

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

INTRODUZIONE

L'Associazione dei Dirigenti dell'Ospedalità Non Profit si è costituita nel 2003 attorno ad un nucleo ideale che trae le sue origini dalla tradizione cattolica dell'impegno nel sociale ma trova forza e vitalità nel perseguimento dell'obiettivo di salvaguardare e potenziare le istituzioni sanitarie d'ispirazione religiosa in un momento di profonda trasformazione istituzionale e culturale. Scopo di queste riflessioni è la volontà di elaborare idee e strategie che possano contribuire a facilitare l'individuazione dei tratti salienti del settore sanitario non profit di cui la matrice religiosa è parte dominante.

1. Radici cristiane delle istituzioni sanitarie non profit.

La Chiesa nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati come parte integrante alla sua missione^{1[1]}. N'è segno eloquente l'attenzione spontanea prodottasi nella comunità cristiana primitiva, sin dalle sue origini, nei confronti dell'assistenza medica, gratuita e volontaria, aperta ad ogni sofferente, ispirata dall'amore di Dio, cioè dalla carità. Nacquero in tal modo gli ospedali proprio all'inizio del cristianesimo la cui radice evangelica è presente nelle diaconie di fondazione apostolica e nelle forme d'ospitalità offerte già presso i monasteri sia in Oriente sia in Occidente^{2[2]}.

^{1[1]} Giovanni Paolo II, *Motu Proprio Dolentium Hominum*, 1.

^{2[2]} Cf. Rosario Messina, *Storia degli ospedali cattolici*, in *Dolentium Hominum* 18 (2003), 80-86.

Anche se la progressiva laicizzazione delle istituzioni sanitarie, intervenuta nel corso dei secoli, ha teso a sottrarre alla Chiesa un compito, ritenuto da alcuni, di supplenza, Essa non ha mai inteso venir meno alla propria missione, anzi è rimasta presente all'interno degli ospedali pubblici con il proprio personale religioso per l'assistenza spirituale e spesso anche per l'assistenza diretta ai malati. Di più, Essa ha avvertito come suo indeclinabile dovere il compito di restare accanto agli infermi, coinvolgendosi in prima persona nella loro cura anche attraverso istituzioni sue proprie. L'assistenza ai malati, difatti, non è mai per la Chiesa una missione di mera supplenza ma attuazione precisa del comando di Gesù: "curate infirmos" (Mt 10,7), che la obbliga a mantenere il proprio impegno con e tra i malati, quale espressione originale dell'amore di Dio per gli uomini.

Si è verificata così una duplice presenza, complementare, della Chiesa nel mondo della Sanità: nell'ospedale civile, attraverso l'attività svolta dai religiosi, ed ancor più direttamente nelle istituzioni sanitarie cattoliche, chiamate a testimoniare l'impegno nell'azione caritativa e di promozione umana da parte della comunità cristiana^{3[3]} che esprime la presenza diagonale della Chiesa accanto agli infermi, ai loro familiari e a tutti coloro che li assistono, in forme che si estrinsecano anche a vari altri livelli di partecipazione attiva: associazioni, movimenti, organizzazioni non governative.

Se, difatti, la salute non è un mero fatto biologico bensì un valore che deve essere salvaguardato all'interno del sistema dei valori d'ogni gruppo sociale ed in ogni momento storico, la partecipazione responsabile e solidale nella gestione della salute è un compito che non può non riguardare anche la Chiesa. La ricerca e la tutela dell'efficacia, dell'efficienza, dell'effettività e dell'equità del sistema sanitario è responsabilità di tutti.

E la Chiesa, per favorire tale nuova coscienza sociale di partecipazione responsabile e solidale, desidera offrire il proprio contributo anzitutto mediante

^{3[3]} Cf. Consulta nazionale per la Pastorale della Salute, *La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana (PSCI)*, Roma 1989, n. 54.

l'illuminazione evangelica della cultura della salute e l'orientamento etico del mondo dell'assistenza sanitaria. A tal fine Essa richiama il primato dell'etica sulla tecnica, collaborando così, in modo efficace, alla creazione di una cultura della salute più umana, capace di considerare l'uomo nella pienezza della sua vita, spirito e corpo nell'unità della persona.

Inoltre promuove un'assistenza sanitaria che tuteli i diritti e difenda la dignità d'ogni essere umano la quale s'illumina nello spirito ma tocca, imprescindibilmente, la dimensione della corporeità.

Rilevando le insufficienze e le mancanze esistenti nel sistema sanitario la Chiesa sente, tra le altre, come sua anche la missione di supplire a tali mancanze non solo stimolando tutte quelle iniziative che cercano di porvi rimedio, ma anche collaborando nell'offerta di servizi sociali e sanitari, in particolare, facendo in modo che le cure e i servizi offerti a suo nome dalle istituzioni sanitarie cattoliche siano eccellenti per la qualità della ricerca scientifica e delle tecniche terapeutiche ed assistenziali, cosciente come la competenza professionale sia, ai nostri giorni, la prova più convincente della carità evangelica^{4[4]}.

La drastica diminuzione nel numero delle vocazioni avutasi in varie Congregazioni religiose, specialmente in quelle che offrono cure mediche specializzate, motiva la difficoltà sempre maggiore di gestire direttamente le loro istituzioni. A causa della mancanza di personale religioso disponibile, le istituzioni sanitarie non profit, possono vedersi garantita la possibilità della loro sussistenza futura solo prevedendo un maggior coinvolgimento diretto dei laici che vi operano e che ne condividono i valori e le finalità.

Ciò comporta la promozione di nuove modalità di relazione tra religiosi e laici. I religiosi, nel ministero sanitario loro proprio, sono sollevati dalla gestione di attività secolari suppletive per occuparsi di testimoniare i valori escatologici. E i laici,

^{4[4]} Cf. Commissione Episcopale per la Pastorale dei Vescovi spagnoli: Documento finale del Congresso nazionale "Chiesa e salute", in *Dolentium Hominum* 10 (1995) 40-44.

partecipando con il loro lavoro alla missione sanitaria della Chiesa, secondo modalità che corrispondono al *proprium* della loro vocazione laicale, che è quello della secolarità^{5[5]}, possono giungere anche a divenire partecipi delle responsabilità nell'organizzazione, nella gestione e anche nella direzione delle opere, assumendo compiti, ruoli e funzioni, finora riservati, anche se non di loro specifica spettanza, esclusivamente ai religiosi^{6[6]}.

In tale collaborazione dialogica, che accomuna religiosi e laici alla missione apostolica delle istituzioni sanitarie cattoliche, sono salvaguardati sia la dimensione religiosa dell'ospitalità che i valori derivanti dal carisma della carità misericordiosa. Difatti la presenza e l'operatività dei laici in quelle che sono aree prevalentemente tecniche ma gestite con una coscienza partecipativa al medesimo carisma fa sì che essi corrispondano alla loro vocazione specifica che è quella "dell'animazione dell'ordine temporale mediante lo spirito cristiano"^{7[7]}.

1. Lo scenario attuale della sanità non profit

Attualmente le organizzazioni sanitarie non profit sono posizionate sui livelli di competitività e di assistenza che pur soddisfacenti, risentono dell'usura del tempo e dell'attuale stato di scarsa credibilità che coinvolge l'intero assetto sanitario del Paese.

Il sistema sanitario nazionale è infatti sottoposto a continue trasformazioni, causate sia da difficoltà economico-gestionali, sia da una provvisoria e frammentaria attività di programmazione.

^{5[5]} Cf. G. Ghirlanda, *Laico*, in *Nuovo Dizionario di Diritto Canonico*, Cinisello Balsamo 1993, 612-618.

^{6[6]} Cf. F.G. Morrissey, *Migliorare gli aspetti strutturali*, in *Dolentium Hominum* 18 (2003) 128-134.

^{7[7]} CIC, can. 298.

Il progressivo aumento dei costi dei servizi assistenziali e sanitari ha creato e diffuso la teorizzazione della “medicina sostenibile”, cioè della preminenza degli aspetti economici sugli aspetti etici e deontologici dell’attività sanitaria.

Lentamente ma inesorabilmente il **diritto** alla salute si è trasformato in **tutela** della salute : solo alcuni gruppi protetti hanno diritto alla fruizione gratuita dell’assistenza sanitaria e solo alcuni servizi ritenuti essenziali fanno parte dell’offerta del SSN. Efficacia ed efficienza sono diventati le nuove parole d’ordine dei manager della sanità nel tentativo di conciliare una distribuzione senza sprechi ed equa delle risorse con le accresciute aspettative di qualità della vita della popolazione.

Inoltre l’intervento programmatico in campo sanitario si trova oggi ad affrontare uno scenario con non poche novità:

- la prima ha il vantaggio di avere contorni noti e prevedibili ed è rappresentata da un cambiamento demografico e sociale importante che vede un progressivo invecchiamento della popolazione e una prevalenza sempre maggiore di malattie di tipo cronico-degenerativo.
- la seconda è rappresentata dall’affermarsi di una nuova antropologia della salute che interpreta lo stato di benessere non più come totale assenza di malattia ma come un continuum di stati psico-fisici comportanti vari gradi di qualità della vita.

Questi fattori rendendo sempre più sottile il confine tra assistenza sanitaria e assistenza sociale impongono un ripensamento della strategia dell’intervento tradizionale che vede nell’ospedale per acuti il nodo centrale dell’organizzazione sanitaria.

I servizi di prevenzione, di diagnosi e cura e di riabilitazione hanno quindi necessità di una integrazione organizzativa e normativa che dia una risposta non separata e artificiale ai bisogni di salute. Inoltre è sempre più avvertita l’esigenza di spostare l’attenzione dell’intervento di tutela della salute dal singolo individuo al nucleo sociale in cui si verifica effettivamente l’evento morboso: la famiglia.

2. L'Ospedalità religiosa classificata- IRCCS

Una particolare componente delle istituzioni sanitarie non profit è costituita dagli Ospedali Classificati, già disciplinati dall'art. 41 della legge 23/12/78 n. 833 e che sono stati a suo tempo equiparati e quindi obbligatoriamente convenzionati con il servizio pubblico di cui costituiscono strutture fondamentali entrando anche a far parte della programmazione sanitaria nazionale.

Conseguentemente a ciò gli Ospedali Classificati sono assimilabili a quelli pubblici, dovendo possedere gli stessi requisiti prescritti per i presidi cui sono equiparati, anche adeguandosi ad essi per tutto quanto concerne l'organizzazione dei servizi e del personale e le modalità di assunzione.

Molte strutture "Non Profit", Ospedali classificati e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di matrice religiosa, sono strutture di eccellenza nel campo dell'assistenza e della ricerca.

Esse godono di notevole prestigio presso l'opinione pubblica e costituiscono attualmente strutture in grado di richiamare un gran numero di pazienti tant'è che i bacini di utenza si estendono ben oltre i limiti regionali.

Si tratta di una leadership ottenuta con determinazione e impiego di elevate risorse materiali e morali di notevole impegno dei dirigenti appartenenti all'area sanitaria medica e all'area tecnico amministrativa.

2.1 Gli elementi di criticità del settore sanitario non profit: dal solidarismo alla concorrenza imperfetta

I capisaldi dell'intervento in sanità delle organizzazioni di ispirazione religiosa o degli enti ecclesiastici sono il solidarismo e la sussidiarietà.

Il solidarismo implica una presenza in campo sanitario ispirata ai principi dell'umanizzazione dell'organizzazione delle strutture e ad una particolare attenzione ai bisogni complessivi del malato.

La sussidiarietà è il principio che distingue il settore ospedaliero non profit dalle strutture di tipo privatistico finalizzate a trarre un lucro dall'attività assistenziale: l'autorità statale in vari modi riconosce alcune realtà sanitarie, in particolare gli ospedali e gli IRCCS classificati, come essenziali per il buon funzionamento del SSN e li inserisce obbligatoriamente negli interventi programmati delle Regioni. In cambio pretende che l'organizzazione interna di tali strutture sia mutuata ai principi che governano l'ospitalità pubblica; in particolare l'ordinamento che regola le modalità di assunzione del personale e l'organizzazione dei servizi offerti deve essere riconosciuto come assimilabile all'omologo ordinamento dell'ospitalità pubblica attraverso un apposito decreto ministeriale di equiparazione.

Alcune modifiche sostanziali introdotte recentemente nei principi ispiratori della organizzazione del SSN rischiano però di rendere aleatorio il principio della sussidiarietà:

a) L'introduzione di una unica modalità di calcolo dei rimborsi delle prestazioni fornite dagli ospedali pubblici e privati basati sul "valore monetario forfettario" dei servizi necessari a curare le varie patologie (i cosiddetti DRGS) hanno aperto la strada alla teoria che creare un regime concorrenziale tra le organizzazioni sanitarie sia un buon metodo per contenere i costi del SSN e per migliorare la qualità delle stesse prestazioni. Una qualsivoglia struttura sanitaria, avuto l'accreditamento, cioè una sorta di certificazione della idoneità ad erogare servizi assistenziali, può entrare nel mercato: sopravviveranno solo quelle organizzazioni che si sapranno dimostrare capaci di attirare il maggior numero di clienti (il termine di "pazienti" è in questa cornice abolito).

La rapida dimostrazione della insussistenza di tale teoria ha avuto come conseguenza l'adozione precipitosa di rimedi di risparmio di spesa che hanno messo in crisi tutto il sistema: riduzione dei posti letto complessivi; adozione di tetti di spesa per ogni singolo ospedale; blocco del turnover del personale; contrazione delle giornate di degenza anche per gravi patologie con il rischio di dimissioni

affrettate e una riduzione della sicurezza del malato; concentrazione delle attività ospedaliere con chiusura dei presidi periferici.

Tale situazione si è tradotta in una sorta di contrazione dell'interesse delle Autorità di gestione della sanità attorno a poche strutture pubbliche, da salvaguardare ed eventualmente potenziare, relegando anche il settore non profit nel calderone delle organizzazioni convenzionate a cui possono essere dedicate solo i residui delle risorse disponibili a prescindere dalla qualità dei servizi che esse sono in grado di erogare.

E' venuto meno sia il principio della sussidiarietà sia il sistema della concorrenza reale.

b) La regionalizzazione della sanità

E' in atto una profonda trasformazione dell'assetto istituzionale del paese che privilegia una visione decentrata dei poteri e assegna alle Regioni, alle Provincie e ai Comuni la competenza della organizzazione e della gestione delle risorse in molti settori.

Alle Regioni è demandata la competenza della organizzazione e della gestione dei servizi socio-sanitari.

Non è ancora ben chiaro quale sarà l'impatto di tale modificazione istituzionale sulla realtà dell'ospedalità non Profit.

E' certo che essa contiene non pochi elementi di incertezza:

- molti ospedali religiosi hanno un bacino di utenza che travalica i confini regionali e il dimensionamento attuale del personale e delle strutture tiene conto di questo fatto.

Un ripiegamento nell'ambito dei confini regionali è impensabile e significherebbe buttare al vento competenze, risorse, prestigio faticosamente costruiti in decenni di attività nonché un "dimagrimento" strutturale che comporterebbe anche una

riduzione del numero degli addetti, devastante nei rapporti sindacali e nell'immagine pubblica degli enti.

- alcuni enti ecclesiastici sono presenti in varie regioni con diverse realtà sanitarie e potrebbero dover gestire normative e aspetti economico-gestionali del tutto differenti.

La possibilità di un'ospitalità religiosa di serie A nelle regioni più ricche e di serie B in quelle più povere è da considerarsi uno scenario da rifiutare senza alcun tentennamento.

3. ADONP:NUOVI MODELLI GESTIONALI

3.1 Il nuovo ruolo delle organizzazioni sanitarie non profit.

L'ADONP ha maturato il convincimento che l'Ospedalità religiosa debba essere rivitalizzata attraverso il recupero della centralità dell'Uomo Sofferente nella sua attività di servizio anche con un collegamento forte con il mondo del volontariato e dei servizi sociali.

Il recupero dell'unità dell'intervento socio-sanitario come fattore capace di concretizzare l'anelito ad una umanizzazione della attività di servizio è largamente presente nel mondo laico: l'assistenza domiciliare, le dimissioni protette, il sostegno agli anziani sofferenti etc. sono tutti esempi già realizzati in diverse realtà regionali, attraverso l'applicazione della normativa vigente, con particolare riferimento alla legge 229/99.

Di contro nel mondo vasto ed articolato dell'assistenza socio-sanitaria di ispirazione religiosa trova difficoltà la realizzazione concreta di reti di intervento che colleghino in modo stabile ospedale, centro di riabilitazione, organizzazione di intervento sociale.

Eppure le linee guida nazionali sulla riabilitazione, settore in cui vi è una forte presenza delle strutture sanitarie di ispirazione religiosa, affermano che *"La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini... Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali."*

Risulta ovvio che in queste affermazioni il riferimento culturale e valoriale è la **persona** nella sua unità bio-psico-sociale.

Sempre più, quindi, un'organizzazione di servizi non può essere solo sanitaria (né tantomeno solo ospedaliera, nel momento in cui si tende a ridurre al minimo la degenza per razionalizzare la spesa) o solo sociale, ma deve prevedere:

- servizi di sostegno e riabilitazione effettuati tanto presso la famiglia, quanto presso la scuola, luogo di lavoro o altre strutture di accoglienza;
- centri diurni e residenziali di accoglienza e socializzazione;
- attività di sensibilizzazione ed animazione della comunità locale entro cui opera, al fine di renderla più consapevole e disponibile all'attenzione ed all'accoglienza delle persone in stato di bisogno;
- raccordo tra il periodo di ricovero e la fase del reinserimento sociale, con tutte le problematiche connesse al delicato ritorno a casa della persona;
- "lavoro di squadra" tra ospedale e territorio: dopo l'intervento sanitario svolto in ospedale i pazienti sono dimessi; e da questo momento, paradossalmente, iniziano i loro problemi. Alcune patologie implicano che la persona avrà, comunque, bisogno di assistenza per la restante parte della sua vita e anche un'elevata quantità di presidi.

3.2- Il ruolo dei dirigenti all'interno delle strutture sanitarie non profit.

All'interno dell'ospitalità non profit non si è realizzata la trasformazione dei dipendenti laureati in dirigenti che è invece la maggior novità riguardante il personale del settore pubblico.

Tale mancata rivoluzione è da considerarsi un fatto grave e illogico soprattutto alla luce delle caratteristiche proprie degli ospedali religiosi classificati, vere organizzazioni di tendenza in cui proprietà e dipendenti condividono le stesse idealità e lo stesso modo di concepire l'impegno nei confronti dei bisogni sociali di riferimento.

La figura del dirigente è in tutte le organizzazioni sociali e produttive considerata un "alter ego" della proprietà ed è proprio il rapporto fiduciario che caratterizza il rapporto dirigente -proprietario che giustifica la relativa autonomia di cui gode la dirigenza nella sua attività.

Nelle strutture sanitarie ciò si traduce in un nuovo modello organizzativo trasversale in cui le "isole produttive" ,le unità operative di primo e secondo livello, costituiscono una rete di servizi diretti sia ad utenti interni che esterni che ha come collante la consapevolezza dell'interdipendenza delle singole attività nel determinare la qualità del prodotto finale. Autonomia e coordinamento gestionale sono i pilastri che possono costruire una vera fidelizzazione all'ente degli operatori tecnici, amministrativi e sanitari che ci lavorano, superando la logica puramente contrattualistica del salario in cambio di ore di lavoro. Una nuova organizzazione delle attività non può prescindere dalla costruzione della coscienza che la struttura sanitaria non profit è una "casa comune" in cui cooperano i religiosi,garanti delle finalità di testimonianza religiosa nel campo dell'assistenza all'uomo sofferente, e i laici dirigenti che mettono a disposizione conoscenza scientifica e abnegazione morale nell'opera di soddisfacimento dei bisogni di salute.

Le modalità della gestione delle risorse umane è considerata nella moderna dottrina dell'economia aziendale uno dei fattori che può determinare il successo o il fallimento di ogni iniziativa imprenditoriale: all'interno dell'ospitalità non profit esiste una ricchezza umana che non può essere dissipata da un pur legittimo desiderio di autonomia amministrativa da parte degli enti ecclesiastici.

3.3 – Obiettivi e proposte

- promuovere un'apposita legge ovvero estendere i benefici della normativa vigente (legge 266/91, legge 381/91, D.lgs. 460/97 e soprattutto la legge quadro 328/2000 sull'assistenza) creando il c.d. "**Terzo settore della Sanita**" così come previsto nella maggior parte dei Paesi Europei: Francia, Germania, Inghilterra, Scandinavia.

In tale contesto normativo si dovrà prevedere un **sistema integrato di Interventi sanitari e servizi sociali** che, attraverso politiche sociali **universalistiche**, persegua i seguenti obiettivi:

- garantire la qualità della vita;
- assicurare pari opportunità;
- rimuovere le discriminazioni;
- prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio;
- degli individui e delle famiglie derivanti da:
 - disabilità;
 - inadeguatezza del reddito;
 - difficoltà sociali.

Il sistema si prevede **integrato** perché nella realizzazione delle reti di servizi dovranno essere coinvolti sia soggetti del **pubblico** che del **privato**.

Altre sue caratteristiche fondamentali saranno il coordinamento degli interventi assistenziali e sanitari e l'importanza data al livello territoriale di zona. Il sistema si dovrà fondare sul coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali (Stato, Regioni, Province e Comuni) in una **logica di decentramento** rispettoso delle autonomie e delle specificità locali ma, comunque teso a salvaguardare e promuovere obiettivi, standard e diritti comuni a livello nazionale.

Anche a questo scopo la legge dovrà introdurre il **Piano nazionale degli interventi sanitari e dei servizi sociali del Terzo settore**, elaborato almeno ogni tre anni , che indicherà gli obiettivi prioritari e le linee di indirizzo per l'attuazione degli interventi, le modalità di realizzazione del sistema integrato dei servizi, i criteri generali per i parametri di valutazione dei livelli di integrazione sociale e di verifica del rapporto costi/benefici, e altri punti fondamentali per garantire un'omogeneità di base, su tutto il territorio nazionale, degli interventi e dei servizi essenziali e dei diritti fondamentali.

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato degli interventi sociali, competerà agli Enti locali, alle Regioni e allo Stato e dovrà realizzarsi secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia ed economicità, omogeneità ed autonomia organizzativa.

Un'importante innovazione di tale legge sarà l'introduzione, degli **organismi del Terzo settore** accanto ai soggetti istituzionali, chiedendo a questi ultimi di riconoscere e agevolare il ruolo del non profit in quanto soggetto attivo nella progettazione e nella realizzazione del sistema integrato dei servizi. Ciò non solo perché si dovrà riconoscere al Terzo settore il ruolo di promotore del benessere sociale, ma anche perché tra gli scopi del sistema integrato c'è quello della promozione della solidarietà sociale e la valorizzazione delle iniziative che partono dalla società civile.

Allo scopo di rispondere proprio ai principi di sussidiarietà e di cooperazione a vari livelli, su cui si dovrà reggere l'organizzazione del nuovo Piano sanitario nazionale, dovrà essere introdotto il metodo della **programmazione partecipata**. Per il Terzo

settore ciò significherà che se fino ad oggi è stato prevalentemente coinvolto nella realizzazione dei programmi d'assistenza in quanto "soggetto fornitore", con questa nuova impostazione le organizzazioni non profit hanno la possibilità diventare "progettiste" dei servizi che andranno a erogare; infatti, potranno partecipare al momento della programmazione dei **Piani regionali** che a loro volta seguono, nel rispetto delle specificità locali, le linee di indirizzo del **Piano nazionale**, secondo i principi di concertazione e cooperazione.

Un altro criterio cardine della rete dei servizi che la legge dovrà avviare e promuovere è la **qualità**. Essa è definita nei suoi parametri generali dal Piano sanitario Nazionale e riguarda sia i servizi pubblici che quelli privati. Inoltre per gli Enti non profit dovranno essere previste apposite procedure di **autorizzazione** e di **accreditamento** i cui criteri saranno definiti dalle Regioni.

Infine per stimolare il raggiungimento di alti livelli di qualità nei servizi erogati a tutti gli Enti non profit che svolgono in regime di accreditamento o convenzione le attività assistenziali sopraindicate, la legge dovrà estendere i benefici fiscali e le agevolazione previste dal comma 2 bis lett. b dell'art. 108 TUIR, così come indicato nel D.lgs. 460/97

Altre proposte ed obiettivi:

- Attività di formazione e di ricerca finalizzata all'integrazione e continuità tra servizi di diagnosi e cura prettamente ospedalieri e assistenza nel territorio (dimissione protetta, assistenza domiciliare, etc)
- Creazione di una Agenzia Nazionale del Non Profit con funzioni di indirizzo, programmazione e rappresentatività
- Creazione di una anagrafe digitalizzata su base regionale delle organizzazioni e delle strutture non profit ospedaliere, riabilitative socio-assistenziali.

- Creazione di Consorzi su base regionale di strutture assistenziali, riabilitative e di volontariato idonei ad offrire un pacchetto integrato di servizi alle Regioni comprendenti servizi di terapia di patologie acute, strutture riabilitative, domicili sanitari per malati terminali etc.

Roma, 05.04.2004

Luca Massimo CHINNI

Michele Giuseppe GALLINA

Franco Carmelo MELCHI