

Research Report n. 024 | 22

TRA SANITÀ E ASSISTENZA:  
UNA FILIERA DA RICOMPORRE  
Evoluzione e ruolo del Terzo Settore in Italia

Coordinatore scientifico:  
Eddi Fontanari

Progetto realizzato nell'ambito dell'Accordo di  
Programma tra Euricse e la Provincia Autonoma di  
Trento.

# TRA SANITÀ E ASSISTENZA: UNA FILIERA DA RICOMPORRE

## Evoluzione e ruolo del Terzo Settore in Italia

Eddi Fontanari\*

### Sommario

<b>Premessa</b>	<b>3</b>
<b>Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>1. La situazione della protezione sociale in Italia: confronto con l'Unione europea e differenziazioni territoriali</b>	<b>6</b>
1.1 Introduzione	6
1.2 Spesa in protezione sociale	6
1.3 Sanità e assistenza sociale in Italia: approfondimenti	13
1.4 Sanità e assistenza: la dimensione territoriale	15
<b>2. Il ruolo delle organizzazioni non profit nei settori della sanità e dell'assistenza</b>	<b>22</b>
2.1 Quadro generale	22
2.2 Rilevanza territoriale	26
2.3 Un'analisi del valore aggiunto	31
2.4 Cooperative nella sanità e assistenza sociale: un confronto con le società di capitali	34
<b>3. Un'offerta differenziata: struttura dei sistemi sanitari e di welfare a livello regionale</b>	<b>42</b>
3.1 Introduzione	42
3.2 Sanità	42
3.3 Assistenza sociale	47
3.4 Sanità e assistenza sociale	51
<b>Spunti di riflessione</b>	<b>53</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>55</b>
<b>Appendice</b>	<b>56</b>

Si ringrazia il professor Carlo Borzaga per i commenti nella fase di revisione del Rapporto.  
Editing curato da Federica Silvestri.

Si prega di citare questo Rapporto come:

Ericse (2022). Tra sanità e assistenza: una filiera da ricomporre. Evoluzione e ruolo del Terzo Settore in Italia, *Ericse Research Reports*, n. 24|2022. Autore: Eddi Fontanari. Trento: Ericse.

\* PhD, Experienced Researcher, Ericse.

## PREMESSA

Le criticità dell'organizzazione e della funzionalità del sistema sanitario emerse durante la pandemia da Covid-19 e l'insufficiente offerta di servizi di cura e di assistenza sul territorio hanno contribuito ad una crescita di interesse per l'approfondimento di questi temi, accompagnato dal moltiplicarsi di proposte e progetti di intervento e di organizzazioni mobilitate per il cambiamento. Nessuno si illude che la transizione verso un nuovo sistema sanitario sarà facile, non solo perché c'è da superare un sistema ormai consolidato, ma anche perché le nuove strutture (le Case della Comunità, per esempio) e le nuove relazioni tra i diversi servizi necessarie per impostare una sanità territoriale e preventiva sono ancora lungi dall'essere chiaramente definite.

Nonostante il PNRR nella specifica "missione" non ne faccia neppure cenno, molti dei cambiamenti auspicati o progettati interesseranno anche le organizzazioni di Terzo Settore, in particolare quelle che sul territorio organizzano servizi sociali e socio-sanitari e che si stanno muovendo con proposte e progetti.

Data la rilevanza del tema, in generale e per le realtà di riferimento, Euricse ha iniziato a occuparsene già durante la prima fase della pandemia, portando avanti nel corso di questi ultimi due anni diverse riflessioni sul tema. Le risorse stanziare dal PNRR a sostegno della riforma rappresentano un'occasione unica per cercare di riprogrammare e riprogettare la medicina territoriale. Tuttavia, le misure inserite se non supportate da una struttura organizzativa adeguata rischiano di produrre un ulteriore spreco di risorse. A tal proposito, andrebbe in particolare considerata (e sfruttata) la capacità delle organizzazioni del Terzo Settore di cogliere i bisogni "dal basso", attivando risposte auto-organizzate (ma anche risorse latenti) e centrate sulle comunità di riferimento. In questo momento, gli addetti ai lavori e soprattutto gli operatori socio-sanitari stanno richiamando l'attenzione verso il rischio di costruire dei contenitori fisici vuoti privi delle competenze specialistiche e delle interdipendenze organizzative necessarie, anche rispetto ai bisogni del territorio.

Questo Rapporto intende offrire come punto di partenza per ulteriori riflessioni un inquadramento quantitativo e comparato della situazione sia della spesa che della composizione dell'offerta nel comparto allargato della sanità, assistenza e protezione sociale. Un quadro che mette bene in luce le peculiarità italiane con cui le diverse proposte dovranno necessariamente fare i conti se vorranno trovare soluzioni veramente efficaci ai problemi cronici del comparto.

Carlo Borzaga

Presidente Emerito Euricse

## INTRODUZIONE

Le discussioni e le riflessioni sulla sanità hanno ripreso vigore con lo scoppio della pandemia Covid-19, che ha richiamato l'attenzione su un settore altamente strategico nella vita delle persone e la cui importanza è stata spesso sottovalutata negli ultimi anni attraverso ripetuti tagli e ridimensionamenti (Bernardoni, 2020; Fontanari, 2021).

A pesare su questa situazione è stata sicuramente la grave crisi economico-finanziaria di inizio anni Duemila – a cui è seguita quella dei debiti sovrani – che ha influito negativamente sulla disponibilità di risorse e sulla finanza pubblica.

In realtà, tale configurazione ha solamente accelerato un processo di razionalizzazione che era già in atto e che ha favorito l'introduzione di logiche aziendalistiche di controllo dei costi nella gestione del sistema sanitario italiano danneggiando la quantità e la qualità del servizio.

Oltre al sottodimensionamento in sanità, è l'intero approccio alla salute a soffrire di un'interpretazione e concezione non propriamente adeguate. Due sono essenzialmente i limiti: il primo si riferisce allo scarso (se non nullo) investimento in attività di prevenzione (peraltro presente nella legge di istituzione e organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale); il secondo si lega allo scollamento tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali.

Tale approccio ha innescato un paradigma prestazionale e ospedalocentrico basato sulla cura riparatoria, che ha lasciato scoperti gli ambiti pre e post ricovero. Questa semplificazione ha ridimensionato dunque la complessità della catena della salute. Quest'ultima è influenzata infatti da una serie di fattori concatenati che toccano gli aspetti più diversi come, per esempio, la dieta alimentare, l'istruzione, il livello di reddito, le condizioni abitative, ecc. (WHO, 1978, 2008, 2018; Donati, 1986; Braveman e Gottlieb, 2014; Bonaldi *et al.*, 2021).

Le politiche dovrebbero perciò intervenire trasversalmente a tutte queste dimensioni favorendo la strutturazione di un'attività di presidio della salute e quindi di prevenzione dell'insorgenza di problematiche di vario genere.

A tal proposito, risultano particolarmente efficaci le parole di Betti *et al.* (2022) che sottolineano come negli ultimi anni le politiche sanitarie abbiano favorito sempre più “[...] la specializzazione clinica, una gestione manageriale e aziendalistica basata sull'erogazione prestazionale del servizio e il conseguente accorpamento di buona parte dei servizi sanitari in grandi strutture ospedaliere scollegate dal territorio e dalla vita delle persone” (op. cit., p. 8).

Ad essere chiamata in causa è quindi la mancanza o la sottorappresentazione della medicina territoriale e dei servizi socio-assistenziali di supporto. Agli effetti negativi della mancata prevenzione, si aggiungono lo scarso sostegno e assistenza garantiti nella fase post-ricovero e nella cura delle malattie croniche (sempre più diffuse a seguito dell'innalzamento della vita media e dell'invecchiamento della popolazione).

A questo va sommata poi la tendenza a selezionare le attività ospedaliere economicamente più convenienti, che spiegano anche il sottodimensionamento dei reparti di terapia intensiva, per dare l'idea dello scostamento maturato nel corso degli anni rispetto ai reali bisogni e servizi espressi dalla comunità (Galera, 2020).

L'evoluzione storica dei settori sanitario e del welfare sembra indicare come a scontrarsi siano state due forze: la prima, rappresentata dal pubblico, con gravi difficoltà organizzative e di

efficienza e scarsa capacità produttiva; la seconda, dal privato for-profit, interessato ad operare in ambiti (sanità riparatoria) altamente remunerativi (Borzaga, Fazzi, 2006).

Come già emerso, l'unione di queste due forze ha prodotto la desertificazione di sfere di attività di una certa rilevanza soprattutto per i soggetti socialmente ed economicamente più svantaggiati. In questo vuoto, a partire dagli anni Settanta del secolo scorso (Ianes e Borzaga, 2021), si è fatta spazio un'azione dal basso – il Terzo Settore – che ha sviluppato e strutturato dal punto di vista organizzativo e produttivo tutta una serie di attività socio-assistenziali, prima completamente assenti. Tuttavia, negli ultimi due anni sembra essere aumentata la consapevolezza e la presenza di proposte e di misure volte a promuovere e garantire la continuità assistenziale sul territorio, non da ultimo attraverso le azioni previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Il presente lavoro nasce quindi in un contesto di ripensamento e riqualificazione della filiera dei servizi sanitari e socio-assistenziali con l'obiettivo di fornire un quadro evolutivo del comparto, anche rispetto agli altri Paesi europei, e inquadrare correttamente – attraverso una precisa e puntuale ricostruzione empirica – il ruolo degli attori operanti sul lato dell'offerta. Guardando in particolare alla presenza del privato rispetto al pubblico, soprattutto in un'ottica comparata tra for-profit e Terzo Settore. Uno degli obiettivi principali del lavoro è infatti quello di concentrarsi sui mix produttivi dei sistemi sanitari e di welfare regionali approfondendo le eventuali differenze in termini di output territoriali. Questa chiave di lettura sembra particolarmente utile data l'importanza che lo strumento della coprogrammazione e coprogettazione assumerà nei prossimi anni nella regolazione del rapporto tra pubblico e organizzazioni non profit nella produzione dei servizi di interesse generale.

Il Rapporto si struttura dunque in tre capitoli: il primo tratterà il tema della spesa in protezione sociale mettendo a confronto, anche in termini evolutivi, la situazione dell'Italia con quella degli altri Paesi europei; il secondo si occuperà della rilevanza delle organizzazioni non profit operanti nei settori della sanità e dell'assistenza rispetto all'intero Terzo Settore e all'economia privata; il terzo approfondirà, infine, i sistemi sanitari e di welfare locali nella tripartizione pubblico-privato for-profit-privato non profit cercando di catturarne i differenti esiti per il territorio dal punto di vista della quantità e qualità dei servizi offerti.

# 1. LA SITUAZIONE DELLA PROTEZIONE SOCIALE IN ITALIA: CONFRONTO CON L'UNIONE EUROPEA E DIFFERENZIAZIONI TERRITORIALI

## 1.1 Introduzione

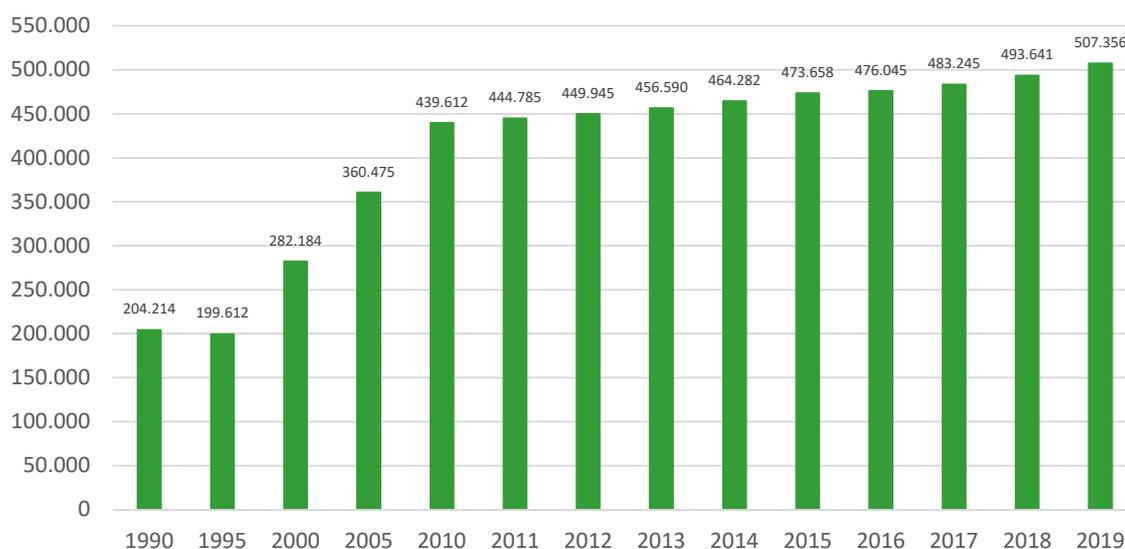
Il comparto della protezione sociale assume connotati estremamente importanti soprattutto in una società civile e moderna come quella attuale impegnata – almeno in teoria – a fornire adeguato supporto e la necessaria assistenza ai soggetti che si vengono a trovare in condizione di svantaggio o di debolezza – permanente o temporanea – attraverso un sostegno di natura monetaria oppure attraverso la prestazione di servizi specifici. In questa ampia gamma di strumenti di sostegno rientrano, per esempio, gli assegni familiari, le pensioni oppure le prestazioni sanitarie o socio-assistenziali tipiche dello Stato sociale.

In questo capitolo si ricostruiscono, nella prima parte, i livelli e l'evoluzione nel corso degli ultimi anni della spesa italiana in protezione sociale analizzandone le specificità anche in relazione alla situazione rilevata negli altri Paesi europei, mentre, nell'ultima parte, l'attenzione sarà posta sulle peculiarità e le differenziazioni territoriali con particolare riferimento ai settori della sanità e dell'assistenza sociale.

## 1.2 Spesa in protezione sociale

La spesa in protezione sociale ha conosciuto in Italia una crescita in termini nominali del +148,4% dal 1990 al 2019: con un incremento importante dal 1990 al 2010 e una crescita decisamente meno sostenuta dal 2010 al 2019 (gli anni delle politiche di austerità), che hanno portato nel complesso gli importi dai 204,2 milioni di Euro del 1990 ai 507,4 del 2019 (figura 1).

FIGURA 1. SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE IN ITALIA. ANNI 1990 – 2019. VALORI IN MILIONI DI EURO A PREZZI CORRENTI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

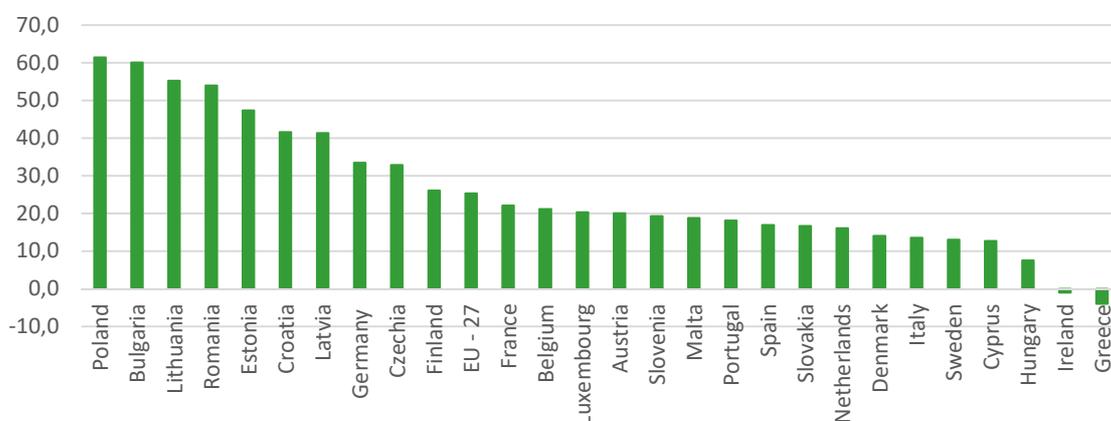
Questi dati – tuttavia – presi singolarmente, non permettono di valutare e comprendere se la

situazione italiana sia o meno in linea con l'evoluzione e il livello della spesa sociale degli altri Paesi. In tal senso, risulta particolarmente interessante contestualizzare i valori suesposti collocandoli nel più ampio quadro analitico dell'Unione europea. Attraverso la comparazione con gli altri Paesi europei è infatti possibile comprendere meglio sia l'adeguatezza del livello che la dinamica della spesa sociale italiana.

A tal proposito, esprimendo la spesa sociale dei differenti Paesi in dollari a parità di potere d'acquisto (PPA), emerge come nell'ultimo anno disponibile (2019) la spesa in protezione sociale dei 12 membri costituenti dell'Euro-zona abbia superato i 3,14 bilioni di \$PPA, con un contributo dell'Italia intorno al 16% del totale (505,8 milioni di \$PPA), in calo rispetto al 16,6% registrato nel 1995, quando il dato europeo era di 1,37 bilioni di \$PPA e quello italiano di 227,1 milioni (figura 2). La Germania e la Francia sono i Paesi con la spesa in protezione sociale più elevata, rispettivamente pari nel 2019 a 968,2 e 710,7 milioni di \$PPA; la Spagna si ferma invece a 313 milioni di \$PPA.

In questi ultimi decenni, l'EU-12 è stata quindi interessata da una variazione della spesa in protezione sociale superiore a quella italiana: +129,8% vs. +122,7% dal 1995 al 2019. Allo stesso modo, spostando l'attenzione agli attuali 27 Paesi membri dell'UE, si osserva un tasso di crescita dal 2010 al 2019 del +27,1%, da 3,06 a 3,89 bilioni di \$PPA, contro il 15,5% dell'Italia, da 437,8 a 505,8 \$PPA.

FIGURA 2. VARIAZIONE DELLA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE PRO-CAPITE NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA. ANNI 2010 – 2019. VALORI PERCENTUALI

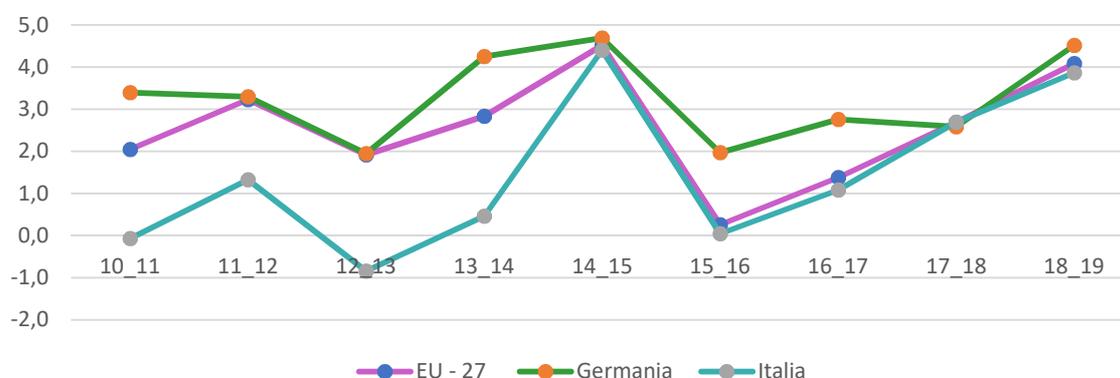


Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

I tassi di crescita annuale mostrano in particolar modo come l'Italia abbia presentato una variazione positiva significativa (figura 3), in linea con quella della Germania, solamente nel 2014 e negli ultimi due anni disponibili (2018 e 2019). Al contrario, nei primi anni del periodo in esame, ovvero dal 2010 al 2014, il tasso di crescita italiano è risultato praticamente nullo, se non negativo, attestandosi su livelli nettamente inferiori anche a quelli della media europea. Diversamente, la Germania si è dimostrata il Paese più dinamico.

Rapportando la spesa in protezione sociale al prodotto interno lordo (PIL), è possibile determinare la quota dei nuovi redditi generati durante l'anno destinata a sostenere questa particolare funzione pubblica.

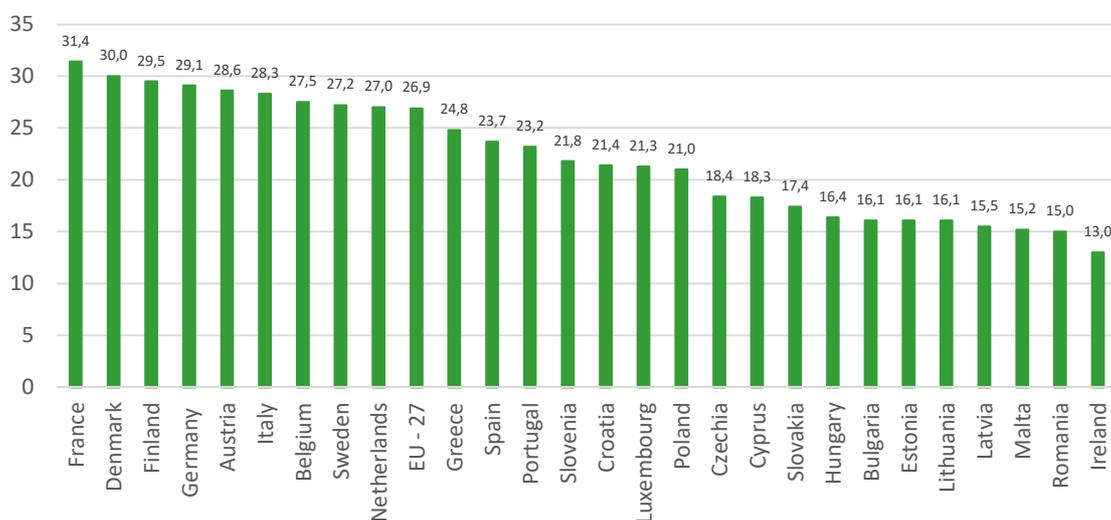
FIGURA 3. TASSO DI CRESCITA ANNUALE DELLA SPESA PRO-CAPITE IN PROTEZIONE SOCIALE DI ITALIA, GERMANIA E UE-27. ANNI 2010 – 2019. VALORI PERCENTUALI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

Nell'ultimo anno disponibile (2019), l'incidenza sul PIL della spesa italiana per le prestazioni sociali si collocava al sesto posto (28,3%), dopo Austria (28,6%), Germania (29,1%), Finlandia (29,5%), Danimarca (30%) e Francia (31,4%), ma leggermente sopra la media UE-27 (26,9%) (figura 4).

FIGURA 4. PESO DELLA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE SUL PRODOTTO INTERNO LORDO IN ORDINE DECRESCENTE PER PAESE DELL'UNIONE EUROPEA. ANNO 2019. VALORI PERCENTUALI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

Tuttavia, nel 1995, la stessa percentuale risultava nettamente inferiore (22,2%) sia della media dell'area Euro a 12 (25,4%) sia soprattutto delle quote registrate da Francia (28,2%) e Germania (26,5%) (tabella 1). La percentuale di PIL italiano destinata alla spesa in protezione sociale è infatti aumentata progressivamente negli anni successivi, fino a raggiungere quota 28,6% nel 2015, per poi scendere tra il 2016 e il 2017 al 27,8% e chiudere di nuovo sopra al 28% (28,3%) nel 2019. In questo modo, l'Italia è riuscita a ridurre il divario soprattutto nei confronti della Germania, ma anche della Francia.

Approfondendo l'arco temporale 2010-2019, è possibile notare come in quest'ultima fase non si osservino, a livello europeo, variazioni particolarmente positive del peso della spesa in protezione sociale sul PIL, ravvisando invece o una certa stabilità o riduzioni nei valori del 2019 rispetto al 2010 (figura 5).

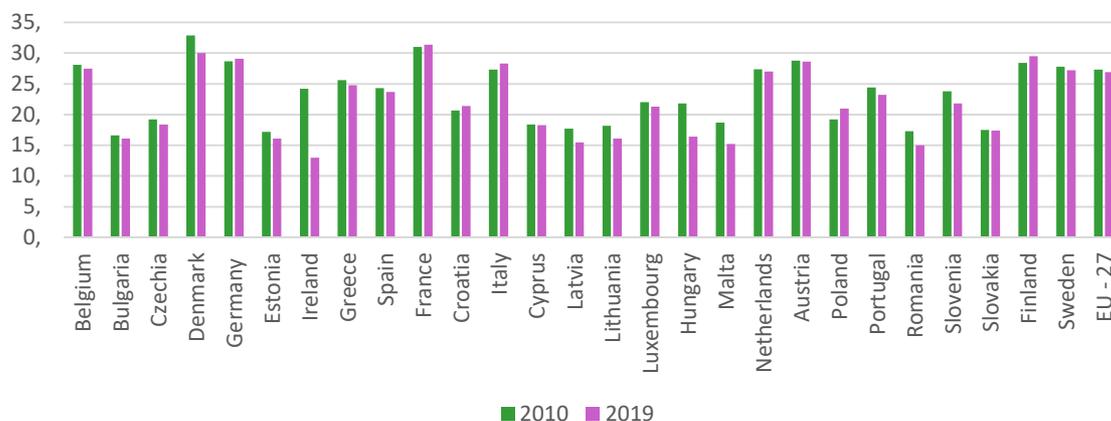
TABELLA 1. INCIDENZA DELLA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE SUL PIL NEI PRINCIPALI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA E MEDIA UE. ANNI 1995 – 2019. VALORI IN PERCENTUALI

	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
EU-27	-	-	-	27,3	27,0	27,4	27,7	27,6	27,4	27,3	26,9	26,7	26,9
Area Euro -12	25,4	24,7	25,5	28,1	27,8	28,2	28,6	28,5	28,3	28,1	27,8	27,7	27,9
<b>Italia</b>	<b>22,2</b>	<b>22,7</b>	<b>24,1</b>	<b>27,3</b>	<b>27,0</b>	<b>27,7</b>	<b>28,3</b>	<b>28,5</b>	<b>28,6</b>	<b>28,1</b>	<b>27,8</b>	<b>27,9</b>	<b>28,3</b>
Francia	28,2	27,2	28,9	31,0	30,9	31,5	31,9	32,1	31,9	32,0	31,7	31,5	31,4
Germania	26,5	27,8	27,9	28,7	27,5	27,6	28,0	27,8	28,1	28,4	28,4	28,5	29,1
Spagna	20,3	19,0	19,7	24,3	25,0	25,2	25,5	25,1	24,3	23,4	23,0	23,2	23,7

Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

Quest'ultimo indicatore potrebbe tuttavia risentire dell'estrema variabilità registrata dal PIL in questi ultimi anni a seguito della crisi economica 2008-09. È per questa ragione che è necessario introdurre un'ulteriore misura che non risenta di questi limiti e aiuti ad accrescere il potenziale informativo.

FIGURA 5. EVOLUZIONE INCIDENZA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE SUL PRODOTTO INTERNO LORDO DEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA. ANNI 2010 – 2019. VALORI PERCENTUALI



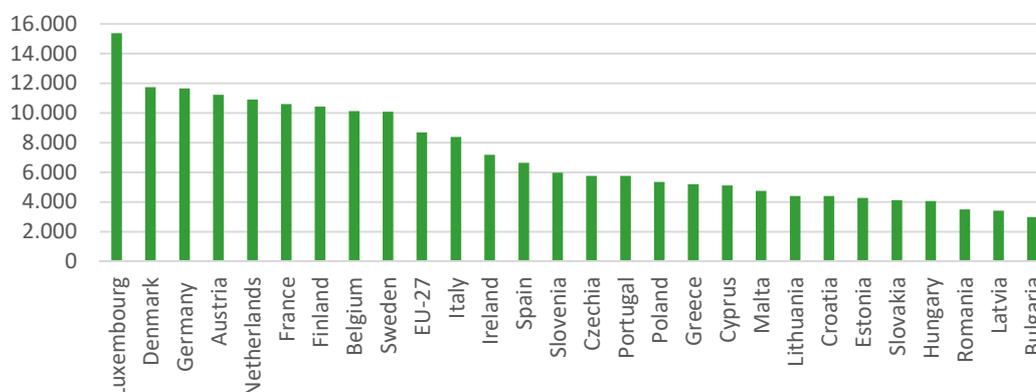
Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

Un indicatore molto utile in tal senso è rappresentato dalla spesa pro-capite in protezione sociale – ovvero per abitante – che restituisce la reale portata degli sforzi compiuti da ciascun Paese nell'erogazione di prestazioni di natura sociale.

Questo tipo di approfondimento mostra un valore pro-capite per l'Italia di 8.387 \$PPA, inferiore sia alla media EU-27 (8.693 \$PPA) sia al valore pro-capite della spesa sociale nei principali Paesi europei, come Francia (sesto posto con 10.598 \$PPA) e Germania (terzo posto con 11.653

\$PPA), con l'Italia al decimo posto<sup>1</sup> (figura 6).

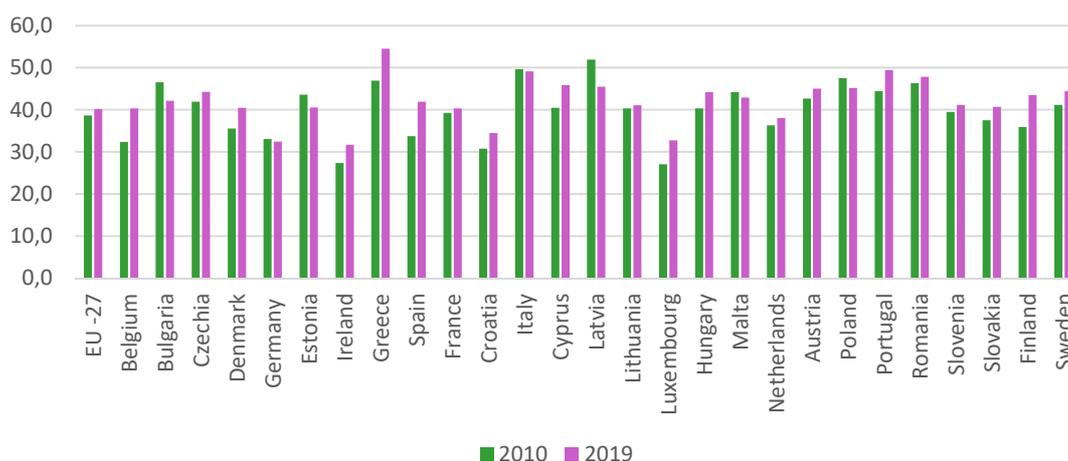
FIGURA 6. SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE PRO-CAPITE NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA IN ORDINE DECRESCENTE. ANNO 2019. VALORI IN DOLLARI A PARITÀ DI POTERE D'ACQUISTO (PPA)



Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

Spostando poi l'attenzione sulla composizione della spesa in protezione sociale e, in particolare, guardando alle categorie di rischio tutelate dagli interventi posti in essere da ciascuno Stato, è possibile mettere in evidenza eventuali differenze in merito agli orientamenti della spesa sociale per ambito operativo. Nello specifico, adottando la nomenclatura utilizzata a livello comunitario per classificare le aree di intervento/rischio<sup>2</sup>, si osserva, innanzitutto, come – delle otto categorie di rischio individuate – nell'UE-27 ad assorbire la parte più consistente della spesa in prestazioni sociali siano i settori della "vecchiaia" e della "malattia/salute", con mediamente 7 Euro ogni 10 spesi (figure 7 e 9).

FIGURA 7. PERCENTUALE DELLA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE DESTINATA AL RISCHIO "VECCHIAIA" NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA. ANNI 2010 E 2019. VALORI PERCENTUALI

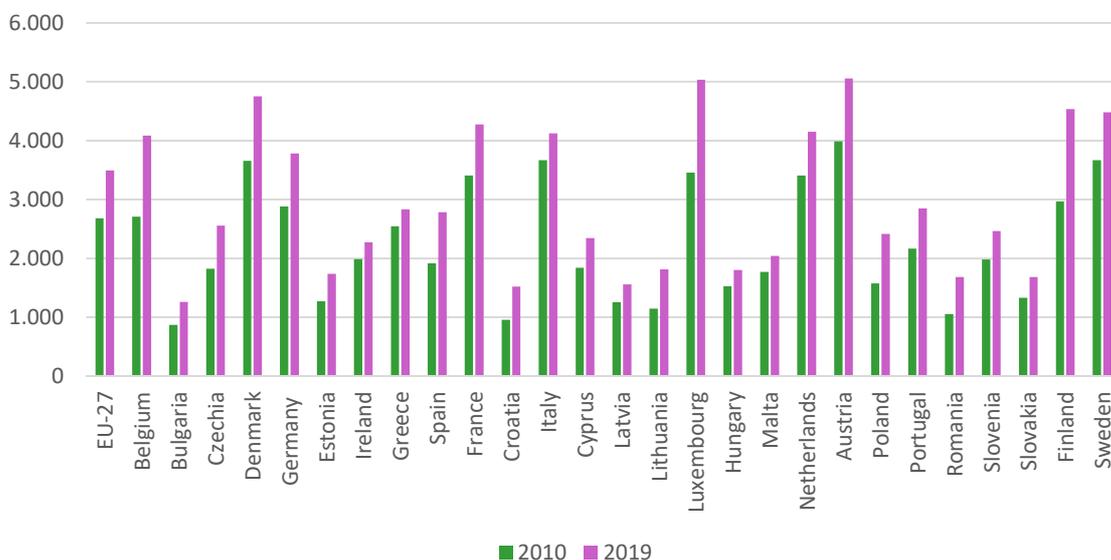


Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

<sup>1</sup> Anche sul fronte dell'evoluzione della spesa sociale pro-capite, dal 2010 al 2019 l'Italia risulta tra i Paesi a più bassa crescita (subito dopo la Danimarca in questo caso), mentre la Germania è il Paese avanzato nella posizione più alta in questa graduatoria – sopra la media EU-27 (la Francia subito sotto).

<sup>2</sup> Seguendo questa particolare classificazione le aree di rischio sono: malattia/salute; invalidità; vecchiaia; superstiti; famiglia/figli; disoccupazione; alloggio e altra esclusione sociale.

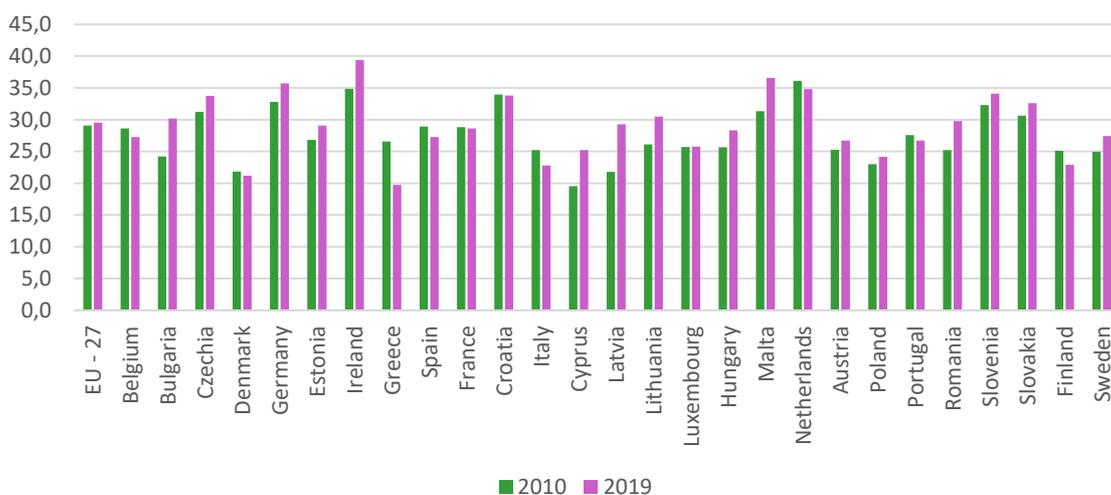
FIGURA 8. SPESA SOCIALE PRO-CAPITE DESTINATA ALLA PROTEZIONE DEL RISCHIO "VECCHIAIA". ANNI 2010 E 2019. VALORI IN DOLLARI A PARITÀ DI POTERE DI ACQUISTO (PPA)



Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

A differenziare l'Italia dagli altri Paesi è soprattutto il peso esercitato dalla componente "vecchiaia", che assorbe circa la metà delle risorse spese in protezione sociale (figura 7). Questa componente – seppur stabile dal 2010 – si colloca tra i livelli più alti insieme a quelli di Grecia e Portogallo (circa 20 punti percentuali in più di Lussemburgo e Germania). Tuttavia, guardando alla spesa pro-capite (figura 8), i paesi con il più alto valore per abitante sono il Lussemburgo e l'Austria (seguiti dalla Danimarca) – sui 5mila \$PPA nel 2019 e in crescita, soprattutto nel primo caso, rispetto al dato del 2010. L'Italia invece nel 2019 ha superato di poco i 4mila \$PPA.

FIGURA 9. PERCENTUALE DELLA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE DESTINATA AL RISCHIO "MALATTIA/SALUTE" NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA. ANNI 2010 E 2019. VALORI PERCENTUALI

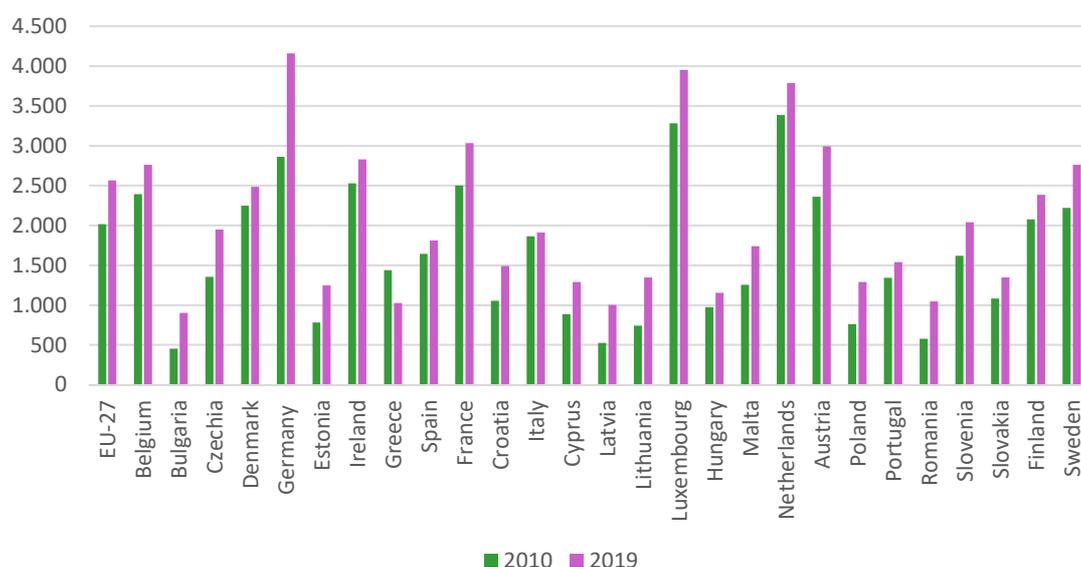


Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

Per quanto riguarda invece la percentuale di spesa sociale destinata al rischio "malattia/salute" (figura 9), l'Italia si colloca al terzultimo posto nell'UE-27 con un'incidenza del

22,8% in calo dal 2010 al 2019 – rispetto al 30% della media europea – e con un valore pro-capite di neppure 2mila \$PPA nel 2019 (sostanzialmente invariato dal 2010) a fronte di una media europea di oltre 2,5mila \$PPA (figura 10). Al contrario, tra i Paesi in cui si è investito maggiormente contro il rischio “malattia/salute” si trovano la Germania con oltre 4mila \$PPA nel 2019, il Lussemburgo e l’Olanda con circa 4mila e a seguire Francia e Austria con 3mila \$PPA. A risultare particolarmente significativo non è solo il livello raggiunto in questi ultimi Paesi dalla spesa in “malattia/salute”, ma anche la variazione degli importi registrata negli anni più recenti (dal 2010 al 2019) e quindi l’impegno costante nel rafforzamento di questo ambito.

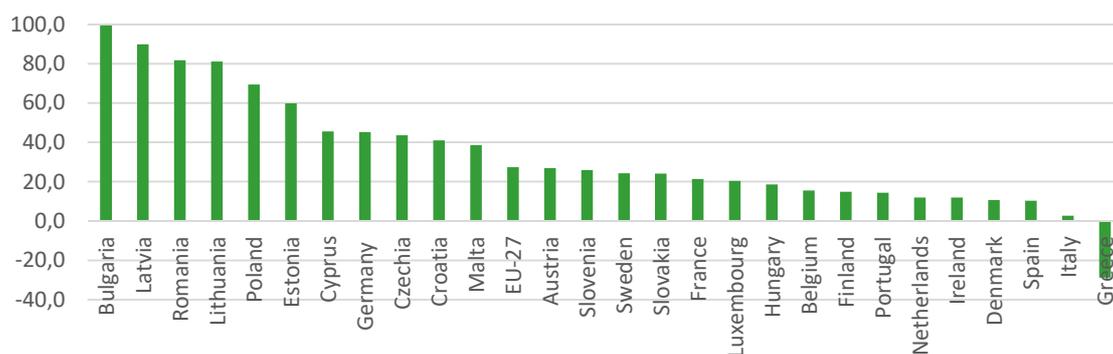
FIGURA 10. SPESA SOCIALE PRO-CAPITE DESTINATA ALLA PROTEZIONE DEL RISCHIO “MALATTIA/SALUTE”. ANNI 2010 E 2019. VALORI IN DOLLARI A PARITÀ DI POTERE DI ACQUISTO (PPA).



Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

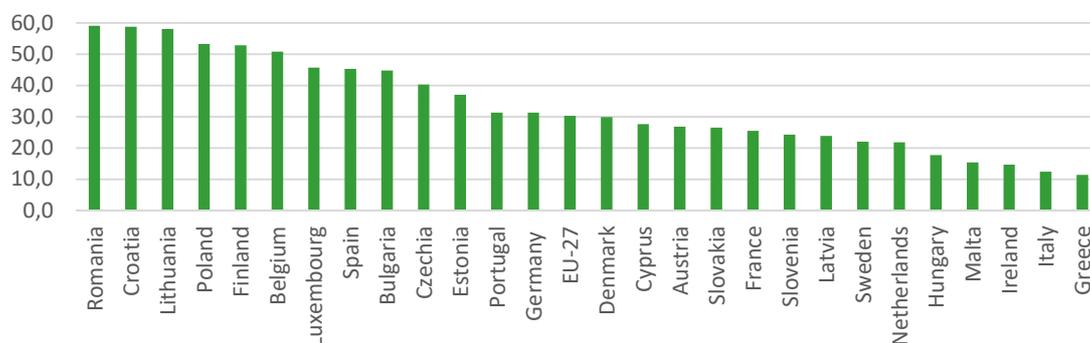
I tassi di variazione degli importi spesi da ciascun Paese europeo in queste due principali categorie di rischio (salute e vecchiaia) mettono in particolare evidenza la crescita ridotta dell’Italia rispetto alla media UE-27 (figure 11 e 12), soprattutto con riferimento all’area “malattia/salute”. Sotto questo punto di vista, solamente la Grecia presenta una variazione inferiore a quella dell’Italia (in questo caso addirittura negativa).

FIGURA 11. VARIAZIONE DELLA SPESA SOCIALE PRO-CAPITE DESTINATA ALLA PROTEZIONE DEL RISCHIO “MALATTIA/SALUTE”. ANNI 2010-2019. VALORI PERCENTUALI (SU DATI \$PPA)



Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

FIGURA 12. VARIAZIONE DELLA SPESA SOCIALE PRO-CAPITE DESTINATA ALLA PROTEZIONE DEL RISCHIO "VECCHIAIA". VALORI PERCENTUALI. ANNI 2010-2019



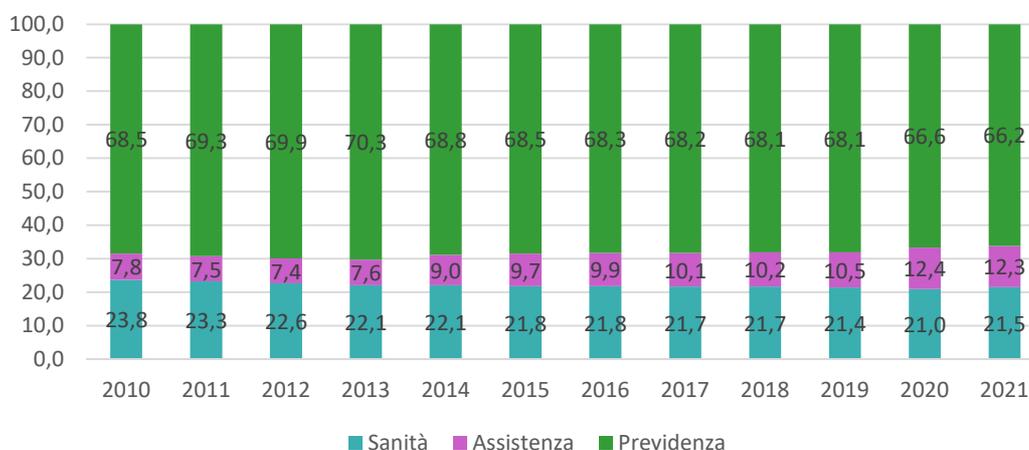
Fonte: elaborazioni proprie su dati Eurostat.

### 1.3 Sanità e assistenza sociale in Italia: approfondimenti

Con riferimento all'Italia, è possibile riclassificare la spesa pubblica in protezione sociale sulla base dell'attività prevalente svolta dall'ente, organizzazione o impresa chiamata a gestire tali importi. In questo modo, si identificano tre macroaree principali, ovvero rispettivamente la sanità, l'assistenza e la previdenza.

La figura 13 mette bene in evidenza come la quota prevalente delle risorse pubbliche investite in protezione sociale continui a essere assorbita dall'area "previdenza", ossia dalle pensioni erogate, con una percentuale costante intorno ai due terzi. La parte rimanente invece va soprattutto a beneficio della sanità<sup>3</sup>, con oltre un quinto della spesa pubblica annuale in protezione sociale e, secondariamente, all'assistenza sociale. In quest'ultimo caso – e a differenza della sanità la cui quota è rimasta pressoché costante – la percentuale di risorse destinata è cresciuta considerevolmente negli ultimi anni, passando dal 7,8% del 2010 a oltre il 12% nel 2020 e nel 2021.

FIGURA 13. QUOTE DI ASSORBIMENTO DELLA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE DA PARTE DI SANITÀ, ASSISTENZA E PREVIDENZA. VALORI PERCENTUALI. ANNI 2010-2021



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

<sup>3</sup> Il box in Appendice fornisce un breve inquadramento del posizionamento dell'Italia rispetto all'area Ocse con riferimento al personale sanitario impiegato.

A tal proposito, si evidenzia come gli importi stanziati per i servizi assistenziali siano cresciuti in maniera considerevole rispetto alle altre due componenti, con una variazione positiva in termini nominali del +101,3% dal 2010 al 2021, e con le variazioni annuali più significative nel 2014 e nel 2020<sup>4</sup> – ovvero durante la recente crisi pandemica – con rispettivamente un +21,4% e un +27,7% (tabella 2). Nell’intervallo considerato, l’incremento più contenuto riguarda invece la sanità, la cui spesa pubblica è cresciuta dal 2010 al 2021 del 15% ed è stata interessata da tre anni consecutivi di crescita negativa, ovvero dal 2011 al 2013. Una ripresa significativa delle risorse dedicate alla sanità è ascrivibile alla comparsa della pandemia con un +6,8% nel 2020 rispetto al 2019 e un +3,6% nel 2021 rispetto al 2020.

TABELLA 2. TASSI DI CRESCITA NOMINALI DELLA SPESA IN SANITÀ, ASSISTENZA E PREVIDENZA. VALORI PERCENTUALI. ANNI 2010-2021

	Sanità	Assistenza	Previdenza
2010_11	-0,9	-3,0	2,4
2011_12	-1,6	0,8	2,1
2012_13	-0,8	3,3	2,0
2013_14	1,7	21,4	-0,4
2014_15	0,2	9,3	1,0
2015_16	0,9	3,1	0,7
2016_17	1,0	2,8	1,5
2017_18	2,2	3,5	1,9
2018_19	1,3	6,3	2,7
2019_20	6,8	27,7	6,5
2020_21	3,6	0,8	0,5
2010_21	15,0	101,3	22,8

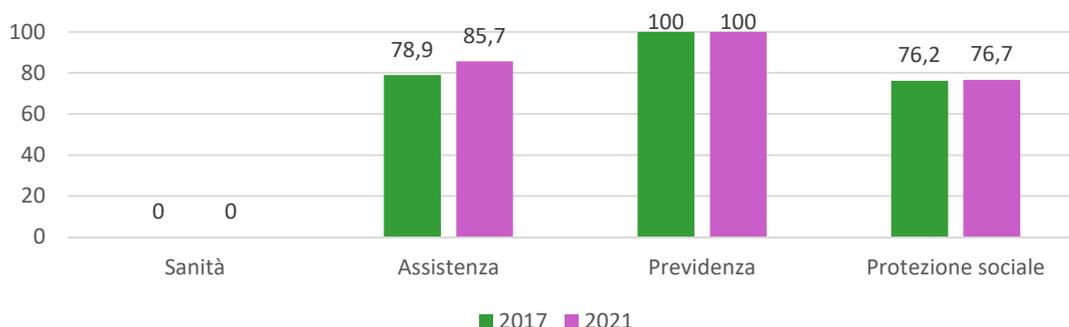
Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

In Italia, la spesa in protezione sociale si connota storicamente per lo sbilanciamento verso svariate forme di erogazione di denaro piuttosto che sulla fornitura di servizi veri e propri. Tranne nel caso della sanità, in cui le prestazioni si riferiscono per la totalità a prestazioni in natura (servizi), nel caso della previdenza – come è scontato che sia – ma soprattutto dell’assistenza sociale, l’erogazione di denaro rappresenta la forma prevalente di organizzazione dell’attività. Nello specifico, le risorse pubbliche destinate alle attività assistenziali si concretizzano per l’85,7% (dato 2021) in trasferimenti monetari al beneficiario; quota in ulteriore crescita rispetto al 2017 (78,9%) (figura 14). Quest’ultimo elemento va tenuto in debita considerazione perché può rappresentare un serio limite alle potenzialità di sviluppo e crescita dell’offerta dei servizi socio-assistenziali, con altrettante importanti ripercussioni non solo sulla quantità/qualità dei servizi, ma anche sulla creazione di nuovi posti di lavoro qualificati<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> A influenzare il valore del 2020 ha inciso sicuramente l’introduzione della misura del Reddito di cittadinanza.

<sup>5</sup> Nel terzo capitolo sarà messo in evidenza il ruolo del Terzo Settore in tal senso.

FIGURA 14. QUOTA DEI TRASFERIMENTI MONETARI SUL TOTALE DELLA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE PER SETTORE. IN PERCENTUALE. ANNI 2017 – 2021



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

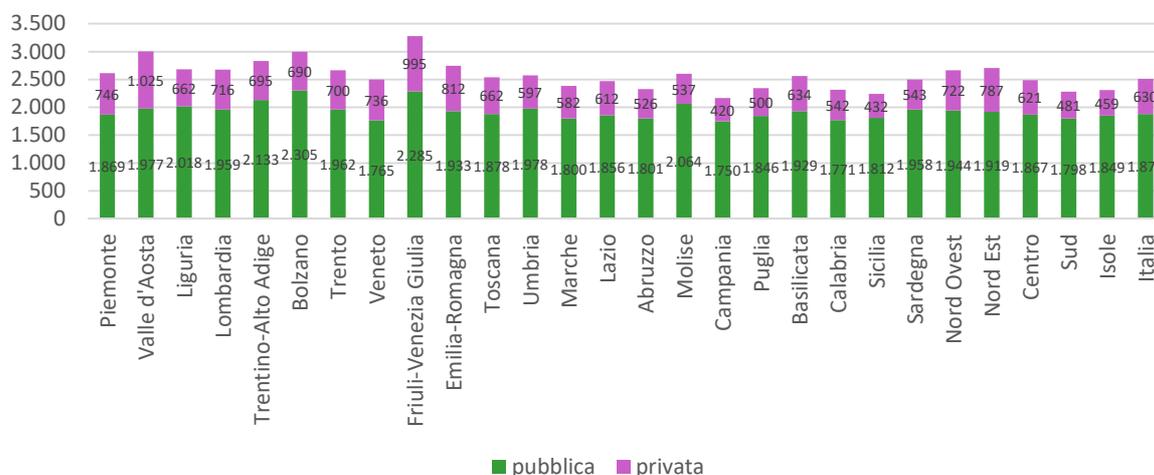
### 1.4 Sanità e assistenza: la dimensione territoriale

Visto l’oggetto del presente Rapporto, diviene ora di particolare rilievo l’approfondimento della distribuzione a livello regionale della spesa italiana nei settori della sanità e dell’assistenza. L’anno di riferimento per questa parte di analisi è il 2018. In questo caso, l’attenzione sarà posta non solo sulla componente pubblica di spesa, ma anche su quella privata, ovvero la quota di servizi a carico degli utenti (famiglie).

#### 1.4.1 Sanità

Partendo dalla suddivisione del finanziamento della spesa sanitaria<sup>6</sup> tra l’attore pubblico e quello privato, la Provincia Autonoma di Bolzano e il Friuli-Venezia Giulia sono le aree in cui il pubblico ha investito maggiormente in termini pro-capite, mentre guardando alla compartecipazione finanziaria del privato sono la Valle d’Aosta (1.025 Euro), il Friuli-Venezia Giulia (995 Euro) e l’Emilia-Romagna (812 Euro) a presentare il contributo più rilevante da parte dell’utente del servizio, anche in termini d’incidenza percentuale sul totale della spesa sanitaria (figura 15 e tabella 3)

FIGURA 15. SPESA SANITARIA REGIONALE PRO-CAPITE PER SOGGETTO FINANZIATORE. VALORI IN EURO. ANNO 2018



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

<sup>6</sup> Pari nel 2018 a 151,6 miliardi di Euro suddivisi e riferibili a 113,5 per la parte pubblica e a 38,1 per quella privata.

Da quest'ultimo punto di vista, invece, le risorse finanziarie impiegate dal pubblico assumono un peso specifico particolarmente elevato in Campania e Sicilia, con più di 8 Euro ogni 10 di spesa sanitaria a carico del pubblico.

TABELLA 3. CONTRIBUTO DI CIASCUN SOGGETTO FINANZIATORE ALLA FORMAZIONE DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE. VALORI PERCENTUALI. ANNO 2018

	Pubblica	Privata	Totale
Piemonte	71,5	28,5	100,0
Valle d'Aosta	65,9	34,1	100,0
Liguria	75,3	24,7	100,0
Lombardia	73,2	26,8	100,0
Trentino-Alto Adige	75,4	24,6	100,0
Bolzano	77,0	23,0	100,0
Trento	73,7	26,3	100,0
Veneto	70,6	29,4	100,0
Friuli-Venezia Giulia	69,7	30,3	100,0
Emilia-Romagna	70,4	29,6	100,0
Toscana	73,9	26,1	100,0
Umbria	76,8	23,2	100,0
Marche	75,6	24,4	100,0
Lazio	75,2	24,8	100,0
Abruzzo	77,4	22,6	100,0
Molise	79,4	20,6	100,0
Campania	80,7	19,3	100,0
Puglia	78,7	21,3	100,0
Basilicata	75,3	24,7	100,0
Calabria	76,6	23,4	100,0
Sicilia	80,8	19,2	100,0
Sardegna	78,3	21,7	100,0
Nord-Ovest	72,9	27,1	100,0
Nord-Est	70,9	29,1	100,0
Centro	75,0	25,0	100,0
Sud	78,9	21,1	100,0
Isole	80,1	19,9	100,0
Italia	74,9	25,1	100,0

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Prendendo invece in considerazione l'intera spesa sanitaria (pubblica e privata), e in particolare la sua distribuzione a livello regionale, emerge come, nel 2018, ad assorbire la quota maggiore di risorse siano state la Lombardia con il 17,7%, il Lazio con il 9,6%, la Campania con l'8,3%, il Veneto e l'Emilia-Romagna con l'8,1% e il Piemonte e la Sicilia con rispettivamente il 7,5% e il 7,4% (tabella 4).

Con quasi tre Euro ogni 10 la ripartizione del Nord-Ovest è quella che raccoglie la maggior parte della spesa sanitaria italiana.

Esprimendo – come fatto in precedenza – gli importi in valori pro-capite<sup>7</sup>, emerge che le regioni caratterizzate dalla spesa sanitaria totale più elevata sono il Friuli-Venezia Giulia (3.280 Euro) e la Provincia Autonoma di Bolzano (2.995 Euro) (figura 16). Al contrario, i valori più bassi si ritrovano in Campania e Sicilia con rispettivamente 2.169 e 2.244 Euro per abitante.

TABELLA 4. CONTRIBUTO REGIONALE ALLA FORMAZIONE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA NAZIONALE. ANNO 2018. VALORI PERCENTUALI

	% spesa sanitaria
Piemonte	7,5
Valle d'Aosta	0,2
Liguria	2,7
Lombardia	17,7
Trentino-Alto Adige	2,0
<i>Bolzano</i>	1,0
<i>Trento</i>	0,9
Veneto	8,1
Friuli-Venezia Giulia	2,6
Emilia-Romagna	8,1
Toscana	6,3
Umbria	1,5
Marche	2,4
Lazio	9,6
Abruzzo	2,0
Molise	0,5
Campania	8,3
Puglia	6,2
Basilicata	1,0
Calabria	3,0
Sicilia	7,4
Sardegna	2,7
Nord-Ovest	28,3
Nord-Est	20,8
Centro	19,8
Sud	21,0
Isole	10,1
Italia	100,0

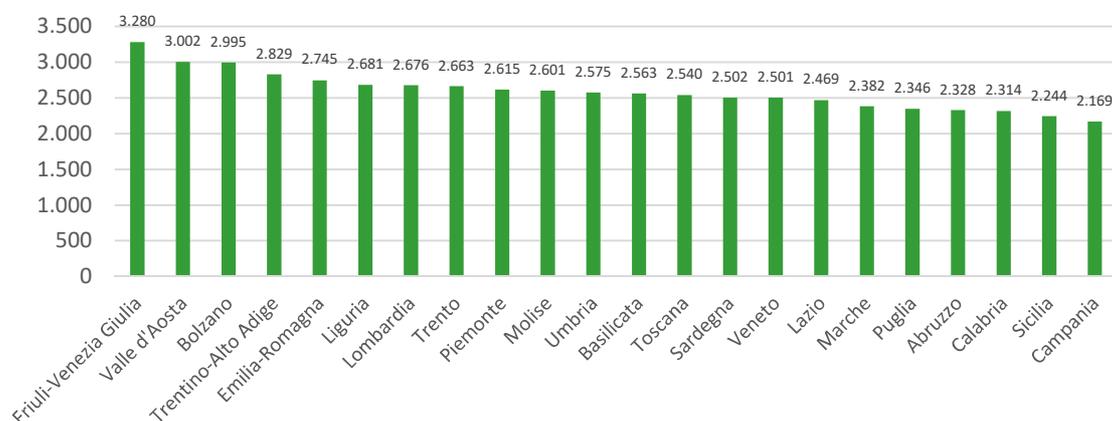
Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Anche Veneto e Lazio si dimostrano comunque molto distanti dai valori pro-capite dei territori a più elevata spesa sanitaria, con entrambe le regioni sui 2.300 Euro. Ovviamente, ad influire sui livelli di spesa è il valore assunto dal PIL. Guardando infatti alla percentuale di PIL destinata all'erogazione dei servizi sanitari, si può osservare come le percentuali più elevate si riferiscano a Calabria e Puglia, con rispettivamente il 13,7% e il 12,7%, ovvero ai territori caratterizzati dai livelli più bassi di spesa pro-capite, ma a cui si associa un PIL nettamente inferiore (rispettivamente 16.950 e 17.626 Euro) a quello delle regioni settentrionali (figura 17). A titolo esemplificativo, si considerino la Provincia Autonoma di Bolzano e la Lombardia le cui percentuali di incidenza della

<sup>7</sup> La spesa sanitaria regionale è stata calcolata moltiplicando le percentuali di incidenza sul PIL contenute nella banca dati Istat dedicata al settore sanitario per il PIL regionale.

spesa sanitaria si attestano rispettivamente al 6,3% e al 6,8%, ma il cui PIL raggiunge rispettivamente i 47.239 Euro e i 39.346 Euro pro-capite.

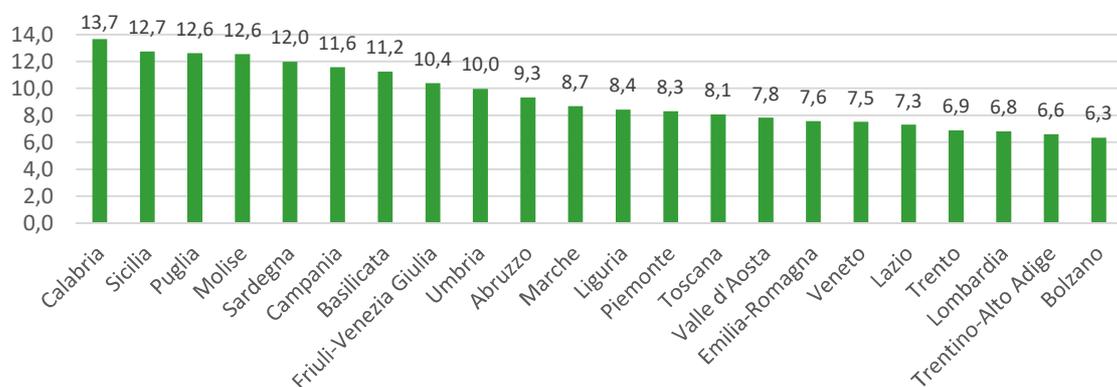
FIGURA 16. SPESA SANITARIA PRO-CAPITE PER REGIONE. VALORI IN EURO. ANNO 2018



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Questo confronto dimostra come ad elevate percentuali di incidenza sul PIL non corrispondono necessariamente livelli elevati di spesa e viceversa. Dall'altro lato, si conferma altresì come la capacità di spesa sia strettamente legata al grado di sviluppo dell'economia regionale.

FIGURA 17. PESO DELLA SPESA SANITARIA SUL PIL REGIONALE. VALORI PERCENTUALI. ANNO 2018



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

#### 1.4.2 Assistenza sociale

Per approfondire il tema dell'assistenza sociale, risulta utile – come fatto in un precedente lavoro (Euricse-Istat, 2021) – analizzare la spesa sociale dei Comuni. In Italia la competenza dei servizi sociali, data la loro connotazione marcatamente territoriale, spetta infatti agli enti locali.

Sul fronte delle componenti di finanziamento della spesa, si osserva, in particolare, come nel 2018 la compartecipazione dell'utente finale alla copertura del costo del servizio sociale erogato dai Comuni raggiungesse i livelli maggiori in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Bolzano

con rispettivamente il 28% e il 29,4%. In 13 regioni su 20 il pubblico copre invece oltre il 90% del costo, con le quote più elevate in Puglia (98,1%), in Sicilia (97,5%) e in Campania (97,3%) (tabella 5).

TABELLA 5. CONTRIBUTO DI CIASCUN SOGGETTO FINANZIATORE ALLA FORMAZIONE DELLA SPESA SOCIALE DEI COMUNI PER REGIONE. VALORI PERCENTUALI. ANNO 2018

	Pubblica	Privata	Totale
Piemonte	90,7	9,3	100,0
Valle d'Aosta	72,0	28,0	100,0
Liguria	91,7	8,3	100,0
Lombardia	89,5	10,5	100,0
Trentino-Alto Adige	74,9	25,1	100,0
<i>Bolzano</i>	70,6	29,4	100,0
<i>Trento</i>	86,2	13,8	100,0
Veneto	95,3	4,7	100,0
Friuli-Venezia Giulia	86,4	13,6	100,0
Emilia-Romagna	89,4	10,6	100,0
Toscana	88,3	11,7	100,0
Umbria	91,8	8,2	100,0
Marche	85,1	14,9	100,0
Lazio	95,0	5,0	100,0
Abruzzo	93,5	6,5	100,0
Molise	96,8	3,2	100,0
Campania	97,3	2,7	100,0
Puglia	98,1	1,9	100,0
Basilicata	94,6	5,4	100,0
Calabria	96,2	3,8	100,0
Sicilia	97,5	2,5	100,0
Sardegna	95,7	4,3	100,0
Nord-Ovest	89,8	10,2	100,0
Nord-Est	89,1	10,9	100,0
Centro	91,3	8,7	100,0
Sud	97,0	3,0	100,0
Isole	96,6	3,4	100,0
Italia	91,1	8,9	100,0

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

La Lombardia si conferma, anche sul fronte dell'assistenza sociale, la regione che assorbe la maggior quota di risorse finanziarie a livello nazionale, con oltre il 16% della spesa sociale italiana, seguita da Veneto, Emilia-Romagna e Lazio con rispettivamente il 14,7%, il 10% e il 9,8% (tabella 6). Diversamente, la Calabria (0,5%), la Valle d'Aosta (0,4%), la Basilicata (0,4%) e il Molise non raggiungono neppure l'1%.

A livello di ripartizione geografica, il Nord Italia assorbe oltre il 55% (34,9% il Nord-Est) dell'intera spesa sociale nazionale.

L'analisi della spesa sociale pro-capite conferma la sua rilevanza nel Nord-Est con 284 Euro per abitante contro una media nazionale di 157 e i soli 64 Euro nel Sud Italia (figura 18). Il dato dell'area nord-occidentale risulta invece leggermente inferiore a quello del Centro (156 vs. 161).

Il valore pro-capite più elevato spetta alla Provincia Autonoma di Bolzano con una spesa sociale totale (pubblica e privata) di ben 765 Euro per abitante, seguita dai 329 Euro del Friuli-Venezia Giulia e dai 313 della Valle d'Aosta.

TABELLA 6. CONTRIBUTO REGIONALE ALLA FORMAZIONE DELLA SPESA SOCIALE (PUBBLICA E PRIVATA) NAZIONALE. ANNO 2018. VALORI PERCENTUALI

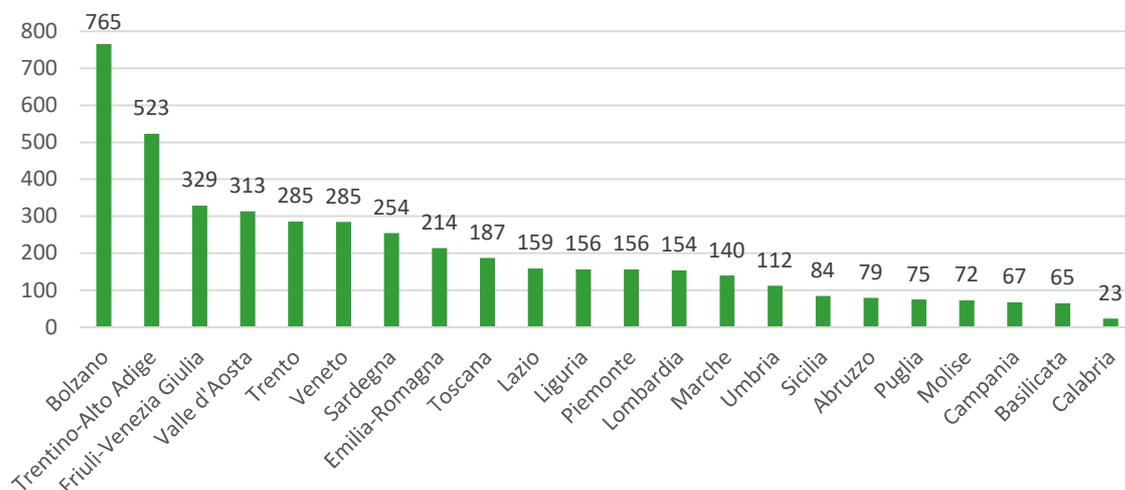
	% spesa sociale
Piemonte	7,2
Valle d'Aosta	0,4
Liguria	2,5
Lombardia	16,3
Trentino-Alto Adige	5,9
<i>Bolzano</i>	4,3
<i>Trento</i>	1,6
Veneto	14,7
Friuli-Venezia Giulia	4,2
Emilia-Romagna	10,0
Toscana	7,3
Umbria	1,0
Marche	2,2
Lazio	9,8
Abruzzo	1,1
Molise	0,2
Campania	4,1
Puglia	3,2
Basilicata	0,4
Calabria	0,5
Sicilia	4,4
Sardegna	4,4
Nord-Ovest	26,4
Nord-Est	34,9
Centro	20,5
Sud	9,5
Isole	8,8
Italia	100,0

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Al contrario, Sicilia (84), Abruzzo (79), Puglia (75), Molise (72), Campania (67), Basilicata (65) e Calabria (23) presentano tutte valori sotto i 100 Euro pro-capite.

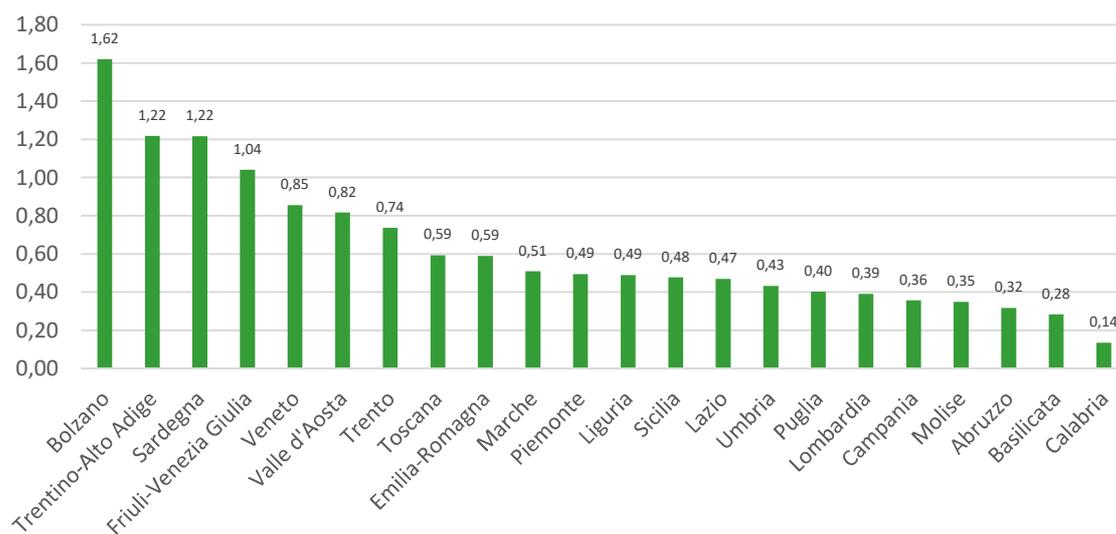
Guardando, infine, all'incidenza della spesa sociale dei Comuni sul PIL locale, le percentuali più elevate si registrano nella Provincia Autonoma di Bolzano con l'1,62%, in Sardegna con l'1,22% e nel Friuli-Venezia Giulia con l'1,04% (figura 19). Diversamente, la Calabria rappresenta il fanalino di coda con lo 0,14% del PIL.

FIGURA 18. SPESA SOCIALE PRO-CAPITE PER REGIONE. VALORI IN EURO. ANNO 2018



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

FIGURA 19. PESO DELLA SPESA SOCIALE SUL PIL REGIONALE. VALORI PERCENTUALI. ANNO 2018



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

## 2. IL RUOLO DELLE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT NEI SETTORI DELLA SANITÀ E DELL'ASSISTENZA

### 2.1 Quadro generale

Gli Enti di Terzo Settore<sup>8</sup> (ETS, incluse le cooperative sociali) che operano nelle attività sanitarie e assistenziali costituiscono una parte importante dell'offerta e generano un importante indotto in termini economici e occupazionali, non solo con riferimento all'intero Terzo Settore, ma anche rispetto all'intera economia sociale e all'economia privata. Nel 2015 – ultimo anno per cui si dispone anche dei dati economici – il comparto<sup>9</sup> ha prodotto oltre il 26% del valore aggiunto generato dall'intera economia sociale – formata da tutte le cooperative (non solo sociali) e le istituzioni non profit – impiegando tre addetti su 10 e quasi un volontario ogni quattro<sup>10</sup> (tabella 7).

Se si guarda al settore della sanità e assistenza sociale, il dato più significativo è fornito però dal peso delle organizzazioni dell'economia sociale<sup>11</sup> sull'economia privata, che, nel 2015, ha superato il 45% del numero complessivo degli addetti occupati nelle imprese private – la quota in assoluto più elevata dopo quella registrata sul settore dell'istruzione (del 61,8%).

TABELLA 7. INCIDENZA DELL'ECONOMIA SOCIALE SUL NUMERO DI ORGANIZZAZIONI, VALORE AGGIUNTO E ADDETTI DELL'ECONOMIA PRIVATA PER ATTIVITÀ ECONOMICA. ANNO 2015. VALORI PERCENTUALI

Settori di attività economica	OES	V.a.	Addetti
Attività manifatturiere	0,1	1,5	1,9
Costruzioni	0,7	2,3	2,6
Commercio ingrosso e dettaglio riparazioni autoveicoli	0,1	3,1	2,7
Trasporto e magazzinaggio	0,9	10,2	18,9
Attività servizi alloggio e ristorazione	0,2	3,4	3,3
Servizi informazione e comunicazione	0,5	0,8	2,2
Attività finanziarie e assicurative	0,2	-	16,3
Attività professionali	0,4	1,2	2,0
Noleggio agenzia viaggio servizi supporto imprese	0,9	12,6	19,2
Istruzione	17,1	65,9	61,8
Sanità e assistenza sociale	7,3	35,9	45,1
Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	48,1	25,3	21,0
Altre attività di servizi	39,3	41,5	18,9
Altri settori	0,8	1,0	2,5
Totale	8,0	6,7	9,1

Fonte: Euricse-Istat (2021).

<sup>8</sup> Sono Enti del Terzo Settore 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 di una o più attività di interesse generale in forma volontaria e di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi.

<sup>9</sup> Il dato prende in considerazione i valori espressi dalle organizzazioni dell'economia sociale operanti nei settori della sanità e assistenza sociale. In questo ambito di attività, tali organizzazioni possono ritenersi coincidenti con quelle del Terzo Settore come definite nella nota 8.

<sup>10</sup> La componente più imprenditoriale ovvero quella composta dalle cooperative rappresenta il 19,4% delle unità economiche, genera il 49,4% del valore aggiunto e occupa il 63,8% degli addetti dell'economia sociale attiva nel settore della sanità e assistenza sociale.

<sup>11</sup> L'economia sociale è costituita dall'insieme delle imprese cooperative (sociali e non) e dalle organizzazioni non profit.

I dati attualmente disponibili consentono di arrivare fino al 2019 solamente con riferimento al numero di organizzazioni e di dipendenti del Terzo Settore (tabella 8). Per quanto riguarda la prima variabile, le unità economiche attive nel settore della sanità e assistenza risultavano in quell'anno pari a quasi 48mila (47.678) e davano occupazione a oltre 500mila (512.698) lavoratori remunerati. Le organizzazioni operanti nella sanità e nell'assistenza, pur rappresentando infatti solamente il 13% delle unità attive – e questo costantemente dal 1999 al 2019 – occupano oltre la metà dei dipendenti dell'intero Terzo Settore, con un'incidenza percentuale salita dal 51,3% (quasi 273mila) del 1999 al 59,5% del 2019.

**TABELLA 8. INCIDENZA DEL NUMERO DI ORGANIZZAZIONI E DI DIPENDENTI DEL SETTORE SANITARIO E ASSISTENZIALE SUL TOTALE DEL TERZO SETTORE. ANNI 1999 – 2019. VALORI PERCENTUALI**

	Organizzazioni		
	Sanità e assistenza	Altri settori	Terzo Settore
1999	13,8	86,2	100,0
2011	12,0	88,0	100,0
2015	12,6	87,4	100,0
2019	13,1	86,9	100,0

	Dipendenti		
	Sanità e assistenza	Altri settori	Terzo Settore
1999	51,3	48,7	100,0
2011	56,4	43,6	100,0
2015	58,6	41,4	100,0
2019	59,5	40,5	100,0

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

La sanità e l'assistenza assorbono invece decisamente meno lavoro volontario: nello specifico, nel 2015 (ultimo anno disponibile), il 7,8% nella sanità e il 16,1% nell'assistenza, per un totale di oltre 1,3 milioni di persone coinvolte (+62,2% rispetto ai circa 812mila del 1999). Ciononostante, la più elevata dimensione media delle organizzazioni operanti nella sanità e assistenza fa sì che il numero medio di volontari impiegati in ciascuna organizzazione risulti nettamente maggiore al dato riferito all'intero Terzo Settore, rispettivamente 37 nella sanità, 29 nell'assistenza e 16 nel Terzo Settore nel suo complesso.

**TABELLA 9. PESO SPECIFICO DI SANITÀ E ASSISTENZA SUL TOTALE DI SETTORE DELLE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT. ANNI 1999 – 2019. VALORI PERCENTUALI**

	Organizzazioni		
	Sanità	Assistenza	Sanità e assistenza
1999	33,4	66,6	100,0
2011	30,5	69,5	100,0
2015	27,3	72,7	100,0
2019	27,9	72,1	100,0

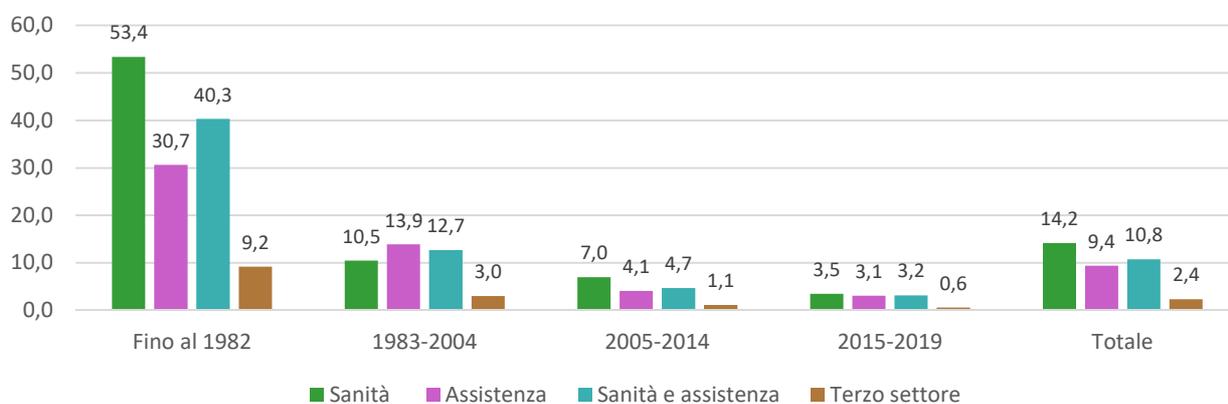
  

	Dipendenti		
	Sanità	Assistenza	Sanità e assistenza
1999	44,5	55,5	100,0
2011	41,4	58,6	100,0
2015	38,5	61,5	100,0
2019	36,8	63,2	100,0

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

Nel comparto della sanità e assistenza, le organizzazioni non profit presentano un grado di diffusione altamente variabile a seconda della tipologia di attività (tabella 9). In particolare, nel tempo si è assistito ad uno sviluppo costante e significativo della componente assistenziale: in termini di numero di organizzazioni si è passati infatti dal 1999 al 2019 da un rapporto di 1:3 a 1:4 rispetto al settore sanitario, con l'assistenza che rappresenta quindi la componente principale dell'aggregato settoriale. Lo stesso vale – anche se in misura inferiore – per i dipendenti, con l'assistenza che ha visto crescere l'apporto complessivo dal 55,5% (oltre 151mila) del 1999 al 63,2% (quasi 325mila) del 2019. Spostando però l'attenzione sulla dimensione media (figura 20), la sanità presenta un numero di dipendenti per organizzazione superiore a quello dell'assistenza. Ciò trova fondamento soprattutto nella dimensione estremamente rilevante delle organizzazioni sanitarie nate prima del 1983, che nel 2019 impiegavano in media 53 dipendenti contro i 31 dell'assistenza.

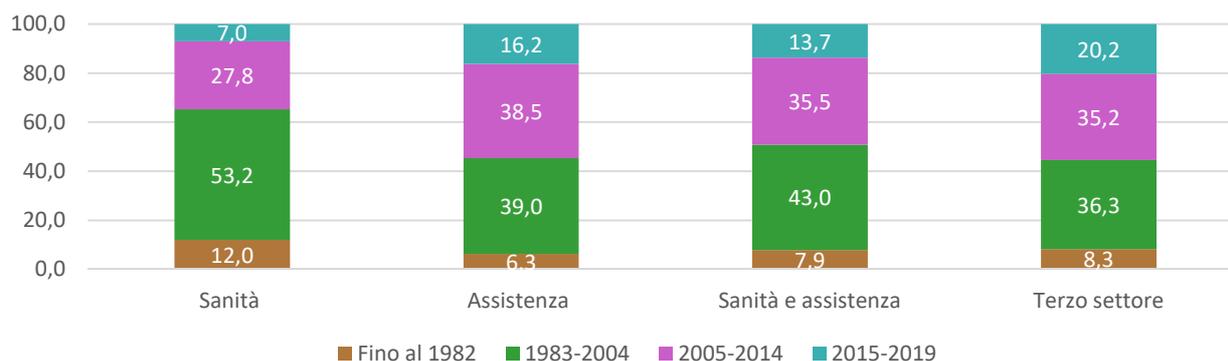
FIGURA 20. DIPENDENTI MEDI PER PERIODO DI COSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA SANITÀ, DELL'ASSISTENZA E NEL TERZO SETTORE



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

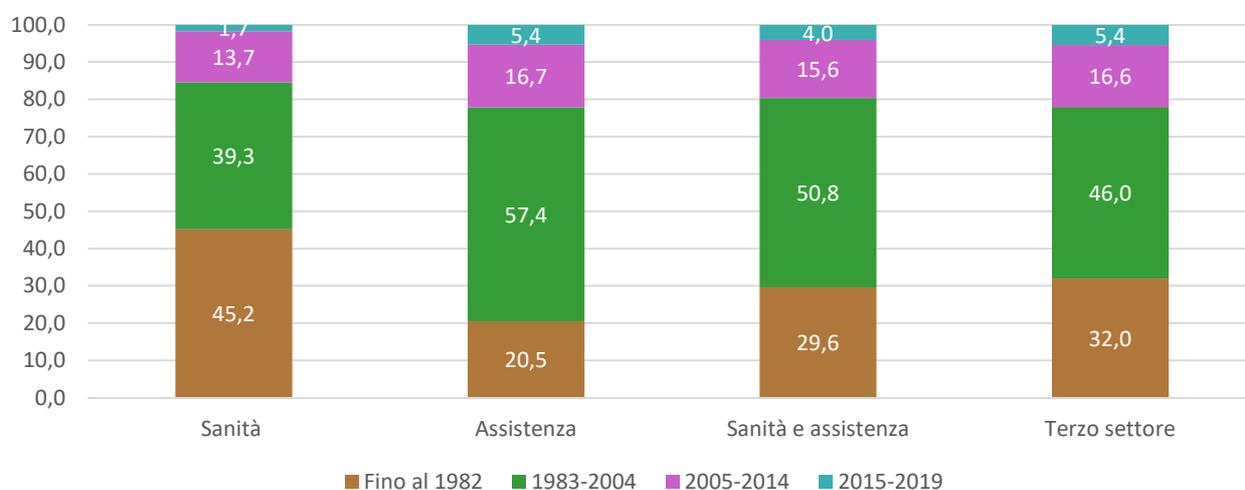
L'analisi della composizione delle organizzazioni del Terzo Settore per periodo di costituzione mostra infatti uno sviluppo meno sostenuto della sanità negli ultimi 15 anni – ovvero dal 2005 al 2019 – con solamente una organizzazione su tre di quelle attive nel 2019 sorta in questo periodo rispetto a più della metà sia nell'assistenza che nell'intero Terzo Settore (figura 21): nella sanità oltre il 45% dei dipendenti lavora in organizzazioni nate prima del 1983 a fronte del 20,5% nell'assistenza e del 32% nell'intero Terzo Settore (figura 22).

FIGURA 21. DISTRIBUZIONE DEL NUMERO DELLE ORGANIZZAZIONI PER PERIODO DI COSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA SANITÀ, DELL'ASSISTENZA E NEL TERZO SETTORE. VALORI PERCENTUALI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

FIGURA 22. DISTRIBUZIONE DEL NUMERO DIPENDENTI PER PERIODO DI COSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA SANITÀ, DELL'ASSISTENZA E NEL TERZO SETTORE. VALORI PERCENTUALI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

A tal proposito, l'evoluzione del numero di dipendenti segnala dei tassi di crescita nel settore sanitario costantemente inferiori a quelli registrati nell'assistenza e, tranne nell'intervallo 1999-2011, anche rispetto all'intero Terzo Settore (figura 23). Complessivamente, ovvero dal 1999 al 2019, i dipendenti occupati nella sanità non profit sono cresciuti meno della metà di quelli dell'assistenza, precisamente +55,3% vs. +113,9%, e leggermente meno del totale del Terzo Settore (+62%).

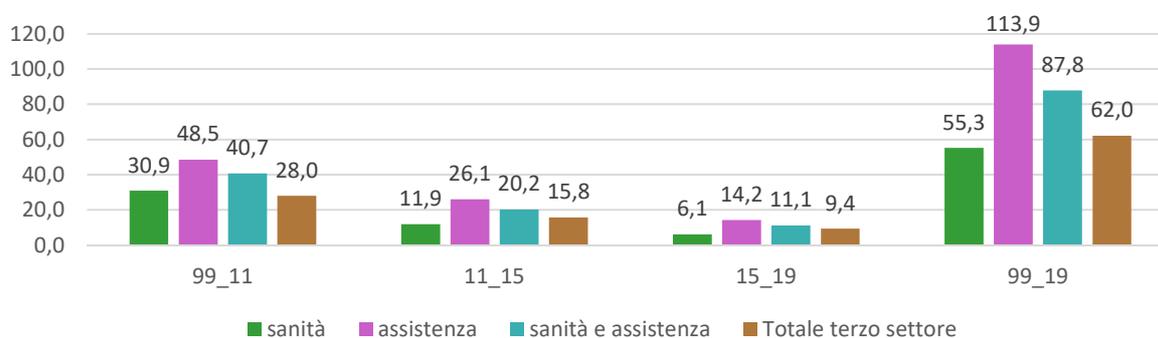
I dati disponibili, pur non consentendo di approfondire adeguatamente per l'intera serie temporale i sottosectori che formano i due comparti, segnalano uno sviluppo particolarmente significativo dei servizi per lungodegenti nella sanità (tabella 10) oltre a mostrare una crescita rilevante dell'assistenza sociale, che in quest'ultimo caso rappresenta praticamente la totalità della macro-area dell'assistenza.

TABELLA 10. NUMERO DIPENDENTI NEI SOTTOSECTORI DEL COMPARATO SANITARIO E ASSISTENZIALE. ANNI 1999 E 2011

	1999	2011
<b>Sanità</b>	<b>121.389</b>	<b>158.839</b>
servizi ospedalieri generali e riabilitativi	76.391	71.243
servizi per lungodegenti	12.128	47.141
servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri	10.851	9.558
altri servizi sanitari	22.019	30.897
<b>Assistenza</b>	<b>151.547</b>	<b>225.108</b>
servizi di assistenza sociale	145.261	221.512
servizi di assistenza nelle emergenze	3.199	2.149
erogazione di contributi monetari e/o in natura	3.087	1.447

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

FIGURA 23. EVOLUZIONE DEL NUMERO DEI DIPENDENTI IMPIEGATI NEI SETTORI DELLA SANITÀ, DELL'ASSISTENZA E DEL TERZO SETTORE. VARIAZIONI PERCENTUALI. ANNI 1999-2019



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

## 2.2 Rilevanza territoriale

### 2.2.1 La distribuzione sul territorio

Il comparto della sanità e assistenza rappresenta un bacino occupazionale estremamente importante per il Terzo Settore nel suo complesso soprattutto in Basilicata, Marche e Puglia con percentuali d'incidenza sul totale dei dipendenti impiegati complessivamente dalle organizzazioni non profit che raggiungono rispettivamente il 74,3%, il 69,6% e il 69% (tabella 11). Al contrario, l'apporto più basso del comparto all'intero Terzo Settore si rileva nelle due province autonome (44% Bolzano e 48,1% Trento) e in Calabria (47,7%).

TABELLA 11. PESO DEI SETTORI DELLA SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SUL TOTALE DI DIPENDENTI DEL TERZO SETTORE PER REGIONE. ANNO 2019. VALORI PERCENTUALI

	Sanità	Assistenza	Sanità e assistenza
Piemonte	26,1	37,6	63,6
Valle d'Aosta	9,4	42,3	51,8
Liguria	28,3	28,6	56,9
Lombardia	27,2	34,1	61,3
<b>Nord-Ovest</b>	<b>26,9</b>	<b>34,6</b>	<b>61,5</b>
Trentino-Alto Adige	9,2	37,2	46,4
<i>Bolzano</i>	13,3	30,8	44,0
<i>Trento</i>	6,2	41,8	48,1
Veneto	15,9	38,3	54,3
Friuli-Venezia Giulia	3,5	52,6	56,1
Emilia-Romagna	21,6	40,1	61,7
<b>Nord-Est</b>	<b>16,2</b>	<b>40,3</b>	<b>56,5</b>
Toscana	18,3	38,1	56,4
Umbria	7,4	48,7	56,0
Marche	17,8	51,8	69,6
Lazio	27,5	28,3	55,7
<b>Centro</b>	<b>22,8</b>	<b>34,5</b>	<b>57,3</b>
Abruzzo	22,7	37,4	60,1
Molise	20,2	45,6	65,8
Campania	10,6	45,6	56,2
Puglia	25,6	43,4	69,0
Basilicata	35,1	39,1	74,3
Calabria	16,8	30,9	47,7
<b>Sud</b>	<b>19,8</b>	<b>42,0</b>	<b>61,8</b>
Sicilia	20,7	44,2	65,0
Sardegna	13,2	45,7	58,9
<b>Isole</b>	<b>17,9</b>	<b>44,8</b>	<b>62,7</b>
<b>Italia</b>	<b>21,9</b>	<b>37,6</b>	<b>59,5</b>

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

In Liguria, Lazio e Basilicata i due sottosettori – rispettivamente sanità e assistenza – contribuiscono in misura simile alla definizione delle dimensioni del macrosettore; negli altri casi, invece, la situazione risulta sbilanciata a favore dell’assistenza, con un peso quindi maggiore di quest’ultima rispetto a quello della sanità (Tabella 11).

Il maggior numero di organizzazioni attive nelle attività sanitarie e assistenziali – pari al 28,1% del totale – operano nel Nord-Ovest, mentre nel Nord-Est, Centro e Sud le percentuali si aggirano intorno al 20%; chiudono le Isole con l’11,5% delle unità economiche del settore (tabella 12).

Il contributo territoriale in termini di dipendenti accentua il peso della ripartizione nord-occidentale che supera il 35%, con la sola Lombardia che occupa il 23,2% dei dipendenti del Terzo Settore impiegati nel comparto a livello nazionale. Dall’altro lato, cala invece in maniera significativa la rilevanza del Sud (12,7%) e si abbassa ulteriormente quella delle Isole (7,7%).

**TABELLA 12. DISTRIBUZIONE DEL NUMERO DI ORGANIZZAZIONI E DI DIPENDENTI DEL TERZO SETTORE OPERANTI NELLA SANITÀ E ASSISTENZA PER REGIONE. ANNO 2019. VALORI PERCENTUALI**

	Organizzazioni	Dipendenti
Piemonte	8,6	9,3
Valle d’Aosta	0,3	0,2
Liguria	2,6	2,5
Lombardia	16,6	23,2
<b>Nord-Ovest</b>	<b>28,1</b>	<b>35,1</b>
Trentino-Alto Adige	3,0	2,1
<i>Bolzano</i>	1,5	0,9
<i>Trento</i>	1,5	1,3
Veneto	7,8	8,5
Friuli-Venezia Giulia	2,0	2,3
Emilia-Romagna	6,5	10,0
<b>Nord-Est</b>	<b>19,3</b>	<b>22,9</b>
Toscana	7,9	5,8
Umbria	1,7	1,3
Marche	3,1	2,6
Lazio	9,2	11,9
<b>Centro</b>	<b>21,9</b>	<b>21,6</b>
Abruzzo	2,1	1,3
Molise	0,8	0,4
Campania	6,3	3,8
Puglia	5,5	5,3
Basilicata	1,3	0,9
Calabria	3,3	1,0
<b>Sud</b>	<b>19,3</b>	<b>12,7</b>
Sicilia	7,8	5,0
Sardegna	3,7	2,7
<b>Isole</b>	<b>11,5</b>	<b>7,7</b>
<b>Italia</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

Se si intende però misurare l'intensità della presenza sul territorio delle organizzazioni non profit operanti nelle attività della sanità e assistenza è utile fornire un indicatore normalizzato rispetto al numero di residenti ovvero di potenziali beneficiari di tali servizi (tabella 13).

Prestando attenzione al numero di unità economiche, la maggiore densità si trova nelle province di Bolzano e di Trento, nella Val d'Aosta, Molise e Basilicata rispettivamente con 13,3, 12,9, 12,7, 11,9 e 11,2 organizzazioni ogni 10mila abitanti. Diversamente, se si prende in considerazione il numero di dipendenti, la provincia di Trento rimane al primo posto con 121,9 lavoratori ogni 10mila abitanti seguita, in questo caso, dalla Lombardia con 118,6, l'Emilia-Romagna con 115,0, il Piemonte con 109,8 e il Lazio con 106,1.

La Campania risulta, al contrario, la regione che presenta i valori più bassi con rispettivamente 5,2 organizzazioni e 33,7 dipendenti ogni 10mila abitanti. A mostrare, infatti, la presenza meno consistente è proprio la ripartizione del Sud con 6,7 organizzazioni e 42,2 dipendenti rispetto al dato della macroarea nord-occidentale rispettivamente di 8,4 (8,8 per il Centro) e 112,5 (8,0 e 85,7 per l'Italia nel suo complesso).

TABELLA 13. NUMERO DI ORGANIZZAZIONI E DI DIPENDENTI DEL TERZO SETTORE NELLA SANITÀ E ASSISTENZA PER REGIONE. VALORI OGNI 10MILA ABITANTI. ANNO 2019

Regione	Organizzazioni	Dipendenti
Piemonte	9,5	109,8
Valle d'Aosta	12,7	75,9
Lombardia	7,9	118,6
Liguria	8,0	83,1
<b>Nord-Ovest</b>	<b>8,4</b>	<b>112,5</b>
Trentino-Alto Adige	13,1	102,4
<i>Bolzano</i>	13,3	82,3
<i>Trento</i>	12,9	121,9
Veneto	7,6	88,9
Friuli-Venezia Giulia	8,0	95,4
Emilia-Romagna	7,0	115,0
<b>Nord-Est</b>	<b>7,9</b>	<b>100,8</b>
Toscana	10,2	80,4
Umbria	9,1	76,6
Marche	9,8	87,1
Lazio	7,6	106,1
<b>Centro</b>	<b>8,8</b>	<b>93,5</b>
Abruzzo	7,8	52,6
Molise	11,9	73,2
Campania	5,2	33,7
Puglia	6,6	67,9
Basilicata	11,2	79,1
Calabria	8,2	27,7
<b>Sud</b>	<b>6,7</b>	<b>47,2</b>
Sicilia	7,6	52,0
Sardegna	10,7	85,6
<b>Isole</b>	<b>8,4</b>	<b>60,3</b>
<b>Italia</b>	<b>8,0</b>	<b>85,7</b>

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit e Censimento Permanente della popolazione.

## 2.2.2 Pluralità di mix organizzativi

In realtà, esiste grande differenziazione a livello di modelli organizzativi tra i due sottosettori e tra le regioni. Il primo aspetto che emerge con grande chiarezza è il ruolo primario e pressoché esclusivo – misurato in termini di peso sul dato totale dei dipendenti – della forma della cooperativa sociale nel settore dell’assistenza al cospetto di un impiego invece più equilibrato delle differenti tipologie organizzative sul fronte della sanità (tabella 14). Infatti, se nel primo caso si ha che le cooperative sociali occupano a livello nazionale l’80% dei dipendenti dell’assistenza, nel secondo caso la rilevanza delle cooperative sociali scende al 39,3%, con un ruolo altrettanto importante delle fondazioni (28%) e delle altre tipologie (17,3 per le “altre forme”<sup>12</sup> e 15,3% per le associazioni).

TABELLA 14. NUMERO DI DIPENDENTI PER FORMA ORGANIZZATIVA DEL SETTORE SANITÀ. ANNO 2018. VALORI PERCENTUALI

	Associazione	Cooperativa sociale	Fondazione	Altra forma	Totale
Piemonte	8,7	67,3	5,1	18,9	100,0
Valle d’Aosta	5,6	93,8	0,0	0,6	100,0
Lombardia	13,2	25,9	52,5	8,4	100,0
Liguria	17,9	43,5	11,0	27,5	100,0
<b>Nord-Ovest</b>	<b>12,5</b>	<b>37,9</b>	<b>37,0</b>	<b>12,6</b>	<b>100,0</b>
Trentino-Alto Adige	43,5	32,0	4,6	20,0	100,0
<i>Bolzano</i>	<i>49,5</i>	<i>11,4</i>	<i>5,6</i>	<i>33,5</i>	<i>100,0</i>
<i>Trento</i>	<i>35,0</i>	<i>61,1</i>	<i>3,1</i>	<i>0,9</i>	<i>100,0</i>
Veneto	5,9	42,9	18,4	32,8	100,0
Friuli-Venezia Giulia	31,2	58,8	4,2	5,8	100,0
Emilia-Romagna	7,3	84,2	7,0	1,6	100,0
<b>Nord-Est</b>	<b>10,1</b>	<b>64,4</b>	<b>10,9</b>	<b>14,5</b>	<b>100,0</b>
Toscana	31,4	34,7	18,2	15,7	100,0
Umbria	35,6	39,4	1,5	23,5	100,0
Marche	47,6	49,0	3,5	0,0	100,0
Lazio	9,7	17,0	32,5	40,8	100,0
<b>Centro</b>	<b>17,8</b>	<b>23,8</b>	<b>26,6</b>	<b>31,8</b>	<b>100,0</b>
Abruzzo	7,5	56,1	34,0	2,4	100,0
Molise	1,2	62,0	36,8	0,0	100,0
Campania	21,2	33,9	17,5	27,5	100,0
Puglia	9,8	26,3	41,2	22,8	100,0
Basilicata	13,2	86,8	0,0	0,0	100,0
Calabria	48,9	24,1	26,9	0,1	100,0
<b>Sud</b>	<b>14,8</b>	<b>39,2</b>	<b>30,4</b>	<b>15,6</b>	<b>100,0</b>
Sicilia	43,1	28,5	22,3	6,0	100,0
Sardegna	39,4	45,3	11,5	3,8	100,0
<b>Isole</b>	<b>42,1</b>	<b>33,3</b>	<b>19,3</b>	<b>5,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Italia</b>	<b>15,3</b>	<b>39,3</b>	<b>28,0</b>	<b>17,3</b>	<b>100,0</b>

Eventuali differenze tra le somme ed il relativo totale sono da attribuire esclusivamente ad arrotondamenti nei decimali.  
Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

<sup>12</sup> Quali, per esempio, gli enti religiosi.

L'approfondimento a livello regionale rivela una serie di peculiarità. Nello specifico, nella sanità si rileva una presenza particolarmente significativa delle fondazioni in Lombardia e Puglia con rispettivamente il 52,5% e il 41,2% dei dipendenti impiegati sul totale regionale e in Molise e Abruzzo con rispettivamente il 36,8% e il 34%. Nonostante pure nel Lazio le fondazioni assorbano ben il 32,5% dei dipendenti, in questo caso, a rivestire una parte ancora più importante sono le organizzazioni raggruppate sotto la denominazione "altre forme", con un peso del 40,8% sui dipendenti del Terzo Settore operanti nella sanità laziale. Questo modello organizzativo sembra trovare inoltre particolare spazio nella provincia di Bolzano e in Veneto con rispettivamente il 33,5% e il 32,8% dei dipendenti e in Liguria e Campania con il 27,5%.

In provincia di Bolzano un altro attore non profit estremamente importante – in realtà il più rilevante – nell'erogazione di servizi sanitari è rappresentato dal modello dell'associazione con il 49,5% dei dipendenti. Questa forma organizzativa riveste un ruolo di rilievo anche in Calabria, Marche e Sicilia con rispettivamente il 48,9%, il 47,6% e il 43,1% dei dipendenti del Terzo Settore regionale impiegati nella sanità.

TABELLA 15. NUMERO DI DIPENDENTI PER FORMA ORGANIZZATIVA DEL SETTORE ASSISTENZA. ANNO 2018. VALORI PERCENTUALI

	Associazione	Cooperativa sociale	Fondazione	Altra forma	Totale
Piemonte	6,3	86,6	3,6	3,5	100,0
Valle d'Aosta	1,1	88,4	9,9	0,6	100,0
Lombardia	5,6	73,4	17,3	3,8	100,0
Liguria	8,3	79,4	9,7	2,6	100,0
<b>Nord-Ovest</b>	5,9	77,6	12,8	3,6	<b>100,0</b>
Trentino-Alto Adige	26,8	64,4	6,6	2,3	100,0
Bolzano	33,4	46,2	16,8	3,6	100,0
Trento	23,2	74,1	1,1	1,6	100,0
Veneto	4,6	73,2	17,7	4,5	100,0
Friuli-Venezia Giulia	8,0	84,9	3,3	3,9	100,0
Emilia-Romagna	4,3	88,7	4,0	3,0	100,0
<b>Nord-Est</b>	7,2	80,0	9,2	3,6	<b>100,0</b>
Toscana	7,4	85,5	3,7	3,3	100,0
Umbria	4,8	89,1	3,7	2,5	100,0
Marche	6,1	86,5	6,5	0,9	100,0
Lazio	15,0	68,3	1,0	15,6	100,0
<b>Centro</b>	10,5	78,0	2,9	8,6	<b>100,0</b>
Abruzzo	9,4	87,3	2,3	1,0	100,0
Molise	4,2	90,8	1,3	3,6	100,0
Campania	5,3	90,6	2,2	1,9	100,0
Puglia	4,7	90,8	2,5	2,1	100,0
Basilicata	7,2	87,6	3,6	1,7	100,0
Calabria	17,1	69,8	10,0	3,1	100,0
<b>Sud</b>	6,5	88,5	3,0	2,0	<b>100,0</b>
Sicilia	15,5	78,9	1,7	3,9	100,0
Sardegna	6,2	86,7	0,7	6,5	100,0
<b>Isole</b>	12,1	81,8	1,3	4,9	<b>100,0</b>
<b>ITALIA</b>	<b>7,8</b>	<b>80,1</b>	<b>7,5</b>	<b>4,5</b>	<b>100,0</b>

Eventuali differenze tra le somme ed il relativo totale sono da attribuire esclusivamente ad arrotondamenti nei decimali.  
Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat Censimento Permanente delle Istituzioni non profit.

Al contrario, la cooperazione sociale sembra rappresentare lo strumento maggiormente rispondente anche all'organizzazione del servizio sanitario (tabella 15) – con una quota praticamente esclusiva sui dipendenti del non profit – in Valle d'Aosta (93,8%), Basilicata (86,8%) e in Emilia-Romagna (84,2%).

Differente è invece il discorso per quanto riguarda il settore dell'assistenza in cui solamente in provincia di Bolzano il ruolo della cooperazione sociale risulta inferiore alle altre forme, laddove invece essa si conferma la forma organizzativa dominante. Nel territorio altoatesino, un ruolo importante è svolto in questo ambito di attività dalle associazioni (33,4% dei dipendenti) e dalle fondazioni (16,8%; quota vicina a quella del Veneto – 17,7%).

Il peso specifico delle associazioni nell'assistenza risulta significativo anche in provincia di Trento (23,2% dei dipendenti) e, secondariamente, in Calabria (17,1%), Sicilia (15,5%) e Lazio (15%). In quest'ultima regione un apporto di pari importanza viene anche dalle "altre forme" (15,6%).

### 2.3 Un'analisi del valore aggiunto

L'approfondimento del valore aggiunto generato consente di cogliere appieno la consistenza delle organizzazioni sanitarie e assistenziali di Terzo Settore a livello territoriale. Nonostante gli ultimi dati economici disponibili risalgano all'anno 2015, tale limite non inficia l'analisi delle dimensioni e proporzioni del fenomeno nelle differenti regioni italiane e soprattutto – come si vedrà successivamente – nella qualificazione dei modelli di offerta locali. Tale limite sarà tuttavia superato nel paragrafo successivo attraverso un'analisi puntuale delle imprese soggette all'obbligo di deposito del bilancio d'esercizio ovvero le società cooperative e quelle di capitali.

L'analisi del valore aggiunto mette innanzitutto in evidenza come, nel 2015, il settore non profit abbia generato nelle attività socio-assistenziali e sanitarie quasi 12,7 miliardi di Euro – rispettivamente intorno ai 4,7 nella sanità e agli 8 nell'assistenza sociale – confermando, a livello nazionale, il peso dominante dell'assistenza già rilevato sul fronte occupazionale, con l'attivazione di quasi 2 Euro ogni 3 prodotti dall'intero comparto (tabella 16).

Le regioni che hanno prodotto la maggior quantità di valore aggiunto nelle attività sanitarie e assistenziali considerate nel loro complesso sono la Lombardia con 3,3 miliardi di Euro e il Lazio, Piemonte e Emilia-Romagna con oltre un miliardo di Euro, nello specifico, rispettivamente 1,8, 1,2 e 1,1.

Differentemente dalla media nazionale, in Lazio e Puglia il comparto sanitario risulta prevalere nella generazione di nuovi redditi su quello assistenziale, con un'incidenza percentuale del primo che supera in entrambi i casi il 60% dell'aggregato settoriale. Altre realtà dove invece il contributo dei due settori risulta equilibrato sono la Calabria (47,5% per la sanità), il Molise (46,3%), l'Abruzzo (46,2%) e la Lombardia (45,2%).

A livello di ripartizioni geografiche, il Nord-Est si caratterizza per l'incidenza sul valore aggiunto meno significativa della sanità con una percentuale del 16,6% - con la provincia di Trento (5,8%), il Friuli-Venezia Giulia (7,1%) e l'Emilia-Romagna (11,0%) con i valori più bassi d'Italia; mentre, nel Sud, la quota della sanità sale ad oltre il 53% dell'intero comparto.

L'analisi del valore aggiunto pro capite segnala tra le regioni con la maggiore rilevanza della componente sanitaria oltre a Lazio e Puglia anche la Lombardia con un valore di oltre 100 Euro per abitante (seguite dalla provincia di Bolzano) (figura 24). Al contrario, i territori caratterizzati da

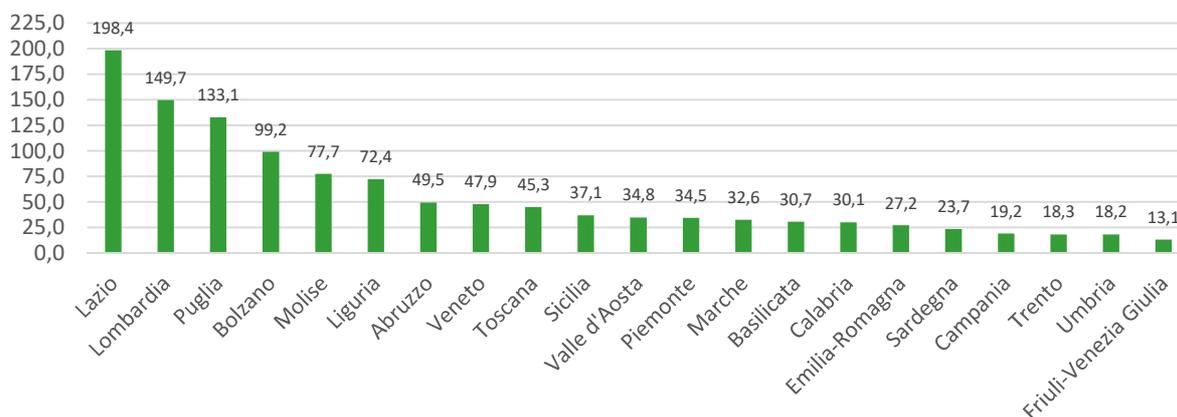
uno sviluppo estremamente limitato del settore sanitario non profit sono rappresentati dalla Campania, la provincia di Trento, l'Umbria e il Friuli-Venezia Giulia con un valore aggiunto per abitante inferiore ai 20 Euro.

TABELLA 16. CONTRIBUTO DEI SOTTOSETTORI ALLA GENERAZIONE DEL VALORE AGGIUNTO DEL COMPARTO SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE NON PROFIT. ANNO 2015. VALORI PERCENTUALI E IN MILIONI DI EURO

	Sanità	Assistenza sociale	Totale
Piemonte	13,3	86,7	1.153
Valle d'Aosta	13,5	86,5	33
Liguria	36,5	63,5	316
Lombardia	45,2	54,8	3.308
<b>Nord-Ovest</b>	<b>36,7</b>	<b>63,3</b>	<b>4.810</b>
Trentino-Alto Adige	20,1	79,9	304
<i>Bolzano</i>	<i>37,9</i>	<i>62,1</i>	<i>135</i>
<i>Trento</i>	<i>5,8</i>	<i>94,2</i>	<i>169</i>
Veneto	23,9	76,1	990
Friuli-Venezia Giulia	7,1	92,9	227
Emilia-Romagna	11,0	89,0	1.099
<b>Nord-Est</b>	<b>16,6</b>	<b>83,4</b>	<b>2.620</b>
Toscana	25,1	74,9	676
Umbria	11,0	89,0	149
Marche	19,2	80,8	264
Lazio	64,0	36,0	1.820
<b>Centro</b>	<b>48,2</b>	<b>51,8</b>	<b>2.909</b>
Abruzzo	46,2	53,8	143
Molise	46,3	53,7	53
Campania	32,5	67,5	347
Puglia	69,7	30,3	782
Basilicata	18,8	81,2	94
Calabria	47,5	52,5	126
<b>Sud</b>	<b>53,5</b>	<b>46,5</b>	<b>1.545</b>
Sicilia	34,4	65,6	551
Sardegna	15,4	84,6	257
<b>Isole</b>	<b>28,3</b>	<b>71,7</b>	<b>808</b>
<b>Italia</b>	<b>36,7</b>	<b>63,3</b>	<b>12.692</b>

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

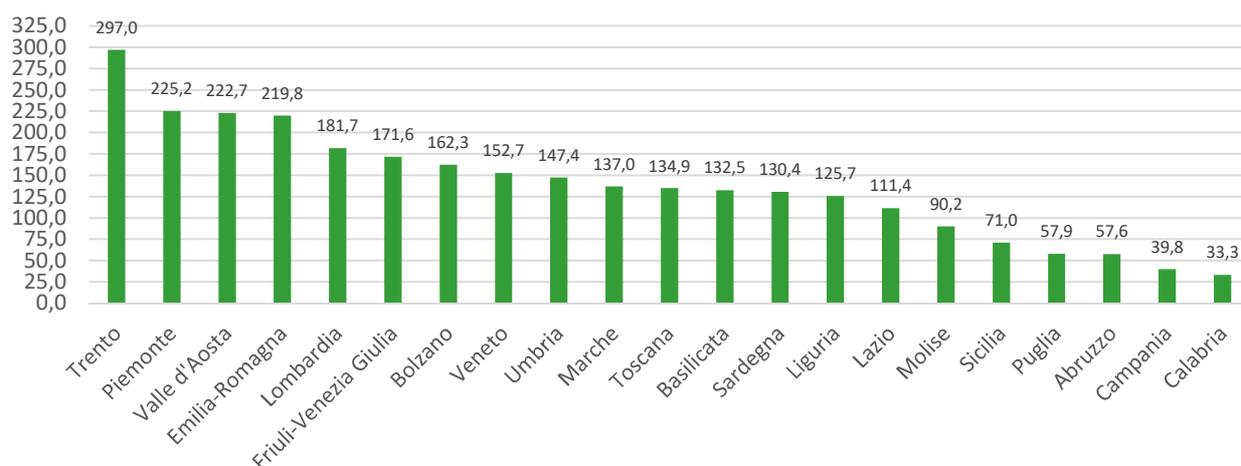
FIGURA 24. VALORE AGGIUNTO PRO CAPITE DELLE ORGANIZZAZIONI DI TERZO SETTORE IMPIEGATE NEL SETTORE SANITARIO. VALORI IN EURO. ANNO 2015



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale (figura 25), sono invece la provincia di Trento, il Piemonte, la Valle d'Aosta e l'Emilia-Romagna a posizionarsi ai primi posti della graduatoria con un livello di valore aggiunto pro capite che supera in tutti i casi i 200 Euro, rispettivamente 297, 225,2, 222,7 e 219,8. Diversamente, le regioni caratterizzate da valori pro capite più bassi sono il Molise, la Sicilia, la Puglia, l'Abruzzo con valori per abitante tra i 57 e i 90 Euro e la Campania e la Calabria con valori inferiori ai 40 Euro.

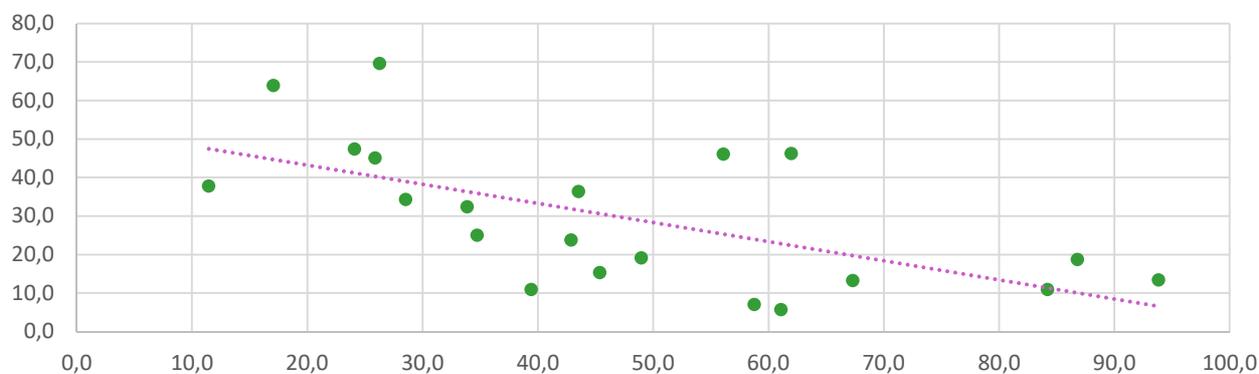
FIGURA 25. VALORE AGGIUNTO PRO CAPITE DELLE ORGANIZZAZIONI DI TERZO SETTORE IMPIEGATE NEL SETTORE DELL'ASSISTENZA SOCIALE. VALORI IN EURO. ANNO 2015



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Riprendendo quanto emerso nel sottoparagrafo 2.2.2 in merito ai mix organizzativi che prevalgono nelle differenti attività, emerge un chiaro legame inverso tra il peso specifico della sanità sull'aggregato e la presenza della forma della cooperativa sociale (figura 26). Questa relazione indica che nei territori caratterizzati da uno sviluppo particolarmente rilevante del Terzo Settore operante in ambito sanitario la prestazione del servizio viene spesso organizzata attraverso forme diverse dalla cooperativa sociale (per esempio, fondazioni, associazioni, ecc.)<sup>13</sup>.

FIGURA 26. DISTRIBUZIONE DEL PESO DELLA COOPERATIVA SOCIALE SUI DIPENDENTI DEL SETTORE SANITARIO NON PROFIT E DEL PESO DELLA SANITÀ SUL VALORE AGGIUNTO DEL COMPARTO NON PROFIT "SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE" PER REGIONE

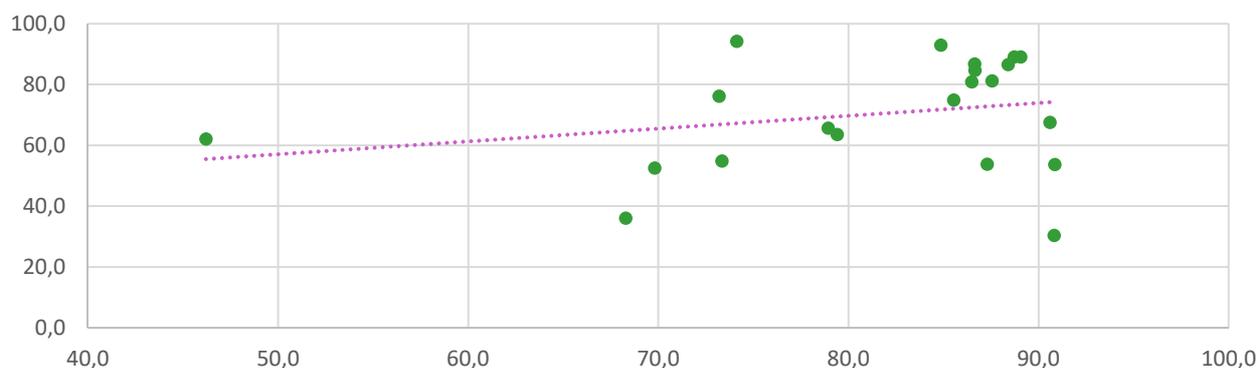


Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

<sup>13</sup> La correlazione assume un valore pari a -0,62; raffrontando invece il peso della forma della cooperativa sociale con il livello di valore aggiunto pro capite della sanità si ottiene una correlazione di -0,52.

Differentemente, nell'assistenza sociale non si ravvisano particolari associazioni significative tra le variabili, essendo il settore polarizzato intorno al modello organizzativo della cooperativa sociale<sup>14</sup> (figura 27).

FIGURA 27. DISTRIBUZIONE DEL PESO DELLA COOPERATIVA SOCIALE SUI DIPENDENTI DELL'ASSISTENZA NON PROFIT E DEL PESO DELL'ASSISTENZA SOCIALE SUL VALORE AGGIUNTO DEL COMPARTO NON PROFIT "SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE" PER REGIONE



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

## 2.4 Cooperative nella sanità e assistenza sociale: un confronto con le società di capitali

### 2.4.1 Analisi statica

L'approfondimento delle società soggette all'obbligo di deposito del bilancio d'esercizio consente un'analisi più aggiornata e approfondita delle attività sanitarie e socio-assistenziali e permette altresì un confronto tra i dati economico-finanziari della componente più imprenditoriale del Terzo Settore (cooperative) e quelli delle società di capitali, ovvero dell'anima for-profit delle altre imprese private (non cooperative). Questi dati consentono, inoltre, di entrare più nel dettaglio, guardando anche alle sotto-attività che compongono i due macrosettori in esame (sanità e assistenza sociale).

L'interrogazione della banca dati Aida Bureau Van Dijk ha permesso di individuare, con riferimento all'anno 2019, 10.526 società di capitali e 624 cooperative nella sanità e rispettivamente 2.275 società di capitali e 6.823 cooperative nell'assistenza sociale<sup>15</sup>.

Questa diversa presenza delle due forme imprenditoriali nei settori di riferimento risulta ampiamente confermata anche dal punto di vista economico, ovvero attraverso l'analisi del valore aggiunto prodotto dalle società di capitali e dalle cooperative. Infatti, partendo dai valori aggregati espressi dall'intero comparto (sanità più assistenza) di 7,2 miliardi di Euro per le cooperative e di 9,2 per le società di capitali (sempre con riferimento all'anno 2019), è possibile osservare come le proporzioni si modifichino isolando le attività sanitarie da quelle socio-assistenziali (figura 28). Nel primo caso, infatti, il valore aggiunto prodotto dalle cooperative risulta pari solamente al 5,3% (417 milioni di Euro) dell'importo generato dalle società di capitali (7.888,4 milioni di Euro) nel medesimo ambito di attività (e periodo, il 2019)<sup>16</sup>; mentre, nel caso

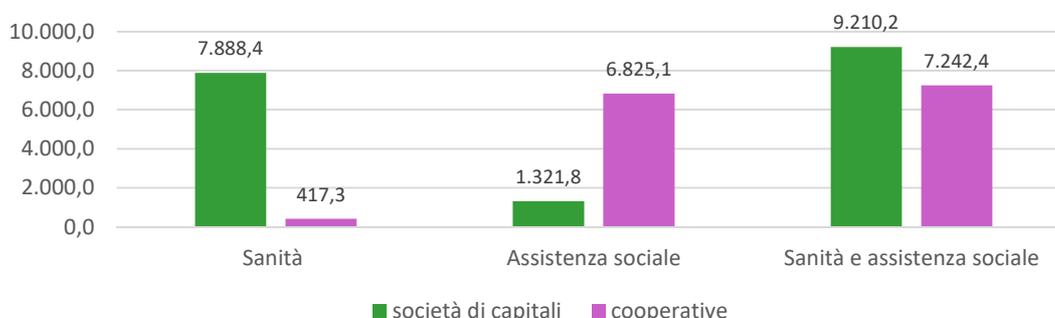
<sup>14</sup> In questo caso, la correlazione è di +0,24 e di -0,11 rapportando il peso della forma della cooperativa sociale nel settore assistenziale con valore aggiunto pro capite dell'assistenza sociale.

<sup>15</sup> Imprese attive con valore della produzione maggiore di 0.

<sup>16</sup> Nella lettura di questo dato va tenuto in considerazione che prima dell'introduzione del Codice del Terzo Settore e soprattutto della riforma della legge sull'impresa sociale le cooperative sociali non potevano operare in ambito

dell'assistenza sociale, sono le società di capitali ad aver prodotto solo il 19,4% (1.321,8 milioni di Euro) dei nuovi redditi generati dalle cooperative (6.825,1 milioni di Euro).

FIGURA 28. VALORE AGGIUNTO DI COOPERATIVE E SOCIETÀ DI CAPITALI NELLA SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE. ANNO 2019. VALORI IN MILIONI DI EURO



Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau Van Dijk.

Anche sul fronte delle risorse finanziarie investite complessivamente dall'impresa (tabella 17), si conferma il ruolo centrale delle società di capitali nella sanità con quasi 26 miliardi di Euro investiti nel 2019, a fronte dei 585,3 milioni di Euro delle cooperative. Nello specifico, rapportando il capitale investito al valore della produzione, è possibile cogliere la più elevata intensità d'investimento delle società di capitali (per ogni Euro di fatturato) rispetto alle cooperative con rispettivamente un valore di 1,3 e di 0,83. Capovolgendo il ragionamento, si può allo stesso tempo scoprire che le cooperative realizzano per ogni Euro di capitale investito un valore della produzione più elevato rispetto alle società di capitali (nello specifico, 1,23 rispetto a 0,77 delle for-profit).

TABELLA 17. NUMERO DI IMPRESE E VARIABILI ECONOMICO-FINANZIARIE DI COOPERATIVE E SOCIETÀ DI CAPITALI NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI. ANNO 2019. VALORI IN PERCENTUALE E MILIONI DI EURO

	Cooperative			
	N. imprese	Valore produzione	Valore aggiunto	Capitale investito
Servizi ospedalieri	2,6	7,5	6,9	15,4
Servizi degli studi medici e odontoiatrici	25,8	14,1	8,0	11,5
Altri servizi di assistenza sanitaria	68,3	60,9	63,0	55,5
Non classificato	3,4	17,5	22,1	17,6
<b>Sanità</b>	<b>624,0</b>	<b>709,1</b>	<b>417,3</b>	<b>585,3</b>
Assistenza sociale residenziale	30,5	35,4	33,8	37,9
Assistenza sociale non residenziale	69,5	64,6	66,2	62,1
<b>Assistenza sociale</b>	<b>6.823,0</b>	<b>10.753,5</b>	<b>6.825,1</b>	<b>8.773,3</b>
	Società di capitali			
	N. imprese	Valore produzione	Valore aggiunto	Capitale investito
Servizi ospedalieri	5,9	58,4	63,6	63,8
Servizi degli studi medici e odontoiatrici	61,8	22,2	16,9	15,8
Altri servizi di assistenza sanitaria	31,3	18,3	18,3	19,0
Non classificato	1,1	1,1	1,3	1,3
<b>Sanità</b>	<b>10.526,0</b>	<b>19.895,5</b>	<b>7.888,4</b>	<b>25.910,4</b>
Assistenza sociale residenziale	68,0	84,0	85,2	87,7
Assistenza sociale non residenziale	32,0	16,0	14,8	12,3
<b>Assistenza sociale</b>	<b>2.275,0</b>	<b>2.959,3</b>	<b>1.321,8</b>	<b>3.967,8</b>

Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau Van Dijk.

strettamente sanitario, ma solo socio-sanitario. Questa limitazione ha quindi ovviamente inciso negativamente sul loro sviluppo in questo settore di attività specifico.

Questo dato risulta evidentemente influenzato dalla concentrazione delle società di capitali nei servizi ospedalieri, con il 63,8% degli investimenti effettuati complessivamente nel settore sanitario, che – come è noto – si caratterizzano per un livello d’investimento iniziale elevato. Al contrario, le cooperative risultano specializzate negli altri servizi di assistenza sanitaria (per esempio, attività paramediche, banche del sangue, ecc.), ovvero in ambiti più *labour-intensive* (con il 55,5% degli investimenti).

Spostando l’attenzione sul settore dell’assistenza sociale, le cooperative – come per il valore aggiunto – mostrano valori decisamente più rilevanti con quasi 8,8 miliardi di Euro investiti nel 2019 a fronte dei 3,97 delle società di capitali. Anche in questo caso, il rapporto tra il capitale investito e il valore della produzione mostra una più elevata intensità d’investimento nelle società di capitali, con un coefficiente di 1,34 rispetto allo 0,82 delle cooperative, che comporta a sua volta – come in precedenza – una maggiore capacità delle cooperative di generare ricavi per Euro investito. Di nuovo, le società di capitali confermano la tendenza a specializzarsi in attività maggiormente *capital-intensive* come i servizi di assistenza residenziale (87,7% del capitale investito nell’assistenza sociale).

I valori medi rappresentati nella tabella 18 riassumono le caratteristiche sopra descritte sia delle attività (e sotto-attività) che delle due forme d’impresa, evidenziando una dimensione media delle società di capitali più elevata di quella delle cooperative soprattutto con riferimento al settore sanitario (nello specifico ai servizi ospedalieri) caratterizzato da una natura marcatamente *capital-intensive* e, quindi, più rispondente alla matrice *investor-oriented* delle società di capitali. Diversamente, nell’assistenza sociale, ma anche nelle sotto-attività sanitarie più *labour-intensive*, le cooperative non presentano livelli dimensionali inferiori a quelli delle imprese for-profit.

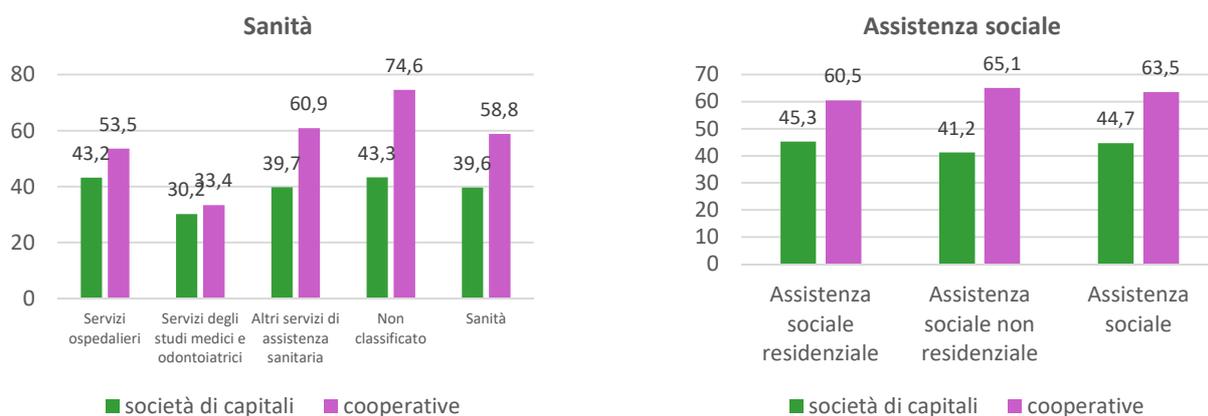
TABELLA 18. VALORI MEDI DELLE PRINCIPALI VARIABILI ECONOMICO-FINANZIARIE DI COOPERATIVE E SOCIETÀ DI CAPITALI NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI. ANNO 2019. VALORI IN EURO

	Valore produzione	Cooperative Capitale investito	Valore aggiunto
Servizi ospedalieri	3.342	5.630	1.789
Servizi degli studi medici e odontoiatrici	620	420	207
Altri servizi di assistenza sanitaria	1.014	762	617
Non classificato	5.900	4.907	4.401
<b>Sanità</b>	<b>1.136</b>	<b>938</b>	<b>669</b>
Assistenza sociale residenziale	1.829	1.595	1.106
Assistenza sociale non residenziale	1.465	1.150	954
<b>Assistenza sociale</b>	<b>1.576</b>	<b>1.286</b>	<b>1.000</b>
	Valore produzione	Società di capitali Capitale investito	Valore aggiunto
Servizi ospedalieri	18.867	26.852	8.142
Servizi degli studi medici e odontoiatrici	678	630	205
Altri servizi di assistenza sanitaria	1.104	1.495	438
Non classificato	2.041	3.082	884
<b>Sanità</b>	<b>1.890</b>	<b>2.462</b>	<b>749</b>
Assistenza sociale residenziale	1.607	2.250	728
Assistenza sociale non residenziale	651	671	268
<b>Assistenza sociale</b>	<b>1.301</b>	<b>1.744</b>	<b>581</b>

Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.

L'utilizzo di alcuni indicatori costruiti con le voci di bilancio consentono di approfondire ulteriormente – anche a parità di attività – le differenze in termini di *business model*. Osservando i valori riportati nelle figure 29 e 30, è possibile notare infatti come indipendentemente dalle attività svolte le cooperative – rispetto alle società di capitali – presentino un più elevato coefficiente di valore aggiunto (evidentemente legato ad un maggior grado di internalizzazione delle attività) e una maggiore destinazione al fattore lavoro dei nuovi redditi generati (valore aggiunto) dall'attività d'impresa. Non è possibile dai meri dati economici stabilire quale sia la motivazione alla base di questa difformità tra le due forme d'impresa. Una possibile causa potrebbe essere ricercata nell'innata natura *labour-intensive* del modello cooperativo nei servizi, che cerca di valorizzare maggiormente la componente del capitale umano e delle competenze, perno centrale di questa particolare tipologia organizzativa. All'opposto, come sembra emergere da studi più qualitativi (Galera, 2020), le imprese for-profit, spesso, si configurano come hub a sostegno di specialisti che operano in libera professione più che come vere e proprie strutture ospedaliere. In aggiunta, come sottolineato nel contributo di Betti et al. (2022), i modelli for-profit tendono ad orientarsi maggiormente verso la cura riparatoria “[...] mediante l'utilizzo di tecnologie sempre più sofisticate e costose, a scapito di investimenti meno costosi nella prevenzione di malattie degenerative e infettive [...]” (op. cit., p. 14).

FIGURA 29. COEFFICIENTE DI VALORE AGGIUNTO NEI SETTORI DELLA SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE PER FORMA D'IMPRESA. ANNO 2019. VALORI OGNI 100 EURO DI VALORE DELLA PRODUZIONE



Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.

FIGURA 30. COEFFICIENTE DI REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE NEI SETTORI DELLA SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE PER FORMA D'IMPRESA. ANNO 2019. VALORI OGNI 100 EURO DI VALORE AGGIUNTO



Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.

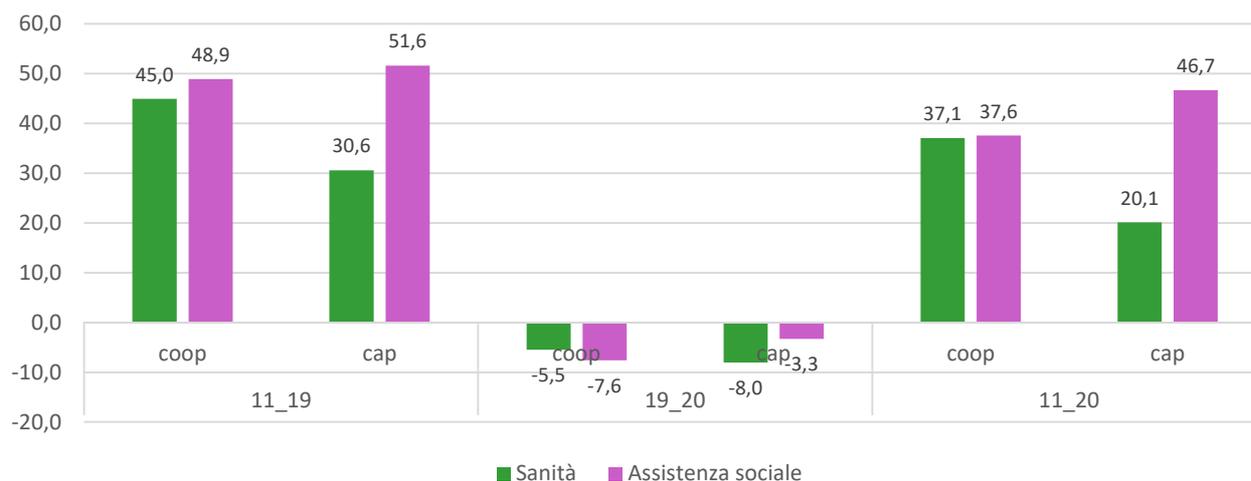
## 2.4.2 Analisi dinamica

Diventa ora interessante comprendere come queste variabili si sono comportate negli ultimi anni. Per fare questo, è necessario isolare le imprese (società di capitali e cooperative) per cui è disponibile il bilancio in tutti gli anni che si intendono studiare. Nello specifico, l'attenzione verrà posta sul periodo 2011-2020, che fornirà dunque uno spaccato – seppur parziale – dell'impatto della pandemia.

Con riferimento al 2019, il campione di imprese in esame rappresenta l'84,4% del valore aggiunto delle cooperative e il 73,3% di quello delle società di capitali.

L'analisi dell'evoluzione del valore aggiunto dal 2011 al 2019 mostra una variazione percentuale delle cooperative simile a quella delle società di capitali nell'assistenza sociale, evidenziando invece una crescita decisamente superiore delle prime nella sanità (45,0% contro il 30,6% delle cooperative) (figura 31). Allo stesso tempo, nell'anno della comparsa del virus Covid-19, ovvero nel 2020, nei servizi socio-assistenziali si registra una riduzione del valore aggiunto leggermente maggiore nelle cooperative (rispettivamente -7,6% e -3,3%), mentre nella sanità la riduzione delle società di capitali è decisamente superiore a quella delle cooperative (rispettivamente -8,0% e -5,5%). Il saldo di questi effetti determina quindi nelle cooperative una crescita del valore aggiunto tra il 2011 e il 2020 sostanzialmente simile nel settore sanitario e in quello socio-assistenziale, rispettivamente 37,1% e 37,6%, diversamente dalle società di capitali interessate da un netto divario di crescita tra i due settori a vantaggio di quello assistenziale (+46,7% per l'assistenza e +20,1% per la sanità). In quest'ultimo caso, la crescita delle for-profit è risultata di circa dieci punti percentuali superiore anche a quella delle cooperative, mentre nella sanità sono state le cooperative a distinguersi rispetto alle società di capitali (+37,1% contro 20,1%).

FIGURA 31. EVOLUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO DELL'ASSISTENZA SOCIALE PER FORMA D'IMPRESA. ANNI 2011 – 2020. VALORI PERCENTUALI



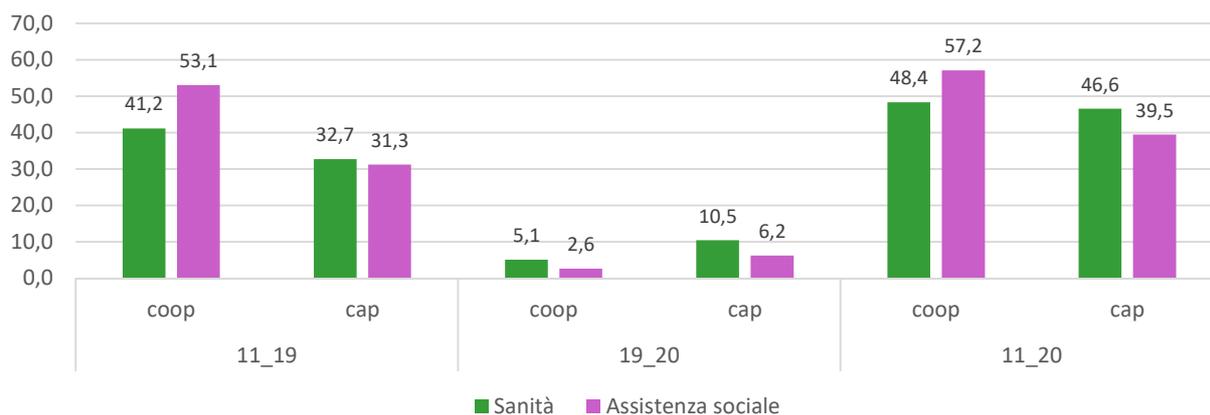
Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.

Guardando invece alle risorse investite dall'impresa (figura 32), dal 2011 al 2019 le società di capitali sono state interessate da una crescita intorno al 30% in entrambi i settori, mentre nelle cooperative, l'incremento, oltre ad essere stato a livello generale superiore a quello delle for-profit, è risultato particolarmente significativo nell'assistenza sociale con un +53,1% (rispetto al +31,3% delle altre imprese). Al contrario, tra il 2019 e il 2020 a presentare la variazione del capitale

investito più rilevante in entrambi gli ambiti di attività sono state le società di capitali – soprattutto nel settore sanitario.

Guardando all'intero periodo 2011-2020, sono tuttavia le cooperative a mostrare i tassi di crescita più elevati delle risorse finanziarie investite, soprattutto con riferimento al settore socio-assistenziale.

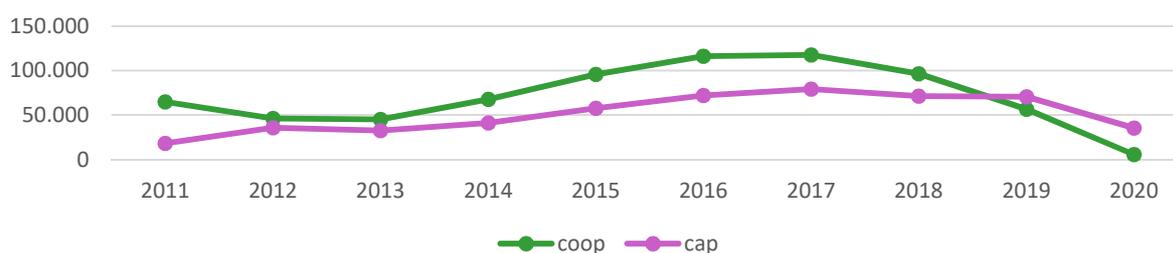
FIGURA 32. EVOLUZIONE DEL CAPITALE INVESTITO NELL'ASSISTENZA SOCIALE PER FORMA D'IMPRESA. ANNI 2011 – 2020. VALORI PERCENTUALI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.

Un discorso a parte merita l'approfondimento della quota residuale del valore prodotto dall'attività d'impresa – meglio conosciuto come risultato d'esercizio – che abitualmente, soprattutto nelle imprese for-profit, ha il compito di remunerare il capitale investito. Da questo punto di vista, un'analisi dinamica della variabile risulta estremamente utile in quanto consente di cogliere il comportamento nel tempo dell'impresa.

FIGURA 33. ANDAMENTO DEL RISULTATO D'ESERCIZIO DELL'ASSISTENZA SOCIALE PER FORMA D'IMPRESA. ANNI 2011 – 2020. VALORI IN MIGLIAIA DI EURO

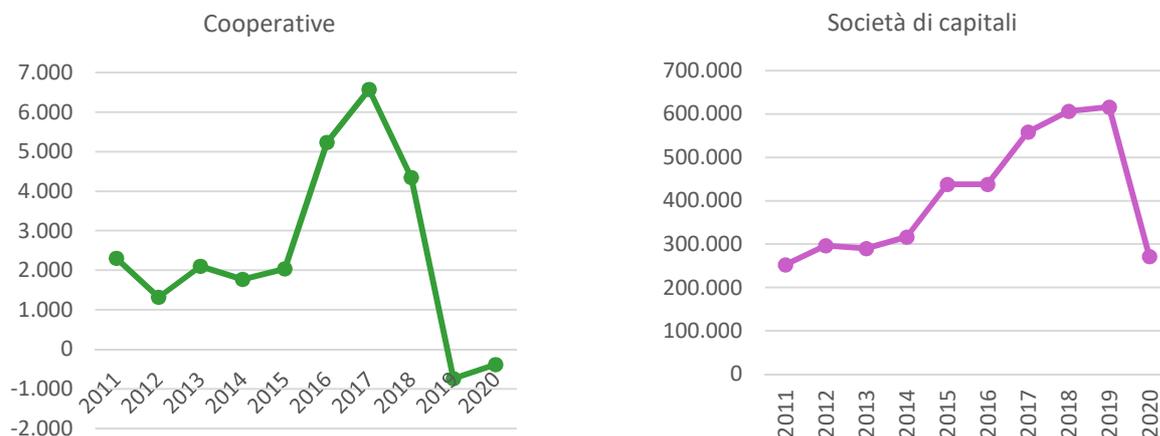


Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.

Visto il peso specifico delle cooperative nell'assistenza sociale, l'utile d'esercizio espresso in valori nominali risulta tendenzialmente (dal 2011 al 2018) superiore a quello delle società di capitali, soprattutto negli anni 2011, 2015, 2016 e 2017, mentre dal 2018 al 2020 il risultato di esercizio delle cooperative socio-assistenziali ha subito una riduzione significativa, portandolo negli ultimi due anni a un livello inferiore a quello delle società di capitali (figura 33). Ciononostante, la reale propensione a generare un margine finale positivo (utile) può essere intercettata rapportando l'utile al valore aggiunto generato. Nel caso dell'assistenza sociale (figura 35), esprimendo l'indicatore per 100 Euro di valore aggiunto, si può cogliere il netto divario tra la forma cooperativa e quella for-profit con delle percentuali di residuo nettamente superiori

nel secondo caso, che hanno raggiunto il picco massimo – intorno al 10% - tra il 2016 e il 2017. Diversamente, nelle cooperative l'indicatore non ha raggiunto neppure il 2,5%, scendendo quasi allo 0% nel 2020 contro un 4% delle società di capitali nel medesimo anno.

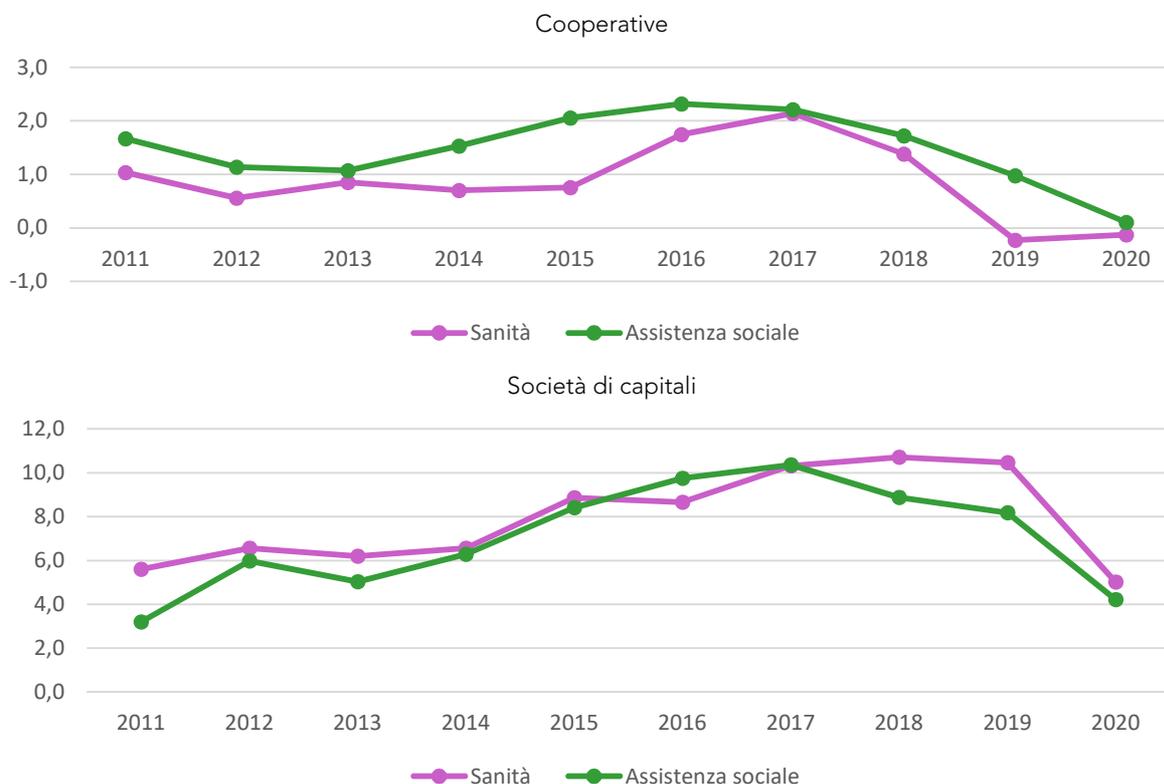
FIGURA 34. ANDAMENTO DEL RISULTATO D'ESERCIZIO DELLA SANITÀ PER FORMA D'IMPRESA. ANNI 2011 – 2020. VALORI IN MIGLIAIA DI EURO



Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale, va tuttavia segnalato dal 2017 in poi una riduzione costante delle percentuali di residuo in entrambe le forme d'impresa.

FIGURA 35. COEFFICIENTE DI UTILE OGNI 100 EURO DI VALORE AGGIUNTO PER COOPERATIVE E SOCIETÀ DI CAPITALI. ANNI 2011 – 2020



Fonte: elaborazioni proprie su dati Aida Bureau-Van Dijk.



Passando invece alla sanità, si osserva una crescita significativa dell'utile delle cooperative nel 2016 e nel 2017, seguita dal 2018 – come nel caso dell'assistenza sociale – da un netto calo che ha determinato negli anni successivi (2019 e 2020) una complessiva perdita d'esercizio (figura 34).

Diversamente, dal 2011 al 2019 le società di capitali sono state interessate da una progressiva crescita dell'utile d'esercizio – quasi triplicato (da 252,3 a 615,8 milioni di Euro) – seguita da una riduzione significativa nel 2020 che lo ha riportato ai livelli di inizio periodo (anno 2011).

Anche in questo caso, il coefficiente di residuo ogni 100 Euro di valore aggiunto generato mostra un divario particolarmente rilevante tra le due forme d'impresa (figura 35), con le cooperative che hanno superato di poco il 2% solo nel 2017 rispetto alle società di capitali che hanno presentato dal 2016 al 2019 un indicatore intorno o sopra il 10%. Nel 2020, a fronte di un -0,1% per le cooperative, le imprese for-profit presentavano un avanzo finale del 5%.

## 3. UN'OFFERTA DIFFERENZIATA: STRUTTURA DEI SISTEMI SANITARI E DI WELFARE A LIVELLO REGIONALE

### 3.1 Introduzione

L'analisi svolta finora ha avuto un duplice scopo: ricostruire il quadro economico delle risorse destinate dall'Italia alla protezione sociale sia rispetto agli altri Paesi europei sia nella sua declinazione regionale interna rispetto ai comparti della sanità e dell'assistenza; individuare le caratteristiche e la rilevanza del Terzo Settore in ambito sanitario e assistenziale.

Compito di questo ultimo capitolo è definire i confini e, dunque, le dimensioni delle organizzazioni non profit nelle strutture di offerta delle attività sanitarie, da un lato, e di quelle socio-assistenziali, dall'altro. Questo approfondimento verrà condotto focalizzando l'attenzione sulla scala regionale di operatività, andando a definire – sulla base della rilevanza economica del Terzo Settore – gruppi omogenei di regioni così da poter studiare la struttura (il mix) di offerta soprattutto dal punto di vista della tipologia (proprietaria) degli erogatori del servizio.

Questo inquadramento sarà utile per valutare se a differenti mix di offerta corrispondano differenti esiti in termini di output (indicatori territoriali).

### 3.2 Sanità

La presenza del sistema sanitario sul territorio può essere misurata in termini di densità di operatori ovvero guardando al numero di sanitari per abitante (figura 36). Utilizzando questo indicatore, le regioni a maggior densità sono rappresentate dalla provincia di Bolzano, Liguria, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Lombardia con oltre 230 operatori pro capite. Al contrario, i territori con il minor livello pro capite di lavoratori nella sanità si riferiscono essenzialmente alle regioni meridionali, con l'eccezione della Sardegna e l'inclusione dell'Umbria, tutte con valori pro capite inferiori ai 200 dipendenti e con Campania e Calabria ferme intorno alle 160 unità.

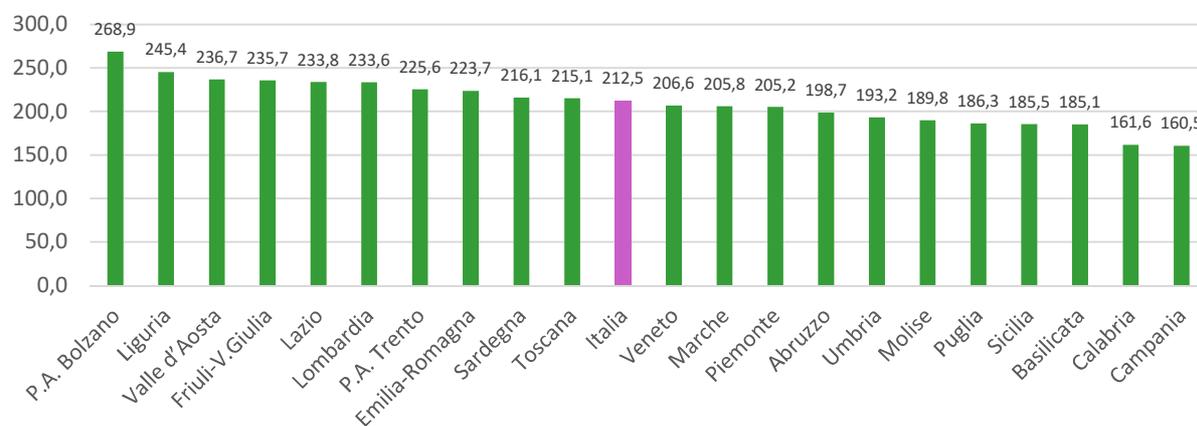
L'approfondimento del mix di composizione dell'offerta di servizi sanitari evidenzia un ruolo dominante del settore pubblico (figura 37): in termini occupazionali, solamente in quattro regioni l'economia privata rappresenta il primo operatore (Lazio, Lombardia, Puglia e Campania). Il peso maggiore dell'attore pubblico si rileva, in particolare, in Valle d'Aosta (73,1%), Basilicata (70,3%), Friuli-Venezia Giulia (67,5%), Provincia Autonoma di Trento (67,1%) e Provincia Autonoma di Bolzano (66,4%).

In questo quadro, le organizzazioni di Terzo Settore emergono particolarmente in Lazio, Lombardia e Puglia, con percentuali di incidenza rispettivamente del 17,4%, 16,5% e 11% sul totale degli occupati nel comparto sanitario regionale. Diversamente, il Friuli-Venezia Giulia e la provincia di Trento si caratterizzano per un peso decisamente marginale del non profit, con una quota intorno al 2%.

Se nei casi di Lazio, Lombardia e Puglia sembra che la maggior presenza degli operatori privati nei sistemi sanitari regionali abbia favorito anche l'espansione del Terzo Settore, nel caso della Campania emerge, diversamente, come il significativo sviluppo dell'economia privata abbia coinvolto quasi esclusivamente imprese for-profit. Parallelamente, ci sono territori in cui, nonostante il peso estremamente elevato del settore pubblico, le organizzazioni non profit sono

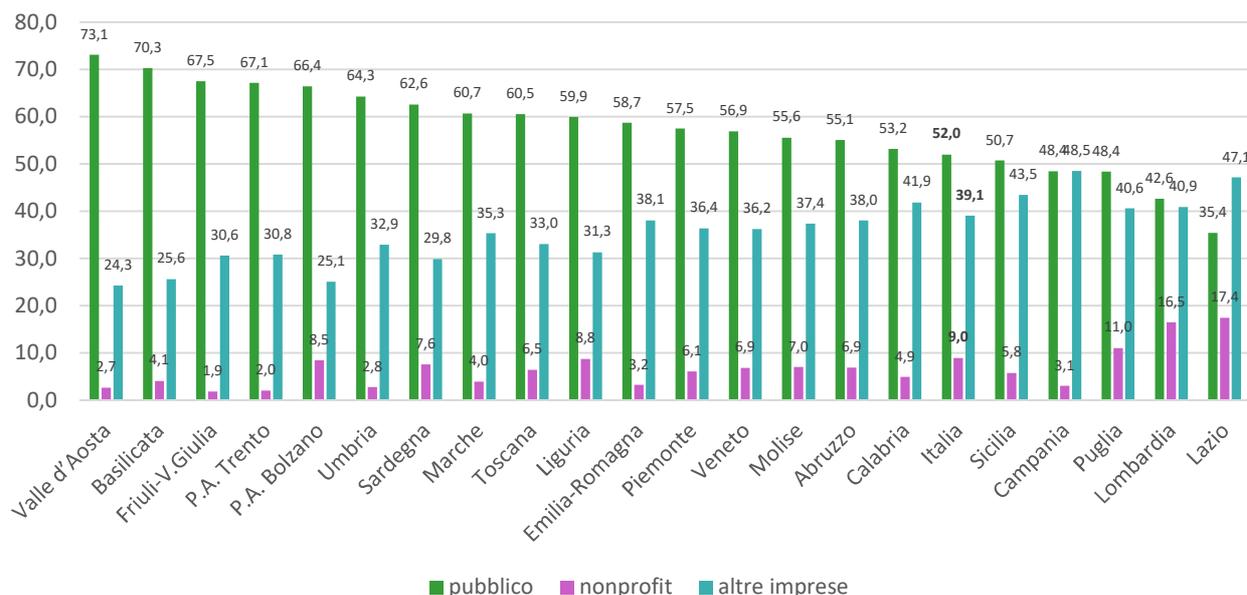
riuscite a ricavarsi una fetta significativa nel mercato dei servizi sanitari come, per esempio, nella provincia di Bolzano.

FIGURA 36. DENSITÀ DI OPERATORI SANITARI OGNI 10MILA ABITANTI PER REGIONE. ANNO 2015



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

FIGURA 37. PESO SUGLI OCCUPATI DELLA SANITÀ PER FORMA D'IMPRESA IN ORDINE DECRESCENTE DI RILEVANZA DEL SETTORE PUBBLICO PER REGIONE. ANNO 2015. VALORI IN PERCENTUALE

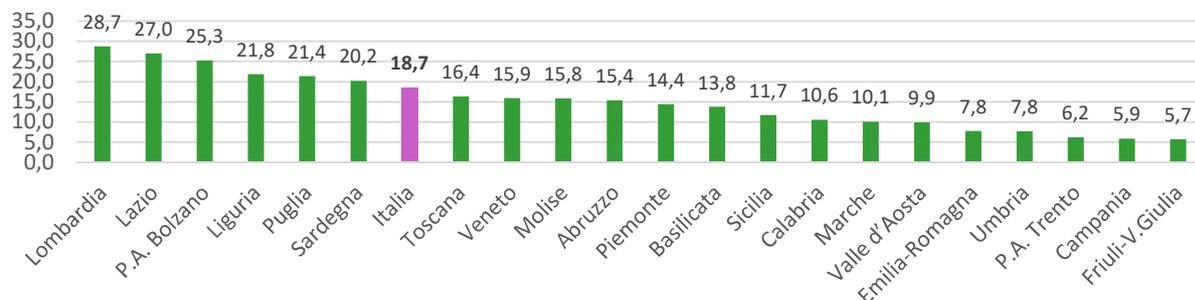


Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

In realtà, sembra non esserci una chiara e ben definita determinante (effetto traino), sia essa la presenza del settore pubblico o di quello privato, a spiegare la maggiore o minore diffusione del Terzo Settore nell'erogazione di servizi sanitari. Volendo, infatti, restringere l'analisi alla sola economia privata (figura 38), il peso delle organizzazioni non profit – sempre in termini di occupati – raggiunge percentuali particolarmente significative, non solo nelle regioni a minor presenza pubblica come Lombardia, Lazio e Puglia – rispettivamente 28,7%, 27,0% e 21,4% – ma anche in sistemi a trazione pubblica come quello altoatesino (25,3%), ligure (21,8%) e sardo (20,2%). Allo stesso tempo, però, pure nelle strutture di offerta ad elevata connotazione pubblica si ritrovano, tra gli operatori privati, casi con un ruolo estremamente marginale del Terzo Settore come nel Friuli-Venezia Giulia (5,7%), nella provincia di Trento (6,2%), nell'Umbria (7,8%) e nell'Emilia-

Romagna (7,8%). In questo caso, a sorprendere sono soprattutto le realtà trentina ed emiliana caratterizzate storicamente dalla presenza di un forte e diffuso modello di economia sociale, che però non ha evidentemente trovato spazio nel settore sanitario.

FIGURA 38. PESO DELLE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT SUGLI OCCUPATI DELLA SANITÀ PRIVATA IN ORDINE DECRESCENTE PER REGIONE. ANNO 2015. VALORI IN PERCENTUALI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Incrociando le variabili appena presentate, è possibile osservare come, delle sei regioni che presentano la densità di operatori sanitari più elevata, quattro, ovvero rispettivamente Lazio, Lombardia, provincia di Bolzano e Liguria, si ritrovano anche nelle prime posizioni della graduatoria riferita al peso specifico delle organizzazioni del Terzo Settore nella sanità privata (tabella 19).

TABELLA 19. DENSITÀ OPERATORI, RUOLO DEL PUBBLICO E PESO DEL NON PROFIT NEL SETTORE SANITARIO PER REGIONE IN ORDINE DI IMPORTANZA DEL TERZO SETTORE NEL COMPARTO PRIVATO. OCCUPATI; VALORI PERCENTUALI. ANNO 2015

	Densità operatori	Presenza pubblico	% non profit
Lombardia	Alta intensità	↓	16,5
Lazio	Alta intensità	↓	17,4
Provincia Autonoma Bolzano	Alta intensità	↑	8,5
Liguria	Alta intensità	→	8,8
Puglia	Bassa intensità	↓	11,0
Sardegna	Intensità intermedia	→	7,6
Toscana	Intensità intermedia	→	6,5
Veneto	Intensità intermedia	→	6,9
Molise	Bassa intensità	→	7,0
Abruzzo	Bassa intensità	→	6,9
Piemonte	Intensità intermedia	→	6,1
Basilicata	Bassa intensità	↑	4,1
Sicilia	Bassa intensità	→	5,8
Calabria	Bassa intensità	→	4,9
Marche	Intensità intermedia	→	4,0
Valle d'Aosta	Alta intensità	↑	2,7
Emilia-Romagna	Intensità intermedia	→	3,2
Umbria	Bassa intensità	→	2,8
Provincia Autonoma Trento	Intensità intermedia	↑	2,0
Campania	Bassa intensità	↓	3,1
Friuli-Venezia Giulia	Alta intensità	↑	1,9

Legenda: colore verde: alta intensità; colore viola: intensità intermedia; colore azzurro: bassa intensità.

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

La densità di operatori sanitari sembra invece trovare delle associazioni interessanti con il livello regionale pro capite del PIL (corr=0,89) e della spesa sanitaria totale (corr=0,76), escludendo invece relazioni con il peso specifico dei soggetti erogatori (pubblico, for-profit o Terzo Settore). Il livello di spesa sanitaria totale pro capite sembra invece essere influenzato negativamente al crescere del peso dell'attore privato soprattutto quando è for-profit (-0,69; -0,17 per il Terzo Settore) e positivamente con il peso del settore pubblico (+0,58).

Raggruppando le regioni sulla base del valore aggiunto pro capite generato dalle organizzazioni di Terzo Settore nella sanità, è possibile derivare le caratteristiche dei relativi sistemi sanitari territoriali nei quali tali organizzazioni sono inserite e operano<sup>17</sup> (tabella 20). In questo modo, si ottengono tre gruppi di regioni, rispettivamente caratterizzati da:

1. peso elevato sia del Terzo Settore (16,5%) che dell'economia privata (superiore a quello pubblico, fermo al 42,6% dell'occupazione sanitaria);
2. peso intermedio del Terzo Settore (e riduzione del contributo delle altre imprese al 34,6%) e ruolo prevalente del pubblico (58,4%);
3. peso dominante del pubblico (61,6%) con ruolo minore del Terzo Settore (e pari contributo delle altre imprese rispetto a quelle attive nel gruppo 2).

TABELLA 20. VARIABILI STRUTTURALI-MACROECONOMICHE DEL SETTORE SANITARIO PER GRUPPI DI REGIONE. VALORI MEDIANI

	V.a. pro capite non profit*	Densità*	% su occupati*			Spesa pro capite	
			Pubblico	Non profit	Altre imprese	Pubblica**	Privata**
Gruppo 1	149,7	233,6	42,6	16,5	40,9	1.856,5	612,1
Gruppo 2	60,9	210,8	58,4	7,0	34,6	1.948,2	661,9
Gruppo 3	28,7	205,5	61,6	3,6	34,1	1.930,9	615,6

\* anno 2015.

\*\* anno 2018.

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Il gruppo a trazione privata (gruppo 1) evidenzia la densità più elevata di operatori<sup>18</sup>, ma la spesa sanitaria (sia pubblica che privata) più bassa. Quest'ultima raggiunge invece i valori più alti nel secondo gruppo, ovvero in quello caratterizzato da un contributo prevalente del pubblico e da un ruolo comunque significativo del Terzo Settore.

Guardando all'indice di invecchiamento e al relativo indice di dipendenza degli anziani – parametri utili ad esprimere il fabbisogno territoriale in termini di servizi sanitari – il valore maggiore interessa il secondo gruppo, con 196,3, mentre il primo gruppo si ferma a 160,6.

Osservando gli indicatori qualitativi riportati nella tabella 21, a livello generale, a presentare la situazione migliore sembra essere il gruppo 2, mentre il gruppo 1 mostra, nonostante il minor fabbisogno di servizi (e alla luce della maggior densità di operatori sanitari), elementi di maggiore criticità (soprattutto rispetto al gruppo 2).

Nel gruppo 1, nonostante il tasso di emigrazione ospedaliera risulti inferiore a quello degli altri gruppi territoriali, emerge una maggiore percentuale di persone che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie (8,5% rispetto al 7,1% degli altri gruppi) e che potrebbe spiegarsi con il maggior coefficiente di famiglie a rischio povertà e dalla più diffusa difficoltà di accesso ai servizi.

<sup>17</sup> Il primo gruppo raccoglie le regioni con valore aggiunto pro capite del non profit inferiore a 40 Euro, il secondo con valori compresi tra 40 e 80 Euro, infine, l'ultimo con valori superiori agli 80 Euro.

<sup>18</sup> Come è stato messo in evidenza, la densità di operatori non risulta correlata al peso degli operatori del settore.

In aggiunta, un effetto negativo in tal senso potrebbe essere ascrivito al numero pro capite di medici e soprattutto di infermieri, inferiore a quelli rilevati negli altri due gruppi (e in netto contrasto con la densità di dipendenti rilevata in precedenza).

Anche guardando all'indice delle morti evitabili e del tasso di mortalità infantile, i valori del gruppo 1 risultano maggiori di quelli del gruppo 2. Rispetto a quest'ultimo, il primo gruppo riesce a far leggermente meglio con riferimento al numero di assistiti oltre soglia: 30,4 vs. 32,2 (27,4 per il terzo gruppo).

TABELLA 21. INDICATORI QUALITATIVI E DI OUTPUT DEI SISTEMI SANITARI PER GRUPPI DI REGIONE. VALORI MEDIANI. ANNO 2018

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Invecchiamento	160,6	196,3	185,6
Dipendenza anziani	33,1	37,6	36,8
Emigrazione ospedaliera	9,0	10,3	10,9
Rinuncia prestazioni sanitarie	8,5	7,1	7,1
Rischio povertà	19,3	14,2	14,8
Difficoltà accesso ai servizi	8,3	5,6	6,2
N_medici	3,7	4,2	3,8
N_infermieri	5,8	7,0	6,6
N_assistiti oltre soglia	30,4	32,2	27,4
Multicronicità_75+ (%)	53,1	47,8	53,3
65+ con limit (anni medi)	15,0	13,0	16,5
Anziani_adi	1,9	3,4	2,8
Morti evitabili (%)	16,8	16,2	17,4
Mortalità infantile (%)	3,0	2,4	2,8
% molto soddisfatto ass. ospedaliera	39,7	44,5	40,9
Griglia LEA*	175,7	189,2	170,6
Indice composito salute*	104,4	110,6	101,2
Posti letto ordinari *1000	3,1	3,1	3,1
Posti letto acuti*1000	2,5	2,6	2,5
% pubblico ordinari	76,4	86,4	80,9
% pubblico acuti	81,7	92,0	90,4

\* anno 2015.

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Diversamente, per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata per gli anziani, è nuovamente il gruppo 2 a mostrare l'indicatore migliore con un 3,4 rispetto all'1,9 del primo gruppo (2,8 per il terzo). Tale differenza non trova spiegazione in un minor bisogno assistenziale visto che il valore mediano degli anni medi con limitazioni fisiche per gli over 65 risulta allineato tra il primo e il secondo gruppo e, anzi, si rileva (nel primo gruppo) una maggiore percentuale di over 75 con multicronicità (rispetto al gruppo 2). Al contrario, tale difformità potrebbe essere collegata alla carenza di infermieri precedentemente osservata, mettendo dunque in evidenza come la maggiore densità di dipendenti nel settore sanitario non si traduca (o non sia orientata) in una maggiore disponibilità di risorse altamente qualificate utili all'implementazione di servizi integrativi altamente qualificati.

Del resto, anche il grado di soddisfazione per le cure ospedaliere ricevute risulta particolarmente elevato tra i pazienti del secondo gruppo (44,5% contro 40,9% del terzo gruppo e 39,7% del primo), trovando ulteriore conferma nell'analisi dell'indice composito del dominio

salute e della griglia LEA, con effetti meno positivi nel primo gruppo e decisamente superiori nel secondo.

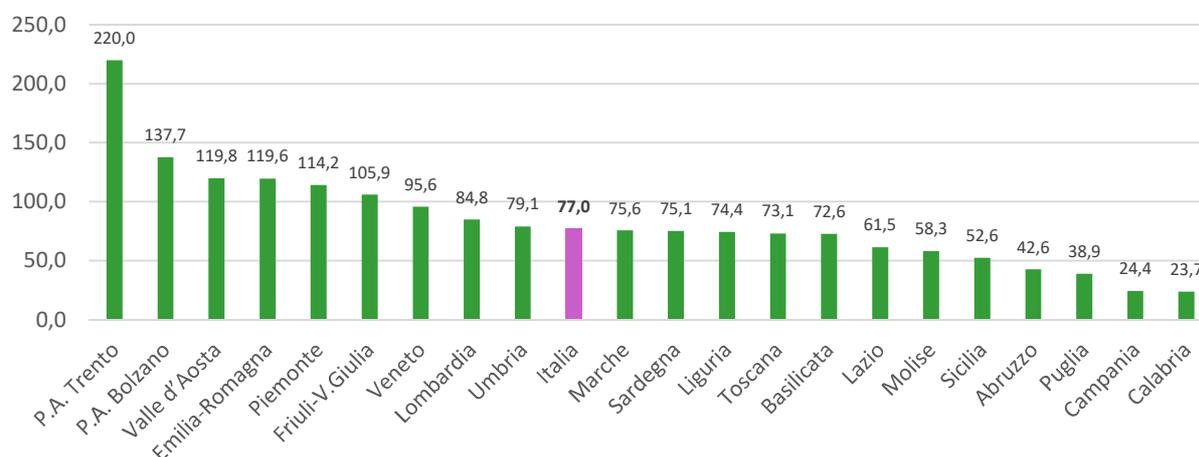
Da questo punto di vista, risulta decisamente emblematica la situazione dei posti letto ordinari e per acuti, il cui numero, pur essendo allineato tra i vari gruppi, mostra una composizione in termini di erogatori piuttosto singolare. Nel gruppo 1, infatti, il settore pubblico – con solamente il 42,6% dei dipendenti attivi nel settore sanitario – garantisce rispettivamente il 76,4% e l’81,7% dei posti ordinari e ordinari per acuti, sottolineando come il privato (for-profit), in realtà, “scarichi” sul pubblico la gestione delle attività sanitarie meno remunerative. Questa condizione potrebbe motivare il minor numero di operatori (ospedalieri) altamente qualificati, come gli infermieri, con la necessità per il pubblico di assicurare un numero di posti letto adeguato, ma senza però poter contare su una presenza altrettanto adeguata in termini di personale (e a discapito quindi del servizio).

### 3.3 Assistenza sociale

Misurando, anche nel caso del servizio socio-assistenziale, la presenza sul territorio attraverso l’indicatore di densità di operatori sociali ogni 10mila abitanti, ad emergere è, in particolare, il dato della provincia di Trento con ben 220 occupati, che distanzia nettamente la provincia di Bolzano, al secondo posto, con 137,7 operatori (figura 39). Il Trentino-Alto Adige si conferma anche nell’assistenza sociale – così come emerso nell’analisi sulla sanità – la regione con la densità pro capite più elevata: 15 regioni/province autonome su 21 presentano un valore inferiore a 100 operatori. I valori più bassi interessano soprattutto le regioni meridionali con Campania e Calabria agli ultimi posti con solo 24 addetti pro capite impiegati nel sociale. Mentre le altre realtà maggiormente virtuose da questo punto di vista sono la Valle d’Aosta (119,8), l’Emilia-Romagna (119,6), il Piemonte (114,2) e il Friuli-Venezia Giulia (105,9).

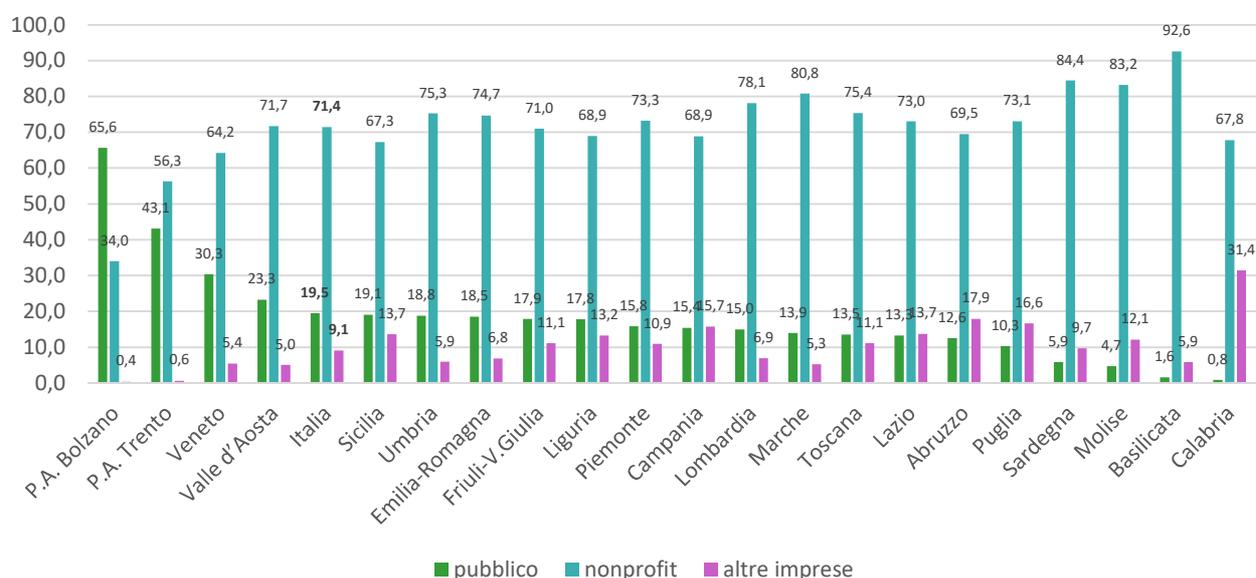
A differenza del comparto sanitario, nei servizi di assistenza sociale il settore pubblico svolge un ruolo estremamente marginale (figura 40). Solamente nella provincia di Bolzano il peso del pubblico in termini di occupati nel comparto supera il 60%, rappresentando di fatto il principale erogatore di servizi assistenziali. Segue la provincia di Trento e il Veneto con rispettivamente il 43,1% e il 30,3%. Le altre regioni si attestano, invece, intorno o sotto il 20%. In particolare, in Basilicata (1,6%) e Calabria (0,8%) l’attore pubblico è praticamente assente.

FIGURA 39. DENSITÀ DI OPERATORI SOCIO-ASSISTENZIALI OGNI 10MILA ABITANTI PER REGIONE. ANNO 2015



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

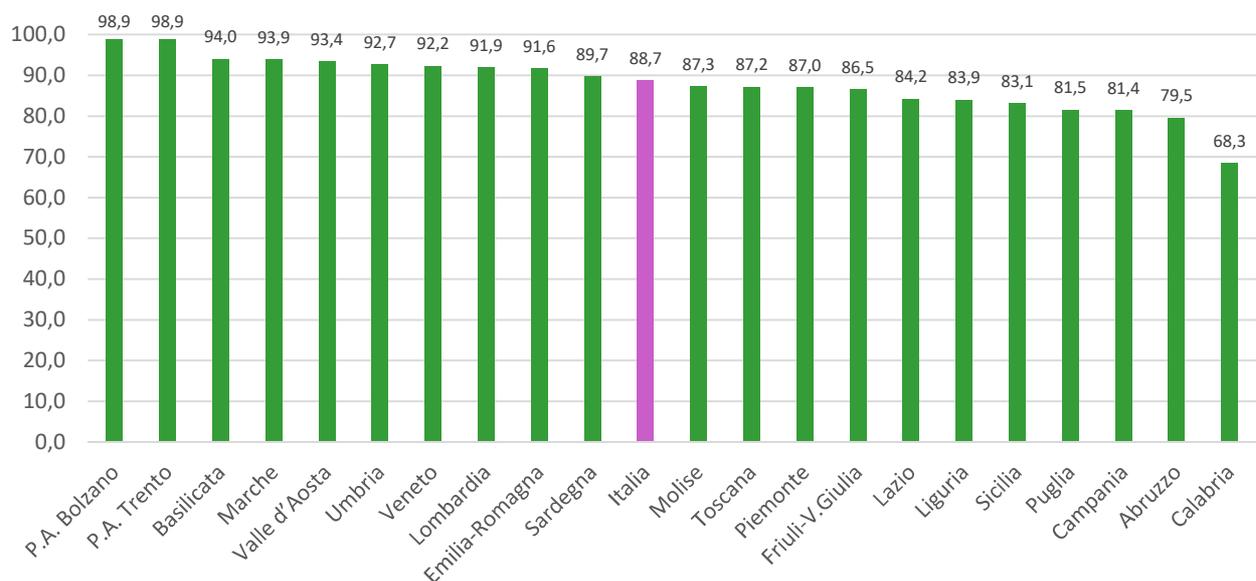
FIGURA 40. PESO SUGLI OCCUPATI NEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIALE PER FORMA D'IMPRESA IN ORDINE DECRESCENTE DI RILEVANZA DEL SETTORE PUBBLICO PER REGIONE. ANNO 2015. VALORI IN PERCENTUALI



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Il settore socio-assistenziale si differenzia da quello sanitario anche nella composizione del comparto privato. Le organizzazioni di Terzo Settore rappresentano, infatti, il principale fornitore di servizi di assistenza sociale in tutte le regioni – ad eccezione della provincia di Bolzano. Lo spazio occupato dalle altre imprese risulta estremamente ridotto. Solamente in Calabria le for-profit superano il 30%, negli altri casi difficilmente vanno oltre il 10% (figura 40). A tal proposito, risulta particolarmente esplicitiva la figura 41 che mostra il peso a livello regionale del Terzo Settore sugli occupati del settore privato socio-assistenziale: in 9 casi su 21 è di oltre il 90% e solo in due casi scende sotto l'80% (Abruzzo con il 79,5% e Calabria con il 68,3%).

FIGURA 41. PESO DELLE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT SUGLI OCCUPATI NEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PRIVATI IN ORDINE DECRESCENTE PER REGIONE. ANNO 2015. VALORI IN PERCENTUALE



Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Questa analisi della natura proprietaria delle imprese erogatrici di servizi socio-assistenziali mette dunque in evidenza l'importanza del Terzo Settore in questo particolare ambito di attività di interesse generale. Tale risultato discende dall'evoluzione storica dei servizi sociali in Italia, il cui sviluppo si deve all'importante azione svolta ("dal basso") soprattutto dal volontariato e dalla cooperazione sociale nell'identificazione e risoluzione di bisogni collettivi emergenti e non soddisfatti dallo Stato. In questo contesto, il Terzo Settore si è fatto carico di questi servizi sviluppandoli e introducendoli *ex novo*.

La tabella 22 riassume perfettamente tali caratteristiche, richiamando nuovamente il ruolo secondario del pubblico trasversalmente alle regioni e mettendo in evidenza come, in questo caso, ad una scarsa rilevanza delle organizzazioni non profit nel settore privato si associ una bassa densità di operatori socio-assistenziali.

TABELLA 22. DENSITÀ OPERATORI, RUOLO DEL PUBBLICO E PESO DEL NON PROFIT NELL'ASSISTENZA SOCIALE PER REGIONE IN ORDINE DI IMPORTANZA DEL TERZO SETTORE NEL COMPARTO PRIVATO. OCCUPATI; VALORI PERCENTUALI. ANNO 2015

	Densità operatori	Presenza pubblico	% non profit
Provincia Autonoma Bolzano		↑	34,0
Provincia Autonoma Trento		↑	56,3
Basilicata		↓	92,6
Marche		→	80,8
Valle d'Aosta		→	71,7
Umbria		→	75,3
Veneto		↑	64,2
Lombardia		→	78,1
Emilia-Romagna		→	74,7
Sardegna		↓	84,4
Molise		↓	83,2
Toscana		→	75,4
Piemonte		→	73,3
Friuli-Venezia Giulia		→	71,0
Lazio		→	73,0
Liguria		→	68,9
Sicilia		→	67,3
Puglia		→	73,1
Campania		→	68,9
Abruzzo		→	69,5
Calabria		↓	67,8

Legenda: colore verde: alta intensità; colore viola: intensità intermedia; colore azzurro: bassa intensità.

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Anche sul fronte dell'assistenza sociale sembra che ad influenzare la densità di occupati pro capite nel comparto – da valutare positivamente in quanto dovrebbe garantire un maggior presidio dei bisogni – sia il grado di sviluppo economico (corr=+0,78 rispetto al PIL pro capite) e il livello della spesa sociale (+0,69), che ovviamente è a sua volta influenzata dal primo fattore (+0,78 rispetto al PIL).

Come fatto in precedenza per la sanità, per comprendere se la presenza delle organizzazioni di Terzo Settore incida sulle caratteristiche dei sistemi di welfare locale, è utile raggruppare le regioni in base al livello di valore aggiunto pro capite. Tale operazione restituisce tre gruppi di

regioni: il primo con un valore aggiunto pro capite del non profit elevato (superiore ai 200 Euro) – formato dalla Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Valle d’Aosta, Emilia-Romagna – il secondo con un valore intermedio del Terzo Settore (tra 200 e 100 Euro) – composto da Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Umbria, Marche, Toscana, Basilicata, Sardegna, Liguria e Lazio – l’ultimo (inferiore ai 100 Euro) con un valore del non profit ridotto – formato da Molise, Sicilia, Puglia, Abruzzo, Campania e Calabria.

**TABELLA 23. VARIABILI STRUTTURALI DEL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE PER GRUPPI DI REGIONI. VALORI MEDIANI**

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
V.a. pro capite non profit	224,0	137,0	57,7
Invecchiamento	180,1	193,7	163,2
Spesa sociale pro capite	249,5	158,5	73,5
Contributo famiglie (%)	12,2	8,3	3,0
Quota trasferimenti monetari (%)	10,3	25,1	15,9
Densità (occupati*10000 abitanti)	119,7	75,6	40,8
Occupati pubblici*10000 abitanti	25,0	12,7	3,9
Occupati non profit*10000 abitanti	87,6	61,1	29,0
Occupati for-profit*10000 abitanti	7,1	5,8	7,1
% occupati pubblici	20,9	15,0	11,4
% occupati non profit	72,5	75,3	69,2
% occupati altre imprese	5,9	6,9	16,2

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

Prima di presentare i dati strutturali e qualitativi dei tre cluster di regioni, va premesso che il Terzo Settore ricopre in tutti e tre i gruppi un ruolo estremamente importante con percentuali di incidenza sugli occupati dell’assistenza sociale che vanno da un minimo del 69,2% (terzo gruppo) ad un massimo del 75,3% (secondo gruppo).

Il gruppo 1 – caratterizzato dal valore aggiunto pro capite più elevato generato dalle organizzazioni non profit – presenta i valori migliori (tabella 23). In particolare, la densità degli operatori socio-assistenziali è nettamente superiore (119,7) a quella degli altri due gruppi (75,6 per il secondo gruppo e 40,8 per il terzo) così come la quota di trasferimenti monetari è la più bassa, facendo intendere come la spesa pubblica tradotta nell’offerta di servizi concreti sia maggiore nel primo gruppo. In quest’ultimo, la spesa sociale pro capite dei Comuni risulta, infatti, decisamente più elevata (249,5 Euro), soprattutto rispetto a quella del terzo gruppo (73,5 Euro), che presenta un profondo sottodimensionamento dal punto di vista della produzione di servizi di welfare a livello locale.

Tale condizione appare particolarmente evidente guardando al numero di occupati pro capite per tipologia di erogatore: il gruppo 3 mostra valori marcatamente inferiori con riferimento a ciascun attore, pubblico o privato.

Fatta eccezione per la presa in carico dei disabili da parte del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale, il primo gruppo conferma la sua maggior efficacia anche rispetto agli indicatori qualitativi<sup>19</sup> selezionati nella tabella 24, discostandosi nettamente dai risultati raggiunti dalle regioni del terzo gruppo. Particolarmente significativa appare la differenza in termini di posti

<sup>19</sup> Gli indicatori relativi alla presa in carico degli anziani si riferisce alla percentuale rispetto alla popolazione over 65; diversamente, le percentuali sui disabili sono calcolate sulla popolazione under 65 con disabilità; per quanto riguarda il servizio di prima infanzia, la popolazione di riferimento è rappresentata dai bambini da 0 a 2 anni; infine, i posti letto nelle strutture residenziali si intendono ogni 1.000 abitanti.

letto in strutture residenziali con 11,5 ogni 1.000 abitanti nel primo gruppo, 8,2 nel secondo e solo 4,0 nel terzo. Allo stesso modo, il servizio residenziale per disabili e il servizio di prima infanzia risulta occuparsi di un numero decisamente maggiore di persone della popolazione di riferimento nel primo gruppo di regioni.

TABELLA 24. INDICATORI QUALITATIVI E DI OUTPUT DEI SISTEMI SOCIO-ASSISTENZIALI PER GRUPPI DI REGIONE. VALORI MEDIANI. ANNO 2018

	Assistenza sociale domiciliare		Posti letto *1.000	Strutture residenziali		
	Anziani	Disabili		Anziani	Disabili	Prima infanzia
Gruppo 1	1,7	2,3	11,5	1,3	9,3	27,7
Gruppo 2	0,9	6,4	8,2	0,5	5,2	17,2
Gruppo 3	0,7	3,8	4,0	0,1	1,3	6,8

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.

### 3.4 Sanità e assistenza sociale

Diventa ora interessante considerare il settore sanitario e assistenziale nel suo complesso. Per far questo, è necessario sommare il valore pro capite prodotto dalle organizzazioni non profit nella sanità a quello generato nell'assistenza sociale.

In questo caso, la costruzione dei tre gruppi prevede l'assegnazione a ciascun cluster di un numero pari di regioni/province autonome (7) sulla base dell'ordine decrescente del valore aggiunto pro capite prodotto dal Terzo Settore nell'intero comparto della sanità e dell'assistenza. A titolo esemplificativo, il primo gruppo conterrà le prime sette regioni e il terzo le ultime sette (in base al valore aggiunto prodotto dal non profit).

I tre gruppi sono perciò così composti:

1. Lombardia, provincia di Trento, Lazio, provincia di Bolzano, Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna;
2. Veneto, Liguria, Puglia, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise;
3. Umbria, Basilicata, Sardegna, Sicilia, Abruzzo, Calabria, Campania.

TABELLA 25. PRINCIPALI VARIABILI STRUTTURALI-MACROECONOMICHE DELL'INTERO COMPARTO SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE PER GRUPPI DI REGIONE. VALORI MEDIANI

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
V.a. non profit pro capite	261,5	184,7	108,1
		Occupati*10000 abitanti	
Totale	343,3	288,2	241,3
Pubblico	153,4	140,0	114,8
Non profit	96,3	69,2	46,1
Altre imprese	87,1	80,1	75,1
		Incidenza % su occupati	
Pubblico	44,7	48,5	47,6
Non profit	28,8	24,0	19,4
Altre imprese	27,2	27,3	34,5
		Valori pro capite**	
Spesa totale	2.947,8	2.726,5	2.406,6
PIL	38.390,0	31.508,8	20.901,6

\* anno 2015.

\*\* anno 2018.

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat.



Il gruppo caratterizzato dalla maggiore rilevanza economica del Terzo Settore evidenzia la maggiore spesa e un maggiore sviluppo occupazionale del settore sanitario e socio-assistenziale con una densità di operatori superiore agli altri gruppi, a cui si associa – come visto precedentemente – un maggior prodotto interno lordo pro capite, che sembra rappresentare, ad ogni modo, la precondizione ad uno sviluppo adeguato del comparto (tabella 25).

A livello generale, si segnala una crescita del ruolo del Terzo Settore e un corrispondente arretramento di uno o di entrambi gli altri operatori, pubblico e privato for-profit, al crescere del PIL e della spesa pro capite. In particolare, si può osservare come, passando dal gruppo 2 al gruppo 1, a parità di peso occupazionale delle altre imprese, si registri una crescita del contributo delle organizzazioni non profit e una conseguente riduzione del ruolo del pubblico.

## SPUNTI DI RIFLESSIONE

L'analisi realizzata in questo Rapporto segnala alcune tendenze e fornisce alcune indicazioni di particolare interesse e utilità.

Il lavoro evidenzia in particolare dei trend già noti, come – per esempio – la minore intensità di spesa dell'Italia nel comparto della protezione sociale. L'Italia mostra, infatti, un livello di spesa pro capite in \$PPA inferiore alla media EU-27 posizionandosi al decimo posto, dopo Germania (terza) e Francia (sesta). In aggiunta, la composizione della spesa italiana in protezione sociale – rispetto agli altri Paesi europei – risulta fortemente sbilanciata verso la categoria “vecchiaia”, con una quota tra le più elevate – vicina a quelle di Grecia e Portogallo (venti punti percentuali in più della Germania) – e una tra le più basse per quanto riguarda la categoria “malattia/salute” (la terzultima dell'EU-27). A tal proposito, basti pensare che l'erogazione delle pensioni assorbe in Italia i due terzi della spesa in protezione sociale.

Un trend particolarmente positivo sembra invece aver interessato l'assistenza sociale con una crescita significativa delle risorse dedicate (+101,3% dal 2010 al 2021) e del conseguente peso sulla spesa in protezione sociale, passato dal 7,8% al 12%. Nonostante questo incremento, è evidente come gli investimenti in questo ambito siano ancora abbastanza circoscritti, soprattutto se si pensa che nel 2021 oltre l'85% (dal 78,9% del 2017) delle risorse era costituito da trasferimenti monetari (cash), senza dunque la traduzione di questa maggiore spesa in un'offerta vera e propria di servizi (aggiuntivi) utili a soddisfare i bisogni sociali crescenti di questa fase storica altamente critica per la tenuta del tessuto sociale (oltre che di quello economico).

In tal senso, gli approfondimenti contenuti nel Rapporto evidenziano con chiarezza come per favorire adeguati (almeno dal punto di vista quantitativo) livelli di offerta servano – indipendentemente dal ruolo dei soggetti erogatori – non solo buone condizioni macroeconomiche di partenza che consentano di investire nello sviluppo e nell'espansione delle attività sanitarie e socio-assistenziali, ma anche una chiara visione e una precisa e decisa volontà politica su come indirizzare le risorse.

A tal proposito, l'approfondimento degli indicatori territoriali sembra segnalare la preferenza per un mix di offerta più bilanciato tra il pubblico e il privato non profit. Infatti, come è emerso con particolare riferimento al settore sanitario, un peso del pubblico minoritario non garantisce i migliori risultati possibili in termini di servizi erogati (e della loro qualità). Diversamente, un ruolo rilevante del pubblico, affiancato da una presenza (ancora limitatamente) significativa del Terzo Settore, sembra assicurare una situazione migliore. Da ciò ne consegue che, nel caso della sanità, bisognerebbe eventualmente interrogarsi sulle modalità di potenziamento del ruolo delle organizzazioni non profit (anziché di “delega” al settore for-profit quale presunta soluzione più efficiente; in tal senso, un importante sostegno potrà derivare dall'applicazione dell'art. 55 del Codice del Terzo Settore, cfr. coprogrammazione e coprogettazione), soprattutto in territori caratterizzati da una lunga storia cooperativa o comunque improntata all'economia sociale.

Dall'altro lato, la diffusione delle organizzazioni del Terzo Settore favoriscono, nei servizi socio-assistenziali, un effetto traino nell'attivazione di domanda pagante e soprattutto nella soddisfazione di bisogni emergenti attraverso l'erogazione di servizi reali. Nei territori caratterizzati da uno scarso peso del settore non profit, emerge un'evidente sottoproduzione di servizi di welfare e un politica sociale volta alla mera erogazione monetaria, che mette in luce le

difficoltà organizzative della pubblica amministrazione a strutturare – senza il sostegno del Terzo Settore – un’adeguata offerta di servizi socio-assistenziali.

I dati presentati rappresentano più una fotografia che lo studio delle dinamiche in atto e dei network costruiti tra i vari attori per garantire un adeguato coordinamento di filiera. Ciò che andrebbe sicuramente rafforzata e perseguita è l’integrazione tra le attività sanitarie e quelle socio-assistenziali allo scopo di creare un raccordo tra i due ambiti di intervento, favorendo di conseguenza lo sviluppo della tanto (di recente) richiesta medicina territoriale, che potrebbe rappresentare un volano di crescita per le organizzazioni del Terzo Settore, oltre che favorire l’inserimento di figure altamente qualificate, con un’evidente ricaduta positiva sulla qualità del servizio reso alla comunità.

Questa parte più qualitativa, legata alle dinamiche e ai modelli di governance e coordinamento, andrebbe affrontata attraverso una seria e complessa attività di ricerca sul campo che aiuti a comprendere le traiettorie di sviluppo più utili a migliorare la struttura di offerta di servizi sanitari e di welfare, anche partendo dalle indicazioni fornite da questo lavoro.

## Bibliografia

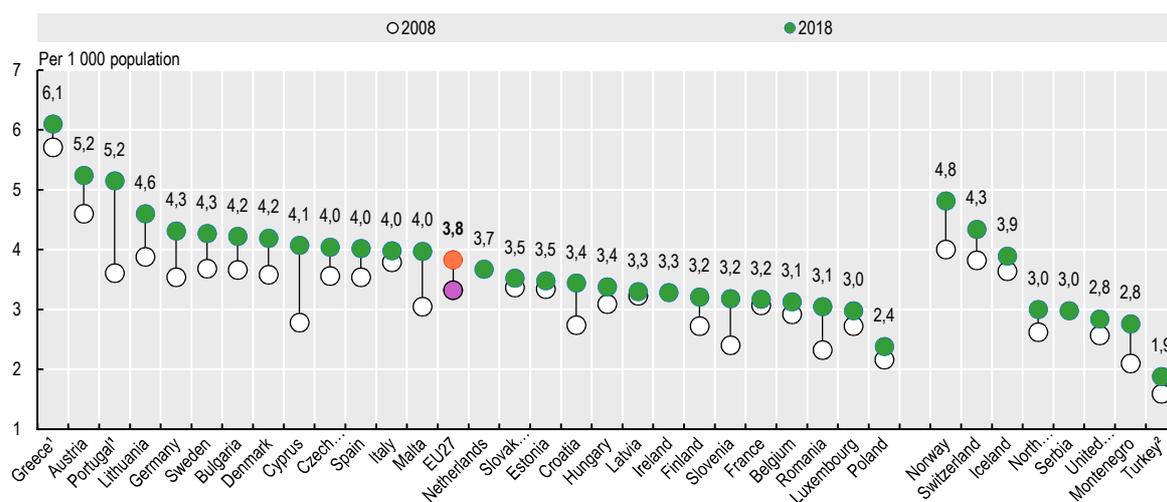
- Bernardoni, A. (2020) Ripensare il welfare dopo la pandemia. *Impresa sociale*, n. 4, pp. 3-9.
- Betti, L., Bodini, C., Galera, G. & Pisani, G. (2022). *Prossimità e salute: un quadro introduttivo*, Euricse Working Paper, 119|22.
- Bonaldi, A., Celotto, S., Lauriola, P. & Mereu, A. (2021) (a cura di). *Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care*. Cultura e Salute Editore, Perugia.
- Borzaga, C. & Fazzi, L. (2006). Il settore non profit e le politiche per la salute, in Borzaga, C. & Fazzi, L. (a cura di), *Del non profit sanitario, Salute e società*, Anno V – 1, Franco Angeli, Milano, pp. 25-48.
- Braveman, P. & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129, (supplement 2) pp. 19-31.
- Donati, P. (1986) (a cura di). *Salute e complessità sociale*. Franco Angeli, Milano.
- Euricse-Istat (2021). *L'economia sociale in Italia: dimensioni, caratteristiche e settori chiave*. Trento.
- Fontanari, E. (2021). La complessità del sistema sanitario e assistenziale in Italia: una pluralità di modelli organizzativi. *Impresa Sociale*, n. 3, pp. 76-83.
- Galera, G. (2020). Verso un sistema sanitario di comunità. Il contributo del Terzo Settore. *Impresa Sociale*, n. 2, pp. 88-122.
- Ianes, A. & Borzaga, C. (2021). La cooperazione sociale e il volontariato organizzato: un tornante della storia. *Impresa Sociale*, n. 4, pp. 9-16.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, AlmaAta, URSS, 6-12 settembre 1978. Geneva: WHO.
- WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: WHO.
- WHO (2018). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25-26 ottobre 2018. WHO and UNICEF.

## Appendice

### Confronto della sanità italiana con l'area Ocse: ulteriori criticità di sviluppo

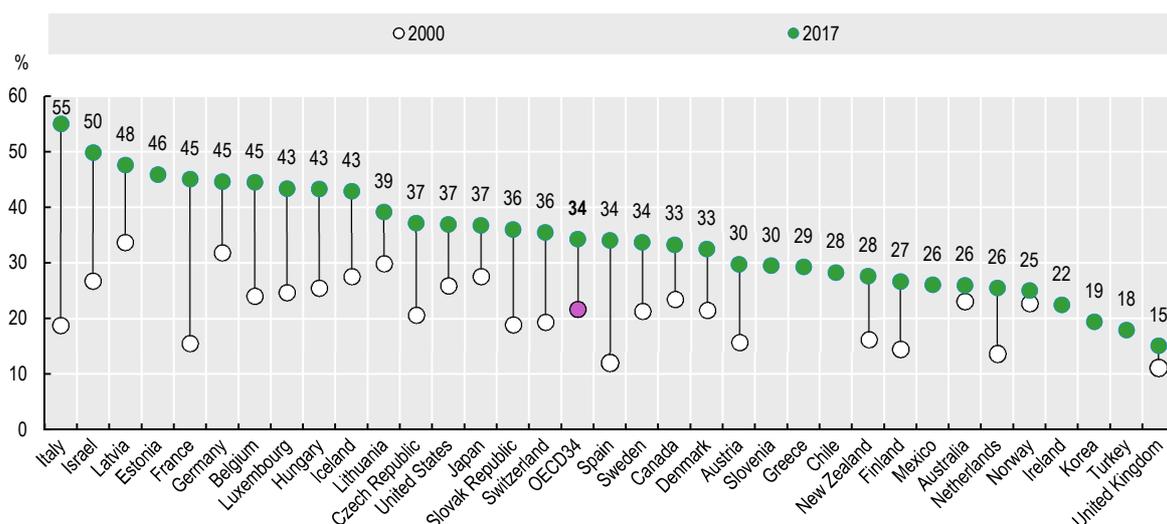
Per quanto riguarda gli indicatori relativi alle risorse umane impiegate nel settore sanitario, l'Italia ha 4 medici ogni 1.000 abitanti, leggermente superiore alla media dell'UE-27, pari a 3,8. Particolarmente critico risulta invece il dato relativo alla percentuale di medici con età superiore ai 55 anni: da questo punto di vista, l'Italia risulta il Paese con il tasso più alto, pari al 55% (in netta crescita rispetto allo stesso indicatore relativo al 2000, quando si attestava sotto il 20%), con una media OCSE del 34%.

#### Medici praticanti per 1.000 abitanti. Anni 2008 e 2018 (o ultimo anno disponibile)



Nota: La media europea è sottostimata. 1. I dati si riferiscono a tutti i medici abilitati all'esercizio, portando ad una sovrastima del numero di medici praticanti (p.e. di circa il 30% in Portogallo). 2. I dati includono non solo i dottori che forniscono cure dirette ai pazienti, ma anche quelli che lavorano nel settore della sanità come manager, educatori, ricercatori, ecc. (con l'aggiunta di un altro 5-10% di dottori).  
Fonte: OECD/European Union (2020).

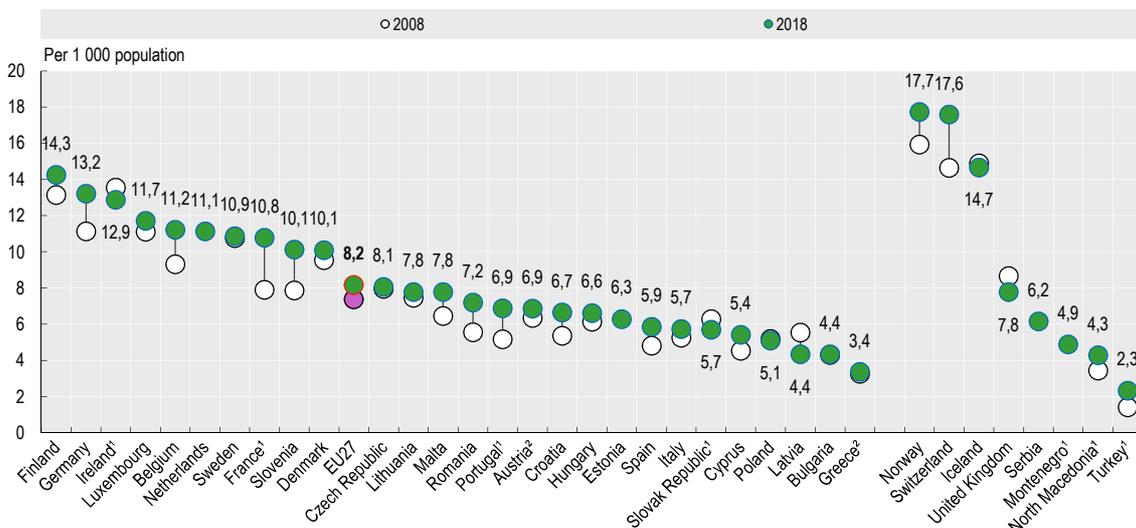
#### Percentuale di dottori di età pari o superiore a 55 anni. Anni 2000 e 2017. In valori percentuali



Fonte: OECD/European Union (2019).

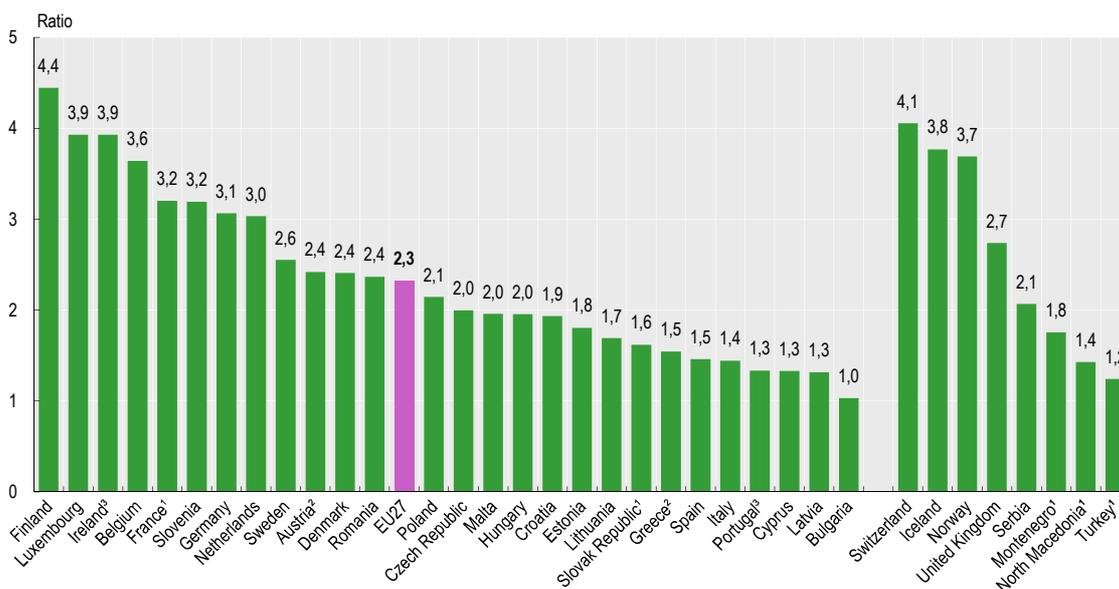
A risultare invece decisamente basso è il numero di infermieri ogni 1.000 abitanti, pari a 5,7 (media OCSE 8,2), con l'Italia che si posiziona negli ultimi posti dell'area OCSE. Di conseguenza anche il rapporto infermieri per medico assume valori nettamente inferiori alla media OCSE (1,4 contro la media di 2,3) e ai Paesi più virtuosi.

## Infermieri praticanti per 1.000 abitanti. Anni 2008 e 2018 (o ultimo anno disponibile)



Nota: La media europea è sottostimata. 1. I dati non includono solo gli infermieri che forniscono cure dirette ai pazienti, ma anche quelli che lavorano come manager, educatori, ricercatori, ecc. 2. I dati di Austria e Grecia si riferiscono solamente agli infermieri impiegati negli ospedali. Fonte: OECD/European Union (2020).

## Rapporto infermieri per medico. Anno 2018 (o ultimo disponibile)



Nota: La media europea è sottostimata. 1. Per i Paesi per cui non sono stati forniti i dati degli infermieri praticanti e/o dei medici praticanti, il numero si riferisce a medici e infermieri "professionalmente attivi". 2. I dati di Austria e Grecia si riferiscono solamente agli infermieri impiegati negli ospedali. 3. Il tasso dell'Irlanda è sovrastimato (infermieri professionalmente attivi/medici praticanti), mentre il tasso del Portogallo è sottostimato (infermieri professionalmente attivi/tutti i medici abilitati all'esercizio). Fonte: OECD/European Union (2020).

La situazione di criticità sul fronte del personale sanitario è conseguenza del definanziamento del sistema sanitario cui si faceva riferimento precedentemente. In particolare, le regioni sottoposte a piano di rientro, obbligate al blocco del turnover, sono state penalizzate in maniera più consistente. Tale mancanza di personale, accompagnata al problema del cosiddetto "imbuto formativo" dei laureati in medicina che non riescono ad accedere alla specialistica, causerà problematiche non indifferenti nei prossimi anni ad una popolazione che, in linea con gli altri Paesi occidentali, tende ad invecchiare sempre di più ed a necessitare sempre più di assistenza sanitaria e socio-assistenziale.