

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in
STORIA E POLITICA
INTERNAZIONALE



**Il ruolo del Terzo Settore nell'erogazione dei
servizi socio-sanitari nella Regione del Veneto**

Relatore: Prof.ssa PATRIZIA MESSINA

Correlatore: Prof. GIULIO MATTIAZZI

Laureando: ENRICO MINGOTTO
matricola N.1170111

A.A. 2021/2022

*A nonna Assunta e nonno Gianfranco,
a nonna Antonia e nonno Adriano,
con cui ho la fortuna di condividere questo momento
e che da più di 23 anni continuano a prendersi cura di me.*

*A zia Barbara e zia Giusy,
per essere state, ed essere ancora, sempre presenti.*

*Ai miei genitori
che mi hanno insegnato che non è importante arrivare primi al traguardo,
l'importante è continuare a lottare per raggiungerlo.*

*A mia mamma Monica,
che mi guida, mi ascolta e crede in me più di quanto io potrei mai fare.
A mio papà Fabrizio,
che da qualche parte tra le stelle continua ad aiutarmi a raggiungere i miei obiettivi.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
I: L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI DELLA REGIONE DAGLI ANNI OTTANTA AD OGGI	
1.1. Il servizio socio-sanitario nel Veneto prima della riforma: 1982-2016	9
1.2. La riforma del Sistema Sanitario Regionale 19/2016	12
1.2.1. Obiettivi della riforma e principali novità.....	12
1.2.2. Valutazioni critiche in merito alla riforma.....	13
1.3. Il Welfare Generativo di Comunità.....	16
1.4. L'impatto del Covid sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio	18
1.4.1. I problemi legati alla carenza di personale e alle risorse economiche e umane durante la lotta alla pandemia	18
1.4.2. Esempi delle azioni intraprese da alcuni Comuni veneti nell'ambito dei servizi socio-sanitari.....	21
1.4.3. Il problema della "territorializzazione" dei servizi	25
II: NUOVI BISOGNI, NUOVI ATTORI, NUOVI SERVIZI SOCIOSANITARI DI TERRITORIO	
2.1. I bisogni principali della popolazione veneta nel post-pandemia	27
2.2. Gli attori coinvolti: il ruolo del privato sociale alla luce della riforma del codice del Terzo settore. Il caso dell'Alta Padovana	31
2.2.1. Capisaldi della riforma del Terzo Settore	31
2.2.2. La riforma del Terzo Settore ha modificato le forme d'intervento delle organizzazioni che operano nel campo dei servizi sociali?.....	34
2.2.3. Il Forum del Terzo Settore Veneto	36
2.2.4. Il rapporto tra organismi del Terzo Settore e PA: tipologia e profili di partecipazione nei Comuni dell'Alta Padovana.....	37
III: L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI: L'ESEMPIO DEI PROGETTI UTILI ALLA COLLETTIVITÀ (PUC)	
3.1. PUC e Reddito di Cittadinanza: esempio di Welfare Generativo di Comunità	43
3.2. Ruoli e soggetti che partecipano al progetto	44
3.3. Come funziona l'integrazione della rete territoriale di attori pubblici e privati che erogano servizi socio-sanitari.....	46
IV: IL NODO DELLE DELEGHE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI TRA COMUNI E ULSS ..	49
4.1. Le ragioni dell'uso della delega, "obbligatoria" e "facoltativa"	49

4.2. Responsabili e gestori di servizi sociali: i Comuni e gli Enti del Terzo Settore	51
CONCLUSIONI.....	53
Bibliografia	55
Normativa di riferimento	56
Sitografia.....	57
Appendice 1	58
Ringraziamenti.....	59

INTRODUZIONE

Dal Welfare State al Welfare Generativo di Comunità

Nel presente lavoro si approfondisce il ruolo che gli attori del Terzo Settore svolgono nell'erogazione di servizi socio-sanitari in alcuni territori nella regione del Veneto. La ricerca intende mettere in evidenza come la co-gestione dell'offerta di servizi tramite l'apporto degli Enti del Terzo Settore risulti ormai essenziale per soddisfare i bisogni dei cittadini.

Nel primo capitolo viene svolta una breve indagine sull'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale del Veneto. In primo luogo si analizza il quadro normativo che ha posto le basi per la costruzione del Sistema e la sua evoluzione nel corso degli ultimi decenni. In secondo luogo vengono prese in esame le ripercussioni causate dall'attuale situazione epidemiologica, ponendo particolare attenzione alle criticità strutturali e alle modalità adottate dal Sistema e dagli attori in esso coinvolti per rispondere ai bisogni della popolazione durante la pandemia di Covid-19.

Nel secondo capitolo viene fatta una panoramica generale sui principali bisogni della popolazione veneta, anche tramite l'ausilio di dati e statistiche. Viene inoltre fatta una riflessione sulla recente riforma del Terzo Settore e di come tale aggiornamento normativo abbia influito sugli attori che operano nel campo dei servizi socio-sanitari, analizzando altresì le modalità di integrazione degli attori pubblici e privati nei processi di co-progettazione e co-programmazione.

Per una migliore comprensione sul funzionamento delle politiche sociosanitarie e sul ruolo che i vari attori coinvolti svolgono nella loro erogazione, nel terzo capitolo vengono analizzati, a titolo esemplificativo, i Progetti Utili alla Collettività (PUC) che riguardano i beneficiari del Reddito di Cittadinanza.

Infine nel quarto capitolo viene analizzato il sistema delle deleghe che vengono stabilite tra Comuni ed ULSS per l'erogazione congiunta delle prestazioni socio-sanitarie, analizzando il ruolo che ricoprono le amministrazioni comunali, i responsabili dei servizi sociali e gli enti del Terzo Settore.

L'erogazione dei servizi socio-sanitari, pertanto, funge da cornice per comprendere in che modo attori diversi intervengono per offrire il proprio contributo a beneficio della comunità.

Con il termine “servizi socio-sanitari” ci riferiamo a quelle prestazioni e servizi volti a soddisfare il bisogno di benessere dei cittadini, nel breve come nel lungo periodo, associando alle prestazioni prettamente sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale. L’attenzione per il benessere dei cittadini è caratteristica distintiva dello Stato Sociale, o *Welfare State*, che viene comunemente inteso come complesso di politiche pubbliche messe in atto da uno Stato che interviene, in un’economia di mercato, per garantire l’assistenza e il benessere dei cittadini. In un’economia di mercato l’erogazione di servizi socio-sanitari può coinvolgere sia attori pubblici sia attori privati, i quali hanno il comune obiettivo di svolgere attività di interesse generale.

“Raccogliere” e “ridistribuire” sono i due principi che ispirano il *Welfare State*, i quali a loro volta stanno alla base di quel sistema di politiche pubbliche proprie di un sistema sociale redistributivo, che raccoglie le risorse e tenta di redistribuirle a coloro che ne hanno più bisogno.

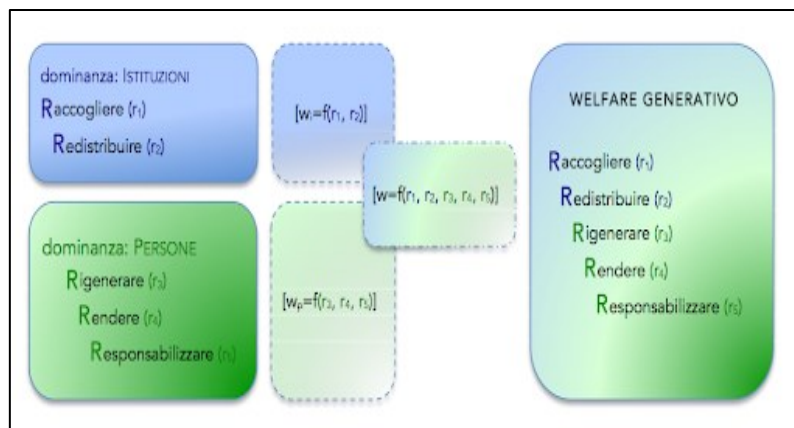
Oggi, tuttavia, questi due termini e le politiche che essi rappresentano appaiono ormai obsolete ed insufficienti, anche alla luce di una realtà sociale che nel corso del tempo si è fatta sempre più complessa. Il generale acuirsi delle diseguaglianze, l’invecchiamento della popolazione, una domanda sempre più alta e ramificata di servizi socio-sanitari sono alcuni degli esempi che indicano come sia necessario ripensare al modello di *Welfare* che uno Stato moderno debba possedere. L’avvento dell’epidemia di Covid-19 ha ulteriormente esacerbato i bisogni delle categorie più disagiate, oltre ad accrescere esponenzialmente il numero dei bisognosi, fattori che hanno riportato in auge l’importanza di uno stratificato *welfare* territoriale di cui i Comuni, sia come singoli sia a livello di Ambito Territoriale¹, ne rappresentano il perno per programmare servizi e iniziative per rispondere con capillarità e prontezza alle esigenze della popolazione nei rispettivi territori.

L’esigenza di rendere le politiche di *welfare* più efficienti ed incisive, aspetti che la pandemia ha reso più che mai attuali, è la ragione principale per cui oggi si parla sempre più di *Welfare Generativo*. Tale modello di *welfare*, che si propone di recuperare alcuni dei valori sanciti dalla Costituzione quali la solidarietà, l’uguaglianza, la responsabilità e la sussidiarietà, si propone di rendere le politiche di *welfare* utili e produttive non solo per coloro che ne usufruiscono, ma anche per la comunità di cui i soggetti bisognosi fanno parte. Tale proposta si basa su cinque azioni definite “le 5R del *Welfare Generativo*”: oltre ai già citati concetti di “raccolta” e “ridistribuzione”, propri del *Welfare State*, si aggiungono i termini “rigenerare”, “rendere” e “responsabilizzare”. L’obiettivo è «passare dal welfare attuale che raccoglie e redistribuisce [$W=f(r_1, r_2)$] a un welfare che, oltre a raccogliere e a redistribuire, rigenera le risorse, facendole rendere, grazie alla

¹ L.R. 11/2001. L’Ambito Territoriale rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

responsabilizzazione legata a un nuovo modo di intendere i diritti e doveri sociali [$W=f(r_1, r_2, r_3, r_4, r_5)$]².

Fig. 1: Le 5R del Welfare Generativo



Fonte: dal sito del Welfare Generativo: <http://www.welfaregenerativo.it/>

Questa nuova idea di *welfare*, quindi, invita a «rigenerare le risorse (già) disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto, al fine di aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività»³.

Tale processo intende raggiungere molteplici obiettivi:

- in primo luogo bisogna ricordare che il sistema di *welfare* è finanziato dalla collettività unicamente tramite la fiscalità, col risultato che la riduzione delle entrate fiscali comporta conseguentemente una riduzione delle prestazioni sociosanitarie. Tramite il processo di “rigenerazione” delle risorse già disponibili, ovvero i beneficiari delle misure di sostegno, si promuove un modello di *welfare* che non si avvalga unicamente delle risorse finanziarie, ma che riconosca altresì il valore delle persone e del contributo che esse possono offrire alla comunità la quale, direttamente o indirettamente, finanzia le politiche di sostegno;
- in secondo luogo, viene messo al centro il tema della responsabilità tramite la quale i beneficiari delle misure di sostegno non vengono più considerati come soggetti passivi bisognosi di assistenza, ma come capitale sociale le cui conoscenze e competenze possono essere valorizzate ed utilizzate per lo sviluppo della comunità locale cui essi appartengono. In questo modo le risorse stanziare per le misure di sostegno non rappresentano più un “costo” ma un “investimento”;

² Dal sito del Welfare Generativo: <http://www.welfaregenerativo.it/>. Concetto introdotto dalla Fondazione Zancan nel *Rapporto sulla lotta alla povertà 2012* e dagli studi del Direttore della Fondazione Tiziano Vecchiato.

³ Fonte: sito Welfare Generativo

- infine si rimettono al centro l'importanza della comunità locale ed il principio di solidarietà, valori talvolta messi in secondo piano dalle logiche di mercato.

Come si declina questa dinamica sul piano territoriale veneto? La storia del Servizio Socio Sanitario della Regione del Veneto può essere suddivisa in varie fasi che ne definiscono l'evoluzione sia normativa che organizzativa.

La prima fase, che possiamo definire “preliminare”, collocabile agli inizi degli anni Settanta con l'istituzione delle Regioni a Statuto Ordinario⁴ e la successiva approvazione dello Statuto della Regione del Veneto⁵, cede presto il passo alla fase “istitutiva” in cui l'integrazione in Veneto tra sistema sociale e sistema sanitario assume una forma più definita in seguito all'approvazione di Leggi che definiscono le norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale⁶ e l'impianto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale⁷.

Nella fase successiva, definibile come “fase della maturità”, vengono individuati i processi necessari per il mantenimento ed il miglioramento del sistema di assistenza socio-sanitaria. Vengono declinati ad esempio i requisiti indispensabili all'autorizzazione all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale delle strutture sociosanitarie⁸. Altro passaggio rilevante in questa fase è la creazione, nel 2016, dell'ente di *governance* della sanità regionale “Azienda Zero” con conseguente riorganizzazione dell'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale Veneto⁹.

Infine vi è la fase attuale, che si può descrivere come “fase adattativa”, nella quale si tentano di individuare le modalità più efficaci per rispondere alle esigenze della popolazione veneta alla luce di criticità quali scarsità o riduzione delle risorse finanziarie disponibili, una domanda di bisogni sempre più estesa, nonché le conseguenze dell'attuale e finora inesplorata situazione pandemica che ha comportato notevoli cambiamenti alle modalità e ai tempi di erogazione dei servizi socio-sanitari. In considerazione di tali questioni, risulta fondamentale il sistema delle deleghe, analizzato al Capitolo IV, che vede coinvolti Comuni, ULSS e Terzo Settore con l'obiettivo di garantire un'erogazione di servizi capillare ed integrata.

Si vuole infine puntualizzare che per la stesura del presente elaborato, oltre alle informazioni raccolte da ricerche, studi ed indagini, è stato fatto ampio uso di fonti provenienti sia da norme giuridiche, al fine di inquadrare i vari argomenti trattati all'interno della giurisdizione attuale, sia da

⁴ L. 281/1970

⁵ L.R. 340/1971

⁶ L.R. 55/1982

⁷ L.R. 56/1994

⁸ L.R. 22/2002

⁹ L.R. 19/2016

documenti ufficiali, con l'obiettivo di approfondire l'approccio istituzionale al tema. Sono state inoltre contattate persone che si occupano o si sono occupate di questioni riguardanti i servizi socio-sanitari, le quali hanno fornito informazioni e materiali utili a completare il lavoro. L'elenco delle persone contattate può essere consultata nella sezione finale dell'elaborato.

CAPITOLO I

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI DELLA REGIONE DAGLI ANNI OTTANTA AD OGGI

1.1. Il servizio socio-sanitario nel Veneto prima della riforma: 1982-2016

Il servizio socio-sanitario regionale presenta un'articolata stratificazione normativa. È opportuno quindi svolgere una breve indagine e declinare le principali norme che ne hanno determinato la nascita e, nel corso degli ultimi decenni, l'evoluzione.

Le principali normative riguardo le procedure per l'autorizzazione all'erogazione dei servizi delle strutture sociosanitarie può essere così elencata:

- il pilastro che segna la nascita del Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto è costituito dall'art. 4 della Legge numero 340 del 22 Maggio 1971, in cui è descritto come la Regione eserciti i propri poteri per, tra le altre cose, «[...] garantire a tutti i cittadini i servizi sociali, con particolare riguardo all'abitazione, alla scuola, alla tutela della salute, ai trasporti, alle attrezzature sportive»¹⁰;
- di rilevante importanza è l'approvazione il 15 Dicembre 1982 della Legge Regionale numero 55, *Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale*, che disciplina

l'intervento nel settore dell'assistenza sociale diretto a garantire al cittadino il libero sviluppo della personalità e la sua partecipazione alla vita della comunità. Tale intervento ha per fine la prevenzione e la progressiva riduzione del bisogno assistenziale [...] attraverso un complesso di servizi sociali, coordinati e integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale nonché attraverso prestazioni economiche¹¹;

¹⁰ L. 340/1971, Art. 4

¹¹ L.R. 55/1982, Art. 1

- segue il Regolamento Regionale numero 8 del 17 Dicembre 1984, *Determinazione degli standards relativi ai servizi sociali, punti 1, 2 e 3 dell'articolo 23 della legge regionale 15 dicembre 1982, n.55 "norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale"*;
- la Legge Regionale numero 56 del 14 Settembre 1994, *Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"*, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, costituisce un importante tassello per l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali tramite un sistema di deleghe come descritto all'articolo 8:

La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal Piano Regionale Socio-Sanitario¹²;

- con la Legge numero 328 del 8 Novembre 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, gli enti territoriali quali Comuni e Regioni diventano il pilastro del *welfare* locale come riportato all'art. 6: «I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale»¹³;
- e all'art. 8: «Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi [...]»¹⁴. L'organizzazione dei servizi socio-sanitari a livello locale consente una maggiore e più precisa attenzione del centro erogatore del servizio rispetto alle peculiari esigenze degli utenti beneficiari;
- in seguito, con la Legge Regionale numero 22 del 16 Agosto 2002, *Autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie*, si stabiliscono le modalità con le quali attori pubblici e privati possono gestire strutture socio-sanitarie, verificando che

[...] l'assistenza sia di elevato livello tecnico-professionale e scientifico, sia erogata in condizioni di efficacia ed efficienza, nonché di equità e pari accessibilità a tutti i cittadini e sia appropriata rispetto ai reali bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona¹⁵;

- altro importante cambiamento normativo è avvenuto con l'approvazione della Legge Regionale numero 19 del 25 Ottobre 2016, *Istituzione dell'ente di governance della sanità*

¹² L.R. 56/1994, Art. 8, c. 1

¹³ L. 328/2000, Art. 6, c. 1

¹⁴ L. 328/2000, Art. 8, c.1

¹⁵ L.R. 22/2002, Art. 1

regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS, di cui se ne approfondisce il contenuto nel prossimo paragrafo.

È opportuno infine ricordare come anche la *Costituzione italiana* riconosca l'importanza di alcuni valori legati al benessere sociale, quali:

- la solidarietà sociale:

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale¹⁶;

- l'uguaglianza sociale e sostanziale:

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese¹⁷;

- il diritto alla salute:

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 umana¹⁸;

- il diritto all'assistenza, alla sicurezza e alla previdenza sociale:

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera¹⁹;

- la valorizzazione del principio di sussidiarietà:

Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. I Comuni, le Province e le Città metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze. [...] Stato,

¹⁶ *Costituzione italiana*, Art. 2

¹⁷ *Costituzione italiana*, Art. 3

¹⁸ *Costituzione italiana*, Art. 32

¹⁹ *Costituzione italiana*, Art. 38

Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà²⁰.

1.2.La riforma del Sistema Sanitario Regionale 19/2016

1.2.1. Obiettivi della riforma e principali novità

Nel processo di evoluzione normativa del Sistema Sanitario Regionale una fase importante è rappresentata dalla Legge Regionale numero 19 del 25 Ottobre 2016, *Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero"*. *Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*, promulgata dal Consiglio Regionale.

La nuova riforma con i suoi 33 articoli ha apportato importanti cambiamenti all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, con l'obiettivo di ridurre i costi di gestione e di *governance* e allo stesso tempo garantire una più efficiente erogazione delle prestazioni sociosanitarie.

Le principali novità introdotte dalla riforma sono le seguenti:

- è stata istituita un ente di *governance* della sanità regionale veneta denominata "Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero";
- la nuova Azienda Zero ha il compito di centralizzare gli acquisti, le procedure di selezione del personale, la gestione delle assicurazioni, gli uffici relazioni con il pubblico, la razionalizzazione del sistema logistico e la gestione del contenzioso del lavoro e di quello sanitario;
- il numero delle ULSS nel Veneto, a decorrere dal 1 Gennaio 2017 sono passate da 21 a 9, con conseguenti nuove disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali. Vi è un'unica ULSS per le province di Belluno (ULSS 1 Dolomiti), Padova (ULSS 6 Euganea), Rovigo (ULSS 5 Polesana), Treviso (ULSS 2 Marca Trevigiana) e Verona (ULSS 9 Scaligera). In provincia di Venezia le ULSS sono due (ULSS 3 Serenissima e ULSS 4 Veneto Orientale) così come nella provincia di Vicenza (ULSS 7 Pedemontana e ULSS 8 Berica);
- il territorio delle ex ULSS diventa territorio distrettuale. In ogni Distretto è istituito il Comitato dei Sindaci di Distretto. Il Comitato elabora ed approva il bilancio sociale del

²⁰ *Costituzione italiana*, Art. 118

distretto, il Piano di Zona e il Piano locale per la non autosufficienza, esprime parere sulla dotazione e collocazione di posti letto delle strutture territoriali e collabora per la realizzazione delle medicine di gruppo integrate.

Tabella 1.1: Funzioni Azienda Zero

Funzioni dell'Azienda Zero
<p>1. Le funzioni che spettano ad Azienda Zero sono:</p> <ul style="list-style-type: none">a) le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) previste dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale;b) la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 confluiti negli appositi conti di tesoreria intestati alla sanità;c) la tenuta delle scritture della GSA di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;d) la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;e) la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del servizio sanitario regionale e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;f) gli indirizzi in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale;g) la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:<ul style="list-style-type: none">• 1) gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), come previsto secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale;• 2) le procedure di selezione del personale del comparto sanità, secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare;• 3) il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale;• 4) le procedure di accreditamento ECM;• 5) il supporto al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, in particolare per il contenzioso e per le eventuali transazioni;• 6) le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;• 7) l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;• 8) la gestione del contenzioso del lavoro e sanitario, attraverso la sottoscrizione di una convenzione tra ogni singola Azienda ULSS, Aziende ospedaliere e ospedaliero universitarie, Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l'Azienda Zero, che garantisce il patrocinio e la difesa; il modello di convenzione è deliberato dalla Giunta regionale;• 9) la progressiva razionalizzazione del sistema logistico;• 10) i servizi tecnici per la valutazione della HTA;• 11) la attivazione entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge del fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica per tutta la popolazione veneta; entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda Zero sentita la commissione consiliare competente, approva i decreti attuativi del fascicolo sanitario elettronico con particolare riferimento alla realizzazione di un'unica rete regionale per interconnettere tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari; gli enti privati convenzionati del sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di partecipare al fascicolo sanitario elettronico anche ai fini dell'accreditamento;h) l'indirizzo e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria, presso le Aziende ULSS.

Fonte: L.R. 19/2016, Art. 2, c. 1

1.2.2. Valutazioni critiche in merito alla riforma

La riforma ha apportato importanti cambiamenti al Sistema socio-sanitario, alcuni dei quali non sono stati recepiti con favore da alcuni gruppi di interesse. Risulta quindi interessante osservare,

tramite l'ausilio di documenti e dichiarazioni ufficiali, quali sono le principali criticità in merito alla riforma rilevate da tali gruppi, in particolare dai Partiti politici di opposizione in Giunta Regionale e dai Sindacati.

La creazione di Azienda Zero è avvenuta con l'obiettivo dichiarato di rendere più efficiente e meno dispendioso il servizio socio-sanitario, attraverso una centralizzazione dei poteri di coordinamento, monitoraggio e vigilanza e una conseguente riduzione del numero delle ULSS a livello territoriale. Tramite l'ausilio di alcuni documenti²¹, tuttavia, è possibile prendere in esame alcune criticità che furono evidenziate durante il processo legislativo di approvazione della Legge Regionale. Tuttavia, secondo un'analisi eseguita da CGIL Veneto nel 2015, si tratta di «[...] compiti e obiettivi che a nostro avviso può già svolgere l'Ente Regione e che quindi non necessitano di costruire l'ennesimo Ente Strumentale»²². La CGIL, inoltre, sottolinea come l'accentramento delle funzioni di *governance* del SSR esautorino il ruolo del Consiglio Regionale, con il risultato che il ruolo di governo del Sistema Salute in Veneto ricada esclusivamente nella Giunta e nel suo Presidente, in un «[...] deficit di democrazia e partecipazione che va contro le stesse regole che la Regione si è data e che vede limitare il confronto in questa materia che, è bene ricordarci, assorbe gran parte del bilancio regionale»¹⁶. Nello specifico tale argomento è stato ripreso in un altro documento redatto dalla CGIL il 1 Ottobre 2015 in cui, se da una parte si riconosce che la nuova Azienda Zero soddisfa le richieste di maggiore efficienza e coordinamento, dall'altro se ne critica la struttura di potere, la quale

[...] si profila come un Ente rigidamente monocratico (è prevista solo la figura del Direttore generale) che assumerà su di sé compiti e funzioni di programmazione, gestione e coordinamento, con la sostanziale esautorazione delle prerogative e dei compiti in primis del Consiglio Regionale, ma anche in qualche misura della stessa Giunta e dell'assessore competente²³.

Su tale questione è opportuno segnalare che tale struttura originaria dell'Azienda Zero è stata successivamente emendata per volontà dei gruppi di opposizione in Giunta Regionale con il seguente risultato:

[...] da "dominus" del sistema l'Azienda Zero è stata trasformata in agenzia a servizio delle ULSS e delle Aziende ospedaliere con funzioni strumentali alla gestione di determinati servizi (logistica, acquisti, personale, affari legali, informatizzazione del sistema...),

²¹ I documenti citati sono stati forniti dal Dottor Adriano Pozzato, già sindacalista CISL. Buona parte dei documenti citati nell'elaborato provengono da comunicazioni interne e, pertanto, non reperibili in rete.

²² CGIL Veneto, *Documento di analisi della Fp Cgil Veneto sulla PDLR 25/2015 - Istituzione dell'Ente di Governance della Sanità regionale veneta denominata "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero". Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss*, pag. 3, 29 Settembre 2015, (inedito)

²³ CGIL Veneto, *Osservazioni CGIL Azienda Zero ott.15*, pag. 2, 1 Ottobre 2015, (inedito)

sottoposta all'indirizzo e al controllo della Giunta e del Consiglio regionale e coordinata dal Comitato dei Direttori Generali delle ULSS e delle Aziende ospedaliere²⁴.

Sempre nel 2015 viene poi criticata l'incongruenza riscontrata tra la nuova riforma e alcune indicazioni presenti nel Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2012-2016. Ricordiamo che il PSSR rappresenta l'elenco degli interventi che la Regione intende effettuare per raggiungere gli obiettivi di salute e per regolare il funzionamento dei servizi regionali. A titolo esemplificativo possiamo citare il caso del bacino di abitanti per ciascuna ULSS indicato nel PSSR e di come la riforma abbia di fatto modificato tale bacino, come conseguenza della riduzione delle ULSS.

Nel PSSR 2012-2016 viene chiarito che, per un'adeguata performance gestionale ed assistenziale, «[...] il bacino di riferimento delle aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS) è compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti [...]»²⁵. La riforma, tuttavia, comporta «[...] la realizzazione di 7 ulss provinciali, di cui 2 da circa 200.000 abitanti e le altre da 900.000 circa [...]»²⁶, con una conseguente contraddizione tra le due disposizioni.

In seguito all'approvazione della L.R il 25 Ottobre 2016, viene pubblicato il 10 Novembre del medesimo anno un articolo su Sanità24, del quotidiano ilSole24Ore, in cui viene svolta un'analisi promossa dall'associazione medici dirigenti Anaa Assomed riguardo Azienda Zero e sulle criticità inizialmente presenti nella proposta di legge che, secondo l'associazione, sono state successivamente risolte. Oltre alle criticità citate poc'anzi, nell'articolo viene presa in esame la proposta iniziale in materia di servizi sociali e territoriali. Viene quindi criticato il «[...] forte arretramento nel territorio del modello socio-sanitario Veneto [...]»²⁷ causato dalla rimodulazione del ruolo del Distretto, il cui governo dei servizi socio-sanitari è reso difficoltoso dall'ingrandimento del territorio distrettuale, nonché dall'eliminazione della figura del Direttore dei Servizi Sociali e il ridimensionamento del ruolo che svolgono i Sindaci all'interno del Distretto.

Tali criticità furono rilevate a suo tempo anche da altri gruppi di interesse. La CGIL espresse le sua contrarietà riguardo «[...] la proposta di eliminare la figura del Direttore dei Servizi sociali e della

²⁴ Stefano Fracasso, *Approvata la Riforma Sanitaria del Veneto: cosa cambia e cosa rimane ancora da fare*, pag. 1, 21 Ottobre 2016, disponibile presso: <https://www.pdbelluno.it/riforma-sanitaria-del-veneto-cosa-cambia-e-cosa-resta-da-fare/>

²⁵ L.R. 23/2012, Art. 1, c. 3

²⁶ CGIL Veneto, *Documento di analisi della Fp Cgil Veneto sulla PDLR 25/2015 - Istituzione dell'Ente di Governance della Sanità regionale veneta denominata "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero"*. *Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss*, pag. 4, 29 Settembre 2015, (inedito)

²⁷ Giuseppe Montante e Adriano Benazzato, *Veneto, la mina disinnescata di «Azienda zero». L'analisi di Anaa Assomed*, Sanità24, 10 Novembre 2016

funzione territoriale, attribuendone le funzioni al Direttore Sanitario perché questo contrasta con la necessità di sviluppare una efficace integrazione»²⁸.

Con le riserve pervenute dai vari ambienti politici e sindacali, la proposta di legge iniziale è stata successivamente emendata:

- è stata mantenuta la figura del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale che «[...] assume la denominazione di direttore dei servizi socio-sanitari e conserva le funzioni previste dalla legislazione regionale vigente alla data di entrata in vigore della presente legge»²⁹, coadiuvato dalla nuova figura del Coordinatore dei servizi sociali del Distretto;
- «In ogni distretto è istituito il Comitato dei Sindaci di distretto»³⁰, così da garantire la partecipazione dei Sindaci alle tematiche che riguardano i servizi socio-sanitari.

Nel complesso alcune delle criticità evidenziate durante il processo di approvazione della L.R. 19/2016 dai gruppi di interesse finora menzionati sono state, del tutto o in parte, risolte. In particolare la rimodulazione dell'Ente "Azienda Zero", passata da

[...] Ente strumentale della Giunta regionale [...] con forte connotazione gerarchica nei confronti delle altre aziende sanitarie, ad Azienda sanitaria con invece forti funzioni di "Agenzia sanitaria regionale" e con una condizione gerarchica pari a quella delle altre aziende sanitarie regionali è da giudicare sicuramente un risultato positivo per l'organizzazione del Ssr Veneto [...]»³¹,

oltreché al riconoscimento del Comitato dei Sindaci di Distretto ed il mantenimento della figura del Direttore dei Servizi Sociali che sono strumentali all'integrazione socio-sanitaria dei servizi.

1.3. Il Welfare Generativo di Comunità

Le politiche ed i sistemi di *welfare* nei paesi industrializzati stanno vivendo da diversi anni un periodo di declino, causato dalle molteplici crisi che si sono verificate negli ultimi decenni e dalle misure di austerità che i Governi di molti paesi, tra i quali l'Italia, hanno dovuto adottare per contenere una spesa pubblica che i tassi di crescita economica ormai troppo bassi ed incostanti non sono più in grado di finanziare. Alla progressiva decrescita e stagnazione delle economie nazionali sono seguiti altri cambiamenti, di carattere economico/sociale, che influiscono negativamente sulle capacità di resilienza dei sistemi di *welfare*: il diffondersi dell'uso dell'automazione e, specialmente

²⁸ CGIL Veneto, *Osservazioni CGIL Azienda Zero ott.15*, pag. 2, 1 Ottobre 2015, (inedito)

²⁹ L.R. 19/2016, Art. 26, c. 9

³⁰ L.R. 19/2016, Art. 26, c. 4

³¹ Giuseppe Montante e Adriano Benazzato, *Veneto, la mina disinnescata di «Azienda zero». L'analisi di Anaao Assomed*, Sanità24, 10 Novembre 2016

in tempi recenti, dell'intelligenza artificiale nell'industria a discapito dei lavoratori; l'innalzarsi di contratti di lavoro precari che non garantiscono una soddisfacente capacità contributiva e di consumo; il progressivo invecchiamento della popolazione e, al contempo, la riduzione della natalità con tutte le conseguenze economiche e sociali che questi fattori comportano nell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie, la cui quantità e qualità risulta inevitabilmente compromessa.

Visto e considerato che la collettività contribuisce al finanziamento del sistema socio-sanitario unicamente tramite la fiscalità, è evidente come ci sia un rapporto causa/effetto tra crisi economica e riduzione dell'offerta di prestazioni sociosanitarie, indotto dalle misure di contenimento della spesa pubblica adottate dallo Stato e dalle minori entrate fiscali provenienti dai cittadini che subiscono gli effetti della crisi.

La proposta che sempre più spesso viene avanzata, quindi, è ripensare al modello di *welfare* che uno Stato moderno debba possedere: non più un *welfare* che si avvale unicamente delle risorse finanziarie, ma un *welfare* che faccia buon uso anche delle risorse presenti nei contesti locali attraverso una sinergia tra istituzioni e cittadini che veda coinvolti e responsabilizzati i beneficiari dei Servizi e le comunità cui essi appartengono.

In sintesi un *Welfare Generativo di Comunità*, concetto proposto dalla Fondazione Zancan nel *Rapporto sulla povertà 2012*, basato sui valori sanciti dalla Costituzione quali l'uguaglianza, consentendo a tutti i cittadini di essere riconosciuti nella loro dignità e alle categorie più disagiate di essere considerate come risorsa e non come problema; la solidarietà, indicata nella Carta come parte dei doveri inderogabili cui tutti devono adempiere; la responsabilità, invitando i cittadini a dare, ciascuno nei suoi limiti e nelle sue possibilità, il proprio contributo per il bene comune.

Ciò che il modello di *Welfare Generativo* si propone di fare è rinunciare alla componente meramente assistenzialista delle politiche di *welfare* per incoraggiare invece politiche di sostegno che producano un beneficio sia per coloro che ne usufruiscono, sia per la comunità che direttamente o indirettamente le finanzia. Tale modello si basa sulle cosiddette "5R", che ne costituiscono i pilastri: "raccolgere" e "ridistribuire", che a loro volta stanno alla base delle politiche di *welfare* redistributive, alle quali si aggiungono i concetti "rigenerare", "rendere" e "responsabilizzare" e della cui esecuzione giocano un ruolo di primaria importanza le persone. Nel contesto del *Welfare Generativo* tutti coloro che ricevono un sostegno dalla collettività sono tenuti ad una qualche forma di restituzione, in modo da rigenerare le risorse già disponibili, ovvero i beneficiari delle misure di sostegno, responsabilizzandoli tramite progetti di utilità sociale così da incrementare il rendimento delle politiche socio-sanitarie a beneficio dell'intera comunità.

Un esempio di *Welfare Generativo*, che verrà appositamente approfondito al Capitolo III di questo elaborato, è rappresentato dai Progetti Utili alla Collettività (PUC) promossi dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per i beneficiari del Reddito di Cittadinanza, i quali sono tenuti a svolgere progetti utili alla collettività nel territorio del loro Comune di residenza per un minimo di ore settimanali.

1.4.L’impatto del Covid sull’organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio

1.4.1. I problemi legati alla carenza di personale e alle risorse economiche e umane durante la lotta alla pandemia

La pandemia di Covid-19 ha dimostrato come il modello di sanità “ospedalocentrica” presenti delle forti criticità nello riuscire a far fronte ad emergenze sanitarie su larga scala. Questa rinata consapevolezza ha riportato al centro dell’attenzione pubblica la necessità di potenziare l’assistenza ed i servizi di prevenzione territoriale nella logica di poter fronteggiare meglio le possibili future pandemie, ma anche per assicurare che i pazienti, una volta dimessi dagli ospedali, possano avere accesso ad una rete di servizi socio-sanitari territoriali che sappiano soddisfare i bisogni dei cittadini. Il SSR Veneto è riuscito, in modo più efficace rispetto ad altre Regioni, a fronteggiare la pandemia di Covid-19 grazie principalmente a tre caratteristiche costitutive della sanità veneta: la presenza di un’articolata sanità territoriale fondata su un consolidato modello di Distretti Socio Sanitari che costituiscono lo strumento di integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Tuttavia non si possono nascondere le criticità che il SSR presenta in alcuni ambiti e la cui risoluzione appare oramai inderogabile, anche alla luce della lotta alla pandemia. Al riguardo è utile analizzare brevemente quanto sta emergendo dalla ricerca *Integrazione organizzativa ed integrazione dei servizi sociosanitari nel Veneto: il primo report della ricerca di Ires Veneto che analizza la politica socio sanitaria della regione*³² avviata nel Dicembre 2019 sull’analisi della filiera sociosanitaria territoriale del Veneto.

I dati finora raccolti dai ricercatori illustrano la seguente situazione:

- la dotazione di personale medico è inferiore alla media nazionale. Nello specifico la dotazione di personale ogni 10.000 abitanti è di 19,2, contro il 22,7 della media nazionale

³² La Ricerca, commissionata ad Ires Veneto da Cgil, Spi e Fp del Veneto, è curata dalla dottoressa Barbara Bonvento, con la collaborazione della dottoressa Manuela Nicoletti e la supervisione scientifica del professor Vincenzo Rebba.

(Banca d'Italia 2020). Dal 2013 al 2018 il personale delle A-ULSS si è ridotto del 2,4%, ovvero di 1425 unità (Conto Annuale MEF);

- il fondo per la non autosufficienza (che copre le impegnative di residenzialità e quelle per le cure domiciliari) non è adeguato al fabbisogno effettivo, che viene coperto solo al 70%. I ricercatori hanno quindi constatato che ad un aumento della domanda non è corrisposto un aumento dell'offerta intesa come posti letto (PL);
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si prende in carico una percentuale maggiore di pazienti ultra 65enni rispetto alla media italiana (3,48 vs media italiana di 2,41). Tuttavia, secondo i dati dell'Annuario Statistico del Ministero della Salute 2018, si registra in Veneto un numero di ore di servizio per assistito molto inferiore rispetto al dato medio nazionale (4 ore vs le 17 ore nazionali per anziani e 10 ore vs 24 ore nazionali per pazienti terminali);
- infine, il numero dei medici convenzionati è passato da 6.083 del 1 Gennaio 2016 a 5.636 del 1 Gennaio 2021, con una perdita totale di 447 medici in cinque anni (SISAC 2016/2021);

Come si può osservare alla tabella 1.2 nella pagina seguente, in ciascuna delle ULSS della Regione è stata individuata nel 2019 una carenza di Medici di Medicina Generale, o MMG, per un totale 326 unità mancanti. I MMG rappresentano da sempre una realtà estremamente importante poiché costituiscono il primo punto di contatti dei cittadini con la sanità, nonché l'importante ruolo che essi svolgono come intermediari tra i pazienti e le altre strutture socio-sanitarie.

Tabella 1.1: *Carenze di Medici di Medicina Generale (MMG)*

Azienda ULSS	Zone Carenti MMG 2019
1. Dolomiti	21
2. Marca Trevigiana	36
3. Serenissima	21
4. Veneto Orientale	25
5. Polesana	20
6. Euganea	29
7. Pedemontana	27
8. Berica	37
9. Scagliera	110
Totale	326

Fonte: SISAC 2019

Come si può evincere dalla successiva tabella (tabella 1.3) la progressiva diminuzione del numero di medici di medicina generale ha provocato una conseguente diminuzione del numero di persone assistibili per ciascuna ULSS.

Tabella 1.2: rapporto Medici di Medicina Generale/assistiti, anni 2011 & 2019

	Numero MMG 2011	Assistibili 2011	Numero MMG 2019	Assistibili 2019
1. Dolomiti	171	209.720	132	178.956
2. Marca Trevigiana	696	876.051	523	766.657
3. Serenissima	548	619.724	393	548.080
4. Veneto Orientale	169	226.551	139	200.133
5. Polesana	212	244.762	162	210.137
6. Euganea	741	918.300	580	815.612
7. Pedemontana	290	356.381	231	316.842
8. Berica	403	493.351	310	429.777
9. Scagliera	745	899.917	571	802.649
Totale Veneto	3.975	4.853.657	3.041	4.268.843

Fonte: IRES Veneto, *Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi socio-sanitari nella Regione Veneto*, Febbraio 2021, pag. 41³³

La Regione del Veneto può comunque essere considerata come una delle più “virtuose” in termini di qualità del SSR. Nel 2018 il finanziamento della spesa sanitaria ha raggiunto 9 miliardi e 264 milioni di euro, con una spesa pro capite di 1.954 euro³⁴. Sebbene la spesa pubblica, e di conseguenza anche la spesa pro capite, siano aumentate dal 2016 al 2018, l’Istat fa notare come nel Veneto «[...] la crescita della spesa rallenta dal +2,5 per cento tra il 2016 e il 2017 al +0,9 per cento tra il 2017 e il 2018»³⁵, fatto che ha coinvolto generalmente tutte le regioni italiane anche a cause delle misure adottate negli ultimi anni per contenere il debito pubblico. Le conseguenze causate dalla minor quantità di risorse, sia finanziarie che umane, rappresenta un serio problema per il benessere sociale a causa di una domanda di servizi sempre più alta e di una contemporanea difficoltà a garantire a tutti i cittadini l’accesso a tali servizi.

³³ Lo studio è stato condotto da Barbara Bonvento, collaboratrice di ricerca del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali dell’Università di Padova; la Ricerca è stata commissionata a IRES Veneto da Cgil, Sindacato Pensionati Italiani Cgil e Funzione Pubblica Cgil Veneto.

³⁴ Istat, *Dati Statistici per il territorio Regione del Veneto*, pag. 17, 2020

³⁵ Istat, *Dati Statistici per il territorio Regione del Veneto*, pag. 17, 2020

1.4.2. Esempi delle azioni intraprese da alcuni Comuni veneti nell'ambito dei servizi socio-sanitari

L'attuale situazione epidemiologica e le conseguenti misure sanitarie intraprese per contenere la diffusione del Coronavirus hanno avuto importanti ripercussioni sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Per continuare a rispondere alle esigenze dei cittadini nonostante gli effetti della pandemia, molti Comuni in tutta Italia, anche a livello di Ambito Territoriale, hanno adottato iniziative per riorganizzare l'erogazione dei servizi socio-sanitari nei propri territori, adoperando inedite modalità di vicinanza alle persone, anche tramite il coinvolgimento delle comunità locali. Su questo argomento è interessante descrivere a titolo esemplificativo le iniziative intraprese da alcuni Comuni del Veneto contenute nella ricerca *I servizi sociali al tempo del Coronavirus. Pratiche in corso nei Comuni italiani*³⁶, che offre una fotografia di come siano cambiati, ed in certi casi di come si siano evoluti, i servizi territoriali durante la pandemia.

Di seguito sono proposte alcune tabelle nelle quali vengono descritti i servizi oggetto di analisi, con informazioni relative allo scopo del servizio, agli strumenti e alle modalità di comunicazione utilizzate per renderlo operativo e ad eventuali feedback e sviluppi. Vengono inoltre indicati, sulla colonna a sinistra di ciascuna tabella, informazioni quali i soggetti promotori del servizio ed i soggetti destinatari, il settore di intervento ed i relativi finanziatori, il personale impiegato e la data di attivazione. Infine è opportuno precisare che le tabelle saranno dotate di colori diversi in base alle seguenti categorie di servizi: rosso, per i servizi completamente nuovi; blu, per i servizi esistenti ma rimodulati per meglio rispondere all'emergenza; verde, per servizi che racchiudono entrambe le precedenti categorie. Nel presente lavoro si è deciso di citare un totale di tre progetti, uno per ciascun colore.

Infine è importante fare alcune precisazioni: le tabelle che seguono presentano leggere modifiche, sia grafiche che di contenuto, rispetto alle originali della ricerca precedentemente citata; inoltre, i progetti di seguito elencati sono stati attivati nel 2020 e, per tanto, al momento della scrittura di questo elaborato potrebbero avere subito delle modifiche.

³⁶ Ricerca realizzata dalla Direzione Generale per la Lotta alla povertà per la programmazione sociale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, insieme al Dipartimento Welfare dell'ANCI, con il supporto della Banca Mondiale, pubblicata il 7 Luglio 2020

Nella tabella 1.4 è descritta l'iniziativa che vede coinvolti 32 Comuni dell'Ambito Territoriale dell'Alto Vicentino. Si tratta di un nuovo servizio rivolto a bambini, adolescenti e famiglie che hanno difficoltà relazionali o difficoltà nella gestione della DAD.

Tabella 1.3: Iniziativa promossa dall'Ambito Alto Vicentino

 <p>Regione: Veneto</p> <p>Titolare dell'iniziativa: Ambito</p> <p>Partner: Servizi sociali dei Comuni</p> <p>Settore di intervento: Sociale</p> <p>Destinatari: Bambini, Adolescenti, famiglie</p> <p>Personale impiegato: 3 tra Assistenti sociali ed altri operatori sociali</p> <p>Iniziativa finanziata da: Fondo Povertà, PON Inclusion e</p> <p>Servizio nuovo</p> <p>Attivato il 5 maggio 2020</p>	<p>AMBITO ALTO VICENTINO</p> <hr/> <p>CON-NESSO, in rete per dare significato a questo tempo</p> <p>PANORAMICA</p> <p>È stato attivato uno sportello di ascolto e di sostegno telefonico per le famiglie fragili che vengono in contatto con i Servizi Sociali dei 32 Comuni dell'Alto Vicentino e hanno difficoltà nella relazione educativa con i propri figli sotto l'aspetto relazionale ed educativo e nella gestione della didattica a distanza.</p> <p>STRUMENTI E TECNOLOGIE</p> <p>Sono stati usati cellulare o Smartphone per chiamate, foto, audio e video tramite WhatsApp; PC e connessione internet per invio materiale tramite e-mail ed eventuali video chiamate.</p> <p>COMUNICAZIONE</p> <p>Per comunicare si è scelto la via della e-mail inviata alle assistenti sociali dei Comuni e la produzione di una locandina.</p> <p>FEEDBACK & SVILUPPI</p> <p>È previsto un monitoraggio mensile sull'andamento del progetto, anche per predisporre eventuali rimodulazioni, all'interno della cornice delle disposizioni ministeriali. Il servizio terminerà con la fine dell'emergenza.</p>
--	---

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020, *I servizi sociali al tempo del Coronavirus. Pratiche in corso nei Comuni italiani*, pag. 253

Nella tabella 1.5 è analizzato il servizio adottato dal Comune di Padova per rispondere alle esigenze degli anziani ultra 74enni che vivono soli. Questo nuovo servizio costituisce una rimodulazione del servizio denominato “Servizio per lo sviluppo di Comunità, con gestione dei Centri di animazione territoriale e dei centri per le famiglie”.

Tabella 1.5: Iniziativa promossa dal Comune di Padova

 <p>Regione: Veneto</p> <p>Titolare dell'iniziativa: Comune</p> <p>Partner: ATI Coop Soc. La Bottega dei Ragazzi e Coop Soc Train de vie; Centro Servizi Volontariato di Padova, Associazioni Telefonata Amicai</p> <p>Settore di intervento: Sociale</p> <p>Destinatari: anziani</p> <p>Personale impiegato: 70 tra Assistenti sociali, altri operatori sociali, Volontari</p> <p>Iniziativa finanziata da: fondi propri</p> <p>Servizio nuovo</p> <p>Attivato il 1 marzo 2020</p>	<p>COMUNE DI PADOVA</p> <hr/> <p>ANTENNA 19</p> <p>PANORAMICA</p> <p>Il servizio è stato attivato per far fronte all'emergenza sanitaria in atto e garantire forme di prossimità agli anziani ultra 74enni che vivono da soli e non hanno figli residenti a Padova. È stato attivato un sistema di monitoraggio, raccolta di bisogni, report giornalieri con segnalazioni ai servizi sociali per attivazione servizi domiciliari o segnalazione al CSV per attivazione volontari per consegna farmaci e spesa a domicilio. Per un gruppo di anziani è stato attivato il servizio di telefonata amica.</p> <p>STRUMENTI E TECNOLOGIE</p> <p>Sono stati utilizzati 3 strumenti operativi: mappa condivisa su Google Maps, questionario per rilevamento bisogni e tabella contatti fornitori es. farmacie, panettieri (a livello locale, provinciale e nazionale).</p> <p>COMUNICAZIONE</p> <p>Si sono usati i canali di Facebook, padovanet e stampa digitale (Padovaoggi).</p> <p>FEEDBACK & SVILUPPI</p> <p>Ci sono stati numerosi feedback positivi da parte dei destinatari del servizio. Il 6 Aprile si è concluso il lavoro degli educatori; è stata data continuità ai soggetti che ne hanno manifestato interesse attraverso telefonata amica delle associazioni incaricate, telefonate di prossimità a cura dei volontari territoriali e attivazione dei servizi domiciliari comunali laddove necessario.</p>
---	--

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020, *I servizi sociali al tempo del Coronavirus. Pratiche in corso nei Comuni italiani*, pag. 248

Infine, nella tabella 1.6, vengono elencate alcune iniziative adottate dal Comune di Carmignano di Brenta per meglio rispondere ai bisogni della popolazione durante l'emergenza Covid-19.

Tabella 1.6: Iniziativa promossa dal Comune di Carmignano di Brenta

 <p>Regione: Veneto</p> <p>Titolare dell'iniziativa: Comune</p> <p>Partner: Farmacie, Istituto scolastico, Protezione Civile, Cooperativa Nuova Vita, Associazione Scout, Associazione Castoro a.s.d.</p> <p>Settore di intervento: Sociale</p> <p>Destinatari: tutti i cittadini, alunni</p> <p>Personale impiegato: 2 amministrativi dell'ufficio servizi sociali, e i volontari delle associazioni locali</p> <p>Iniziativa finanziata da: fondi propri</p> <p>Servizio misto</p> <p>Attivato l'11 marzo 2020</p>	<p style="text-align: center;">COMUNE DI CARMIGNANO DI BRENTA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">INIZIATIVE IN TEMPO DI EMERGENZA</p> <p style="text-align: center;">PANORAMICA</p> <p>Per rispondere ai bisogni della cittadinanza emersi durante l'emergenza sanitaria, il Comune di Carmignano di Brenta ha attivato e/o rimodulato i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pronto soccorso sociale: psicologo al telefono, servizio di consulenza territoriale passato dalla modalità in presenza a quella differita attraverso telefonate e videochiamate; • Resta a casa e ai farmaci ci pensiamo noi: servizio per la consegna a domicilio a persone in isolamento, quarantena o dimesse da strutture, in difficoltà di spostamento, ultrasessantacinquenni. • Resta a casa e alla spesa ci pensiamo noi: per la consegna della spesa a domicilio rivolta ai cittadini ultrasessantacinquenni • Aiuto compiti? Ci pensiamo noi: nuovo servizio di doposcuola gratuito svolto grazie alla piattaforma Meet. <p style="text-align: center;">STRUMENTI E TECNOLOGIE</p> <p>Lo sportello di ascolto fa uso del telefono anche in modalità videochiamata; per il doposcuola è impiegata la piattaforma Meet.</p> <p style="text-align: center;">COMUNICAZIONE</p> <p>Gli interventi sono stati pubblicizzati sul sito del Comune e attraverso delle locandine e nei social network.</p> <p style="text-align: center;">FEEDBACK & SVILUPPI</p> <p>Alcuni interventi sono ancora in corso, altri sono stati rimodulati dopo il lockdown perché le problematiche socio economiche e soprattutto lavorative stanno emergendo ora.</p>
--	---

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020, *I servizi sociali al tempo del Coronavirus. Pratiche in corso nei Comuni italiani*, pag. 246

1.4.3. Il problema della “territorializzazione” dei servizi

Con il termine “territorializzazione” ci si riferisce a due fenomeni tra loro interconnessi: in primo luogo si indica il processo di riorganizzazione territoriale che vede coinvolte *governance* locali e nazionali per la co-gestione dei servizi tra attori pubblici e attori privati; in secondo luogo le aree territoriali vengono considerate non come semplici realtà amministrative statiche ed inerti, ma caratterizzate da relazioni sociali, risorse e bisogni.

Il principio della diffusione dei servizi socio-sanitari a livello territoriale si basa sul pilastro della centralità della persona. Nella storia del *Welfare State* la tendenza a programmare servizi rivolti a categorie predefinite, disoccupati, disabili, anziani, poveri, al cui interno possono confluire persone con necessità molto diverse le une dalle altre, ha lasciato spazio ad un modello di *welfare* diversificato, in cui la persona ed i suoi bisogni sono riconosciuti nelle loro specificità. La territorializzazione dei servizi e delle politiche sociali è caratteristica rilevante dei sistemi di *welfare* moderni di molti paesi occidentali, in quanto rappresenta uno strumento per rispondere in modo più preciso e puntuale ai bisogni dei cittadini.

La pandemia di Covid-19 ha fatto emergere i limiti di una struttura di *welfare* ospedalocentrica, nella quale in mancanza della piena operatività dei presidi sanitari la capacità di soddisfare la domanda di servizi socio-sanitari risulta inevitabilmente compromessa. Alla luce degli effetti della pandemia, uniti alle carenze di risorse finanziarie ed umane causata da politiche di contenimento della spesa pubblica, risulta quindi evidente l'importanza della filiera dell'assistenza territoriale come strumento per perseguire un duplice obiettivo: supportare il Sistema Socio-Sanitario Regionale, incrementando la resilienza nell'affrontare crisi emergenziali e garantire a tutti i cittadini l'accesso universale ai servizi. In Italia la territorializzazione dei servizi socio-sanitari è stata introdotta con la Legge 328/2000, tramite la quale Regioni e Comuni sono diventati il pilastro per la programmazione e coordinazione dei servizi a livello locale. Tale processo è stato ulteriormente implementato con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, attraverso la quale le Regioni hanno ottenuto potestà legislativa in materia di assistenza sociale e socio-sanitaria.

Nel processo di territorializzazione, quindi, partecipano molteplici soggetti che sono tenuti ad agire in modo coeso nelle decisioni relative al benessere della comunità ed ai bisogni dei suoi membri. La mobilitazione di attori privati nel processo di *governance* dei servizi socio-sanitari territoriali costituisce uno strumento per far fronte alle difficoltà del *Welfare State* di soddisfare i crescenti bisogni dei cittadini. Esiste tuttavia un rischio legato a questo meccanismo, che si presenta quando gli attori coinvolti nella territorializzazione concepiscono i servizi offerti non come investimento,

ma come costo, seguendo quindi logiche di mercato dominate dalla competitività e dalla crescita economica. L'organizzazione territoriale in Italia presenta un paradosso: la forte presenza dello Stato come ente accentratore che privilegia logiche di gerarchia e, allo stesso tempo, uno Stato indebolito dall'incertezza delle regole, da interessi di parte e da scarso coordinamento nel perseguire l'interesse generale insieme agli attori con cui si confronta. Ne consegue che da un lato le amministrazioni pubbliche rischiano di essere eccessivamente permeabili ad interessi privati di matrice affaristica, mentre dall'altro risultare distanti dagli interessi e dai bisogni reali delle comunità territoriali.

CAPITOLO II

NUOVI BISOGNI, NUOVI ATTORI, NUOVI SERVIZI SOCIOSANITARI DI TERRITORIO

2.1.I bisogni principali della popolazione veneta nel post-pandemia

Generalmente durante i periodi di crisi sono le fasce più deboli della popolazione a pagare il prezzo più alto. Non rappresenta un'eccezione il caso dell'epidemia di Covid-19, le cui ripercussioni sociali, sanitarie ed economiche sono più marcate in coloro che già vivono in condizioni di fragilità. Tali condizioni che espongono maggiormente alcune categorie di persone al virus sono molteplici: non solo sanitarie come la presenza di altre patologie o un'età anagrafica avanzata; ma anche condizioni di precarietà economico-sociale, come la mancanza di un lavoro o di un adeguato reddito, un contesto abitativo sfavorevole, un contesto di vita precario.

Pertanto nell'analisi dei bisogni della popolazione veneta nel post-pandemia è fondamentale ricordare che già negli anni precedenti alla pandemia la società italiana presentava diverse criticità di carattere sociale, riscontrando ad esempio percentuali maggiori di rischio di esclusione sociale rispetto alla media dei paesi europei. Secondo i dati del Rapporto Statistico 2020 della Regione del Veneto, la percentuale di persone a rischio povertà o esclusione sociale nel 2018 in Italia era del 27,3%, contro una media europea del 21,8%. Nel caso del Veneto le famiglie a rischio povertà o esclusione sociale nel medesimo anno costituivano il 14,7% della popolazione .

Tuttavia alla riduzione della povertà non è seguita una diminuzione delle diseguaglianze, intese come disparità di reddito tra la percentuale delle famiglie venete più ricche e la percentuale delle famiglie venete più povere. Nel 2008 il 20% delle famiglie venete più ricche deteneva un reddito complessivamente 4 volte superiore rispetto al reddito del 20% delle famiglie più povere. Nel corso degli anni tale rapporto è aumentato a 4,2 e 4,6 volte rispettivamente nel 2016 e 2017 . Non dovrebbe sorprendere che nella Regione «[...] l'effetto negativo sui redditi più bassi non sembra esaurito, tanto che nel 2017 il 40% più povero della popolazione non vede crescere il proprio reddito (-0,2%) [...]»³⁷ .

³⁷ Regione del Veneto, *Rapporto Statistico 2020*, pag. 69

Oltre alla situazione reddituale delle famiglie, è altresì importante tenere conto del profilo demografico degli abitanti del Veneto, in modo da identificare con maggiore chiarezza quali potrebbero essere le priorità della popolazione.

Tabella 2.1: popolazione residente per classi di età (15-85) nelle province del Veneto 1 Gennaio 2019³⁸

Territorio	Pop. totale	Classi di età					
		15-19	20-39	40-64	65-74	75-84	85+
Belluno	202.950	4,5%	19,4%	38,0%	13,0%	9,3%	4,1%
Padova	937.908	4,7%	21,1%	38,5%	10,9%	8,1%	3,4%
Rovigo	234.937	3,9%	19,4%	39,6%	12,8%	8,9%	4,3%
Treviso	887.806	5,0%	21,1%	37,9%	10,8%	7,8%	3,4%
Venezia	853.338	4,5%	19,8%	38,7%	11,8%	9,0%	3,7%
Verona	926.497	4,8%	22,0%	37,3%	10,6%	7,9%	3,5%
Vicenza	862.418	5,1%	21,5%	37,8%	10,7%	8,0%	3,2%
VENETO	4.905.854	4,8%	21,0%	38,1%	11,1%	8,2%	3,5%

Fonte: Istat, Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile³⁹

Come si può evincere dalla tabella 2.1, in data 1 Gennaio 2019 nel Veneto l'11,1% della popolazione ha un'età compresa tra i 65 ed i 74 anni, l'8,2% ha un'età compresa tra i 75 e gli 84 anni ed un 3,5% supera gli 85 anni per una popolazione con più di 65 anni di età pari al 22,8%. L'invecchiamento della popolazione rappresenta una grande sfida per il SSR poiché gli anziani, in quanto categoria fragile, sono più propensi da avere necessità di accesso alle strutture socio-sanitarie, in particolare se consideriamo che 15,4% della popolazione veneta è costituita da persone con più di 60 anni che vivono sole⁴⁰.

Alla luce di questi dati è importante analizzare se ed in che modo il fabbisogno assistenziale in Veneto sia soddisfatto. La valutazione del fabbisogno assistenziale è altresì utile per comprendere l'adeguatezza dei servizi socio-sanitari tramite l'analisi del rapporto tra domanda ed offerta di servizi. Per quanto riguarda il fabbisogno ospedaliero, è possibile prendere in considerazione i parametri fissati dal Decreto Ministeriale numero 70 del 2 Aprile 2015:

- per quanto concerne i posti letto (PL), la norma stabilisce a livello nazionale 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui sono compresi 0,7 PL per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;

³⁸ Valori assoluti e percentuali

³⁹ Istat, 2020, *Dati statistici per il territorio Regione Veneto*, pag. 3

⁴⁰ Fonte: Istat, *Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"*, (media anni 2017-2018)

- riguardo il tasso di ospedalizzazione, il parametro fissato è 160 per 1.000 abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni;
- infine, il tasso medio di utilizzo dei posti letto è fissato tra l'80% ed il 90% durante l'anno.

Tali parametri che concorrono a definire il numero adeguato di posti letto. Nello specifico il tasso di utilizzo considerato minimamente efficiente è al 75%, poiché garantisce una funzionalità ospedaliera accettabile in quanto assicura che la presa in cura del paziente avvenga all'interno di un contesto appropriato. Nel caso del Veneto il numero dei PL ha riscontrato una progressiva diminuzione, passando dai 19.427 PL nel 2010 ai 17.411 PL nel 2019, con una dotazione di 3,48 PL per 1.000, quindi al di sotto degli standard stabiliti a livello nazionale.

Un'altra categoria di strutture sociosanitarie è rappresentata dalle cosiddette Strutture Intermedie, ovvero l'Ospedale di Comunità (OdC), l'Unità Riabilitativa Territoriale (URT) ed l'Hospice, classificate dalla Deliberazione di Giunta Regionale numero 2.718 del 24 Dicembre 2012. Lo standard congruo di soddisfacimento del fabbisogno dei pazienti è stato stabilito dalla Regione a 0,6 PL per 1.000 abitanti di età superiore ai 45 anni⁴¹. Anche in questo caso il confronto in Veneto tra PL nelle Strutture Intermedie e fabbisogni standard non è adeguato, come si evince dalla tabella 2.2 sottostante.

Tabella 2.2: confronto tra posti letto in Strutture Intermedie e i fabbisogni standard

ULSS	PL effettivi 2019	Fabbisogno 2019 dei posti letto standard (0,6 > 45 anni)
1. Dolomiti	75	94
2. Marca Trevigiana	53	284
3. Serenissima	114	247
4. Veneto Orientale	25	77
5. Polesana	54	111
6. Euganea	234	305
7. Pedemontana	79	117
8. Berica	93	158
9. Scagliera	119	292
VENETO	846	1685

Fonte: dati elaborati da IRES Veneto, 2019⁴²

⁴¹ Si tratta di uno standard su pazienti potenziali e senza distinzione tra le tre tipologie di Strutture Intermedie

⁴² IRES Veneto, Febbraio 2021, *Aggiornamento della terza direttrice di ricerca; Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi socio-sanitari nella Regione Veneto*, pag. 91

In ultima analisi è opportuno dare uno sguardo ai dati sulle Strutture residenziali per anziani (Rsa), tristemente tornate al centro dell'attenzione a causa dell'elevato numero di contagi e decessi che hanno registrato durante la pandemia. Dai dati raccolti nel 2019 si evince che il Veneto può garantire una percentuale di copertura del fabbisogni di PL nelle Rsa del 62,44%, sebbene tale dato possa essere molto diverso per ciascuna ULSS (Tabella 2.3).

Tabella 2.3: livello di copertura Rsa in Veneto (target→ non autosufficienti di età maggiore ai 65 anni)

ULSS	PL effettivi ⁴³	Fabbisogno PL ⁴⁴	Percentuale copertura
1. Dolomiti	1.915	2.441	78,46%
2. Marca Trevigiana	5.604	8.927	62,78%
3. Serenissima	3.734	7.074	52,78%
4. Veneto Orientale	1.087	2.448	44,40%
5. Polesana	2.036	2.801	72,69%
6. Euganea	5.152	9.613	53,59%
7. Pedemontana	3.084	3.710	83,14%
8. Berica	3.813	4.915	77,58%
9. Scagliera	5.564	9.303	58,81%
VENETO	31.989	51.232	62,44%

Fonte: IRES Veneto, Febbraio 2021, *Aggiornamento della terza direttrice di ricerca; Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi socio-sanitari nella Regione Veneto*, pag. 112

Alla luce dei dati raccolti è possibile concludere che la presenza nella Regione di un numero di anziani con più di 65 anni che rappresenta quasi il 23% della popolazione imponga la presenza di efficienti ed adeguate strutture sociosanitarie in grado di prendersi cura degli anziani più fragili. Circa il 3% della popolazione anziana in Veneto vive in strutture residenziali medio-grandi⁴⁵ in grado di garantire l'assistenza sanitaria ed infermieristica a coloro che ne hanno bisogno. Nello specifico, solamente «[...] il 2% degli anziani ricoverati non ha bisogno di alcun tipo di assistenza sanitaria, il 38% richiede un'assistenza sanitaria bassa, mentre oltre la metà (59%) necessita di un livello di assistenza sanitaria medio o addirittura alto»⁴⁶.

⁴³ Fonte: RSS Veneto 2019

⁴⁴ Fonte: <https://stats.oecd.org/>

⁴⁵ «Meno dell'1% degli anziani in Veneto si trova in strutture con caratteri di residenzialità familiare, vale a dire strutture di piccole dimensioni, caratterizzate da una organizzazione di tipo familiare che riproduce le caratteristiche della vita in famiglia»→ Fonte: *Rapporto Statistico 2020*, pag.71

⁴⁶ Regione del Veneto, *Rapporto Statistico 2020*, pag. 72

Tuttavia, come dimostrano i dati mostrati in precedenza, il SSR non è in grado di soddisfare totalmente il fabbisogno di assistenza, a causa dell'elevata domanda e dell'insufficienza delle risorse, sia finanziarie che umane. Oltre alle condizioni sanitarie è altresì importante, come detto in precedenza, tenere conto delle condizioni economiche in cui versa la popolazione poiché esse rappresentano un fattore non indifferente di esclusione delle categorie più disagiate da determinati servizi socio-sanitari, in particolare servizi a pagamento. Considerando che nel 2017 il 15,1% della popolazione veneta era rappresentata da persone con più di 65 anni di età che vivevano in povertà⁴⁷ non dovrebbe sorprendere che molti anziani rinuncino alle cure, sebbene essi siano tra le categorie maggiormente bisognose di servizi socio-sanitari di qualità.

2.2.Gli attori coinvolti: il ruolo del privato sociale alla luce della riforma del codice del Terzo settore. Il caso dell'Alta Padovana

2.2.1. Capisaldi della riforma del Terzo Settore

Con “riforma del Terzo Settore” ci riferiamo a un complesso di norme che hanno disciplinato il non profit e il privato sociale. Il processo di riforma fu avviato con la riforma della Legge delega 106/2016, la quale definisce il Terzo settore come

[...] complesso degli enti privati costituiti con finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale che, senza scopo di lucro, promuovono e realizzano attività d'interesse generale, mediante forme di azione volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi, in coerenza con le finalità stabilite nei rispettivi statuti o atti costitutivi⁴⁸.

Il successivo intervento legislativo è costituito da cinque decreti attuativi:

- D.Lgs. numero 40 del 6 Marzo 2017, *Istituzione e disciplina del servizio civile universale*;
- D.Lgs. numero 117 del 3 Luglio 2017, *Codice del Terzo Settore*;
- D.Lgs. numero 112 del 19 Luglio 2017, *Disciplina dell'impresa sociale*;
- D.Lgs. numero 111 del 18 Luglio 2017 sul 5 per mille;
- D.P.R. del 28 Luglio 2017, *Approvazione dello statuto della Fondazione Italia Sociale*.

Di particolare importanza risulta essere il Codice del Terzo Settore, D.Lgs. del 3 Luglio 2017 numero 117, che ha definito per la prima volta il perimetro del Terzo Settore e, in maniera

⁴⁷ Fonte: sistema statistico regionale

⁴⁸ Camera dei Deputati, Servizio Studi, “*Riforma del Terzo Settore*”, pag. 1

omogenea e organica, gli enti che ne fanno parte. Sono considerati Enti del Terzo Settore (ETS) enti quali

[...] le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore⁴⁹.

Il Codice del Terzo Settore inoltre disciplina in modo semplice, organico e sistematico le nuove disposizioni in materia di enti senza scopo di lucro che operano nel panorama dei servizi socio-sanitari. Tra le principali disposizioni il CTS:

- individua, all'art. 5, le attività di interesse generale, le quali rappresentano uno degli elementi, insieme all'assenza di fini di lucro, che concorrono a definire l'identità di un Ente del Terzo Settore. Un ente non profit per appartenere al Terzo Settore deve esercitare in via principale o esclusiva un'attività di interesse generale. Fanno eccezione le imprese sociali di inserimento lavorativo;
- prevede, oltre all'esercizio delle attività di interesse generale, l'esercizio di attività diverse «a condizione che l'atto costitutivo o lo statuto lo consentano e siano secondarie e strumentali rispetto alle attività di interesse generale [...]»⁵⁰;
- delimita chiaramente la destinazione del patrimonio degli ETS, il quale «è utilizzato per lo svolgimento dell'attività statutaria ai fini dell'esclusivo perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale»⁵¹ ed è invece
vietata la distribuzione, anche indiretta, di utili ed avanzi di gestione, fondi e riserve comunque denominate a fondatori, associati, lavoratori e collaboratori, amministratori ed altri componenti degli organi sociali, anche nel caso di recesso o di ogni altra ipotesi di scioglimento individuale del rapporto associativo⁵²;
- prevede specifiche disposizioni per quanto concerne i volontari, la cui attività «[...] non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario»⁵³, inoltre gli «[...] enti del Terzo settore che si avvalgono di volontari devono assicurarli contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attività di volontariato, nonché' per la responsabilità civile

⁴⁹ D.Lgs. 117/17, Art. 4, c. 1

⁵⁰ D.Lgs. 117/17, Art. 6, c.1

⁵¹ D.Lgs 117/17, Art. 8, c. 1

⁵² D.Lgs 117/17, Art 8, c. 2

⁵³ D.Lgs 117/17, Art 17, c. 3

verso i terzi»⁵⁴. Vengono inoltre regolamentati i casi in cui le organizzazioni di volontariato possono avvalersi di lavoratori dipendenti, di prestazioni di lavoro autonomo o di altra natura, ovvero

[...] esclusivamente nei limiti necessari al loro regolare funzionamento oppure nei limiti occorrenti a qualificare o specializzare l'attività svolta. In ogni caso, il numero dei lavoratori impiegati nell'attività non può essere superiore al cinquanta per cento del numero dei volontari⁵⁵;

- stabilisce inoltre le modalità di finanziamento delle organizzazioni di volontariato, le quali [...] possono trarre le risorse economiche necessarie al loro funzionamento e allo svolgimento della propria attività da fonti diverse, quali quote associative, contributi pubblici e privati, donazioni e lasciti testamentari, rendite patrimoniali ed attività di raccolta fondi nonché' delle attività di cui all'articolo 6⁵⁶

con limiti per la attività di interesse generale per le quali le organizzazioni di volontariato «[...] possono ricevere, soltanto il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate, salvo che tale attività sia svolta quale attività secondaria e strumentale nei limiti di cui all'articolo 6»⁵⁷;

- chiarisce le attività di controllo, vigilanza e monitoraggio attuate dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, il quale:
 - a) vigila sul sistema di registrazione degli enti del Terzo settore nel rispetto dei requisiti previsti dal presente codice e monitora lo svolgimento delle attività degli Uffici del Registro unico nazione del Terzo settore operanti a livello regionale;
 - b) promuove l'autocontrollo degli enti del Terzo settore autorizzandone l'esercizio da parte delle reti associative nazionali iscritte nell'apposita sezione del registro unico nazionale e dei Centri di servizio per il volontariato accreditati ai sensi dell'articolo 61;
 - c) predispone e trasmette alle Camere, entro il 30 giugno di ogni anno, una relazione sulle attività di vigilanza, monitoraggio e controllo svolte sugli enti del Terzo settore anche sulla base dei dati acquisiti attraverso le relazioni di cui all'articolo 95, commi 2 e 3, nonché' sullo stato del sistema di registrazione di cui alla lettera b)⁵⁸.

Nello specifico i controlli sugli ETS hanno il fine di accertare:

- a) la sussistenza e la permanenza dei requisiti necessari all'iscrizione al Registro unico nazionale del Terzo settore;
- b) il perseguimento delle finalità civiche, solidaristiche o di utilità sociale;
- c) l'adempimento degli obblighi derivanti dall'iscrizione al Registro unico nazionale del Terzo settore;
- d) il diritto di avvalersi dei benefici anche fiscali e del 5 per mille derivanti dall'iscrizione nel Registro unico nazionale del Terzo settore;
- e) il corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali, ad essi attribuite⁵⁹.

⁵⁴ D.Lgs 117/17, Art. 18, c. 1

⁵⁵ D.Lgs 117/17, Art. 33, c. 1

⁵⁶ D.Lgs 117/17, Art. 33, c. 2

⁵⁷ D.Lgs 117/17, Art. 33, c. 3

⁵⁸ D.Lgs 117/17, Art. 92, c. 1

⁵⁹ D.Lgs 117/17, Art. 93, c. 1

2.2.2. La riforma del Terzo Settore ha modificato le forme d'intervento delle organizzazioni che operano nel campo dei servizi sociali?

Come descritto nel paragrafo precedente, il Legislatore ha emanato dei decreti legislativi in attuazione alla legge delega 106/2016, fra i quali vi sono il decreto legislativo numero 117 del 3 Luglio 2017, *Codice del Terzo Settore*, ed il decreto legislativo numero 112 del 19 Luglio 2017, *Disciplina dell'impresa sociale*. Oltre a dare una definizione di ETS, tali disposizioni normative hanno il merito di delineare con precisione le forme di intervento delle organizzazioni che operano nel campo dei servizi sociali. Tali forme di intervento devono rientrare tra quelle qualificate come "attività di interesse generale" indicate all'articolo 5 del Codice del Terzo Settore. La lista comprende sia attività nuove che gli ETS possono svolgere per la promozione dell'interesse generale come, ad esempio, la riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata. È opportuno altresì evidenziare come le attività elencate all'articolo 5, esclusi i casi ove è specificatamente richiesto, non debbano essere realizzate a favore di beneficiari specifici. Differentemente dalle attività che rimandano a precisi riferimenti normativi, la presenza di categorie di attività generali può rendere difficoltoso individuare il reale ambito d'azione degli ETS.

Oltre alle già citate attività di interesse generale, il Legislatore ha previsto che gli ETS possono svolgere anche attività secondarie, purché esse siano strumentali alle attività di interesse generale.

È possibile prendere visione delle attività di interesse generale riconosciute dal CTS che gli ETS possono svolgere alla tabella 2.4 della pagina seguente.

Tabella 2.4: attività di interesse generale indicate nel Codice del Terzo Settore

Gli ETS possono svolgere le seguenti attività di interesse generale

- 1.interventi e servizi sociali e per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili;*
- 2.interventi e prestazioni sanitarie;
- 3.prestazioni socio-sanitarie; *
- 4.educazione, istruzione e formazione professionale e le attività culturali di interesse sociale con finalità educativa; *
- 5.interventi e servizi finalizzati alla salvaguardia e al miglioramento delle condizioni dell'ambiente e all'utilizzazione accorta e razionale delle risorse naturali, con esclusione dell'attività, esercitata abitualmente, di raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi, e alla tutela degli animali e prevenzione del randagismo*;
- 6.interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio; *
- 7.formazione universitaria e post-universitaria;
- 8.ricerca scientifica di particolare interesse sociale;
- 9.organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, incluse attività, anche editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato e delle attività di interesse generale;
- 10.radiodiffusione sonora a carattere comunitario; *
- 11.organizzazione e gestione di attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso;
- 12.formazione extra-scolastica, finalizzata alla prevenzione della dispersione scolastica e al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo e al contrasto della povertà educativa;
- 13.servizi strumentali ad enti del Terzo settore resi da enti composti in misura non inferiore al settanta per cento da enti del Terzo settore;
- 14.cooperazione allo sviluppo; *
- 15.attività commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza, di concessione in licenza di marchi di certificazione, svolte nell'ambito o a favore di filiere del commercio equo e solidale*, nello specifico un rapporto commerciale con un produttore operante in un'area economica svantaggiata, situata solitamente in un paese in via di sviluppo, sulla base di un accordo di lunga durata. Il rapporto deve essere finalizzato a promuovere l'accesso del produttore al mercato prevede il pagamento di un prezzo equo, misure di sviluppo in favore del produttore e l'obbligo del produttore di garantire condizioni di lavoro sicure, nel rispetto delle normative nazionali ed internazionali, in modo da permettere ai lavoratori di condurre un'esistenza libera e dignitosa, e di rispettare i diritti sindacali, nonché di impegnarsi per il contrasto del lavoro infantile;
- 16.servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori e delle persone svantaggiate, con disabilità, beneficiarie di protezione internazionale o senza fissa dimora; *
- 17.alloggio sociale e ogni altra attività di carattere residenziale temporaneo diretta a soddisfare bisogni sociali, sanitari, culturali, formativi o lavorativi; *
- 18.accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti;
- 19.agricoltura sociale; *
- 20.organizzazione e gestione di attività sportive dilettantistiche;
- 21.beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti o erogazione di denaro, beni o servizi a sostegno di persone svantaggiate; *
- 22.promozione della cultura della legalità, della pace tra i popoli, della nonviolenza e della difesa non armata;
- 23.promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori e degli utenti *, promozione delle pari opportunità e delle iniziative di aiuto reciproco, incluse le banche dei tempi * e i gruppi di acquisto solidale *;
- 24.cura di procedure di adozione internazionale; *
- 25.protezione civile; *
- 26.riqualficazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata.

*fanno riferimento a specifiche normative

2.2.3. Il Forum del Terzo Settore Veneto

Il Forum del Terzo Settore, ufficialmente costituito il 19 Giugno 1997, è un ente non profit ed è il principale organismo di rappresentanza unitaria del Terzo Settore italiano e dei suoi componenti. Esso rappresenta 94 organizzazioni nazionali che operano negli ambiti del Volontariato, dell'Associazionismo, della Cooperazione Sociale, della Solidarietà Internazionale, della Finanza Etica, del Commercio Equo e Solidale del nostro Paese. L'obiettivo del Forum consiste nella «[...] valorizzazione delle attività e delle esperienze che le cittadine e i cittadini autonomamente organizzati attuano sul territorio per migliorare la qualità della vita, delle comunità, attraverso percorsi, anche innovativi, basati su equità, giustizia sociale, sussidiarietà e sviluppo sostenibile»⁶⁰.

Le prerogative del Forum sono le seguenti:

- svolgere un compito di rappresentanza politica e sociale presso le Istituzioni dello Stato;
- coordinare e sostenere le reti interassociative;
- comunicare e diffondere i valori, i progetti e le istanze presentate dai membri del Terzo Settore.

Il Forum del Terzo Settore Veneto costituisce la declinazione regionale del Forum Nazionale del Terzo Settore, il quale comprende oltre ad altri 19 Forum regionali anche Forum provinciali e locali. Il Forum del Terzo Settore Veneto intende perseguire un dialogo costante con la Regione e con le altre Istituzioni di rappresentanza, come ad esempio l'ANCI, per presentare le sensibilità e le istanze di tutti i membri del TS.

Il Forum, sia nella sua estensione nazionale che regionale, si propone di avere anche una connotazione politica per poter intervenire nel caso vengano prese decisioni o emanate Leggi ritenute avverse o controproducenti per gli ETS.

Ad esempio, grazie all'intervento del Forum, la Commissione Bilancio del Senato, con emendamento alla Legge di Bilancio, ha rinviato a Gennaio 2024 l'entrata in vigore dell'IVA obbligatoria per il volontariato che era stata precedentemente introdotta con decorrenza 1 Gennaio 2022. In ogni caso sul presente tema la discussione è tutt'ora aperta, con la portavoce del Forum Nazionale del Terzo Settore che a Dicembre 2021 ha chiesto un tavolo di confronto con il Governo per discutere della questione fiscale.

⁶⁰ Dal sito del Forum del Terzo Settore: <https://www.forumterzosettore.it/chi-siamo/il-forum-del-terzo-settore/>

2.2.4. Il rapporto tra organismi del Terzo Settore e PA: tipologia e profili di partecipazione nei Comuni dell'Alta Padovana

Il consolidamento del rapporto tra gli Enti del Terzo Settore e la Pubblica Amministrazione ha un duplice obiettivo: in primo luogo intende valorizzare l'associazionismo ed il capitale sociale dei territori; in secondo luogo compensa le eventuali mancanze dei servizi socio-sanitari pubblici. Il coinvolgimento del Terzo Settore nell'erogazione dei servizi è previsto dalla Legge numero 328 del 8 Novembre 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in cui viene specificato come nella gestione dell'offerta dei servizi

[...] provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati⁶¹.

La Legge stabilisce inoltre che le Regioni

[...] adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona»⁶², mentre ai Comuni spetta l'esercizio di attività quali «programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali [...]»⁶³,

con il coinvolgimento del Terzo Settore.

Per una corretta co-gestione dei servizi socio-sanitari territoriali tra pubblico e privato, i soggetti coinvolti devono innanzitutto svolgere attività di co-programmazione e co-progettazione per poter perseguire un obiettivo condiviso nei settori di attività di interesse generale. Grazie alla riforma del Terzo Settore, i processi di co-programmazione e co-progettazione, nonché le modalità di coinvolgimento degli ETS, sono definiti all'articolo 55 del Codice del Terzo Settore:

- «La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili»⁶⁴;
- «La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti [...]»⁶⁵;

⁶¹ L. 328/2000, Art. 1, c. 5

⁶² L. 328/2000, Art. 5, c. 3

⁶³ L. 328/2000, Art. 5, c. 2

⁶⁴ D.Lgs. 117/2017, Art. 55, c. 2

⁶⁵ D.Lgs. 117/2017, Art. 55, c. 2

- inoltre,

[...] l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avviene anche mediante forme di accreditamento nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner⁶⁶.

Per quanto concerne l'istruttoria pubblica per l'individuazione degli ETS interessati alla costituzione di un rapporto di partenariato tra pubblico e privato, nel caso fosse prevista una co-partecipazione tra le due categorie di attori per la progettazione di servizi socio-sanitari, la suddetta istruttoria è sottratta dalla regolamentazione degli appalti pubblici. Questo perché tale co-progettazione non riguarda un semplice affidamento promosso dal pubblico a beneficio del privato per la realizzazione di un servizio; si tratta, come è già stato detto, di una co-partecipazione alla quale gli ETS partecipano con risorse proprie. In questo caso per l'individuazione degli ETS le PA sono tenute a svolgere un procedimento amministrativo partecipato competitivo o non competitivo, per poi indicare gli accordi di collaborazione (art. 119, D.Lgs. n. 267/2000 - TUEL) o gli accordi procedurali (art. 11, L. n. 241/1990) stabiliti.

In mancanza del requisito della co-partecipazione, l'intervento deve essere classificato come appalto o concessione di servizi e quindi essere sottoposto alle indicazioni del Codice degli Appalti. In questo caso le PA sono tenute ad elaborare dei bandi pubblici nei quali agli Enti interessati vengono formulate le seguenti richieste:

- comprovare di essere un ETS (Ente del Terzo Settore);
- essere in possesso dei requisiti di onorabilità che autorizzano a intrattenere i rapporti con le PA;
- essere in possesso di competenze specifiche sui temi oggetto di co-programmazione o co-progettazione;
- presentare un elaborato con idee e proposte adeguate all'oggetto del bando.

Il bando, inoltre, deve specificare quale sarà il meccanismo di funzionamento dei tavoli di lavoro e quali sono le risorse pubbliche messe a disposizione nel caso di co-progettazione e successiva realizzazione degli interventi, nonché indicare le modalità ed i criteri utilizzati per l'attribuzione di tali risorse.

⁶⁶ D.Lgs. 117/2017, Art. 55, c. 4

Figura 2.5: co-programmazione e co-progettazione

	STRUMENTI COMPETITIVI	STRUMENTI COLLABORATIVI
A cosa serve	Ad acquisire servizi, forniture, lavoro e opere (dlgs 50/2016)	A sostenere e integrare nelle politiche pubbliche l'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune (dlgs 117/2017)
Fondamento normativo rispetto alle procedure da adottare	Dlgs 50/2016 (Codice dei contratti)	Art. 55 del codice del Terzo settore, legge 241/1990 più eventuale legislazione regionale ed eventuali regolamenti comunali
Principi generali rispetto alle procedure	Economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, ecc.	
Chi procede	La pubblica amministrazione	La pubblica amministrazione; ciò può avvenire anche a seguito di istanza da parte di un soggetto non pubblico, che viene valutata e, dove ritenuto opportuno, viene assunta dalla Pa
Cosa avviene	Le imprese in possesso dei requisiti di partecipazione presentano la propria offerta, una commissione aggiudicatrice valuta quale di esse sia migliore e affida a questa la commessa	I soggetti ammessi alla co-progettazione e l'amministrazione procedente iniziano un dialogo teso ad individuare in tutto il partenariato le soluzioni migliori e le risorse per realizzarle
Trasparenza	Hanno titolo di accedere alla documentazione tutti i soggetti che rivestono un interesse legittimo rispetto all'affidamento, tipicamente un concorrente secondo classificato nella gara	Hanno diritto ad accedere alla documentazione i cittadini, le associazioni, i comitati, i soggetti politici, le amministrazioni portatrici di un interesse rispetto al procedimento
Come si conclude	Con l'aggiudicazione ad uno dei concorrenti	Con un accordo che coinvolge amministrazione procedente e più partner e che auspicabilmente integra e valorizza, a seguito di un esito consensuale, una pluralità di contributi e risorse apportate. Ciò non esclude, ove l'accordo non sia raggiunto, che l'amministrazione procedente individui di propria iniziativa la proposta o le proposte operative che meglio traducono l'esito della co-progettazione.

Fonte: sito Cantiere del Terzo Settore, <https://www.cantiereterzosettore.it/>

Per quanto concerne i profili di partecipazioni nei Comuni dell'Alta Padovana, nelle seguente tabella (tabella 2.6) sono elencate alcune Cooperative Sociali iscritte all'ALBO Regionale aggiornato al 6 Ottobre 2021 che operano nei Comuni dell'Alta Padovana. I dati riguardo i servizi erogati sono stati ricavati dai siti ufficiali di ciascuna cooperativa.

Tabella 2.6: Cooperative operanti in alcuni Comuni dell'Alta Padovana

DENOMINAZIONE SOCIALE	COMUNE	ANNO FONDAZIONE	SERVIZI EROGATI
LA CASA DI SETA – COOPERATIVA SOCIALE	Camposampiero	1975	Servizi di aiuto allo sviluppo della persona; servizi rivolti a soggetti con problemi/difficoltà personali derivanti da situazioni familiari multiproblematiche; servizi per favorire una relazione adulto-minore rispondente ai bisogni psico-affettivi del minore; servizi integrativi funzionali allo sviluppo del minore e al suo inserimento sociale.
IMPRONTE S.C.S.I.S. ONLUS	Cittadella	2014	Percorsi di orientamento all'alternanza scuola – lavoro; laboratori pratici di orientamento per ragazzi della secondaria di primo e secondo grado; progetti di prevenzione di fenomeni di cyberbullismo e cyberstupidity.
CAROVANA – SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE	San Martino di Lupari	1997	Servizi socio-educativi e di animazione socio-culturale rivolti a bambini, ragazzi e famiglie per migliorare il benessere della comunità

FRANCESCO D'ASSISI - SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Cadoneghe	1988	Centro di formazione rivolto a ragazzi fragili (14-20 anni) nell'ambito dell'agricoltura biologica e della trasformazione e commercializzazione dei relativi prodotti.
FRATRES FONTANIVA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Fontaniva	1989	Centro diurno per il sostegno a famiglie con persone con disabilità; promozione umana delle persone disabili; integrazione nel territorio delle persone disabili, attraverso la progettazione di eventi sociali. □
GRUPPO PLEIADI - SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Limena	2009	Servizi educativi e di formazione attraverso l'organizzazione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale; attività di promozione e diffusione della cultura del volontariato, e delle attività di interesse generale.
IL GLICINE - SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Saonara	1999	Gestione di servizi socio-sanitari rivolti alla disabilità

Fonte: ALBO Regionale aggiornato al 6 Ottobre 2021

Come evidenziato dalla tabella 2.6, le Cooperative prese in esame offrono servizi di varia natura spesso rivolti a specifiche categorie di persone quali adolescenti, anziani o disabili. Le Cooperative sopra menzionate permettono di mettere in luce l'importanza che tali attori svolgono nel processo di risposta ai bisogni dei cittadini. Il fatto che alcune di esse siano attive da diversi decenni è indice di una domanda di servizi che, come è stato evidenziato anche nei capitoli precedenti, non decresce. È altresì possibile comprendere l'importanza del sistema delle deleghe per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie, i cui aspetti salienti verranno presi in esame nel Capitolo IV. Si può tuttavia intuire come i Comuni intendano incentivare tale sistema sia per far fronte alla carenza di risorse pubbliche sia per garantire una maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni.

CAPITOLO III

L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI: L'ESEMPIO DEI PROGETTI UTILI ALLA COLLETTIVITÀ (PUC)

3.1.PUC e Reddito di Cittadinanza: esempio di Welfare Generativo di Comunità

Come è stato detto nei precedenti capitoli, l'obiettivo del *Welfare Generativo* è tentare di rigenerare le risorse già disponibili tramite un processo di responsabilizzazione delle persone che ricevono assistenza socio-sanitaria, le quali sarebbero tenute ad “azioni a corrispettivo sociale”, o ACS, definite dalla Fondazione Zancan come «[...] quelle attività che comportano il coinvolgimento attivo e responsabilizzante del soggetto destinatario di interventi di sostegno, definito Attore di ACS, finalizzato [...] ad accrescere il capitale sociale locale e nazionale»⁶⁷.

In Italia un interessante esempio di *Welfare Generativo* è rappresentato dai Progetti Utili alla Collettività, o PUC, che riguardano i beneficiari del Reddito di Cittadinanza. Il RdC è stato introdotto con il Decreto Legge numero 4 del 28 Gennaio 2019 come

[...] misura fondamentale di politica attiva del lavoro a garanzia del diritto al lavoro, di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale, nonché diretta a favorire il diritto all'informazione, all'istruzione, alla formazione e alla cultura attraverso politiche volte al sostegno economico e all'inserimento sociale dei soggetti a rischio di emarginazione nella società e nel mondo del lavoro⁶⁸.

Secondo il progetto,

[...] il beneficiario è tenuto ad offrire nell'ambito del Patto per il lavoro e del Patto per l'inclusione sociale la propria disponibilità per la partecipazione a progetti a titolarità dei comuni, utili alla collettività, in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni, da svolgere presso il medesimo comune di residenza, mettendo a disposizione un numero di ore compatibile con le altre attività del

⁶⁷ Fondazione Emanuela Zancan, *Welfare generativo e azioni a corrispettivo sociale. Proposta di Legge*, Art. 2, c. 2

⁶⁸ D.L. 4/2019, Art. 1, c. 1

beneficiario e comunque non inferiore al numero di otto ore settimanali, aumentabili fino ad un numero massimo di sedici ore complessive settimanali⁶⁹.

L'attività svolta dai percettori del RdC è

[...] a titolo gratuito, non è assimilabile ad una prestazione di lavoro subordinato o parasubordinato e non comporta, comunque, l'instaurazione di un rapporto di pubblico impiego con le amministrazioni pubbliche»⁷⁰. I progetti dovranno essere individuati a partire dalle esigenze e dai bisogni della comunità cui il soggetto interessato appartiene. L'obiettivo, nello stile delle politiche di *Welfare Generativo*, non è solo responsabilizzare i percettori del RdC affidando loro compiti di utilità sociale, ma anche e soprattutto valorizzare le conoscenze e le competenze dei soggetti coinvolti al fine di far svolgere loro attività «in coerenza con le competenze professionali del beneficiario e con quelle acquisite in ambito formale, non formale e informale, nonché in base agli interessi e alle propensioni emerse nel corso del colloquio sostenuto presso il centro per l'impiego [...]»⁷¹.

È opportuno tuttavia fare attenzione a non ridurre il paradigma del *Welfare Generativo* come un semplice meccanismo basato sul dare/avere, in cui le prestazioni socio-sanitarie vengano offerte a condizione che chi le riceve sia disponibile a dare o fare qualcosa per gli altri membri della comunità. In primo luogo le politiche di *welfare* sono volte ad assicurare a tutti i cittadini l'accesso a servizi ritenuti fondamentali, accesso che quindi non dovrebbe basarsi sulla meritevolezza. Il secondo luogo il concetto di “comunità” è articolato e complesso e non può basarsi sul riduttivo concetto di “restituzione” per qualcosa che si è ricevuto.

3.2. Ruoli e soggetti che partecipano al progetto

Come è già stato detto, il progetto è rivolto a tutti coloro che percepiscono il RdC, escluse le categorie di persone non tenute a rispettare gli obblighi connessi al RdC elencati all'articolo 4, commi 2 e 3 del Decreto Legge 4/2019 convertito con modificazioni dalla Legge 26/2019, ovvero:

- maggiorenni già impiegati con un reddito da lavoro dipendente maggiore di €. 8.145 o reddito da lavoro autonomo superiore a €. 4.800;
- i frequentanti di un regolare corso di studi;
- «[...] i beneficiari della Pensione di cittadinanza ovvero i beneficiari del RdC titolari di pensione diretta o comunque di età pari o superiore a 65 anni, nonché i componenti con disabilità[...]»⁷²;

⁶⁹ D.L. 4/2019, Art. 4, c. 15

⁷⁰ D.L. 4/2019, Art. 4, c. 15

⁷¹ D.L. 4/2019, Art. 4, c. 15

⁷² D.L. 4/2019, Art. 4, c. 3

- «[...] i componenti con carichi di cura, valutati con riferimento alla presenza di soggetti minori di tre anni di età ovvero di componenti il nucleo familiare con disabilità grave o non autosufficienza [...]»⁷³.

Tali categorie, seppur escluse dai progetti, possono comunque parteciparvi volontariamente. Sono invece esonerabili, ma comunque ammesse in caso di partecipazione volontaria, le seguenti categorie:

- maggiorenni già impiegati che, pur avendo un lavoro, hanno un reddito da lavoro dipendente inferiore a €. 8.145 o reddito da lavoro autonomo inferiore a €. 4.800;
- persone che si trovino in condizioni di salute tali da non consentire la partecipazione ad un percorso di inserimento lavorativo;

Sono infine totalmente esclusi:

- i minori;
- i componenti del nucleo familiare non conteggiati in scala di equivalenza (detenuti, ricoverati in strutture residenziali a totale carico dello Stato o di altra Pubblica Amministrazione, ecc.).

L'organizzazione dei progetti compete ai Comuni, sia come singoli che tramite gestione associata raccordandosi a livello di Ambito Territoriale, i quali sono responsabili dell'approvazione, attuazione, coordinamento e monitoraggio dei progetti, anche con l'apporto di altri Soggetti Pubblici e del Privato Sociale. I progetti possono riguardare sei ambiti di intervento distinti: culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni. I progetti devono appartenere all'ambito delle attività di interesse generale elencate all'articolo 5 del Decreto legislativo 117/2017 *Codice del Terzo Settore*.

Le linee guida prevedono inoltre che ciascuno progetto sia dotato dei seguenti elementi tipici:

- la finalità del progetto è la valorizzazione dei soggetti coinvolti e l'accrescimento della comunità cui essi appartengono tramite attività non sostitutive di quelle ordinarie;
- è possibile indicare degli obiettivi che si intende raggiungere tramite il progetto ed i relativi risultati che ci si aspetta di ottenere;
- ciascun progetto ha un arco di tempo definito;

⁷³ D.L. 4/2019, Art. 4, c. 3

- è necessario indicare nel progetto le azioni da intraprendere che siano compatibili con gli obiettivi da raggiungere;
- vanno indicate le caratteristiche della persona che si intende coinvolgere per raggiungere gli obiettivi stabiliti;
- è necessario indicare il budget del progetto;
- il progetto deve prevedere azioni di monitoraggio per constatare la partecipazione dei soggetti coinvolti e l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi;
- nel caso il progetto predisponga degli obiettivi, è necessario valutarne gli esiti.

Per la realizzazione dei progetti è auspicabile l'attuazione di una procedura pubblica per coinvolgere anche gli Enti del Terzo Settore, oltre alla possibilità di poter attuare i progetti tramite anche tramite altri Enti pubblici, partner dei Comuni. Per semplificare il lavoro degli assistenti sociali nella gestione dei Patti per l'inclusione sociale è stata creata un'applicazione ad hoc chiamata *GePi*, la quale consente ai Comuni di comunicare informazioni sui PUC.

3.3.Come funziona l'integrazione della rete territoriale di attori pubblici e privati che erogano servizi socio-sanitari

Fin dalla sua istituzione con la Legge 833/1978, il Servizio Sanitario Nazionale ha previsto modalità di integrazione socio-sanitaria con l'obiettivo di promuovere migliori condizioni di salute attraverso il riconoscimento non solo dei bisogni sanitari, ma anche dei bisogni psicologici, relazionali e sociali, ponendo in sinergia il comparto sanitario con quello sociale. Nella Regione del Veneto la cooperazione tra servizi pubblici e privati per l'erogazione di servizi socio-sanitari è regolamentata dal legislatore regionale attraverso un sistema di accreditamento dei soggetti promotori e gestori dei servizi di *welfare*. Il coinvolgimento, accanto agli attori pubblici, di organizzazioni del volontariato, Enti del Terzo Settore e imprese è sostenuto dai concetti di sussidiarietà verticale, intesa come distribuzione di competenze amministrative tra diverse enti di governo territoriale, e sussidiarietà orizzontale, ovvero il coinvolgimento delle organizzazioni sopra menzionate al fine di garantire una fornitura di servizi più funzionale ed efficace.

La gestione ed il coordinamento funzionale ed organizzativo dei servizi socio-sanitari territoriali è affidata al Distretto, il quale funge da articolazione delle Aziende ULSS per perseguire l'integrazione tra le strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali. Il D.Lgs 229/1999 attribuisce al Distretto i seguenti ambiti di autonomia:

- autonomia economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate;
- autonomia gestionale, nell'ambito dei programmi approvati dall'Azienda. I Piani di Zona definiscono gli accordi presi con i Comuni interessati all'erogazione dei servizi.

Secondo la normativa, inoltre, il Distretto è tenuto a garantire l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale, e a provvedere all'erogazione di prestazioni socio-sanitarie, ivi comprese prestazioni sociali delegate dai Comuni.

La *governance* territoriale e l'integrazione socio-sanitaria si realizzano, all'interno dei rispettivi ambiti distrettuali, attraverso il coinvolgimento dei Comitati e delle Conferenze dei Sindaci. All'interno di tale contesto il processo di pianificazione e individuazione delle deleghe che i Comuni offrono alle ULSS, uniti allo studio dei bisogni della popolazione e all'individuazione delle risorse, prende forma attraverso lo strumento dei Piani di Zona del Distretto, resi obbligatori con la Legge Regionale 56/1994 con il nome di "Piani di Zona dei servizi sociali". I Piani di Zona rivestono un ruolo di primaria importanza nel processo di accreditamento, che costituisce lo strumento di regolazione dell'offerta del Sistema Socio-Sanitario Regionale. Eventuali unità di offerta possono essere inserite nel Piano di Zona a condizione di rispettare la programmazione socio-sanitaria regionale e locale ed essere economicamente sostenibili.

Sistemi di integrazione territoriale che vedano coinvolti attori pubblici, Enti del Terzo Settore, aziende e cittadini appaiono sempre più necessari, considerando le difficoltà economiche e gestionali dei tradizionali sistemi di *welfare* nel riuscire a soddisfare la crescente differenziazione dei bisogni della popolazione.

CAPITOLO IV

IL NODO DELLE DELEGHE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI TRA COMUNI E ULSS

4.1. Le ragioni dell'uso della delega, “obbligatoria” e “facoltativa”

Sotto il profilo istituzionale, la *governance* territoriale e l'integrazione socio-sanitaria, nel modello Veneto si qualifica, all'interno degli ambiti distrettuali, per la partecipazione delle comunità locali (Comitati e Conferenze dei Sindaci) ai processi di pianificazione e per la delega dai comuni alle aziende ULSS della gestione di molteplici servizi sociali⁷⁴.

La co-gestione dei servizi socio-sanitari si concretizza nel perimetro dei Piani di Zona, i quali costituiscono lo «[...] strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali [...]»⁷⁵. La strategia di integrazione di una parte delle funzioni socio-sanitarie tramite delega tra Comuni ed ULSS è una delle caratteristiche del SSR Veneto, con il conseguente risultato che i servizi offerti nella Regione presentano un forte carattere di integrazione socio-sanitaria che vede coinvolti le Aziende ULSS, i Comuni e gli Ambiti Territoriali.

Riguardo la questione delle deleghe tra Comuni ed ULSS, la Legge Regionale numero 55 del 15 Dicembre 1982, *Norme per l'esercizio e le funzioni in materia di assistenza sociale*, costituisce la prima norma che regola in Veneto la questione della delega, introduce il principio di assistenza socio-sanitaria e distingue i servizi di competenza comunale dai servizi di competenza delle ULSS.

Le funzioni a delega obbligatoria, ovvero di competenza esclusiva delle ULSS, sono indicate all'articolo 6 della L.R. 55/1982 e comprendono:

- l'assistenza ai portatori di handicaps con riferimento ai particolari servizi e sussidi necessari per il recupero e l'insediamento degli stessi;
- la gestione delle strutture tutelari e residenziali sia miste che specifiche per disabili e per inabili in età lavorativa;

⁷⁴ Regione del Veneto, *Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023*, pag. 126/127

⁷⁵ D.G.R. 157/20210

- la gestione dei consultori familiari;
- la prevenzione delle tossicodipendenze.

Per quanto concerne i Comuni, essi «[...] partecipano, nelle forme previste dalla presente legge, al processo di programmazione socio-sanitaria regionale»⁷⁶.

Sono tre invece le funzioni dei Comuni delegabili alle ULSS:

- la gestione delle strutture residenziali per anziani e minori;
- i provvedimenti a favore dei minori;
- l'assistenza domiciliare per anziani, minori e disabili.

In base all'articolo 8 della Legge Regionale numero 56/1994, le ULSS possono esercitare tali funzioni delegate dai Comuni anche «[...] prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale socio-sanitario»⁷⁷.

Le ragioni dell'uso della delega sono molteplici e possono essere così riassunte:

- motivazioni assistenziali. Attraverso l'integrazione socio-sanitaria tramite deleghe la Regione intende perseguire l'obiettivo di facilitare una gestione più uniforme e capillare sul territorio e garantire pari opportunità di accesso e uniformità di trattamento a tutti i cittadini;
- motivazioni economiche. Come riportato nel PSSR 2019-2023, le deleghe potranno essere estese il più possibile alla totalità dei servizi sociali, «[...] al fine di perseguire l'obiettivo di ricomposizione globale delle risorse, evitando in tal modo frammentazioni, sovrapposizioni e inefficienze di sistema»⁷⁸;
- motivazioni di sostenibilità. Vi è una correlazione fra frequenza e prevedibilità della domanda di servizi e costo unitario degli stessi. Un sistema associato tramite deleghe, che possono coinvolgere sia le ULSS che gli ETS, aumenta la sostenibilità del costo di quei servizi ad alto costo unitario.

⁷⁶ L.R. 56/1994, Art. 5, c. 1

⁷⁷ L.R. 56/1994, Art. 8, c1

⁷⁸ Regione del Veneto, *Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023*, pag. 127

4.2. Responsabili e gestori di servizi sociali: i Comuni e gli Enti del Terzo Settore

Come abbiamo finora analizzato, la programmazione territoriale rappresenta lo strumento migliore per garantire ai cittadini l'accesso ai servizi poiché il locale costituisce il livello più vicino ai loro bisogni.

L'integrazione intersoggettiva per l'erogazione dei servizi in Veneto coinvolge le amministrazioni comunali con i rispettivi responsabili dei servizi sociali, la rete integrata di erogatori pubblici e privati che erogano servizi sanitari ed il Terzo Settore. Nello specifico, l'integrazione si costruisce con l'apporto dei seguenti attori:

- le ULSS come strumento primario per la gestione integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari;
- il Piano di Zona quale strumento di governo della Regione per la programmazione territoriale per guidare i territori a fare sintesi nel processo di pianificazione;
- il Distretto quale unità materiale per la realizzazione dell'integrazione;
- le collaborazioni intercomunali, che si realizzano tramite i Comitati e le Conferenze dei Sindaci di Distretto, finalizzate alla gestione unitaria dei Piani di Zona tramite il coinvolgimento dei vari soggetti attivi nella Comunità;
- l'utilizzo delle deleghe fatte dai Comuni a beneficio delle ULSS;
- il coinvolgimento del Terzo Settore nei processi di co-programmazione e co-progettazione e gestione dei servizi.

Il Piano di Zona, quale «[...] strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria»⁷⁹, richiede la partecipazione ai tavoli di lavoro dei vari attori coinvolti in un preciso ambito territoriale per l'indicazione di proposte volte a soddisfare i bisogni dei cittadini di tale ambito. L'avvio del procedimento per la costruzione del Piano di Zona spetta alla Conferenza dei Sindaci, al Direttore Generale dell'ULSS ed al Direttore dei Servizi Sociali, tramite i quali viene costituito un gruppo di coordinamento tecnico. Con l'avvio delle procedure di consultazione si procede all'analisi dei bisogni della popolazione del territorio e alle offerte disponibili, passaggi essenziali per la stesura del Piano che deve essere successivamente inviato alle autorità regionali per il visto di congruità. In seguito ritorna centrale l'attività dei Comuni attraverso la Conferenza dei Sindaci, la quale è tenuta ad approvare il Piano e ad attuarlo tramite l'accordo di

⁷⁹ L.R. 11/2001, Art. 128, c. 5

programma che vede coinvolti enti territoriali e Amministrazione pubbliche per la realizzazione degli interventi concordati.

Nella programmazione e attuazione dei servizi tramite il Piano di Zona, il Terzo Settore assume un ruolo fondamentale per valorizzare un sistema basato sulla coesione sociale e sulla partecipazione e contribuire a costruire un *welfare* sostenibile, anche alla luce delle difficoltà economiche che modelli di *welfare* tradizionali stanno affrontando negli ultimi anni.

CONCLUSIONI

Dalla ricerca condotta è emerso che la storia del *Welfare State* e delle politiche sociali e socio-sanitarie è caratterizzata da un perpetuo processo di evoluzione organizzativo, normativo e culturale. La Regione del Veneto nel processo di costruzione del Servizio Socio-Sanitario regionale ha perseguito l'obiettivo di mantenere e promuovere l'integrazione socio-sanitaria come strumento per rispondere ai bisogni della popolazione veneta. Lo studio effettuato su questo tema ha permesso di comprendere che, accanto alle Istituzioni e Amministrazioni Pubbliche, un ruolo fondamentale nel processo di pianificazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali è svolto dal Terzo Settore e dagli Enti che ne fanno parte.

Da questo punto di vista, la riforma del Terzo Settore rappresenta un passaggio importante poiché non solo riconosce agli ETS la loro funzione, ma altresì il loro valore pubblico e l'apporto che essi possono offrire alla comunità. Assodato questo concetto, la co-programmazione e la co-progettazione rappresentano la strada privilegiata per sviluppare soluzioni comunitarie che offrano prospettive utili all'interesse generale. Il punto centrale della collaborazione tra PA ed ETS risiede proprio nel dare un beneficio all'intera comunità attraverso i contributi di attori diversi ma che condividono obiettivi comuni. La ricerca ha altresì evidenziato il ruolo primario svolto dai Comuni nei processi di pianificazione ed erogazione dei servizi attraverso lo strumento della delega, anche in qualità di Enti che conoscono meglio di tutti le esigenze ed i bisogni nei relativi territori.

Nonostante il Veneto possa annoverarsi tra le Regioni "virtuose" in materia di servizi socio-sanitari, la ricerca ha evidenziato alcune importanti criticità del Sistema, dopo la riforma, che possono essere riassunte in una generale difficoltà del Sistema Socio Sanitario regionale nel soddisfare i bisogni della popolazione. Come abbiamo constatato, tale difficoltà deriva da due fattori tra loro interconnessi: in primo luogo, le trasformazioni socio demografiche e occupazionali in atto negli ultimi anni hanno fatto aumentare la domanda di misure socio-assistenziali; in secondo luogo, la mancanza di risorse sia umane che finanziarie adeguate, causata da politiche di contenimento della spesa pubblica, riducono inevitabilmente l'offerta che gli erogatori di servizi mettono a disposizione. L'attuale pandemia di Covi-19, come abbiamo visto, amplifica ulteriormente gli effetti negativi prodotti da queste criticità.

Alla luce di tali difficoltà, le PA devono affidarsi ad attori privati per colmare il deficit tra domanda e offerta delle prestazioni sociosanitarie. Tuttavia, come la ricerca ha sottolineato, tale processo di territorializzazione richiede un maggiore coordinamento tra lo Stato e gli attori privati con cui esso si confronta, nonché un rafforzamento dell'impermeabilità delle amministrazioni pubbliche a interessi di parte e di matrice affaristica.

Alla luce di tali difficoltà risulta necessaria una nuova calibratura dei sistemi di *welfare*, basati su principi di interesse generale, valorizzando le soluzioni e le offerte che i diversi attori dislocati nei territori propongono di adottare e spronando la politica regionale e nazionale a mantenere le questioni dei servizi socio-sanitari al centro della sua agenda. In merito a questo obiettivo, abbiamo constatato come le organizzazioni di rappresentanza come il Forum del Terzo Settore possano svolgere un ruolo determinante per condizionare le scelte politiche in materia di servizi socio-sanitari.

Bibliografia

- BIFULCO L., (2015), *Il welfare locale. Processi e prospettive*, Carrocci.
- BONVENTO B. (a cura di), CANALE I., REBBA V., NICOLETTI M., (2021), Aggiornamento della terza direttrice di ricerca, *Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi socio-sanitari nella Regione del Veneto*, IRES Veneto.
- BONVENTO B. (a cura di), NICOLETTI M., REBBA V., (2019), *Integrazione organizzativa ed integrazione dei servizi sociosanitari nel Veneto: il primo report della ricerca di Ires Veneto che analizza la politica socio sanitaria della regione*, IRES Veneto.
- CARTABELLOTTA N., COTTAFAVA E., GILI R., LUCERI R., MOSTI M., (2021), Report Osservatorio GIMBE 1/2021. *Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitari*, GIMBE.
- CGIL Veneto, (2015), *Osservazioni CGIL Azienda Zero ott.15*, (inedito).
- CGIL Veneto, (2015), *Documento di analisi della Fp Cgil Veneto sulla PDLR 25/2015 - Istituzione dell'Ente di Governance della Sanità regionale veneta denominata "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero". Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss*, pag. 4, (inedito).
- FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN, (2015), *Welfare generativo e azioni a corrispettivo sociale. Proposta di Legge*.
- FRACASSO S., (2016), *Approvata la Riforma Sanitaria del Veneto: cosa cambia e cosa rimane ancora da fare*, (disponibile presso: <https://www.pdbelluno.it/riforma-sanitaria-del-veneto-cosa-cambia-e-cosa-resta-da-fare/>).
- FUOLEGA F. (a cura di), (2012), *Origini e storia del Sistema Socio Sanitario Regionale*, Segreteria Regionale per la Sanità, Direzione Controlli e Governo SSR.
- ISTAT, (2018), *Dati statistici per il territorio Regione Veneto*.
- ISTAT, (2020), *Dati statistici per il territorio Regione Veneto*.
- MAINO F. (a cura di), (2021), *Il ritorno dello Stato Sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto rapporto sul secondo welfare*, Torino, G. Giapichelli Editore.
- MESSINA P. (a cura di), (2019), *Economia e società regionale. Innovazione sociale e nuovo welfare territoriale*, Milano, FrancoAngeli.
- MESSINA P. (a cura di), (2019), *Oltre la responsabilità sociale di impresa. Territori generativi tra innovazione sociale e sostenibilità*, Padova, Padova University Press.
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, (2020), *"I servizi sociali al tempo del Coronavirus. Pratiche in corso nei Comuni italiani"*, pp. 253-264.
- MONTANTE G. e BENAZZATO A., (2016), *Veneto, la mina disinnescata di «Azienda zero». L'analisi di Anaao Assomed*, Sanità24.
- PASQUALOTTO L., (2016), *Rendere generativo il lavoro sociale, guida per operatori amministratori locali*, La Meridiana.
- REGIONE DEL VENETO, (2013), *La Direzione del sociale nel welfare regionale*, 1° Report a cura della Direzione Regionale Servizi Sociali, con la collaborazione dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali.
- REGIONE DEL VENETO, (2018), *Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023*.

REGIONE DEL VENETO, (2020), *Rapporto statistico 2020*.

TURCHINI A. (a cura di), (2017), *Terzo Settore e Servizi di Welfare. Indagine sui Provider Non Profit di Servizi Sociali*, INAPP, Roma.

VITALE T., (2007), *Integrazione e territorializzazione del welfare. Alcune implicazioni per i servizi sociali*, *Voci di strada*, XIX (3), pp. 91-113.

Normativa di riferimento

Costituzione Italiana, Art. 2, Art. 3, Art. 32, Art. 38, Art. 118.

Legge 16 Maggio 1970, n. 281 “*Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario*”

Legge 22 Maggio 1971, n. 340 “*Approvazione, ai sensi dell'articolo 123, comma secondo, della Costituzione, dello Statuto della Regione Veneto*”

Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 “*Istituzione del servizio sanitario nazionale*”

Legge Regionale 15 Dicembre 1982, n. 55 “*Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale*”

Legge Regionale 14 Settembre 1994, n. 56 “*Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*”

Decreto Legislativo 19 Giugno 1999, n. 229 “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*”

Legge 8 novembre 2000, n. 328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”

Legge Regionale 13 Aprile 2001, n. 11 “*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*”

Legge Regionale 16 Agosto 2002, n. 22 “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali*”

Albo Regionale delle Cooperative Sociali (L.R. 23/2006 artt. 5 -6), aggiornato con le iscrizioni e le cancellazioni alla data del 06/10/2021.

Legge Regionale 29 Giugno 2012, n. 23 “*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*”

Legge Regionale 25 Ottobre 2016, n. 19 “*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*”

Decreto Legislativo 3 Luglio 2017, n. 112 “*Revisione della disciplina in materia di impresa sociale, a norma dell'articolo 2, comma 2, lettera c) della legge 6 giugno 2016, n. 106*”

Decreto Legislativo 3 Luglio 2017, n. 117 “*Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106*”

Legge Regionale 28 Dicembre 2018, n. 48 “*Piano socio sanitario regionale 2019-2023*”

Decreto Legge 28 Gennaio 2019, n. 4 “*Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni*”

Sitografia

Cantiere del Terzo Settore: <https://www.cantiereterzosettore.it/>

ConfCooperative: <https://www.confcooperativepd.coop/cooperative/fratres-fontaniva-societa-cooperativa-sociale/>

Consorzio Arcobaleno: <https://www.consarco.com/la-casa-di-seta/>

Cooperativa Alba: <https://www.coopalba.org/it/>

Cooperativa Impronte: <https://www.retemaranatha.com/chi-siamo/come-siamo-organizzati/cooperativa-im-pro-n-te/>

Cooperativa Sociale “la Carovana”: <http://www.cooperativasocialecarovana.com/>

Forum del Terzo Settore: <https://www.forumterzosettore.it/>

Il Glicine: <http://www.coopglicine.it/>

Pleiadi: <https://www.pleiadi.net/>

Progetti Utili alla Collettività:

<https://www.lavoro.gov.it/redditodicittadinanza/PUC/Pagine/default.aspx>

Scuola di Formazione Professionale Francesco d’Assisi: <https://www.francescodassisi.org/>

Welfare Generativo: <http://www.welfaregenerativo.it/>

Appendice 1

Interviste a testimoni privilegiati

Le seguenti persone hanno contribuito alla stesura della ricerca tramite la fornitura di informazioni e materiali utili a completare l'elaborato.

Nome	Ruolo	Luogo incontro	Data incontro
Luca Pierobon	Sindaco di Cittadella	Comune di Cittadella/virtuale	Novembre 2021 5 Gennaio 2022
Marina Beltrame	Vicesindaco di Cittadella	Comune di Cittadella	19 Gennaio 2022
Ornella Pettenuzzo	Consigliera comunale di Cittadella	Virtuale	7 Gennaio 2022
Adriano Pozzato	Già Sindacalista CISL	Virtuale	24 Dicembre 2021 28 Gennaio 2022 9 Febbraio 2022 15 Febbraio 2022
Massimo Gelain	Presidente Cooperativa IMPRONTE	Sede Cooperativa a Cittadella	24 Febbraio 2022

Ringraziamenti

In primo luogo desidero ringraziare la Professoressa Patrizia Messina per avermi guidato nelle fasi iniziali, dandomi preziosi suggerimenti nella scelta dell'argomento, ed il Professor Giulio Mattiazzi che mi ha seguito con pazienza e cordialità nella stesura di questo elaborato e grazie al quale sono riuscito a laurearmi nei tempi che avevo previsto.

Un sentito ringraziamento alle persone che mi hanno offerto informazioni e materiale che ho potuto utilizzare per terminare il lavoro. Ringrazio quindi il Sindaco di Cittadella Luca Pierobon, la Vicesindaco di Cittadella Marina Beltrame e la Consigliera comunale di Cittadella Ornella Pettenuzzo. Per i medesimi motivi ringrazio il Presidente dell'Associazione Im.Pro.N.Te Massimo Gelain.

Un ringraziamento speciale ad Adriano Pozzato, che mi ha fornito molti documenti e spiegazioni utili a comprendere il complesso sistema che regola i servizi socio-sanitari della Regione del Veneto e gli attori che ne sono coinvolti.

Colgo l'occasione per ringraziare sentitamente la Dottoressa Maruccia per il prezioso aiuto ricevuto in questi ultimi anni.

Ed ora alcuni ringraziamenti alle persone più vicine a me.

Non posso che iniziare con un immenso grazie a Flavia Marcellan, vicina di casa e cara amica, che dai tempi delle ripetizioni in matematica alle elementari fino ad oggi mi ha sempre aiutato nel mio percorso di studi.

Voglio ringraziare i miei amici Angelica e Nicolò, con le loro famiglie, per i bei momenti che abbiamo condiviso nel corso degli anni e che, seppur con minor frequenza, continuiamo a condividere. Un ringraziamento speciale ad Aurora e ai suoi genitori, Luisa e Pietro, per le tante avventure in cui mi hanno coinvolto, e a volte trascinato, ma che mai sono state negative. Però camminate come l'ultima, mai più.

Grazie ad Elda, che ormai è di famiglia, per essere sempre disponibile. E soprattutto per essere riuscita tramite computer a pagarmi il bollettino della domanda di laurea, quando mancavano meno di tre ore alla scadenza finale, poiché il sottoscritto non riusciva a terminare l'operazione. Senza quel pagamento avrei dovuto aspettare Giugno per la laurea, quindi grazie ancora. Grazie tante a zia Barbara per tutto quello che ha fatto e continua a fare per me. Ringrazio tanto anche zia Giusy per la sua presenza continua e in particolare, insieme a Denis, e ai miei cugini Anita e Cristian, per la vicinanza manifestata al mio papà durante la malattia e per ogni forma di aiuto che ci avete dato. Vi assicuro che io l'ho sempre apprezzato moltissimo.

Per i medesimi motivi ringrazio tutte le persone, parenti e non, che, in un modo o nell'altro, sono state accanto a me, al mio papà e ai miei familiari in questi ultimi, difficili anni. Anche la più piccola delle azioni o la più semplice delle frasi può aiutare una persona in un momento difficile.

Non posso non ringraziare i miei nonni, che ho la fortuna di avere ancora accanto a me e a cui voglio un gran bene, per essersi sempre presi cura del loro nipotino, anche adesso che è diventato grande. Sono davvero felice di poter condividere questo importante momento con voi.

Infine ringrazio tanto i miei genitori, che non mi hanno mai fatto mancare il loro amore e il loro supporto.

Un grazie immenso a mia mamma, senza la quale non avrei affrontato nessuna delle sfide che si sono presentate davanti al mio cammino in questi ultimi anni. Senza la tua continua presenza ed i tuoi incessanti incoraggiamenti non sarei dove sono ora. E un immenso grazie al mio caro papà, che mi manca tantissimo e con cui avrei tanto voluto condividere questo momento. So che sarebbe fiero di me, perché non mancava mai di dirmelo e so che, ovunque egli sia, continuerà ad aiutarmi come ha sempre fatto.