e managerializzazione della loro attività, creando un nuovo welfare chiamato welfare mix⁹⁵, che con vari interventi normativi si arriva alla Legge n. 106/2016 chiamata “Riforma del Terzo Settore”.

⁹¹ Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n°106/2016*, op.cit., pag.10.

⁹² Viene superata la visione ottocentesca e l’epoca fascista. Cfr. P. Consorti, *Diritto del Terzo settore*.

⁹³ Cfr. C. Ranci, E. Pavolini, *Le politiche di welfare*. il Mulino, 2015.

⁹⁴ Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n°106/2016*.

⁹⁵ Caratterizzato non più dal totale intervento dello Stato ma da collaborazione tra Stato, Mercato e Organizzazioni favorendo la coordinazione degli interventi. Cfr. C. Ranci, E. Pavolini, *Le politiche*

Un concetto fondamentale per il rapporto tra Stato e terzo settore viene individuato tramite il “principio di sussidiarietà”⁹⁶, che regola il loro rapporto e conferma la possibilità del Terzo Settore di avere autonomia e di propria organizzazione e demolisce l’autorità pubblica come unica scelta contro i conflitti sociali⁹⁷.

Questo cambiamento è stato testimoniato anche da Drucker, che afferma: *“Vent’anni fa, management era una parola tabù per gli operatori del non profit: era considerato un sinonimo di business, e le organizzazioni del terzo settore si proclamavano libere da affarismi di vario genere e al di sopra di sordide considerazioni quali il fatturato. Oggi però la maggioranza delle organizzazioni ha compreso che il management è una necessità ancora più forte nel terzo settore di quanto non lo sia nel privato profit, in quanto il non profit non sottostà alla disciplina del risultato economico finale”*⁹⁸.

di welfare. il Mulino, 2015 e Cfr. J.-L. Laville, C. Borzaga, J. Defourny, A. Evers, J. Lewis, M. Nyssens, V. Pestoff, *Third system: a European definition*.

⁹⁶ Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

⁹⁷ Si divide in sussidiarietà verticale e orizzontale. Verticale riguarda la PA che deve essere strutturata in modo da dare privilegio agli enti più vicini al cittadino e al territorio, invece quella orizzontale determina che l’azione provata sovrasta quella pubblica, restituendo centralità alla società civile e promuovere la cittadinanza. Per approfondimenti si rinvia a: P. Consorti, *Diritto del Terzo Settore*.

⁹⁸ Cfr. P.F. Drucker, *Le sfide di management del XXI secolo*, Franco Angeli, Milano, 1999, p. 145.

2.3.1 Le leggi di riferimento

La normativa in Italia è estremamente disorganizzata in quanto tende a regolamentare solamente situazioni specifiche ignorando aspetti generali, avendo come risultato una normativa che non si adatta a diverse realtà, come ad esempio: le organizzazioni non governative dalla L. 49/1987, la Legge quadro sul volontariato n. 398/1991, le cooperative sociali dalla L. 381/1991, la disciplina delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale D.lgs. n. 460/1997 (ONLUS), le associazioni di promozione sociale dalla L. 383/2000, le imprese sociali dal D.lgs. 155/2006 e molte altre⁹⁹.

Si può trovare altri riferimenti nel Codice Civile, come nel Libro I che elenca le principali forme giuridiche che possono assumere gli enti del terzo settore (associazioni riconosciute e non, fondazioni e comitati)¹⁰⁰.

Nella Costituzione della Repubblica possiamo trovare un'idea dell'importanza del settore, e dei principi relativi alle organizzazioni del Terzo Settore come: art.2 sulle formazioni sociali, art.3 sulle pari opportunità dei cittadini, art.18 libertà di associazione e così via¹⁰¹.

⁹⁹ Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il "nuovo" Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n°106/2016* e P. Consorti, *Diritto del Terzo Settore*.

¹⁰⁰ Cfr. F. Picciaia. 2018. *Organizzazioni non profit: definizione, aziendalità, evoluzione storica*. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

¹⁰¹ Cfr. C. Balestri, *Gli enti senza scopo di lucro nell'ordinamento italiano: un'ipotesi interpretativa fondata sulla natura della proprietà*, 2011.

Con l'obiettivo di dare omogeneità a livello di normative il legislatore ha emanato la Riforma del Terzo settore ovvero la legge delega 106/2016¹⁰².

2.3.2 La Legge delega 106/2016

La legge 6 giugno 2016, n. 106, ovvero la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale, è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 18 giugno 2016 ed è entrata in vigore il 3 luglio 2016.

Viene espressa dall' art. 1 la definizione del terzo settore *“il complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale e che, in attuazione del principio di sussidiarietà e in coerenza con i rispettivi statuti o atti costitutivi, promuovono e realizzano attività di interesse generale mediante forme di azione volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi. Non fanno parte del Terzo settore le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche”*¹⁰³.

¹⁰² Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n°106/2016*.

¹⁰³ Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n°106/2016*.

Una grande importante novità riguarda l'istituzione di una nuova categoria generale sotto il nome di Enti del terzo Settore (ETS).

Si prevede di semplificare le norme sulla cittadinanza delle persone e di elaborare un codice del terzo settore contenente disposizioni generali applicabili a tutti gli enti¹⁰⁴.

Il Codice definisce il Registro Nazionale del Terzo Settore e istituisce un organismo unico denominato Comitato Nazionale del Terzo Settore.

Si afferma l'armonizzazione della legislazione sul volontariato e la promozione sociale e per investire maggiormente nelle imprese sociali, la legge ha introdotto importanti novità che consentono la coproduzione di beni e servizi tra organizzazioni del Terzo Settore, pubblica amministrazione e investitori privati¹⁰⁵.

È previsto il riordino e la revisione organica della disciplina in materia di attività di volontariato, di promozione sociale e di mutuo soccorso e una revisione delle norme per una nuova imprenditoria sociale di natura cooperativa, in grado di affrontare risposte ai tanti bisogni che oggi non trovano una risposta appropriata.

¹⁰⁴ Cfr. Governo, *Linee Guida per una Riforma del Terzo Settore*, 12 maggio 2014.

¹⁰⁵ Cfr. F. Picciaia. 2018. *Organizzazioni non profit: definizione, aziendalità, evoluzione storica*. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

Nasce il “servizio civile universale” e si afferma il passaggio del sistema degli Osservatori nazionali per il volontariato e per l'associazionismo di promozione sociale, con l'istituzione del Consiglio nazionale del Terzo settore.

La legge istituisce poi la Fondazione Italia sociale, con lo scopo di sostenere la realizzazione e lo sviluppo di interventi innovativi, mediante l'apporto di adeguate risorse finanziarie¹⁰⁶.

La legge delega si è posta l'obiettivo di valorizzare la comunità e la promozione del territorio, venendo riconosciuto il coinvolgimento attivo degli ETS nella programmazione, progettazione e organizzazione degli interventi e servizi¹⁰⁷.

Il riordino di questa disciplina è dovuto al riconoscimento di queste organizzazioni del Terzo Settore, di soddisfare i bisogni della comunità nel territorio per avere un'integrazione socio-sanitaria con le istituzioni pubbliche stipulando convenzioni.

Si parla di co-progettazione e co-programmazione tra Enti del Terzo settore e Pubblica Amministrazione per servizi di finalità di interesse collettivo,

¹⁰⁶ Cfr. Governo, *Linee Guida per una Riforma del Terzo Settore*, 12 maggio 2014.

¹⁰⁷ Per approfondimenti si rinvia a: INAPP, (2021) *Scenari evolutivi del terzo settore*, in “Rapporto INAPP 2021). Roma. Pp 251-270.

mantenendo rapporti di trasparenza chiamato “accreditamento”, integrando e coordinando un insieme di risorse¹⁰⁸.

2.4 I REQUISITI DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE

Poiché la finalità della legge 106/2016 fosse quella di creare un’omogeneità a livello normativo questo non è avvenuto andando ad affermarsi un sistema “a doppio binario”¹⁰⁹, cui riferimento dei contenuti della legge deriva dal decreto legislativo 3 luglio 2017 dove si origina la possibilità per i protagonisti del terzo settore di acquisire la qualifica ETS.

I soggetti che decidono di non essere inclusi nell’ ETS rimangono disciplinati dal codice civile¹¹⁰.

La riforma del Terzo Settore entra nel dettaglio su diversi aspetti caratterizzanti le attività che gli enti possono esercitare nei confronti dell’integrazione socio-sanitaria.

L’art. 4 della Legge delega n. 106/2016 presenta i requisiti che gli enti devono possedere per poter essere ammessi alla qualifica di ETS, ovvero perseguire finalità

¹⁰⁸ Per approfondimenti si rinvia a: www.cantiereterzosettore.it

¹⁰⁹ Cfr. L. Montanini, & A. D’Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

¹¹⁰ Cfr. S. Benvenuti, S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n°106/2016*.

civiche, solidali e di interesse generale svolgendo attività di primaria importanza e non a scopo di lucro, né attraverso attività di particolare interesse, o per soddisfare gli interessi dei singoli membri della classe¹¹¹.

Gli enti del Terzo Settore possono esercitare due tipologie di attività¹¹²:

1. quella principale sancita dall'articolo 5 del CTS denominata di "interesse generale" ovvero: interventi e servizi sociali, prestazioni sanitarie, prestazioni socio-sanitarie, educazione, istruzione, ricerca scientifica, servizi finalizzati al reinserimento delle persone al mondo del lavoro, beneficenza e integrazione sociale;
2. ed una seconda espressa all'articolo 6 del CTS descritta "diversa": *Gli enti del Terzo settore possono esercitare attività diverse da quelle di cui all'articolo 5, a condizione che l'atto costitutivo o lo statuto lo consentano e siano secondarie e strumentali rispetto alle attività di interesse generale, secondo criteri e limiti definiti con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sentita la Cabina di regia*

¹¹¹ Per approfondimenti si rinvia a: Legge Delega 6 giugno 2016, n°106 "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale".

¹¹² Per approfondimenti si rinvia a: Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo settore".

di cui all'articolo 97, tenendo conto dell'insieme delle risorse, anche volontarie e gratuite, impiegate in tali attività in rapporto all'insieme delle risorse, anche volontarie e gratuite, impiegate nelle attività di interesse generale.

Il CTS comprende diverse novità tra le quali le forme organizzative sotto un'unica forma giuridica quella di ETS, che deve perseguire attività di interesse generale, garantendone al tempo stesso la possibilità di diventare una delle forme richieste come volontariato, associazione di promozione sociale, impresa sociale, rete associativa, enti filantropici, società di mutuo soccorso, associazioni riconosciute e non, fondazioni.

Si ha la possibilità di funzione imprenditoriale e attività di volontariato¹¹³.

L'ottenimento della qualifica di ETS è conseguibile unicamente a enti di diritto privato che perseguano finalità civiche, solidaristiche, senza scopo di lucro, di produzione e scambio di beni e servizi che attuino il principio di sussidiarietà e adeguino i propri statuti a queste finalità.

Il passaggio successivo è quello dell'iscrizione al Registro Unico Nazionale del

¹¹³ Per approfondimenti si rinvia a: Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo settore”.

Terzo settore ovvero il RUNTS¹¹⁴, requisito essenziale per la qualifica di ETS e il suo obiettivo è quello di rispettare il principio di trasparenza informativa favorendo l'accessibilità agli utenti sulle informazioni¹¹⁵.

¹¹⁴ Cfr. L. Esposito, *Arriva il 23 novembre il Registro Unico Nazionale del Terzo Settore*, www.forumterzosettore.it

¹¹⁵ Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

2.5 LE ONLUS E IL LORO RUOLO NELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: TRA PASSATO E FUTURO

L'analisi degli Enti del Terzo Settore, in particolare delle associazioni ONLUS presenti nel territorio nazionale, ha l'obiettivo di comprenderne come possono svolgere le loro attività in collaborazione con l'autorità pubblica ponendo al centro l'interesse della comunità e la risposta dei loro bisogni nel territorio¹¹⁶.

Si è scelto il ruolo delle ONLUS per dare rilievo a quale sia il suo ruolo nell'integrazione socio-sanitaria, poiché dall'analisi delle normative in ambito di utilità sociale si evidenzia la loro funzione di intermediario tra il settore sanitario pubblico e il territorio con lo scopo di essere utili alla comunità.

Si ha una visione rivolta verso il sociale e perseguimento del bene comune.

Le ONLUS colmano quel vuoto che il settore pubblico non riesce a colmare, e quindi da ritrovarsi come risorsa¹¹⁷.

Per rispondere ai bisogni si hanno diverse soluzioni: la co-programmazione e la co-progettazione avvalendosi dello strumento dell'accreditamento.

¹¹⁶ Cfr. A. Lombardi. (2018). Il rapporto tra enti pubblici e il Terzo Settore, in "La Riforma del Terzo settore e dell'impresa sociale". Editoriale Scientifica.

¹¹⁷ Per approfondimenti si rinvia a: www.italianonprofit.it.

2.5.1 Introduzione alle ONLUS

Il Servizio Sanitario Nazionale individua i livelli essenziali di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale con riferimento alle esigenze del territorio facendo nascere il Piano Sanitario Regionale e con questo gli Enti del non-profit e locali partecipano alla co-programmazione dei servizi e alla loro realizzazione con principi che prevedono il coordinamento e integrazione degli interventi socio-sanitari e di istruzione¹¹⁸.

Gli ultimi due anni caratterizzati dalla pandemia da Covid-19 hanno evidenziato tantissime fragilità e un ruolo fondamentale nel sistema sanitario nazionale italiano è stato occupato dalle associazioni territoriali locali, che anche in situazioni di estrema difficoltà hanno prestato servizio e supporto all'ospedale in piena emergenza e difficoltà, tra questi: le ONLUS, gli organismi di cooperazione, di promozione sociale e di volontariato.

Ognuno di queste associazioni sotto ai propri Comuni di residenza provvedono in base alle risorse ed esigenze territoriali alla creazione del Piano di Zona che rappresenta la programmazione sociale e socio-sanitaria del territorio delle proprie risorse.

¹¹⁸ Per approfondimenti si rinvia a: www.salute.gov.it

Le ONLUS sono un esempio di questo tipo di associazioni, cui la loro missione riguarda il benessere cittadino e donarsi al servizio verso le persone fragili, per rispondere ai nuovi bisogni e gestire le criticità per continuare ad erogare i servizi, essendo un filo conduttore tra SSN e territorio, normate dal decreto legislativo n.460 del 1997 fino a quando non entreranno in vigore le disposizioni del Titolo X del CTS, in cui sarà attivo il RUNTS¹¹⁹.

L'integrazione socio-sanitaria riguarda i servizi sociali ad alta integrazione sanitaria, prestazioni socio-sanitarie attraverso azioni di percorsi assistenziali che vanno a soddisfare i bisogni di salute della persona.

¹¹⁹ Per approfondimenti si rinvia a: Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n° 460 “*Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale*”.

2.5.2 Le ONLUS: Definizioni e Aspetti

Vengono chiamate ONLUS le Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale che riguardano le associazioni, i comitati, le società cooperative, e altri enti di carattere privato con o senza personalità giuridica che prevedono le seguenti attività: assistenza sanitaria, beneficenza, istruzione, formazione, sport, promozione della cultura e di cui tutte sono regolate dal decreto legislativo 460/1997, art.10¹²⁰.

Non si considerano ONLUS gli enti pubblici, le società commerciali, i movimenti politici, le organizzazioni sindacali, le associazioni di datori di lavoro e le associazioni di categoria.

Secondo l'art.10 sono considerati automaticamente ONLUS nel rispetto delle loro finalità, le organizzazioni non governative idonee, gli organismi di volontariato, le cooperative sociali secondo la circolare del 19 maggio 1998¹²¹.

Presso il ministero delle Finanze è istituita l'anagrafe unica delle ONLUS.

¹²⁰ Per approfondimenti si rinvia a: Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n° 460 “*Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale*”.

¹²¹ Per approfondimenti si rinvia a: Circolare n. 127/E del 19 maggio 1998.

Coloro che iniziano l'esercizio delle attività, ne danno comunicazione entro 30 giorni alla Direzione regionale delle entrate del Ministero delle Finanze nell'ambito territoriale dove si trova il loro domicilio, con apposito modello.

La comunicazione deve essere effettuata entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto da parte dei soggetti che già svolgono le attività previste all'articolo 10.

Di seguito alla Direzione deve essere altresì comunicata ogni modifica che comporti la perdita di qualifica di ONLUS¹²².

Viene l'obbligo di reinvestire gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali ed è prevista la redazione di un bilancio o rendiconto annuale.

Alle ONLUS possono rivolgersi anche ai propri soci, associati che si trovano in condizioni di difficoltà.

Importante per le attività è quella di avere scritture contabili e obblighi formale come citato nell'art.25 che variano in base ai proventi¹²³.

¹²² Per approfondimenti si rinvia a: Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n° 460 "Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale".

¹²³ Per approfondimenti si rinvia a: Agenzie per le ONLUS, 2007. *Linee guida e schemi per la redazione dei bilanci di esercizio degli enti non profit*, s.l.:G. Maggioli Editore.

Dal 23 novembre 2021 entrato in funzione RUNTS e l'iscrizione alla ONLUS è stata “congelata”, e viene applicata solo ai soggetti che risultano iscritti o in attesa di una richiesta di registrazione/cancellazione¹²⁴.

Il registro delle ONLUS cesserà di esistere dal 1° gennaio del periodo di imposta a seguito dell'arrivo del mandato della Commissione Europea e sarà dato il via libera alle nuove misure fiscali introdotte dalla riforma del Terzo settore.

Quindi si aprono due possibilità per le ONLUS, quella di iscriversi al nuovo Registro del Terzo settore ma perdendo la qualifica e assumendo quella di ETS (Ente del Terzo settore) oppure aspettare la definitiva cancellazione dell'acronimo e conservando l'iscrizione fino alla scadenza¹²⁵.

Perdendo la qualifica ONLUS l'ente dovrà applicare i criteri del testo unico delle imposte sui redditi (TUIR) perdendo così le agevolazioni fiscali avute finora (come ad esempio il 5xmille).

¹²⁴ Per approfondimenti si rinvia a: www.italianonprofit.it.

¹²⁵ Per approfondimenti si rinvia a: D.lgs. 117/2017

Il nuovo sistema prevede l'assegnazione di benefici fiscali in base al tipo di organizzazione e attività svolta così stabilendo una gerarchia, contenute nel Titolo X del Codice del Terzo Settore¹²⁶.

Ci sono molti vantaggi all'iscrizione del RUNTS tra i quali: maggiore visibilità e influenza, distinzione tra commercializzazione e assenza di scopo di lucro, titolo di solidarietà, riconoscimento giuridico.

Se le attività decidono di non adeguare il proprio regolamento e di non iscriversi al RUNTS, la perdita della qualifica comporterà l'obbligo di donare ad un'altra ONLUS.

Chi decide di non entrare nel terzo settore, deve donare il proprio patrimonio ai fini di pubblica utilità¹²⁷.

La ONLUS deve individuare la tipologia di ETS che vuole diventare nelle categorie proposte dal codice e deve analizzare i destinatari e la natura delle sue attività e in base all'ottenimento delle risorse si potrà parlare di ODV o APS¹²⁸.

¹²⁶ Per approfondimenti si rinvia a: Decreto ministeriale del 15 settembre 2020, n. 106 “*Procedure di iscrizione degli Enti nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, modalità di deposito degli atti nel Registro, regole per la predisposizione, la tenuta, la conservazione e la gestione del Registro stesso*”.

¹²⁷ Cfr. R. Vinciguerra, F. Cappellieri, & M. Pizzo. 2021. Il contributo del partenariato sociale al sistema sanitario nazionale: un'indagine empirica su ruolo e caratteristiche demografiche delle onlus. *Mecosan*, Volume 119, pp. 33-55.

¹²⁸ Per approfondimenti si rinvia a: D.M. 106/2020.

L'iscrizione al RUNTS avviene tramite appositi registri e una volta trasmessi i dati si effettuano dei controlli che possono durare fino a 180 giorni per verificare i requisiti e nel caso ci siano irregolarità l'attività ha 60 giorni per modificare i dati, altrimenti si ricorrerà all'esclusione¹²⁹.

L'Agenzia delle Entrate comunicherà al RUNTS i dati relativi come il codice fiscale, la sede legale, la denominazione e le generalità.

Con la circolare del 27 dicembre 2018 n.20 vengono chiariti gli adeguamenti statuari delle ONLUS sul corretto esercizio, costituendo norme inderogabili, derogabili e facoltative, specificando che le attività di prive di personalità giuridica potranno fare l'iscrizione al RUNTS con l'organo amministrativo a differenza del contrario che hanno personalità giuridica dovranno presentarsi davanti a un notaio¹³⁰.

¹²⁹ Cfr. L. Montanini, & A. D'Andrea. 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

¹³⁰ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2018/Circolare-ministeriale-n-20-del-27122018.pdf>.

3 UN CASO DI STUDIO: AIL ASCOLI PICENO

SOMMARIO: 3.1. Obiettivi e motivazione dello studio – 3.2. Metodologia della ricerca - 3.2.1 Ricerca qualitativa e le varie tipologie – 3.2.2. Fasi della ricerca qualitativa – 3.2.3. Tecnica di ricerca utilizzata – 3.3. Processo di sviluppo del caso di studio – 3.3.1. Il caso di studio selezionato e la domanda di ricerca – 3.3.2. Le fasi dell'intervista – 3.3.3. Valutazione della qualità della ricerca condotta – 3.3.4. Lavorare sul campo – 3.3.5. Raccolta dati – 3.3.6. Analisi e interpretazione dei dati– 3.3.7. Discussione dei risultati.

3.1 GLI OBIETTIVI E MOTIVAZIONE DELLA RICERCA

Fino a qui descritto risulta che intorno agli enti del terzo settore la situazione è complessa e piena di differenze, soprattutto nell'ultimo periodo costituita da molta confusione dovuta alla pandemia.

L'obiettivo principale dell'attività di ricerca che si vuole proporre è di capire il ruolo delle ETS in particolare l'ONLUS AIL di Ascoli Piceno durante la pandemia da Covid-19 nel prendersi carico dei pazienti più fragili e di comprenderne i punti di forza e di debolezza che si sono creati.

È importante comprendere questa situazione poiché durante questo periodo di lockdown c'è stata una notevole difficoltà da parte delle aziende sanitarie locali riguardo ai pazienti che necessitavano follow-up periodicamente e impossibilitati di accedere all'ospedale o alle proprie unità operative di competenza perché si è dovuto sopperire alle gravi sofferenze e necessità del Covid-19.

Per cui si vuole capire se le associazioni che operano sul territorio potevano fare di più di quello che si è riuscito a fare, ma anche i punti critici che sono venuti fuori e che ancora non sono stati affrontati.

3.2 LA METODOLOGIA DELLA RICERCA

3.2.1. La ricerca qualitativa e le varie tipologie

Per ottenere risultati riguardanti all'obiettivo prefissato precedentemente prendiamo come riferimento i diversi metodi di ricerca che in economia aziendale si trova attuazione.

Può essere considerata una scienza empirica che possono essere quantitativi e qualitativi dove si differenziano per l'uso di strumenti¹³¹.

Sostanzialmente nella ricerca quantitativa si procede a un meccanismo deduttivo rispetto a quella qualitativa dove il ricercatore formula delle teorie.

Negli ultimi venti anni si è dato rilievo al metodo di ricerca qualitativa e quindi verrà utilizzato questo metodo cui definizione è “*indagine empirica che si propone di investigare un fenomeno contemporaneo nel suo contesto reale, quando i confini*

¹³¹ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012, pag. 2.

tra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti, in cui vengono utilizzate fonti multiple di prova”¹³².

Questo metodo di studio di caso fin dagli anni '80 viene affiancato a far avanzare le ricerche nel management accounting che viene definito come una “socio-technical discipline”¹³³.

Si denomina “caso” per indicare una realtà complessa dove le caratteristiche sono oggetto di indagine e quindi si parla di “studio di caso”.

La ricerca quantitativa misura eventi di natura socio-sanitaria, mentre quella qualitativa studia il punto di vista trovando le ragioni di quei fenomeni, e trova applicazione dove si deve migliorare la qualità assistenziale, l’utenza, il fabbisogno.

Per comprendere l’approccio adottato si classifica tre principali tipi di studio di caso:

1. descrittivi: che descrivono tutte le caratteristiche fondamentali di un certo fenomeno e le loro relazioni che si instaurano.

¹³² Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012, pag. 1.

¹³³ Questo metodo presenta delle differenze rispetto ad altre di natura quantitativa nelle scienze empiriche ma non viene considerato una seconda scelta. Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012.

2. esplorativi: esplorano le ragioni che sono a fondamento dell'esistenza o dello sviluppo di un determinato fenomeno, che attraverso un metodo induttivo acquisiscono informazioni su una tematica prima sconosciuta. L'obiettivo è che venga fuori l'analisi dei dati.
3. esplicativi: spiegano un determinato fenomeno attraverso evidenze empiriche di ipotesi causa-effetto. L'obiettivo è la generalizzazione dei risultati.

3.2.2. Le fasi della ricerca qualitativa

Qualsiasi studio che sia quantitativo che sia qualitativo, deve seguire una metodologia verificata, che è il risultato di una sequenza di sei fasi¹³⁴.

Il processo a seconda del tipo di analisi, la domanda di ricerca e il suo contesto, può assumere diverse valenze e criticità differenti e per questo è meglio considerarle come fasi che seguono un andamento regolare in cui i ricercatori hanno la possibilità di tornare indietro direttamente alla fase precedente e apportare le correzioni necessarie.

¹³⁴ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012, pag. 29.

Le sei fasi del processo sono¹³⁵:

1. formulare le domande di ricerca: riguarda la scelta dell'argomento quello che si vuole trattare e si deve trovare lo scopo che il ricercatore deve seguire e si trasforma in forma di domande che rappresentano il punto di riferimento;
2. Selezionare i casi: il metodo può riguardare un caso singolo oppure multiplo e non esistono regole predefinite. Si sceglie un caso singolo quando questo è un caso critico o unico, in opposizione al caso multiplo che c'è più impiego di risorse economiche, tempo e non può arrivare allo stesso livello di profondità;
3. Prepararsi a lavorare sul campo: vengono scelti gli strumenti di indagine che verranno utilizzati per la raccolta dei dati, in base agli obiettivi prefissati, i potenziali aspetti da indagare, le procedure da utilizzare;
4. Raccogliere i dati: si tratta della fase in cui si recepisce le informazioni attraverso la somministrazione dello strumento utilizzato;
5. Analizzare i dati: riguarda la rielaborazione dei dati raccolti con trasparenza;
6. Comunicare i risultati della ricerca: riguarda la pubblicazione dei risultati raggiunti e la soddisfazione della domanda di ricerca.

¹³⁵ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012, pag.29.

3.2.3. La tecnica di ricerca utilizzata

Esistono diverse tecniche per la ricerca qualitativa tra cui l'intervista¹³⁶.

L'intervista qualitativa che utilizzeremo nel nostro caso di studio è una conversazione guidata dall'intervistatore in base ad uno schema della domanda al fine di ottenere informazioni sul tema di ricerca.

Vengono distinti tre tipologie di intervista:

1. strutturata: è più rigida e costituisce una serie di domande dove l'intervistato risponde su un argomento di sua conoscenza;
2. semi-strutturata (che utilizzeremo nel nostro caso di studio): costituita da una traccia prestabilita ma con la flessibilità e adattabilità che non vincola la conduzione dell'intervista;
3. non strutturata: non presenta una struttura prestabilita ma si definisce il tema di massima da affrontare.

Le interviste sono suddivise in modo diretto con una formulazione in persona o telefonicamente oppure in modo indiretto con forma scritta costituita da

¹³⁶ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012, pag.42.

questionario.

Questa tecnica comporta la disponibilità di risorse a livello di tempo ed economico.

3.3 IL PROCESSO DI SVILUPPO DEL CASO DI STUDIO

3.3.1. Il caso di studio selezionato e la domanda di ricerca

In questo lavoro di ricerca si è deciso di condurre uno studio di un caso singolo, con ricerca qualitativa attraverso intervista strutturata.

Si prenderà in considerazione l'associazione ONLUS A.I.L. di Ascoli Piceno costituita ad Ascoli Piceno il 14/11/2001.

La domanda verterà sul ruolo della ONLUS AIL di Ascoli Piceno durante la pandemia da Covid-19 nel prendersi carico dei pazienti più fragili "to care" per rispondere ai loro bisogni socio-assistenziali, di come è cambiato l'approccio e l'interazione e la difficoltà nel reperire risorse per avere una continuità a livello territoriale.

L'associazione è nata dalla fusione fra un gruppo di volontari che già operava a favore dell'A.I.L. a livello locale e l'associazione Alessandro Troiani (ragazzo

locale malato di leucemia), precedentemente costituita nel giugno del 1999 per opera dei familiari del giovane e di un gruppo di suoi amici.

Essa opera con l'obiettivo di supportare il reparto di Ematologia dell'Ospedale di Ascoli Piceno e vuole diventare un punto di riferimento per i pazienti del territorio piceno.

Il suo statuto la definisce senza scopo di lucro che persegue finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale con le finalità statutarie ed operative.

L'AIL opera su tutto il territorio nazionale grazie alle sue 82 sedi distaccate locali provinciali che affiancano i Centri Ematologici Italiani, avendo ognuna autonomia sia dal punto di vista giuridico che amministrativo, e l'importanza dell'associazione deriva dalla duplice presenza territoriale: nazionale e locale¹³⁷.

A livello nazionale riguarda il lavoro offerto alle sedi istituzionali principali e prestigiose, invece a livello locale la diffusione capillare delle sedi distaccate amplia il rapporto tra strutture ospedaliere e universitarie.

Inoltre a livello territoriale per potenziare l'integrazione socio-sanitaria in sinergia con l'ospedale svolge attività di:

¹³⁷ Per approfondimenti si rinvia a: <https://www.ail.it>

1. sostegno alla ricerca scientifica nel settore delle leucemie, dei linfomi e delle altre malattie del sangue;
2. assistenza domiciliare;
3. creazione di residenze-case alloggio;
4. acquisto macchinari e apparecchiature per i centri ematologici;
5. acquisto ristrutturazione di immobili;
6. ampliamento reparti ematologici.

L'Associazione potrà reperire i mezzi necessari alla realizzazione degli scopi istituzionali attraverso attività di raccolta fondi, mediante pubblico o attraverso la cessione o erogazione di beni o servizi, impiegando risorse proprie o di terzi, come volontari e i dipendenti, sempre nel rispetto dei principi di trasparenza e correttezza nei rapporti con il pubblico.

Le entrate dell'Associazione sono costituite da: quote versate dai soci, donazioni, 5 x 1000, eredità e legati, contributi, rette, concorsi spese, sussidi da parte dello Stato, proventi di sottoscrizioni pubbliche.

L'Associazione è costituita da un numero che non deve essere inferiore di venti soci e non possono costituire con l'associazione rapporti contrattuali recependo un beneficio economico.

Sono organi dell'Associazione: l'Assemblea dei Soci; il Consiglio di Amministrazione; il Presidente; l'Organo di Controllo.

Tra le varie iniziative portate avanti dall'associazione troviamo "La Casa AIL" che costituisce un appartamento di proprietà che è anche sede sociale dell'Associazione adibito in parte ad ufficio ed in parte ad alloggio da destinare ai pazienti e loro familiari che devono rimanere in città per lunghe degenze.

Poi troviamo il servizio di assistenza domiciliare A.I.L. che garantisce al malato oncologico ed ematologico un miglioramento della qualità della sua vita.

3.3.2. Le fasi dell'intervista

Per effettuare la raccolta dati lo strumento più adeguato come anticipato nel paragrafo precedente è l'intervista semi-strutturata, così che la domanda di ricerca risulta essere discussa in modo chiaro e visionata in diverse prospettive facendo sì che le risposte degli intervistati riferiscono ulteriori studi di ricerca¹³⁸.

I soggetti scelti per l'intervista sono: il Presidente della ONLUS AIL Ascoli Piceno, socio fondatore dell'organizzazione, che grazie alla sua esperienza potrà rispondere in modo adeguato alla domanda di ricerca, inoltre l'intervista si è allargata ad altri

¹³⁸ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012.

due soggetti dell'associazione, che sono a stretto contatto con i pazienti fragili, ovvero un Medico Biologo e un Fisioterapista.

L'intervista verterà su cinque domande:

1. Cosa vuol dire prendersi carico di un paziente per l'associazione AIL?
2. Da marzo 2020 con la pandemia da Covid-19 sono cambiate le modalità di contatto e interazione tra paziente e associazione AIL? Se sì, in che modo e quali sono state le criticità e i vantaggi del cambiamento?
3. I pazienti con cui siete entrati in contatto durante il periodo della pandemia da covid-19 hanno mostrato maggiori difficoltà o situazione di criticità rispetto al periodo pre-pandemia?
4. Le attività di gestione ed erogazione assistenziale al paziente, che prevedono un rapporto tra associazione e sistema sanitario, sono mutate o meno a causa della pandemia? Se sì, in che modo?
5. In questo periodo di difficoltà, siete riusciti ad avere una continuità a reperire personale ma anche fondi per continuare a fare prevenzione, aggiornamenti, ricerca e manifestazioni? Se sì, quali soluzioni avete trovato?

3.3.3 La valutazione della qualità della ricerca condotta

Questo passaggio è fondamentale per validare la propria ricerca.

Il metodo per valutare la ricerca condotta tramite studio di caso deve soddisfare quattro criteri importanti che sono: la validità di formulazione, la validità interna, esterna e attendibilità¹³⁹.

1. La validità di formulazione si intende l'attitudine delle definizioni e riflettere sui concetti investigati dove i vari scenari sono stati validati dalla letteratura: *“nel nostro caso riguarda il ruolo della ONLUS AIL di Ascoli Piceno durante la pandemia da Covid-19 nel prendersi carico dei pazienti più fragili “to care” per rispondere ai loro bisogni socio-assistenziali, di come è cambiato l'approccio e l'interazione e la difficoltà nel reperire risorse per avere una continuità a livello territoriale”*.
2. La validità interna valuta le corrette relazioni causa-effetto del fenomeno studiato dove il ricercatore vuole stabilire una relazione casuale tra gli eventi: *“nel nostro caso lo studio non prevede relazioni casuali e quindi non applicabile”*;

¹³⁹ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012.

3. La validità esterna riguarda la possibilità di generare i risultati dello studio e gli aspetti più problematici facendo sì che il ricercatore presenti risultati che permettono di comparare con altri contesti:” *nel nostro studio si segue una metodologia della ricerca e si ritiene applicabile questo tipo di criterio*”;
4. L’attendibilità si intende la possibilità di replicare gli stessi risultati replicando le procedure e di minimizzare gli errori e le interferenze, dimostrando così i risultati, purché questo sia possibile è indispensabile che tutte le procedure siano documentate tramite: *“nel nostro caso di studio sarà costituito:*
 - a. *un “protocollo” per lo svolgimento dell’attività di ricerca;*
 - b. *la conservazione dei dati ottenuti;*
 - c. *avere un contatto prolungato con gli intervistati in modo da ottenere risultati e riducendo errori;*
 - d. *appuntare i vari momenti del caso di studio per apportare correzioni e miglioramenti*”.

3.3.4. Lavorare sul campo

Lavorare sul campo significa dare la possibilità ricercatore di accedere a tutte le informazioni necessarie per lo svolgimento della ricerca e alle persone da intervistare per disporre delle necessarie risorse¹⁴⁰.

Per condurre questo studio di ricerca sono stati presi accordi con la responsabile dell'associazione della ONLUS AIL di Ascoli Piceno in modo da svolgere le procedure in maniera trasparente e chiara.

Gli accordi hanno previsto la comunicazione del nominativo del ricercatore per dare l'autorizzazione all'intervista e l'individuazione dei soggetti intervistati.

In riferimento all'intervista è stato predisposto:

1. La programmazione dell'intervista avvenuta dopo l'approvazione della relatrice e l'approvazione della responsabile;
2. La durata: trattandosi di cinque domande si può arrivare a un massimo di mezz'ora;
3. Modalità di condotta: l'intervista sarà vis a vis con gli intervistati all'interno della sede dell'AIL di Ascoli Piceno dove svolge la propria attività;

¹⁴⁰ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. G. Giappichelli Editore, 2012.

4. Registrazione delle risposte: si utilizza questo strumento di registrazione per avere una maggiore fedeltà di trascrizione;
5. Autorizzazioni: viene richiesta l'autorizzazione agli intervistati per l'intervista e la trascrizione sulla tesi.

3.3.5. La raccolta dati

Viene definito un piano di raccolta dati:

1. Sede della raccolta è stata in via Largo dei Tigli n.1 ad Ascoli Piceno, ovvero la sede legale dell'associazione;
2. Il tempo della ricerca: Gennaio 2022 – Maggio 2022;
3. Interviste: eseguite tre interviste a inizi Maggio 2022, una al Presidente dell'associazione, una al Medico Biologo e una ad un Fisioterapista;
4. Modalità di organizzazione: accordi con la responsabile a Maggio 2022.

3.3.6. L'analisi e l'interpretazione dei dati

Riguardo alla prima domanda effettuata con la quale si cerca di capire la missione e la motivazione che spinge l'associazione AIL a prendersi carico dei pazienti, abbiamo in tutte e tre le interviste risposte simili che fa capire quanto gli attori di questa ricerca si sono immedesimati dentro al progetto.

Il Presidente, commercialista di professione, risponde: *“come associazione sosteniamo il reparto di Ematologia di Ascoli Piceno, forniamo tutta la struttura del reparto come letti, arredi, strumentazioni, il Laboratorio così come i Biologi e Medici sono stati stipendiati da noi, poi successivamente con i titoli acquisiti sono stati stabilizzati dall'ospedale. Prenderci cura del paziente significa rispondere alle varie esigenze in modo olistico ovvero un supporto psicologico, sociale, fisico, medico, fisioterapia, di ascolto e grazie alla nostra assistenza domiciliare riusciamo a rispondere a questi bisogni. Ci prendiamo cura anche dei caregiver.*

Ci sono pazienti che vengono anche da fuori regione e che vengono ospitati nella nostra Casa AIL adiacente all'ufficio, dando una prima accoglienza, tutto a titolo gratuito”.

Il Medico Biologo aggiunge: *“Prendere in carico un paziente significa prenderlo dall'inizio del suo percorso e prestare tutta l'assistenza domiciliare*

possibile su tutti i punti di vista”.

La Fisioterapista anche si tiene sulla stessa linea dei colleghi precedenti dicendo:
“Prendere in carico un paziente non significa prenderlo solo sotto il punto di vista fisico ma anche mentale, supportarlo nei trattamenti che devono affrontare nei momenti di sconforto e dubbi. Quindi è una presa in carico che spazia in diversi ambiti e quindi occorre una grande sensibilità e amore verso il prossimo”.

Andando avanti con l'intervista, nella seconda domanda, che riguarda il cambiamento delle modalità di contatto e interazione durante la pandemia, a detta del presidente, *“ Certo, le criticità sono state che non si è potuto più avere il contatto diretto, quindi ospitare a Casa AIL era diventato impossibile, e impossibile mandare a casa il Medico per eseguire le trasfusioni per chi ne aveva bisogno o il Fisioterapista e quindi era il paziente che si doveva spostare per andare nella struttura con tutte le loro difficoltà essendo pazienti fragili e terminali e avvolte sono state fatte delle scelte, e ci è dispiaciuto non tendere la mano a tutti come si poteva fare prima perché si instaurano dei rapporti intimi con i pazienti che non tutti capiscono, e quindi a mio avviso non ci sono stati miglioramenti o vantaggi con questo cambiamento”.*

Per il Medico Biologo, *“le modalità sono cambiate in parte, certamente a livello*

fisico, ma comunque nell'associazione c'è stato sempre un supporto telefonico, ma questo non ha comportato vantaggi”, invece per la Fisioterapista, “per la mia esperienza nella fase iniziale della pandemia il lavoro è stato bloccato e difficile a livello di contatto dovuto al virus, quindi si è creata più paura, ma sicuramente non ha portato a nessun vantaggio perché è il paziente che ha meno assistenza e approccio”.

Tutte e tre risposte sono simili e d'accordo con quello che ha detto il collega precedente soprattutto che non si siano creati vantaggi.

Entrando nella terza domanda dove si chiede se i pazienti hanno avuto più difficoltà in questo periodo, il presidente risponde, *“Sì, molti hanno avuto paura di andare in struttura, di fare una visita di controllo, e quindi hanno trascinato patologie a lungo che poi non è stato più potuto recuperare perché la paura di essere immunodepresso ha avuto il sopravvento rispetto ai controlli”.*

Il Medico Biologo conferma la risposta del presidente essendo d'accordo avendolo vissuto in prima persona.

La Fisioterapista invece, *“Secondo me no perché quello che è cambiato è stata la nostra modalità di assistenza e non del paziente, e io personalmente non ho ricevuto feedback negativi su questa situazione”.*

Rispondendo alla quarta domanda dove si chiedeva se le attività di gestione e di assistenza che prevedono un rapporto con l'ospedale si siano modificati per la pandemia, il Presidente risponde, *“Si, durante la pandemia l'ospedale ha impedito all'associazione di stare all'interno perché per qualche altra associazione avevano la sede sociale e quindi è stato un problema, ma anche per i pazienti e caregiver che avevano bisogno di confrontarsi”*.

Invece per il Medico Biologo *“i rapporti si sono rafforzati perché l'associazione ha aiutato molto l'ospedale e viceversa”*, e la Fisioterapista dice, *“che non è in grado di rispondere perché essendo libero professionista non ha tenuto sotto controllo questo punto di vista, non avendo rapporti con l'ospedale”*.

L'ultima domanda, che riguardano i fondi e personale, la persona più adeguata ha rispondere è stato il Presidente che dice, *“Si, c'è stata molta paura a non avere più a disposizione fondi poiché sono saltate tutte le manifestazioni e la vendita delle stelle quindi gli incassi sono stati pari a zero, anzi nel primo lockdown abbiamo avuto una perdita poiché nel periodo di pasqua le uova erano già state ordinate e poi non sono state vendute. Ma grazie alla solidarietà della gente siamo andati avanti e comunque abbiamo un fondo in casi di emergenza accantonato che ci ha aiutato durante la pandemia. Un grazie speciale è dovuto alla nostra segretaria che essendo l'unica dipendente poteva muoversi con l'auto aziendale e andava a domicilio a vendere le stelle o altro*

poiché le manifestazioni erano bloccate, anche con l'aiuto di un signore che aveva una ditta di spedizioni. C'è stata difficoltà a reperire personale certamente, dovuto al virus, perché le persone hanno avuto paura e ancora oggi abbiamo avuto un calo rispetto agli anni passati, ma grazie alla disponibilità e il volontariato delle persone siamo andati avanti e cercato di rispondere a tutti i bisogni".

3.3.7 La discussione dei risultati

La ricerca ha ottenuto punti di vista per la maggior parte omogenei e concordanti, soprattutto per quanto riguarda il significato della presa in carico del paziente, ma anche pareri avvolte discordanti sulle altre domande.

Possiamo affermare da quanto emerso dalle risposte della prima domanda che svolgere attività di assistenza al paziente fragile e prendersi carico a livello globale vuol dire sviluppare capacità comunicative e relazionali fuori dal comune ovvero essere professionisti che sappiano valutare i bisogni fisici e psicologici dei pazienti ma anche delle loro famiglie e devono operare come un team multidisciplinare, saper ascoltare paure e sensazioni¹⁴¹.

Sono venute fuori le criticità e debolezze citate nei capitoli precedenti dandoci conferma dalle risposte date alla seconda domanda ovvero che a causa della pandemia le modalità di contatto e interazione con i pazienti più fragili sono cambiate non avendo avuto più l'opportunità di avere un contatto diretto.

Vengono confermate anche da diversi studi, in data 15 Marzo 2020, i membri della Seattle Cancer Care Alliance (SCCA), un'istituzione membro del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) hanno pubblicato consigli su come

¹⁴¹ Cfr. A. De Santi, P.L. Morosini, S. Novello. (2008). *La Comunicazione con il paziente oncologico. Valutazione e interventi*. Erickson.

continuare a fornire un'assistenza continuativa ai pazienti fragili durante la pandemia COVID-19, invece le raccomandazioni italiane consigliano una valutazione dei pazienti al fine di considerare anche il rinvio del trattamento in base al rapporto rischio/beneficio andando a posticipare le visite di controllo a sei-dodici mesi¹⁴².

La pandemia ha impattato anche sulla salute mentale dei pazienti come afferma il Presidente dell'associazione nella risposta della terza domanda esprimendo che alcuni di loro hanno trascurato la loro situazione patologica per paura e ansia non accedendo alle visite di controllo e peggiorando la loro situazione.

Da studi, la quarantena e l'isolamento possono impattare in modo negativo il benessere soggettivo¹⁴³.

Nella quarta domanda dove si chiedeva se le attività di gestione che prevedevano un rapporto con l'ospedale si siano modificati, tra il Presidente e il Medico Biologo ci sono risposte discordanti in quanto quest'ultimo afferma un rafforzamento del rapporto ospedale-associazione nella presa in carico del paziente, invece il Presidente spiega le varie difficoltà venute fuori come

¹⁴² Cfr. R. Mascia. (2020). *Gestione del paziente oncologico in corso di pandemia da Coronavirus: i consigli e le raccomandazioni arrivano da tutto il mondo*. Medici Oggi.

¹⁴³ Cfr. S. Barlati, C.I. Pinton, A. Savorelli, A. Vita. (2020). *L'impatto dell'emergenza Covid-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione*. Il Pensiero Scientifico Editore.

l'impedimento dell'associazione a continuare a rispondere ai bisogni che si presentavano non avendo un punto di riferimento all'interno.

Questo spiega quanto sia importante la presenza di associazioni che operano nel territorio e che hanno un ruolo importante nell'integrazione socio-sanitaria, che questo periodo di difficoltà ha messo in luce la loro importanza per rispondere ai bisogni dei cittadini¹⁴⁴.

L'ultima domanda che viene risposta solo dal Presidente riguarda la conferma della difficoltà di reperire fondi e personale per garantire una continuità assistenziale a domicilio poiché con il lockdown sono state sospese manifestazioni e vendita di stelle ovvero tutte occasioni che portavano fondi all'organizzazione.

Per rispondere ai bisogni è stata l'organizzazione ad andare incontro ai pazienti più fragili e garantire una continuità facendo sacrifici tra tutti gli operatori volontari purché il paziente si sia sentito preso in carico e non dimenticato.

¹⁴⁴ Cfr. F. Maini. (2021). *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia: Quinto rapporto sul secondo welfare*. G. Giappichelli Editore.

4 CONCLUSIONI

Con la crisi pandemica da Covid-19 e i suoi crescenti bisogni dovuti all'emergenza sanitaria hanno messo in discussione, in Italia, l'organizzazione del territorio e la crisi si è manifestata in modo diverso e ha sviluppato una riorganizzazione dei servizi dopo decenni di austerità.

L'incapacità dei servizi tradizionali di dare risposte ai bisogni ha allargato il raggio d'azione del Terzo Settore e delle sue organizzazioni.

Il Legislatore in Italia interviene in modo da riconoscere il ruolo del Terzo Settore come un attore fondamentale per la produzione di servizi ad interesse collettivo e la riforma del 2017 ne è la conferma.

La riforma ha l'obiettivo di valorizzare il Terzo Settore con finalità non lucrative, scopi di utilità sociale e promozione dei territori e della comunità.

Le organizzazioni ONLUS del Terzo Settore perseguono interessi di natura solidaristica e per questo attraverso il caso di studio dell'AIL di Ascoli Piceno, si è indagato sul ruolo delle associazioni del Terzo settore durante la pandemia da Covid-19 nel prendersi carico dei pazienti più fragili "to care" per rispondere ai loro bisogni socio-assistenziali, di come è cambiato l'approccio, l'interazione e la difficoltà nel reperire risorse per avere una continuità a livello territoriale.

L'analisi svolta da un lato conferma i dubbi creatosi dalla domanda di ricerca ma dall'altro lato emerge nuovi spunti di riflessione.

Dal lavoro emerge che la pandemia ha rappresentato uno stress per le organizzazioni del Terzo Settore.

L'organizzazione AIL ha dovuto rallentare ma anche interrompere le proprie attività come conseguenza dei limiti imposti dall'emergenza sanitaria e così da avere una battuta d'arresto per quanto riguarda fondi e donazioni.

Riferisce di aver affrontato e ancora oggi di affrontare problematiche a livello economico per la mancanza di budget e per il proseguimento dell'attività.

Ma per sopperire alla mancanza di fondi e perdite hanno organizzato diverse azioni mirate apportando cambiamenti alla modalità di lavoro per avere una continuità assistenziale ma aumentando responsabilità di alcuni soggetti e anche trasferendo alcuni servizi in versione telematica.

È aumentata la richiesta di sostegno psicologico poiché la crisi non è solo di impatto fisico e sociale.

Le più grandi preoccupazioni sono legate alla diminuzione di donazioni, la sospensione di manifestazioni ed eventi.

È aumentata insicurezza sia tra professionisti che tra pazienti per la paura di essere contagiati e quindi di conseguenza è cambiata la modalità di interazione peggiorando la situazione, poiché non è stato più possibile nella maggior parte delle volte mandare a domicilio a livello di continuità i professionisti per erogare assistenza.

Dalle risposte date dal Presidente dell'associazione afferma che l'ONLUS ha dovuto lottare con le proprie forze per reggere l'urto della crisi.

La crisi ha portato paura e ansia tra i pazienti, al rinvio da parte delle istituzioni pubbliche delle visite sanitarie di routine, il rinvio di controlli medici se non strettamente necessari che hanno portato all'interruzione di cure della malattia, con la conseguenza di mettere a rischio la loro salute.

Non ci sono stati più punti di riferimento all'interno delle istituzioni pubbliche di queste associazioni di volontariato che prendevano il paziente ma anche le loro famiglie fin dall'inizio del loro percorso e seguirli fino a domicilio poiché non erano più consentiti gli accessi.

Concludendo possiamo dire che l'esistenza di queste associazioni è fondamentale per il territorio e l'ospedale perché rappresentano l'anello di congiunzione di essi, ma anche un supporto per i pazienti e le loro famiglie.

Da un punto di vista organizzativo si deve trovare una soluzione per gestire i sistemi di comunicazione, il sovraccarico lavorativo e i ruoli dei servizi per prevenire situazioni di poca chiarezza e confusione, limitando rischi di burnout dei professionisti.

È importante creare una solida rete di collaborazione tra servizi non solo utile durante l'emergenza ma anche nell'ordinario per poter coordinare al meglio le forze nel territorio raggiungendo l'utenza più fragile.

Implementare le nuove tecnologie che sono state fondamentali in questo periodo dovuto dal distanziamento sociale e che hanno permesso la continuità assistenziale.

Da un punto di vista economico ogni associazione dovrebbe disporre di un fondo per la gestione delle emergenze.

Si deve dare più importanza a queste associazioni e non lasciare da soli i pazienti che a domicilio cercano risposte ai bisogni, e quindi la pandemia ha dato un avvertimento per poter colmare quel gap che in Italia c'è tra territorio e ospedale.

Si deve arrivare ad un punto che *“gestire la straordinarietà diventi come l'ordinarietà”*.

5 RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione di questo elaborato.

In primis, un ringraziamento speciale alla mia relatrice Alessia D'Andrea, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura del lavoro di tesi.

Ringrazio la mia fidanzata Gloria, mia futura moglie, per avermi trasmesso la sua immensa forza e il suo coraggio. Grazie per tutto il tempo che mi hai dedicato. Abbiamo affrontato insieme questo cammino, passo dopo passo, festeggiando insieme ogni vittoria e rialzandoci più forti di prima dopo ogni sconfitta e con estrema pazienza hai sopportato i miei sbalzi di umore e le mie paranoie quando non avevo altra valvola di sfogo mi ha sempre incoraggiato dicendomi che potevo farcela. Grazie perché ci sei sempre stata, e per esserci oggi al mio fianco in questo giorno importante a festeggiare questa mia vittoria che non è solo la mia, ma la nostra vittoria. Ti amo.

Ringrazio infinitamente i miei genitori, Mauro e Maria Assunta, che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi. Da loro ho ricevuto educazione, l'esempio e l'affetto tanto grande quanto

ogni figlio potrebbe desiderare; fondamentale si è rivelata la totale fiducia, il sostegno e la considerazione che hanno riversato in me.

Ringrazio mia sorella Daniela un pezzo della mia vita importante e fondamentale per l'insostituibile affetto, la completa devozione, per gli innumerevoli consigli e il supporto per la riuscita di questa formidabile scalata.

Grazie a mia Nonna Teresa, mia Zia Valentina e la mia cuginetta Nicole, per il continuo sostegno morale e per l'affetto che mi dimostrano ogni giorno.

Un ringraziamento va a tutto il personale dell'associazione ONLUS AIL di Ascoli Piceno per la loro immensa disponibilità e professionalità.

Infine, dedico questa tesi a me stesso, ai miei sacrifici, per non aver mai mollato, alla mia tenacia e di aver cercato di dare più di quanto abbia ricevuto che mi hanno permesso di arrivare fin qui.

BIBLIOGRAFIA

- AGENAS, 2012. *Integrazione socio-sanitaria*. [Online]
Available at: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/rete-nazionale-tumori-rari?view=article&id=171:integrazione-socio-sanitaria&catid=91>
- AGENAS, 2020. *Conferenza 8 aprile: Resilienza del sistema sanitario - 1° semestre 2020*. [Online]
Available at: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1878-conferenza-8-aprile-resilienza-del-sistema-sanitario-1°-semestre-2020>
- AGENAS, 2021. *AGENAS - MeS Scuola Superiore Sant'Anna: capacità di resilienza dei SSR - Focus 2020*. [Online]
Available at: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1926-diretta-resilienza-dei-ssr-focus-2020-9-luglio>
- Agenzia per le ONLUS, 2007. *Linee guida e schemi per la redazione dei bilanci di esercizi degli enti non profit*, s.l.:G.Maggioli Editore.
- AIL. <https://www.ail.it>
- Annessi Pessina, E., Cicchetti, A., Spandonaro, F. & Polistena, B., 2021. Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. *Mecosan*, Issue 119, pp. 89-117.
- Anselmi, L. & Lazzini, S., 2020. Sanità ancora regionalizzata o si cambia?. *Mecosan*, I(113), pp. 17-24.
- Antolini, O.V.-F, 2001. Gli enti non-profit: chi sono, perché nascono. Un tentativo di classificazione statistica. *Riv. Polit. Econ.*91.
- Apuzzo, L. et al., 2021. Il Chronic Care Model. *G Clin Nefrol Dial*, pp. 141-145.
- ASURMARCHE, 2005. *ASUR MARCHE AREA VASTA 5*. [Online]
Available at: https://www.asur.marche.it/documents/20182/21506/12923_atto_aziendale.pdf/94af308f-218f-4219-a2e5-2b7bcabee68d
- Balboni E. et al.(2003). *Il Sistema integrato dei servizi sociali*. Milano, Giuffrè

Balduzzi, R. et al., 2011. *I modelli organizzativi della medicina generale nella gestione delle patologie croniche*. [Online]
Available at: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/atti-eventi?view=article&id=608:modelli-organizzativi-medicina-generale-patologie-croniche&catid=107>

Balestri C., 2011. Gli enti senza scopo di lucro nell'ordinamento italiano: un'ipotesi interpretativa fondata sulla natura della proprietà.

Barlatti, S., Pinton, C.I., Savorelli, A., Vita, A., (2020). *L'impatto dell'emergenza Covid-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione*. Il Pensiero Scientifico Editore.

Baroni B. (2003). *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*. In E. Balboni et al. *Il Sistema Integrato dei servizi sociali*. Milano, Giuffrè.

Bassanini, M. C. & Ranci, P., 1990. *Non Per Profitto*. s.l.:Fondazione Adriano Olivetti.

Batti, R., Rossi, M., Mercone, A., Autieri, F., 2009. Il Chronic care model e la sua attuazione nell'azienda usl di Arezzo. *Mondo Sanitario*. Edizioni SECUP. pag.27-33.

Benvenuti, S. & Martini, S., 2017. Associazione Italiana dei Costituzionalisti. *La crisi del welfare pubblico e il "nuovo" Terzo Settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106 del 2016*.

Bonadies, A., Bevini, E., Gibertoni, C. & Petrini, A. M., 2020. Il finanziamento delle reti cliniche. Il caso della rete metropolitana di endoscopia toracica. *Mecosan*, I(116), pp. 75-88.

Borgonovi, E., 2018. Assistenza territoriale tra progettualità ed azione. *Mecosan*, I(106), pp. 3-9.

Borgonovi, E., 2018. Assistenza territoriale tra progettualità ed azione. *Mecosan*, I(106), pp. 3-9.

Borzaga C., Santuari A., *L'evoluzione del terzo settore in Italia*, p.41.

Bravi, F., Carradori, T. & Curcio Rubertini, B., 2019. La Sanità del futuro: transizione epidemiologica e modelli di assistenza. In: *Programmazione e servizi sanitari*. s.l.:Clueb, pp. 95-156.

CameraDeiDeputati, 2021. *Case della Salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.* [Online]
Available at: <https://documenti.camera.it/>

Care, C. P. H., 2021. *IL LIBRO AZZURRO PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA.* s.l.:s.n.

Circolare n.127/E del 19 maggio 1998.

Chiucchi, M. S., 2012. *Il metodo dello studio di caso nel management accounting.* s.l.:G.Giappichelli Editore.

Consorti P., Gori L., Rossi E., 2021. *Diritto del Terzo Settore. Seconda Edizione,* Il Mulino Editore.

De Lorenzo, A., Esposito, E., Maffei, C. M. & Zuccatelli, G., 2020. Coronavirus e cronicità, due battaglie da vincere sullo stesso campo (il territorio) e anche una "nuova" figura (l'infermiere ddi famiglia e di comunità). *Mecosan*, I(113), pp. 201-210.

De Santi, A., Morosini, P.L., Noviello, S. (2008). *La Comunicazione con il paziente oncologico. Valutazione e interventi.* Erickson.

Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n.117 "Codice del terzo settore".

Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n.460 "*Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale*".

Decreto ministeriale del 15 settembre 2020, n106 "*Procedure di iscrizione degli Enti nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, modalità di deposito degli atti nel Registro, regole per la predisposizione, la tenuta, la conservazione e la gestione del Registro stesso*".

Drucker P.F., *Le sfide di management del XXI secolo*, Franco Angeli, 1999, p.145.

Esposito L., *Arriva il 23 novembre il registro Unico Nazionale del Terzo Settore.* www.forumdelterzosettore.it

Enjolras, B., Salamon, L.M., Sivesind, K.H., Zimmer, A., 2018. *The third sector as a renewable resource for Europe: Concepts, impacts, challenges and opportunities.* Springer Nature.

Evers, A., 1995. Part of the welfare mix: the third sector as an intermediate area. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Non profit Organizations*.

Galera, G., 2020. *Verso un sistema sanitario di comunità. Il contributo del Terzo settore*. [Online]

Available at: <http://www.irisonline.it/web/images/20luglio2020/impresasociale-02-2020-galera.pdf>

GazzettaUfficiale, s.d. [Online]

Available at: <https://www.gazzettaufficiale.it/>

Ghirardini, A. et al., 2020. *IV Indagine sullo stato di attuazione delle reti oncologiche*. [Online]

Available at: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1846-presentazione-della-iv-indagine-sullo-stato-di-attuazione-delle-reti-oncologiche>

Ghirardini, A., Ippolito, B. & Bevere, F., 2019. Il ruolo di Agenas per favorire lo sviluppo delle reti clinico-assistenziali. *Mecosan*, I(109), pp. 113-123.

Governo, 2014. *Le linee Guida per una Riforma del Terzo Settore*. [Online].

Governo, 2021. *Italia Domani, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. [Online]

Available at: <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>

Governo, s.d. [Online]

Available at: <https://www.salute.gov.it>

Guzzanti, E. et al., 2012. *Convegno Nazionale La Presa In Carico degli anziani non autosufficienti: conoscere per decidere*. [Online]

Available at: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/atti-eventi?view=article&id=238:convegno-nazionale-la-presa-in-carico-degli-anziani-non-autosufficienti-conoscere-per-decidere&catid=107>

Hansmann H., 1980. The role of nonprofit enterprise, in *Yale Law Journal*

INAPP. (2021). Scenari evolutivi del Terzo Settore, in "Rapporto INAPP 2021". Roma. pp.251-270.

IstitutoSuperioreSanità, s.d. [Online]

Available at: <https://www.epicentro.iss.it>

Haugh H., Kitson M., 2007, The Third Way and the third sector: New Labour's economic policy and the social economy, in *Cambridge Journal of Economics*.

- Kramer M.R., 2000, A Third Sector in Third Millennium?, in *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*.
- Laville, J.-L., Borzaga, C., Defourny, J., Evers, A., Lewis, J., Nyssens, M., Pestoff, V., 1999. Third system: a European definition. *Third Syst. Employ. Enterp. Organ. Third Syst. Strateg. Chall. Employ. Comm. E*.
- Lega, F., 2016. I principali sviluppi nell'organizzazione e gestione delle aziende e nei settori della salute. In: *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. s.l.:Egea, pp. 237-302.
- Lega, F., 2016. I principali sviluppi nell'organizzazione e gestione delle aziende e nei settori della salute. In: *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. s.l.:Egea, pp. 237-302.
- Lega, F., 2016. Il settore socio-sanitario italiano. In: *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. s.l.:Egea, pp. 21-84.
- Legge Delega 6 giugno 2016, n°106 "Delega al Governo per la riforma del terzo settore, dall'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale".
- Legge 3 agosto 1862, n.753 "Sull'amministrazione delle Opere Pie".
- Legge 17 Luglio 1890, n.6972 "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza".
- Lombrardi, A., (2018). Il rapporto tra enti pubblici e il Terzo Settore, in "La riforma del Terzo Settore e dell'impresa sociale". Editoriale Scientifica.
- Maciocco, G., 2019. Cure primarie. Ieri, oggi, domani. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 27-41.
- Maciocco, G., 2019. Disuguaglianze di salute. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 45-56.
- Maciocco, G., 2019. L'integrazione multiprofessionale in un ospedale di comunità. L'esperienza di Forlimpopoli. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 169-178.
- Maciocco, G., 2019. Malattie croniche e cure primarie. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 59-75.

Maciocco, G., 2019. Presa in carico dei pazienti con patologia cronica. L'esperienza dell'AUSL di Parma. In: *Cure primarie e servizi territoriali*. s.l.:Carocci, pp. 153-160.

Maini, F., (2021). *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia: Quinto rapporto sul secondo welfare*. G. Giappichelli Editore.

Mangone E., 2012. The Third Sector Organizations for Sustainable Development, Governance and Participatory Citizenship.

Mascia, R. (2020). *Gestione del paziente oncologico in corso di pandemia da Coronavirus: i consigli e le raccomandazioni arrivano da tutto il mondo*. Medici Oggi.

Montanini, L. & D'Andrea , A., 2020. *La riforma del Terzo settore*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

Niccolai, F. & Pennini, A., 2015. Il modello organizzativo per intensità di cura/complessità assistenziale: definizioni e prospettive di analisi. In: *Modelli organizzativi in ambito ospedaliero*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 99-111.

Pape U., Brandsen T., Pahl B.J., & Zimmer A., 2020, Changing Policy Environments in Europe and the Resilience of the Third Sector, in *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*.

Parlamento, s.d. [Online]
Available at: <https://www.parlamento.it/>

Pennini , A. & Ferrari , F., 2015. Specializzazione e Integrazione: La sfida della stratificazione del bisogno di cura e assistenza. In: *Modelli organizzativi in ambito ospedaliero*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 77-97.

Pennini, A., 2015. Metodi e strumenti per reingegnerizzare il sistema ospedale nel modello per intensità/complessità. In: *Modelli organizzativi in ambito ospedaliero*. s.l.:s.n., pp. 113-138.

Picciaia, F., 2018. Organizzazioni non profit: definizione, aziendalià, evoluzione storica. In: *Accountability e modelli di valutazione nelle organizzazioni non profit*. s.l.:G. Giappichelli Editore.

Piccioli, A. & Riccio, F., 2019. Governance di rete: sfida complessa e innovazione consapevole. *Mecosan*, I(109), pp. 105-111.

- Psaroudakis, I., (2020). *Covid-19 e Terzo Settore: uno sguardo in profondità*. Working Paper del Centro di Ricerca Maria Eletta Martini.
- Ranci, C. & Pavolini, E., 2015. *Le politiche di welfare*. s.l.:Il Mulino.
- Ridolfi, L., 2014. La community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. *Professioni Infermieristiche*.
- Romitelli, R., Fattori, P. & Fortino, A., 2021. *Verso un ospedale sicuro e sostenibile*. [Online]
Available at: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1935-verso-ospedale-sicuro-sostenibile>
- Sacco P.L, Zarri L., 2009. Perché esiste il settore non profit? Working paper n.29.
- Salamon, L.M., Sokolowski, S.W., List, R., 2003. "Global civil society. An overview, Johns Hopkins University, Center for Civil Society Studies, Baltimore.
- Salamon, L. M., & Sokolowski, W. (2018). The size and composition of the European third sector. In *The Third Sector As A Renewable Resource for Europe*.
- Sanità, I. S. d., 2021. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>. [Online].
- Senato, s.d. [Online]
Available at: <https://www.senato.it>
- Signori, S., 2012. Sistemi di welfare e accountability delle aziende non profit: verso una rendicontazione condivisa e partecipata dei servizi alla persona. *Azienda Pubblica*, Gennaio. Volume 4.
- Tanese, A., 2020. L'emergenza Covid-19 come sfida per il management a livello aziendale e di sistema. *Mecosan*, I(113), pp. 47-53.
- Vendramini, E., 2020. Ripartire dalle cure primarie: priorità e lezioni imparate alla luce della pandemia Covid-19. *Mecosam*, I(113), pp. 211-217.
- Vicarelli, G. & Giarelli, G., 2021. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA. In: *Libro Bianco Il Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. s.l.:FrancoAngeli Open Access, p. 65.

Vicarelli, G. & Giarelli, G., 2021. Il territorio e la salute di comunità. In: *Libro Bianco Il Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. s.l.:FrancoAngeli Open Access, pp. 93-94.

Vicarelli, G. & Giarelli, G., 2021. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute. In: *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. s.l.:FrancoAngeli Open Access, pp. 99-100.

Vinciguerra, R., Cappellieri, F. & Pizzo, M., 2021. Il contributo del partenariato sociale al sistema sanitario nazionale: un'indagine empirica su ruolo e caratteristiche demografiche delle onlus. *Mecosan*, Volume 119, pp. 33-55.

Weisbrod B.A., 1988. *The Non-profit Economy*, Harvard University Press, Cambridge.

WorldHealthOrganization, s.d. [Online]
Available at: <https://www.who.int>

www.cantiereterzosettore.it

Zangrandi, A., Azzali, F. & Lehnus, P., 2010. La qualità e la sicurezza del paziente. In: *Economia e Management per le professioni sanitarie*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 245-264.

Zangrandi, A., Fanelli, S., Lanza, G. & Francesconi, A., 2020. Imparare dall'esperienza Covid-19: l'importanza del coordinamento del territorio. Evidenze da una ricerca qualitativa. *Mecosan*, I(113), pp. 219-225.

Zangrandi, A. & Santullo, A., 2010. Le caratteristiche essenziali dell'organizzazione dei servizi infermieristici. In: *Economia e Management per le professioni sanitarie*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 215-234.

Zangrandi, A., Scardigli, V. & Nova, C., 2010. Il sistema delle aziende sanitarie in Italia. In: *Economia e Management per le professioni sanitarie*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 27-61.

Zangrandi, A. & Testi, A., 2010. La sanità vista con gli occhi degli economisti. In: *Economia e Management per le professioni sanitarie*. s.l.:McGraw-Hill, pp. 3-26.

Zazzera, A. & Longo, F., 2018. Operations management delle cure primarie: quali standard di servizio per servire l'intera popolazione cronica?. *Mecosan*, I(108), pp. 55-72.