Il volume, resoconto del Convegno svoltosi a Padova, Palazzo del Bo' l'8 aprile 2025, si interroga su opportunità e prospettive delle iniziative di partnership pubblico-privato-non profit avviate nell'universo dell'assistenza sanitaria dei principali Paesi occidentali.
Vi figurano rappresentanti delle Istituzioni e degli Ordini professionali, eminenti studiosi – italiani e stranieri – e autorevoli rappresentanti di enti pubblici, privati e non profit che si occupano di sanità. Il testo è arricchito da un'articolata Appendice, che illustra i dati più aggiornati, riferiti alle diverse componenti del Terzo settore.

Claudio Di Gregorio, già Docente di Diritto degli enti no profit presso l'Università di Padova (2020-2026), è tutt'ora docente di International Tax Law presso l'Università Ca' Foscari di Venezia.
Autore di numerose pubblicazioni su tematiche tributarie, finanziarie, e del non profit, ha ricoperto incarichi di rilievo presso diversi organismi internazionali, ed è attualmente UNDP Expert on Tax, Public Finance and Sustainable Development Goals (Nazioni Unite).

Alberto Pozzobon, Avvocato, svolge attività professionale nel settore del Diritto bancario e finanziario, con particolare riguardo alla tutela della clientela, dopo una precedente esperienza nel settore tributario.
Dopo il dottorato di ricerca in Giurisprudenza presso l'Università di Padova, è stato nominato "cultore della materia" di Diritto degli enti no profit, svolgendo attività di didattica integrativa nel relativo Corso presso lo stesso Ateneo (2024-25).

ISBN
9 788824 331562

28,00

Pubblico, privato, non profit in sanità: una partnership ineludibile?

Pubblico, privato, non profit in sanità: una partnership ineludibile?

Public, private, nonprofit in healthcare: an unavoidable partnership?

a cura di Claudio Di Gregorio e Alberto Pozzobon

Jovene



Pubblico, privato, non profit in sanità: una partnership ineludibile?

Public, private, nonprofit in healthcare: an unavoidable partnership?

Pubblico, privato, non profit in Sanità: una partnership ineludibile?

Public, private, nonprofit in healthcare: an unavoidable partnership?

Atti del Convegno «Sanità: pubblica, privata o non profit?»
Padova, Palazzo del Bo', 8 aprile 2025

Interventi di:

Cristina Basso - Diego Bonavina - Giusi Bonavina
Chiara Cacciavillani - Marta Carraro - Filippo Crimì - Nicola Giobbe
Manuela Lanzarin - Jill R. Horwitz - Andrea Ostellari
Alceste Santuari - Paolo Sommaggio - Luca Zaia

a cura di
Claudio Di Gregorio e Alberto Pozzobon

Jovene

DIRITTI D'AUTORE RISERVATI
© Copyright 2026

ISBN 978-88-243-3156-2

JOVENE EDITORE
Via Mezzocannone 109 - 80134 NAPOLI
Tel. (+39) 081 552 1019 / 3471 / 1274
www.jovene.it info@jovene.it

I diritti di riproduzione e di adattamento anche parziale della presente opera (compresi i microfilm, i CD e le fotocopie) sono riservati per tutti i Paesi. Le riproduzioni totali, o parziali che superino il 15% del volume, verranno perseguite in sede civile e in sede penale presso i produttori, i rivenditori, i distributori, nonché presso i singoli acquirenti, ai sensi della L. 18 agosto 2000 n. 248. È consentita la fotocopiatura ad uso personale di non oltre il 15% del volume successivamente al versamento alla SIAE di un compenso pari a quanto previsto dall'art. 68, co. 4, L. 22 aprile 1941 n. 633.

Stampato in Italia *Printed in Italy*

INDICE

Ringraziamenti ..... p. VII

Acknowledgements ..... » IX

Prefazione ..... » XI

Preface ..... » XIII

SALUTI E MESSAGGI ISTITUZIONALI

Luca Zaia ..... » 1

Manuela Lanzarin ..... » 3

Andrea Ostellari ..... » 5

Diego Bonavina ..... » 7

Filippo Crimì ..... » 8

Nicola Giobbe ..... » 10

Cristina Basso, *Introduzione* ..... » 11

PARTE PRIMA
TERZO SETTORE E SANITÀ NEL VENETO: QUADRO GIURIDICO ED ESPERIENZE OPERATIVE

Giusi Bonavina
I vent'anni dello IOV ..... » 15

Marta Carraro
L'Ambulatorio Emergency di Marghera: 15 anni di attività per il diritto alla salute ..... » 21

Chiara Cacciavillani
Programmazione e organizzazione territoriale, alla luce dell'obiettivo dell'adeguatezza della presa in carico e dell'appropriatezza di setting ... » 35

Alceste Santuari
La legge della Regione Veneto n. 9/2024 e l'assetto dei servizi sociali tra pubblico, privato e non profit ..... p. 47

PARTE SECONDA

INDAGINE COMPARATA SUL RUOLO DEL TERZO SETTORE NEI SISTEMI SANITARI OCCIDENTALI E NELL'ASSISTENZA SANITARIA DEL VENETO

Paolo Sommaggio
Il giurista del Terzo settore al servizio degli ETS che operano nella Sanità ..... » 57

Claudio Di Gregorio
Sanità: pubblica, privata o non profit? Indagine comparata sul ruolo del Terzo Settore nei sistemi sanitari occidentali e nell'assistenza sanitaria del Veneto ..... » 75

Jill R. Horwitz
Health Care: Public, Private or Nonprofit? The U.S. System: Public or Private? ..... » 87

APPENDICE

Compendio del materiale documentale di cui si sono avvalsi i conferenzieri nel corso delle loro relazioni ..... » 97

Relatori ..... » 181

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano:

– la Regione Veneto, la Provincia e il Comune di Padova, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova e l'Ordine degli Avvocati di Padova, per aver concesso il loro patrocinio all'evento;

– il Presidente *pro-tempore* della Regione Veneto, Dott. Luca Zaia, oggi presidente del Consiglio Regionale Veneto, per il suo messaggio di augurio e di saluto, contenuto nel presente volume;

– le autorità istituzionali intervenute, a cominciare dal Sottosegretario di Stato alla Giustizia, Sen. Avv. Andrea Ostellari, onorandoci con la loro presenza;

– gli illustri relatori, rappresentanti di Istituti di cura e ricerca di eccellenza (IOV di Padova), di prestigiose Organizzazioni Non Governative, operanti anche nel territorio veneto (Emergency), di eccellenti docenti e ricercatori delle Università di Padova e Bologna, a cominciare dalla Pro-rettrice per le relazioni internazionali, Professoressa Cristina Basso;

– i rappresentanti dell'Agenzia delle Entrate - Direzione Regionale del Veneto;

– i rappresentanti dei 503 enti non profit operanti nella Sanità del Veneto, che hanno seguito in presenza o in "*streaming*" il Convegno;

– lo *staff* del Dipartimento di Diritto Privato e Critica del Diritto che ha curato la parte organizzativa dell'evento, rendendolo possibile.

Un ringraziamento speciale va:

– a Jill R. Horwitz, già David Sanders Professor of Law & Medicine presso la U.C.L.A. School of Law di Los Angeles e oggi Trobman Family Innovation Professor, Pritzker School of Law e Professor of Emergency Medicine, Feinberg School of Medicine presso la Northwestern University di Chicago, nonché Founding Faculty Director del Center for Philanthropy and Nonprofits, UCLA School of Law sin dalla sua istituzione, non solo per averci onorato della sua presenza, quale "*key-note speaker*",

ma anche per aver magistralmente illustrato e documentato – nel suo intervento – il modello di assistenza sanitaria statunitense, definendolo "*un insieme di fornitori e assicuratori disorganizzati*", piuttosto che un "*sistema sanitario*";

– al Center for Philanthropy and Nonprofits di Los Angeles, per aver consentito ai suoi membri e sostenitori di partecipare in "*streaming*" all'evento e per averne fatto gentile menzione nel proprio Annual Report 2025 (*Publications and Lectures July 2024 - June 2025*).

ACKNOWLEDGEMENTS

Our thanks go to:

– the Veneto Region, the Province and Municipality of Padua, the Order of Physicians, Surgeons and Dentists of Padua, and the Bar Association of Padua, for having granted their patronage to the event;

– the former President of the Veneto Region, Luca Zaia, nowadays President of the Regional Council of Veneto, for his message of best wishes and compliments, contained in this volume;

– the Institutional Authorities who intervened, starting with the Undersecretary of State for Justice, Senator Andrea Ostellari, honoring us with their presence;

– the institutional authorities who intervened – starting with the Undersecretary of State for Justice, Senator Andrea Ostellari – honoring us with their presence;

– the eminent speakers, representatives of Institutes of Excellence for Care and Research (IOV of Padua), prestigious Non-Governmental Organizations, also operating in the Veneto Region (Emergency), and excellent Professors and Researchers from the Universities of Padua and Bologna (Italy), starting with the Doctor Pro-Rector for International Relations, Professor Cristina Basso;

– representatives of the Agenzia delle Entrate (Italian Revenue Agency) – Veneto Regional Directorate, for their kind presence;

– representatives of the 503 Nonprofit Organizations operating in the Veneto healthcare sector, who attended the Conference in person or via "*streaming*";

– the staff of the Department of Private Law and Critique of Law of the University of Padua, who oversaw the organizational part of the event, making it possible.

A special thanks goes to:

– Jill R. Horwitz, former David Sanders Professor of Law and Medicine at the UCLA School of Law in Los Angeles and presently Trobman

Family Innovation Professor, Pritzker School of Law and Professor of Emergency Medicine, Feinberg School of Medicine at Northwestern University in Chicago, as well as Founding Faculty Director of the Center for Philanthropy and Nonprofits, UCLA School of Law since its inception, not only for having honored us with her presence, as "keynote speaker", but also for having masterfully illustrated and documented – in her speech – the American healthcare model, defining it "something like to a collection of disorganized providers and caregivers", rather than a "healthcare system";

– to the Center for Philanthropy and Nonprofits UCLA School of Law in Los Angeles, for announcing the event to its members and supporters, facilitating their participation via "streaming" and for having made kind mention of it in its 2025 Annual Report (*Publications and Lectures July 2024 - June 2025*).

PREFAZIONE

È giusto affidare i servizi sanitari di una nazione – che, secondo il modello dell'OMS, dovrebbero essere ispirati ad un sistema di "copertura sanitaria universale" tutta (o quasi) pubblica – ad un modello pubblico - privato, in cui operano, in regime di mercato, anche soggetti guidati da una logica di profitto? Ed è giusto riconoscere agli enti non profit quote più o meno ampie di esenzione fiscale, cui non sempre corrisponde l'erogazione gratuita di servizi e prestazioni sanitarie? E la concorrenza tra questi tre settori è davvero in grado di assicurare un servizio sanitario nazionale efficiente ed efficace ed anche economicamente sostenibile per tutti i pazienti e in grado di ridurre o addirittura azzerare le liste di attesa, assicurando almeno i "livelli essenziali di assistenza" all'intera platea di utenti, acuti e cronici? Pubblica amministrazione, enti privati ed enti non profit, sono destinati ad operare in condizioni di continua rivalità o in una ineludibile partnership?

A queste e ad altre domande, che attraversano il mondo della Sanità a livello globale, hanno cercato di fornire risposte gli interventi di autorevoli accademici sia italiani che stranieri, dirigenti ospedalieri, coordinatori di progetto di enti non profit riuniti a Convegno a Palazzo del Bo' – Padova, l'8 aprile 2025, portando la loro esperienza sul campo.

Al Convegno, patrocinato da Regione Veneto, Provincia e Comune di Padova, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova e dell'Ordine degli Avvocati di Padova, hanno partecipato i rappresentanti di circa 500 enti non profit impegnati nel comparto Sanità del Veneto e numerosi studenti in presenza e in streaming.

Le pagine che seguono, corredate da un Appendice completo di slide esplicative, illustrano le iniziative e i programmi di partenariato pubblico - privato - non profit avviate nei principali sistemi sanitari occidentali, i risultati ottenuti e le questioni ancora sul tappeto.

Il Modello Veneto di "Sanità integrata e partecipata" è stato parimenti analizzato, non solo perché celebrato dai vari organismi di controllo nazionale e dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, ma perché esso rappresenta, al momento, in Italia, il primo esempio com-

piuto di coinvolgimento di tutti i possibili attori economici e istituzionali nella pianificazione, programmazione ed erogazione dei servizi sanitari, includendovi gli enti non profit e i privati, a cominciare dalle società benefit, e favorendovi la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti.

Il compendio, che ha richiesto più di un anno di lavoro solo per la collazione dei testi, le annotazioni a piè pagina e la traduzione dei principali argomenti di seguito trattati per i lettori anglosassoni, è diretto al mondo accademico, agli studenti, e a tutti gli operatori sanitari – pubblici, privati, non profit – che dedicano il loro impegno quotidiano nel rendere meno difficile la vita di coloro ai quali prestano assistenza.

Claudio Di Gregorio
Alberto Pozzobon

PREFACE

Is it right to entrust the healthcare services of a nation – which, according to the WHO model, should be inspired by a system of "universal public health coverage – to a public-private model, in which operate, under a market regime, also subjects driven by a for-profit logic? And is it right to recognize more or less extensive tax exemption quotas, to non-profit organizations which are not always matched by the free provision of healthcare services? And is competition between these three actors really capable of ensuring an efficient and effective as well as economically sustainable national healthcare service for all patients and capable of reducing or even eliminating waiting lists, ensuring at least "essential levels of care" for the entire audience of users, acute or chronic? Shall public administration, private and nonprofit entities be destined to operate under conditions of continuous rivalry or to an unavoidable partnership?

The interventions of eminent Italian and foreign academics, professionals, hospital managers, and project coordinators of non-profit organizations gathered at a conference at Palazzo del Bo' – Padua, Italy April 8, 2025, bringing their field experience, sought to provide answers to these and other questions that cross the world of healthcare globally.

At the Conference, sponsored by the Veneto Region, the Province and Municipality of Padua, the Order of Surgeons and Dentists of Padua and the Order of Lawyers of Padua, took part Representatives of approximately 500 non-profit organizations in the Veneto region involved in the healthcare sector and numerous students in person and via streaming.

The following pages, supplied with a full Appendix of explanatory slides, illustrate the public – private – non-profit partnership initiatives and programs launched in major Western health systems, the results achieved and the issues still on the ground.

The Model of "Integrated and Participated Health" in Veneto Region, Italy has also been analyzed, not only because it is celebrated by the various national control bodies and by the World Health Organization itself, but also because it currently represents, in the country, the first com-

pleted example of the involvement of all possible economic and institutional actors in the planning, programming and delivery of health services, including nonprofit organizations and for-profit enterprises, starting with benefit corporations, and encouraging the active participation of citizens and patients.

The book, which took more than a year of work just to collate the texts, make footnotes and translate the main topics covered below for English readers, is addressed to the scholars, students, and all healthcare professionals – public, private, non-profits – who dedicate their daily efforts to making the lives of those they care for if not easier, at least less hard.

Claudio Di Gregorio
Alberto Pozzobon

SALUTI E MESSAGGI ISTITUZIONALI

Luca Zaia

Questo convegno pone l'attenzione sul ruolo del Terzo Settore nell'attività sanitaria.

La Sanità è una materia complessa che richiede analisi ponderate e risposte concrete ai cittadini che hanno bisogno di accedere ai servizi sanitari.

Un concetto importante resta fermo: che la sanità è universalistica e pubblica, e la nostra sanità è la prima a livello nazionale, secondo una recente classifica del Ministero della Salute, confermandosi un'eccellenza nella prevenzione, nell'organizzazione territoriale e nelle cure ospedaliere.

Questo è il segnale del grande lavoro che è stato portato a termine nel raggiungimento degli obiettivi e nel garantire servizi di qualità anche nelle maggiori difficoltà, come quelle dovute alla pandemia. Risultato ottenuto impiegando al meglio i fondi del Servizio Sanitario.

Ciò non toglie che nel territorio siano presenti realtà imprenditoriali che rappresentano quell'integrazione pubblico-privato che è una best practice nella nostra regione, come pure realtà non profit che operano in ambito socio-sanitario.

Certo è che l'autonomia differenziata consentirà di essere ancora più competitivi ed efficienti, più vicini alla gente, meno sprechi, la possibilità di gestire le risorse che ci vengono affidate nel miglior modo possibile.

L'Autonomia è, quindi, un processo di modernità, valorizzazione delle competenze e piena assunzione di responsabilità, che non mancherà di solidarietà e sussidiarietà.

Nell'augurare buon lavoro ai relatori, rivolgo a tutti i presenti i miei cordiali saluti.

Manuela Lanzarin

Porto i saluti della Regione Veneto e del Presidente Luca Zaia e ringrazio per l'invito a partecipare a questo importante momento di con-

fronto tra le diverse componenti della sanità: pubblica, privata e non profit.

Il modello sanitario italiano è universalistico, sancito dall'articolo 32 della Costituzione. Si tratta di un privilegio che il nostro Paese deve difendere e al contempo arricchire attraverso l'integrazione con tutte le realtà che concorrono a garantire servizi e assistenza. Accanto al sistema pubblico operano infatti la sanità privata accreditata e convenzionata, il mondo del Terzo settore nel quale è compreso il volontariato, che costituiscono una parte essenziale della nostra organizzazione sanitaria.

Il Servizio sanitario nazionale ha il compito di assicurare equità e accessibilità alle cure, poggiando su pilastri chiari che riguardano soprattutto l'organizzazione dei servizi. In Veneto il modello si articola nella rete "*hub & spoke*"[1] attraverso una forte integrazione tra il sistema sociosanitario e quello territoriale, con particolare attenzione alla medicina di prossimità e alle persone fragili, che spesso incontrano ostacoli nell'accesso ai servizi. In questo ambito il Terzo settore si dimostra una risorsa imprescindibile, ormai professionalizzata, capace di affiancare la Sanità Pubblica in settori cruciali come l'urgenza-emergenza[2], nonostante le difficoltà legate alla carenza di personale.

Un contributo fondamentale è assicurato anche nella gestione dei presidi territoriali e nei servizi rivolti all'inclusione sociale e alla lotta alla cosiddetta "povertà sanitaria", per ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari, per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, e garantire a tutti equità e accesso alle cure.

Accanto al volontariato propriamente detto, il Terzo settore comprende il mondo della cooperazione, che eroga servizi a favore di minori, persone con disabilità, persone anziane, soggetti con dipendenze patologiche e pazienti con disturbi di salute mentale. È un settore che, pur restando "non profit" anche dopo la riforma, ha sviluppato competenze sempre più solide e professionalizzate, contribuendo concretamente alla realizzazione del principio universalistico del sistema sanitario.

---

[1] Sistema di gestione e sviluppo delle reti nel quale le connessioni si realizzano, usando per analogia un'espressione riferita alla ruota della bicicletta, dallo "*spoke*" (raggio) verso l'"*hub*" (perno) e viceversa. Nella sanità veneta, il modello Hub & Spoke organizza i servizi concentrando l'assistenza ad alta complessità negli Hub (centri di eccellenza come l'Istituto Oncologico Veneto) e facendoli supportare da una rete di servizi territoriali (gli Spoke) per le attività meno complesse e l'invio dei pazienti, migliorando così l'efficienza e la qualità delle cure in aree come la medicina sportiva, la medicina d'urgenza e la procreazione assistita.

[2] Ad esempio con l'attività del Suem[2] o della Croce Verde, Croce Rossa, Croce Bianca.

Un ulteriore ambito di collaborazione riguarda la programmazione. In Veneto abbiamo recentemente avviato un percorso di "sanità partecipata", con una Conferenza permanente che riunisce associazioni di volontariato e rappresentanti dei pazienti, chiamati a contribuire alla stesura e all'aggiornamento del programma socio-sanitario regionale[3]. Tra i risultati più significativi di questo metodo partecipativo vi è il PDTA sulla Malattia di Parkinson[4], unico a livello nazionale, elaborato con il contributo attivo delle associazioni, che hanno assunto un ruolo diretto e responsabilizzante.

Ringrazio ancora per l'opportunità di questo dialogo, che rappresenta un'occasione preziosa per orientare le scelte future di programmazione e pianificazione sanitaria.

Andrea Ostellari

Un saluto a tutte le autorità presenti e a coloro che partecipano attivamente a questo importante Convegno.

Poco fa stavo parlando con il Professor Miele di una questione interessante: cosa c'entra la Giustizia con la Sanità?

Ebbene, c'entra, c'entra eccome. Sia per le esperienze che possiamo raccontare, sia per la visione di futuro che possiamo, assieme, rappresentare. E allora prendo spunto dal titolo di questo Convegno: "Sanità: pubblica, privata o non profit?"

Proprio questo ci porta, naturalmente, ad aprire una riflessione sul Terzo settore.

È un tema sempre più centrale e, per quanto riguarda il rapporto tra la Giustizia e il Terzo settore, stiamo costruendo un ponte fondamentale:

---

[3] Ci si riferisce all'Assemblea Permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti istituita con D.G.R. 10 ottobre 2023, n. 1227, assegnando la funzione di supporto istruttorio, tecnico, metodologico e quello organizzativo al Gruppo Tecnico Permanente di supporto alle progettualità del "*Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del sistema socio sanitario regionale* (SSSR)". Sul punto, sia consentito il rinvio a quanto, più amp., descritto in, *Sanità: pubblica, privata o non profit? Indagine comparata sul ruolo del Terzo settore nei sistemi sanitari occidentali e nell'assistenza sanitaria del Veneto*, a cura di P. Sommaggio, C. Di Gregorio, Padova University Press, 2025, pp. 147-149, disponibile in "*Open Access*" al link *https://www.padovauniversitypress.it/en/publications/9788869384585.*

[4] Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali. Per il PDTA sul morbo di Parkinson si rinvia alla D.G.R. 9 aprile 2024, n. 388, pubblicata sul B.U.R. Veneto n. 54 del 23 aprile 2024.

un collegamento concreto tra le azioni del Governo e che porta avanti nel percorso di rieducazione dei nostri reclusi. Il Terzo settore, quindi, non è un attore marginale: è un partner fondamentale[5] che svolge un ruolo essenziale proprio nella fase dell'esecuzione penale. Non è il solo, naturalmente. Ci sono le aziende private e tutto un mondo che si sta muovendo in una prospettiva nuova, certamente coerente con i principi della nostra Costituzione, in particolare l'articolo 27, che tutti conosciamo e che richiama il valore della funzione rieducativa della pena.

Ma rieducazione come? Non attraverso la beneficenza. Non è di beneficenza che stiamo parlando. Si tratta di percorsi di lavoro, formazione, sviluppati attraverso forme di compartecipazione e co-progettazione con il Terzo settore. Capite, quindi, quanto sia importante questo tipo di sinergia non solo per gli adulti, ma soprattutto per i giovani.

Tutti noi leggiamo, quotidianamente, notizie che raccontano episodi di devianza giovanile spesso sfocianti in violenza. È un fenomeno che dobbiamo cercare di intercettare prima, e il Terzo settore può offrire un contributo prezioso anche su questo fronte. La collaborazione tra Terzo settore e Ministero della Giustizia si inserisce anche nel contesto, più specifico e delicato della Sanità penitenziaria. Su questo fronte, lo dico chiaramente: abbiamo bisogno di tutti gli attori possibili. Nel Ministero della Giustizia, lo sappiamo bene: negli istituti penitenziari non ci sono soltanto delinquenti nel senso tecnico del termine, ma persone con gravi problemi psichiatrici[6], talvolta diagnosticati, talvolta no. Ci sono persone con plurime dipendenze, non solo da sostanze, ma anche da comportamenti compulsivi, in particolare tra i giovani. Pensiamo all'uso troppo disinvolto dei "*social-media*": anche quello, oggi, può generare forme nuove di dipendenza. Ecco perché abbiamo bisogno di una mano, anche per affrontare con maggiore efficacia il tema della sanità penitenziaria. Con la Regione Veneto, ad esempio, stiamo ragionando per implementare questo tema, che tra l'altro, non è solo un presidio sanitario, ma rappresenta anche un presidio di sicurezza.

---

[5] Cfr., al riguardo, il Protocollo d'intesa tra il Ministero della giustizia e Forum del Terzo settore del 28 settembre 2022, Per promuovere la stipula di accordi nazionali fra il Ministero della Giustizia e le associazioni e gli enti aderenti al Forum del Terzo Settore, per l'ampliamento delle opportunità di svolgimento del lavoro di pubblica utilità ai fini della messa alla prova per adulti e come sanzione penale sostitutiva.

[6] Cfr., in questo senso, il Protocollo d'intesa tra il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità e l'Associazione della Croce Rossa Italiana - Organizzazione di volontariato - 23 novembre 2022, volto a promuovere iniziative in favore di giovani in situazioni di disagio, a rischio di emarginazione sociale e sottoposti a provvedimenti penali.

Quello che stiamo facendo, non è finalizzato solo al rispetto della Costituzione, ma al miglioramento della nostra comunità, con il fine di curare chi deve essere curato e rieducare chi può e vuole essere rieducato. Naturalmente, il percorso deve essere volontario. Ma sappiamo che quando una persona aderisce ad un programma trattamentale, o socio-trattamentale, nel 98% dei casi non torna a delinquere.

E allora capite quanto è importante ciò che stiamo costruendo: un'operazione sicuramente difficile, lunga, ma capace di portare un beneficio concreto nei confronti dell'intero Paese.

Chiudo con una riflessione, che rivolgo in particolare a voi tecnici: il Terzo settore può essere, in futuro, potenziato nell'ambito della Sanità penitenziaria?

Un quesito che lascio a voi, nella convinzione che la figura del Giurista del terzo settore, sia e sarà, sempre più fondamentale. Sarà proprio questa figura a fornirci gli strumenti giuridici e operativi per costruire una co-progettazione efficace nei confronti di tutti.

Quindi, vi ringrazio per l'attenzione e sono curioso di sentire i vostri suggerimenti e contributi anche su questo tema così delicato ed importante.

Diego Bonavina

Sono particolarmente onorato di essere qui e portare il saluto del Sindaco, Sergio Giordani, anche perché sono io stesso, per la seconda volta, uno studente dell'Università di Padova, matricola del Corso "Giurista del Terzo settore" attivato presso l'Ateneo patavino.

Per prima cosa voglio fare i complimenti agli organizzatori per aver scelto questa data per un convegno così importante. Ieri infatti il Sindaco Giordani ha ricevuto a Roma, dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, un'onorificenza straordinaria per la nostra città, la medaglia d'oro per motivi sanitari al Comune di Padova[7].

Noi siamo qui oggi a parlare di Sanità come un un'eccellenza della nostra Regione e come un'eccellenza della nostra città. Ieri il Presidente Mattarella ha voluto riconoscere alla città di Padova proprio questo impegno da parte di tutti i sanitari, ma anche di tutta la cittadinanza.

Nel corso della Grande Guerra qui a Padova sono stati istituiti dei posti per l'accoglienza, una sorta di Ospedale militare durante la Prima

[7] Allude alla Medaglia d'oro al Merito della Sanità pubblica conferita alla città di Padova il 7 aprile 2025 dal Presidente della Repubblica nel corso di una cerimonia al Quirinale.

Guerra Mondiale. Con il riconoscimento ufficializzato ieri si celebra il Comune di Padova come meritevole della medaglia d'oro per la Sanità.

Questo è il punto da cui voglio partire per portare il saluto mio e di tutta l'Amministrazione alle relatrici e ai relatori di oggi.

Gli argomenti di questo convegno sono tantissimi e uno di quelli cruciali riguarda un nuovo aspetto della nostra Sanità, la Sanità Non Profit.

Abbiamo tre tipi di Sanità: pubblica privata e non profit. Saranno le relatrici e i relatori del convegno ad approfondire queste questioni, io posso parlare come cittadino e come cittadino sono cresciuto con la sanità pubblica.

Negli anni si è evoluta la sanità privata da un punto di vista non solo qualitativo ma quantitativo. Giudicare se in meglio o in peggio non compete a me e nelle relazioni che seguono potremo anche capire a che punto siamo arrivati.

La nuova frontiera da esplorare è quella sicuramente del non profit, ma oltre a queste tre tipologie dobbiamo ricordare che esiste la cosiddetta "*sanità integrata*", una commistione tra pubblico e privato necessaria per migliorare il servizio della nostra sanità.

Credo che questi siano tutti temi di cui sentiremo parlare in questo convegno.

Sarà un momento di confronto importante. Il luogo che ci ospita è straordinario e quindi ringrazio veramente sia per l'invito, ma anche per il pensiero di aver organizzato un convegno di questo genere.

Buon lavoro e ancora grazie.

Filippo Crimì

Buongiorno a tutti.

Intanto grazie agli organizzatori, segnatamente al Professor Miele, al Professor Sommaggio e al Professor Di Gregorio per l'invito a questo importante Convegno, evento che per me ha già un titolo con domanda provocatoria, perché giustamente l'"integrazione" tra Sanità pubblica, privata e non profit è la risposta alla domanda che introduce l'evento, e oggi si discuterà su come si può realizzare questa integrazione.

Parlavamo col professor Di Gregorio di come la platea delle "*Charities Nonprofits*", per esempio, sia molto estesa e attiva nel mondo anglosassone[8] mentre da noi non c'è ancora una presenza così importante dei

[8] Cfr., ancora, *Sanità…*, cit., a cura di P. Sommaggio, C. Di Gregorio, Padova University Press, 2025, pp. 26-29 e 35-46.

finanziamenti privati. Però il Terzo settore, soprattutto nel comparto socio-sanitario, come sottolineavano prima anche le Autorità presenti – l'Assessore Lanzarin e il Sottosegretario Ostellari – costituisce un mondo veramente importante.

Da medico, e da medico che lavora in un ospedale pubblico, penso che ovviamente la parte pubblica debba essere la colonna portante della nostra Sanità.

Sicuramente l'integrazione con le altre componenti è necessaria, però in una logica anche di cambiamento globale, direi, dell'approccio sanitario: pensiamo al costo che hanno determinati farmaci.

Per esempio, molte patologie che una volta portavano al decesso del paziente, adesso sono patologie di fatto croniche, dove c'è bisogno di un trattamento che costa 40, 50, anche 60.000 euro l'anno, che ovviamente sono tutti oneri di cui si deve far carico la finanza pubblica.

Quindi, un tema sarà anche un dialogo, a livello nazionale, con le case produttrici farmaceutiche per calmierare i prezzi.

Un altro tema è come spendere le risorse disponibili. Per quanto riguarda la parte di assistenza, abbiamo il "front office" della Sanità, come diceva l'Assessore, cioè la medicina del territorio e i Pronto soccorso, che sono in sofferenza.

Cito i dati che abbiamo presentato come Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri il mese scorso, in occasione della giornata contro la violenza sugli operatori sanitari: è incredibile che, a fronte di una riduzione globale degli accessi, per esempio in Pronto soccorso da 23 milioni nel 2003 a 18 milioni nel 2023 – anche se circa 4 milioni considerati "*impropri*"[9] – si sia registrato un aumento del carico di accessi nelle singole realtà ospedaliere.

Quindi, c'è stato un effetto filtro del territorio, però in Italia complessivamente è stato anche chiuso un terzo dei Pronto soccorso. Questo ha comportato un aumento del carico sul singolo presidio e, a sua volta, può portare ovviamente a un rallentamento nella risposta ai cittadini che

[9] Lo riferiva già AGENAS, nel corso dell'evento "Accessi in Pronto Soccorso e Implementazione DM 77/2022 per una migliore presa in carico dei pazienti" che si è svolto a Roma, presso la sede di Via Piemonte, e che ha visto la presenza del Direttore Generale dell'Agenzia, Domenico Mantoan, e di rappresentanti del Ministero della Salute, Regioni e degli operatori che quotidianamente sono impegnati nell'assistenza ai cittadini/pazienti. Cfr. Agenas: *18 milioni di accessi in Pronto soccorso nel 2023 (+6%), oltre 4 milioni sono impropri*, in "Il Sole 24 Ore", 22 aprile 2024, in *https://www.ilsole24ore.com/art/agenas-18-milioni-accessi-pronto-soccorso-2023-6percento-oltre-4-milioni-sono-impropri-AFnTUQYB*.

si presentano e, di conseguenza, anche a un sovraccarico dei professionisti sanitari impiegati.

L'altro tema è quello della medicina del territorio: abbiamo un numero di massimalisti adesso che è sopra il 50%. I massimalisti sono i medici di medicina generale che hanno più di 1500 pazienti. Nel 2003 erano circa il 15%, quindi abbiamo un sovraccarico di lavoro per singolo medico anche in questo settore.

Si tratta della "prima linea" della Sanità, e quindi quella che può dare risposta direttamente come medici ai cittadini. Adesso espongo i problemi, e ovviamente le soluzioni non sono semplici, però c'è da rifletterci, e su questo noi come Ordine dei Medici ci stiamo muovendo.

Infatti, proprio oggi presenteremo il Tavolo Inter-Ordinistico Sanitario provinciale di Padova con nove ordini e professioni sanitarie – infermieristiche, fisioterapisti, farmacisti, etc. – per riuscire ad elaborare anche delle proposte da portare all'attenzione delle istituzioni, per renderci utili nel provare a risolvere problemi che sappiamo essere molto complessi, e che hanno la necessità di un lavoro di gruppo per essere risolti.

Ritornando al tema del Convegno, penso che capire come il Terzo settore dialoghi con il pubblico e con il privato sia fondamentale, anche per comprendere come si possano creare nuove collaborazioni e sinergie.

Quindi, saluto con favore a nome di tutto l'Ordine dei Medici questo evento, al quale abbiamo concesso molto volentieri il patrocinio, e auguro ai relatori e ai convegnisti una buona prosecuzione.

Nicola Giobbe

Buongiorno a tutti, porto i saluti del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Padova, del quale sono Vicepresidente, del mio Presidente l'Avvocato Francesco Rossi.

Ringrazio per l'invito e sottolineo che il Consiglio con viva gratitudine ha deliberato di concedere il patrocinio a questo importantissimo evento.

Sarò veramente telegrafico.

Vi riferisco di una circostanza che, pur non essendo del tutto pertinente al tema di oggi, vale la pena di essere evidenziata, vista anche la presenza del Presidente dell'Ordine dei medici di Padova.

Proprio ieri pomeriggio, infatti, si è svolto un incontro nel nostro ordine tra noi e una rappresentanza del Consiglio dell'ordine dei Medici di Padova.

Nel corso dell'incontro abbiamo discusso di temi riguardanti le rispettive attività professionali e di quanto incide, soprattutto dal punto di vista economico, il contenzioso che coinvolge il personale sanitario e gli enti ad esso preposti e se vi sia un modo per sensibilizzare tutti gli operatori di entrambi i settori, considerato anche il costo delle compagnie assicurative ed il fatto che spesso rifiutano di assicurare i sanitari o gli enti.

Naturalmente, trattandosi di libere professioni, in particolare quella forense, si è evidenziata l'impossibilità di contenere le iniziative giudiziarie intraprese dal ceto forense a tutela dei propri assistiti, ma abbiamo evidenziato che allo stato attuale, anche da un punto di vista deontologico, vi sono norme che impongono all'avvocato di mantenere un comportamento corretto e mi riferisco, ad esempio, alla norma che impone all'avvocato il divieto di gravare la controparte di azioni giudiziarie inutili.

A tali (e tante altre) cautele, però, non sono sottoposte ad esempio agenzie e società infortunistiche che occupano gran parte del mercato in materia, che paradossalmente hanno quale oggetto sociale il business prodotto dalla tutela del diritto del cliente, piuttosto che il contrario come invece accade per l'avvocato.

Ci siamo accordati per svolgere alcune iniziative, volte a diffondere le corrette informazioni al pubblico ed una cultura del contenzioso, magari un po' più distaccata rispetto a quello che è proprio la logica "di bottega" sempre nella logica di favorire il dialogo tra Enti ed istituzioni e migliorare i servizi.

Ringrazio l'Università di Padova per averci ospitato in questa magnifica Aula, tutti gli organizzatori e i relatori e vi auguro buon Convegno.

Cristina Basso

Introduzione

La Sanità, in qualunque forma si presenti – pubblica, privata o non profit – si fonda su due principi imprescindibili: la qualità delle cure e la sostenibilità economica. Comprendere le differenze tra questi modelli è fondamentale per affrontare le sfide della salute pubblica e per individuare soluzioni che siano al tempo stesso equilibrate e inclusive.

Un sistema sanitario realmente efficace non può limitarsi a privilegiare un singolo approccio, ma deve piuttosto valorizzare le caratteristiche migliori di ciascun settore. La sanità pubblica garantisce universalità

e accesso per tutti; quella privata apporta innovazione e capacità organizzativa; il non profit, infine, interviene là dove emergono le maggiori fragilità sociali, colmando lacune e sostenendo i più vulnerabili. È solo dall'incontro e dalla collaborazione tra questi modelli che può nascere un sistema sanitario più equo, sostenibile ed efficiente, capace di rispondere ai bisogni della popolazione senza distinzione di reddito o di condizione sociale.

Il volume di Paolo Sommaggio e Claudio Di Gregorio, che ci è stato donato a margine di questo Convegno, si inserisce in tale prospettiva: raccoglie riflessioni e contributi di studiosi ed esperti provenienti da contesti diversi, uniti dall'obiettivo comune di ripensare il futuro della sanità alla luce delle sfide contemporanee. Particolarmente significativa è la presenza di voci di rilievo internazionale, come quella della professoressa Jill Horwitz (Northwestern University, Chicago), tra i massimi esperti del settore non profit, la cui analisi arricchisce e amplia la prospettiva qui proposta.

L'opera nasce anche grazie all'impegno del Dipartimento di Diritto Privato e Critica del Diritto dell'Università di Padova, promotore di iniziative scientifiche e culturali che si collocano all'interno del progetto di miglioramento della didattica e del programma "Shaping a World-Class University", volto a rafforzare il respiro internazionale del nostro Ateneo sempre attento al mondo esterno.

Ai relatori e ai partecipanti di questa iniziativa, così come ai lettori di questo libro, va il più sentito ringraziamento: la loro attenzione e il loro contributo costituiscono il vero motore di un dibattito indispensabile per costruire un sistema sanitario più giusto e orientato al futuro.

PARTE PRIMA

TERZO SETTORE E SANITÀ NEL VENETO: QUADRO GIURIDICO ED ESPERIENZE OPERATIVE

GIUSI BONAVINA

I VENT'ANNI DELLO IOV

È necessario un dialogo tra il pubblico e il privato, serve un sistema integrato pubblico-privato.

Ci si rifà sempre ai principi della Costituzione, agli articoli che si riferiscono alla libera scelta del medico. Rientra in questo ed è obbligatoria quindi la necessità di un'integrazione solida, basata su criteri di pari accesso ai percorsi tra pubblico e privato[1].

Prima del concetto pubblico-privato, bisogna evidenziare come la sanità deve essere eccellenza, eccellenza a cui noi puntiamo come Istituto. Un nostro paziente inconsapevolmente ha utilizzato delle parole chiave su un suo commento, due parole che ci hanno colpito profondamente che sono "*paziente*" e "*persona*".

Pur consapevoli che rientrano nella stessa entità, la gestione dei percorsi è totalmente diversa: quindi l'assemblaggio di un unico percorso diventa obbligatorio e, oltre che la cura e la guarigione ove possibile, io parlerei di più di qualità di vita delle persone che accedono. Questo è il fine primo che si pone l'Istituto che rappresento.

Ma per arrivare a capire tutte queste cose è necessario ripercorrere un attimo la storia, comprendere da dove nasce lo IOV, in una Padova che è stata insignita della Medaglia d'Oro al merito della Sanità pubblica, in cui è già presente un'Università che ha insegnato a tutti noi e che ha più di 800 anni, in cui c'è un'Azienda Ospedaliera che è un'eccellenza a livello europeo, e un'Azienda territoriale sempre più vasta e allo stesso tempo sempre più presente a livello territoriale, che cerca di portare, quando possibile le cure all'interno del domicilio dei pazienti.

Negli anni ottanta le patologie che portavano alla morte erano in primo luogo le patologie cardiovascolari e le neoplasie, cioè i tumori.

Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, negli ultimi vent'anni del Novecento c'è stata un'evoluzione. E badate bene: in tutte

[1] Le Slide utilizzate dalla Dott.sa Bonavina costituiscono il Compendio 1, in Appendice.

e due le patologie gli organi bersaglio venivano colpiti da fattori correlabili allo stile di vita, che in quegli anni era già diventato un po' dissennato (poco movimento, alimentazione scorretta, stress, obesità, …).

Dal punto di vista cardiovascolare sono subentrati, proprio nell'ambito dello sviluppo della ricerca, farmaci che hanno risolto grosse problematiche. Di conseguenza negli anni 2000 le neoplasie divennero la nuova sfida. Le neoplasie erano diventate la prima causa di morte tra i 25 e i 75 anni, un problema sempre più significativo per la salute pubblica. Nell'anno 2000 ci furono ben 150.000 decessi per tumore, in particolare per alcune neoplasie del polmone, del colon retto e della mammella.

Le opzioni terapeutiche erano la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia. La sopravvivenza complessiva a cinque anni di queste forme tumorali non superava il 50% per gli stadi più avanzati. Chiaramente era molto bassa, però sul fronte della ricerca e dell'innovazione si stavano ponendo delle fondamenta per una vera e propria rivoluzione.

Nei primi anni 2000 è stato completato il sequenziamento del genoma umano, passaggio fondamentale per la mappatura dei geni tumorali ed è stata la base per lo sviluppo di terapie molto più mirate. Un problema purtroppo rilevante è lo sviluppo temporale di nuovi farmaci. Con l'evoluzione attuale abbiamo accorciato un po' i tempi, però un farmaco per essere approvato ha bisogno di percorsi piuttosto lunghi. Un esempio per tutti: all'epoca, se nel 1997 veniva approvato un farmaco negli Stati Uniti per un tipo linfoma, il farmaco arrivava da noi solo a distanza di sette anni; tempi biblici non compatibili chiaramente con la sopravvivenza.

Si arriva così alla fine del 2003 annunciando il progetto della costituzione di un Istituto Oncologico a valenza regionale in Veneto.

Il professor Monfardini dichiarava il vero motivo di quello che ha portato alla nascita dello IOV, cioè che c'era una grande svolta nella ricerca ma poca applicazione nella pratica clinica.

Quindi, per raggiungere questo obiettivo era necessario concentrare in un'unica struttura tutto il campo delle patologie oncologiche a partire dalla prevenzione arrivando alla cura. Poi, con gli anni, abbiamo imparato ad aggiungere riabilitazione in tutto il percorso.

Allora, nella pratica clinica emerse l'esigenza concreta di creare il Centro Oncologico di riferimento regionale e quindi una struttura monotematica.

È stato un messaggio chiaro per tutta la comunità, perché proprio in quel periodo storico l'opinione pubblica, supportata certamente anche

dal mondo scientifico, aveva capito come la sfera oncologica rappresentasse il male più complicato.

Non a caso i tumori venivano identificati come il male del secolo. Ci si rese quindi conto che bisognava, e a questo punto senza mezzi termini, aggredire questa problematica potenziando in maniera specifica il settore dell'oncologia.

Le caratteristiche fondamentali, fin dalle origini, erano le possibilità di coniugare quella che era la ricerca di base con la clinica e il collegamento dell'Istituto con l'intera rete regionale dei servizi, rendendo di fatto il sistema sostenibile e virtuoso.

Il logo dello IOV ne è la testimonianza, esso è costituito da quelle caselline che rappresentano le sette province del Veneto.

È stata una cosa semplicissima perché si cercava un logo che potesse rappresentare non la struttura, non solamente Padova ma tutte le strutture del Veneto, perché poi alla fine tutte le strutture del Veneto hanno partecipato con le loro Unità operative alla creazione del Centro.

L'Istituto Oncologico nasce nel 2004, ma solo nel 2005 viene creato il Consorzio costituito dalle aziende del Veneto. Poi i criteri di laboratorio e scientifici sono stati approvati dal Ministero, il 18 marzo 2005, con il riconoscimento a IRCCS del Consorzio IOV.

E nel dicembre 2005 la Regione del Veneto legifera l'apertura dell'attività ospedaliera assistenziale attraverso l'Istituto Oncologico Veneto.

La finalità importante era quella di trasferire dal laboratorio direttamente all'assistenza tutte le ultime ricerche, caratteristica tipica degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. IRCCS con ruolo di "*hub*", di centro di riferimento per tutte le attività diagnostico-terapeutiche in ambito oncologico, che doveva affiancare la ricerca di elevatissimo livello[2].

Ricerca che era finalizzata al trasferimento delle conoscenze, appunto, dai laboratori alle corsie.

Si arriva quindi alla creazione dell'Istituto: il patrimonio di tutte le conoscenze che erano state raccolte a livello di ricerca preclinica dai primi anni 2000 ha iniziato a trovare un'applicazione pratica nelle nuove opzioni terapeutiche e dapprima con dei farmaci.

Quello che di fatto cambia per un paziente è che fino a quel momento durante il periodo di chemioterapia non aveva né una vita sociale

[2] Il sistema "*Hub and Spoke*" costituisce un modello di gestione e sviluppo delle reti nel quale le connessioni si realizzano, usando per analogia un'espressione riferita alla ruota della bicicletta, dallo "*spoke*" (raggio) verso l'"*hub*" (perno) e viceversa.

né qualità di vita, perché la chemioterapia era il farmaco veleno che sì, se andava tutto bene uccideva il tumore, ma purtroppo uccideva anche tutte le cellule sane che trovava nel suo percorso.

Mentre si iniziava a parlare di farmaci a bersaglio molecolare, farmaci che cominciano a mirare esclusivamente la patologia, lasciando indenne quello che trovavano sul loro percorso; non una cosa di poco conto.

E poi si arriva allo sviluppo della immunoterapia che ha fatto il resto. Lo IOV diventa un'eccellenza dal punto di vista della ricerca con un ulteriore salto nel 2018 diventando anche punto di riferimento per le fasi uno delle sperimentazioni cliniche. "Fase uno" che significa rispondere a requisiti richiesti dal Ministero, requisiti richiesti da AIFA. E non sempre è semplice mettere insieme le richieste che pervengono.

L'attività di ricerca e innovazione – abbiamo detto – non è limitata all'ambito farmacologico che sicuramente è importante; abbiamo cercato di fornire alcune risposte ai bisogni del paziente come ad esempio il supporto psicologico, inteso non solo "lato paziente" ma anche lato "*caregiver*"[3].

In quel periodo storico, tra il 2006 e il 2007, emergono nuovi setting di cura. La Regione del Veneto, per la prima volta in Italia, ha identificato la possibilità per i pazienti, chiaramente compatibili con questa fattibilità, di non essere ricoverati per fare la chemioterapia.

È la prima volta che i ricoveri della chemioterapia diventano "*day-hospital*" e poi addirittura prestazioni ambulatoriali. Inizialmente criticati e richiamati dal Ministero, perché nel famoso "libro bianco" del Ministero si rilevavano pochi posti letto e di conseguenza pochi ricoveri "*ordinari*". Successivamente in tutta Italia la terapia/chemioterapia divenne terapia ambulatoriale.

Ciò significa che i nostri pazienti arrivavano alle sette della mattina per fare la chemioterapia e due ore dopo tornavano alle loro attività, incluse le attività produttive. Questo era rivoluzionario per l'epoca. Correlato a ciò, un'altra cosa che ha aiutato l'Istituto è stata l'introduzione dei farmaci chemioterapici per somministrazione orale.

Osservando i dati Istat degli ultimi anni della popolazione patavina si può notare come gli ultrasessantacinquenni sono notevolmente incrementati a fronte di una crescita della popolazione di solo il 4%. E non è

[3] Il "*caregiver*" e, in particolare il caregiver familiare, ai sensi dell'art. 1, co. 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, è la persona che assiste e si prende cura, in modo continuativo e gratuito, del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile o del convivente di fatto, come definito dalla legge. Questa figura è centrale nel sostegno a persone non autosufficienti, interagendo con i servizi di cura e assistenza pubblici, privati o non profit.

neanche difficile capire chi è che ha incrementato del 4% e perché. Ovviamente, un incremento così elevato di ultra-sessantacinquenni porta sicuramente a un incremento della popolazione che si ammala. Quindi, nell'arco degli ultimi dieci anni è cambiata la tipologia di persone che afferiscono all'Istituto Oncologico. In aggiunta al fatto che nel tempo, la provenienza dei pazienti, che prima di fatto era solo territoriale, è diventata regionale ed extra-regionale.

Nell'ottica di raggiungere il paziente nel suo territorio in una logica di prossimità delle cure, è stata aperta inoltre nel 2017 la sede di Castelfranco Veneto, andando ad incrementare la nostra offerta e dando la possibilità di una cura sempre più vicina al proprio domicilio.

La cura vicino alla propria quotidianità e all'ambiente di vita hanno semplificato il percorso dei nostri pazienti.

Un altro obiettivo su cui ci siamo concentrati è sicuramente la parte della prevenzione con gli screening della popolazione. Però ricordiamoci che culturalmente è sempre molto difficile.

Gli "*screening*" sono diventati "*livelli essenziali di assistenza*", quindi obbligatori per legge, ma nella gente non c'era stata questa rincorsa alla prevenzione. Questo ci ha consentito di ampliare la gamma, il numero di pazienti affetti da problematiche oncologiche, prenderle sempre prima, quindi rendendo sostenibile per tutta la nostra Sanità la gestione del paziente, rendendogli più facile la vita, perché prima riesci a identificare una patologia oncologica, nel migliore dei modi riesci a curarla e anche a guarirla.

Se dopo vent'anni di attività dell'Istituto andiamo a vedere che cosa è realmente cambiato dell'oncologia, mi verrebbe da dire che il contesto è cambiato in maniera radicale.

Tanto per fare un esempio: dal 2007 al 2019 è stata osservata una riduzione dei decessi, per tutte le sedi tumorali, pari al 14,4% nei maschi e al 6,1% nelle femmine. Parliamo di tutte le sedi bersaglio dei tumori, ma in particolare quelli che colpiscono il polmone, la prostata, lo stomaco, il colon e il retto.

Nella mammella è stato evidente da subito che con l'inserimento negli screening la patologia oncologica mammaria è cambiata radicalmente, con una sopravvivenza che arriva al 95% oggi, ed era partita dal 14% dieci anni prima. In questo caso è stato evidente fin da subito il problema ed anche la soluzione.

Chiaramente una delle cose più complesse è stata accompagnare tutte queste ricerche e la pratica scientifica applicata nella clinica quotidiana, in relazione a nuovi modelli organizzativi.

In Italia di strutture denominate IRCCS ve ne sono parecchie, alcune pubbliche come l'Istituto Oncologico Veneto, altre private, alcune monotematiche (come nel nostro caso), altre multi-tematiche.

Oggi il paziente ha un riferimento multidisciplinare e la sua presa in carico è "*integrata*". Il paziente non va più da medico all'altro, ma sono i medici interessati che visitano il paziente nella stessa stanza. E anche questo ha dato una soluzione alla qualità di vita e alla reale presa in carico del paziente.

Ovviamente per essere così integrati e sostenibili, abbiamo bisogno dell'aiuto di chi ci vuole bene. La ricerca rientra nelle finalità degli IRCCS. E quindi da qui le donazioni, cioè la riconoscenza dei pazienti e sostenitori che si conclude con la donazione del 5 per 1000 che devo dire per l'Istituto Oncologico Veneto è sempre stata una manna dal cielo perché ad oggi, a distanza di vent'anni, siamo in grado di identificare ogni centesimo arrivato con il 5 per 1000. Credo che questo possa essere una garanzia della nostra affidabilità e concretezza.

Per noi, il nostro obiettivo, è quello di essere sempre rivolti al paziente, quindi la nostra è una sfida che lasciamo ai ricercatori nell'ambito del laboratorio, ai nostri oncologi e chirurghi nell'ambito ospedaliero.

Lo IOV è consapevole, inoltre, che non avrebbe fatto niente senza il sostegno dei volontari del Terzo settore che a tutt'oggi sono veramente le persone che ci spingono e ci aiutano quotidianamente.

È una sfida nella comunicazione, nel raccontare realmente alle persone che cosa facciamo e come lo facciamo. Ne è un esempio il restiling del sito, più accattivante e accessibile, prendendo sempre spunto dalle difficoltà evidenziate dai molti pazienti.

Quindi, per concludere: Sanità pubblica, privata o non profit? Lo IOV, che è l'"*hub*" della rete oncologica di tutto il Veneto, è un buon biglietto da visita per la sanità pubblica, un servizio regionale che funziona perché, come detto all'inizio, cerchiamo sempre di tendere all'eccellenza e dare tutto il nostro contributo alla risoluzione della causa.

MARTA CARRARO

L'AMBULATORIO EMERGENCY DI MARGHERA: 15 ANNI DI ATTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Buongiorno a tutti. A nome di Emergency desidero ringraziare molto dell'invito; in particolare, il Professor Di Gregorio con il quale ci siamo sentiti nei mesi passati.

L'Ambulatorio di "Emergency" a Marghera è stato aperto nel 2010 dall'omonima Organizzazione Non Governativa, nata nel 1994.

Mi permetto di spendere due parole su Emergency perché magari non tutti la conoscono o magari è conosciuta prioritariamente per l'attività che fa, che ha fatto per tanti anni e che continua a fare all'estero, offrendo cure medico-chirurgiche alle vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà. Accanto a questo c'è una grande lavoro che viene fatto in Italia, grazie ai gruppi dei volontari, di promozione di una cultura di pace, di solidarietà e di rispetto dei diritti umani.

I principi che regolano l'attività di Emergency all'estero, e dal 2006 anche in Italia, sono quelli di uguaglianza, qualità e responsabilità sociale e ad oggi abbiamo curato nel mondo più di 13 milioni di persone. La mappa riporta i Paesi dove abbiamo lavorato, quelli in blu sono quelli nei quali Emergency ha concluso il suo intervento, mentre in rosso quelli dove tuttora è presente, sono attivi dei progetti; si precisa che non sono dei fallimenti quelli in blu, ma è proprio l'obiettivo dell'Organizzazione quello di aprire strutture dove vengono offerte cure gratuite, di elevata qualità, formando al contempo il personale locale e responsabilizzando i governi dei paesi interessati, affinché prendano poi su di sé l'impegno di continuare a gestire queste strutture in base ai principi con i quali Emergency le ha attivate[1]. Ovviamente in alcuni Paesi è stato possibile farlo. In Afghanistan Emergency è presente dal 1999, ma evidentemente non ci sono le condizioni per fare un passaggio di consegne con le autorità sanitarie locali. Comunque dei risultati importanti sono stati ottenuti, per

[1] Le slide utilizzate e presentate nel corso della relazione sono compendiate in Appendice (Compendio 2).

esempio a livello di formazione del personale locale, incluse le donne, un obiettivo che per Emergency è sempre stato prioritario; una "*conditio sine qua non*"[2] per continuare a operare nel Paese, anche oggi, col ritorno dei Talebani, è che le donne continuino a lavorare negli ospedali di Emergency.

Emergency all'estero non si occupa solo di chirurgia di guerra, anche se spesso la guerra è stato il motivo per cui è intervenuta in un paese; ma poi sono stati individuati altri bisogni che hanno fatto decidere di aprire delle strutture specializzate. Per fare un esempio: in Afghanistan ci si è resi conto che, al di là della guerra, c'è un tasso di mortalità materno-infantile tra i più alti al mondo. Quindi è stato aperto un centro di maternità, con assistenza ginecologica, ostetrica e neonatale.

Nel 2006 Emergency ha potuto constatare che anche in Italia c'erano persone che avevano difficoltà nell'accedere alle cure (si vedranno poi quelli che sono stati gli ostacoli individuati, grazie all'intervento in diverse regioni, nell'accesso alle cure per le persone in Italia). Dunque ha aperto la prima struttura a Palermo nel 2006, un ambulatorio fisso. Negli anni il Programma Italia di Emergency è cresciuto molto. La seconda struttura è stata quella di Venezia-Marghera nel 2010, ma poi molte altre, in varie regioni.

Viene differenziato l'intervento a seconda del contesto, per cui per esempio a Venezia e a Napoli sono state aperte delle strutture fisse; in altri posti è stato invece più utile avere delle "*cliniche mobili*", quindi dei camper/truck che ospitano al loro interno degli ambulatori e degli spazi dedicati ai colloqui. A Milano c'è un camion con all'interno due ambulatori che cambia postazione nei vari giorni della settimana per garantire una presenza nelle diverse periferie. Da qualche anno Emergency opera anche con una nave nel Mar Mediterraneo, svolgendo attività di "*search and rescue*"[3].

L'articolo 32 della Costituzione italiana è riportato con delle scritte murarie in tutte le sedi fisse degli ambulatori che Emergency ha in Italia. Gli operatori ci tengono molto, gli piace molto e soprattutto apprezzano una cosa di questo articolo: che tutela la salute come fondamentale di-

---

[2] L'espressione "*conditio sine qua non*" o anche "*condicio sine qua non*" di origine latina e molto usata nei trattati di Diritto, tradotta con "*condizione senza la quale non*", indica comunemente un vincolo considerato irrinunciabile, ('condizione indispensabile per compiere un'azione o per il verificarsi di un fatto'). Cfr. MUSSUMELI C., Accademia della Crusca, *Condicio* o *conditio sine qua non*? in *https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/condicio-o-conditio-sine-qua-non/253.*

[3] Ricerca e soccorso.

ritto dell'individuo. Quindi chi ha scritto la Costituzione non ha pensato al residente, al cittadino, all'italiano; ha pensato all'individuo. Al tempo stesso declina la salute come interesse della collettività; con una duplice accezione: da un lato, se le persone che vivono in Italia stanno bene, ci sono più "*chance*" per tutti di rimanere in salute, dall'altro perché le persone sane possono contribuire al bene comune, inteso come benessere dell'intera società. Infine l'art. 32 della Costituzione si preoccupa anche di chi potrebbe avere dei problemi economici per accedere alle cure e quindi specifica che gli ostacoli economici non possono rappresentare un impedimento all'assistenza sanitaria[4].

Di ostacoli, di barriere alla salute, in questi anni di attività Emergency ne ha individuati molti. Il sistema sanitario è spesso complesso nel suo funzionamento. Ci sono degli ostacoli di tipo burocratico: i documenti da presentare, i moduli da compilare, l'informatizzazione che richiede il possesso di strumenti tecnici e competenze linguistiche. Sono state adottate modalità organizzative da molti uffici pubblici che hanno reso davvero difficile per alcune persone accedere alle prestazioni di cui ha bisogno, dovendo utilizzare determinati strumenti e secondo alcune specifiche procedure. In alcuni distretti, per prendere un appuntamento allo sportello dell'anagrafe sanitaria, per ricevere la tessera sanitaria, c'è bisogno dello SPID[5], ma non tutti lo hanno: per esempio le persone che non hanno la residenza in Italia non possono averlo e quindi diventa complicato per loro anche solo prendere un appuntamento in anagrafe sanitaria per fare la tessera sanitaria.

C'è anche scarsa consapevolezza dei propri diritti: qui penso soprattutto alla componente straniera delle persone che si rivolgono ai nostri ambulatori. Non tutti sanno di avere diritto all'assistenza di un medico di medicina generale, il "*medico di base*". Spesso lo scoprono nel momento in cui stanno male e non possono presentarsi al lavoro. Il datore di lavoro chiede loro un certificato di malattia e loro non sanno a chi rivolgersi, perché non hanno mai completato l'iscrizione al Servizio sanitario Nazionale e quindi non hanno assegnato un medico di base.

Ci sono anche delle importanti barriere linguistiche che costituiscono un ostacolo, sia nell'accesso alle cure che per il trattamento dei problemi sanitari delle persone: un giorno è arrivata in ambulatorio una mamma con due bambini che non stavano bene. Erano stati il giorno

[4] Cfr. art.32, comma 1, Cost. it.: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*".

[5] SPID: sistema pubblico di identità digitale.

prima in Pronto soccorso, dove li avevano trattati e poi dimessi con una diagnosi di gastroenterite, perché avevano vomitato durante la notte. La madre, tuttavia, non era riuscita a spiegare al pediatra che li aveva visitati che erano anche svenuti più volte. La diagnosi a cui sono giunti i nostri pediatri è stata poi di "*intossicazione da monossido di carbonio*", tanto che sono stati anche rinviati ad una struttura ospedaliera per ulteriori accertamenti. Si trattava quindi di un problema più grave e con possibili ripercussioni negative in termini di sicurezza per le altre persone che vivevano nello stesso stabile e comunque per loro, se avessero continuato a dormire nella stessa stanza dove c'era stata la fuga di gas. La mancata possibilità di comunicare nella propria lingua ed essere compresi produce dei fraintendimenti che in medicina possono essere molto gravi e senza rimedio.

Poi ci sono ostacoli d'ordine logistico, non tanto in Veneto, ma in altri territori, per esempio, in Calabria: Emergency lavora nella piana di Gioia Tauro, a Rosarno, con un ambulatorio al quale si rivolgono soprattutto le persone che vivono nelle tendopoli e lavorano alla raccolta delle arance. Non esiste un sistema di trasporti pubblico per queste persone, che raramente hanno una macchina e sono fortunati se dispongono di una bicicletta. Percorrono strade, oltretutto, in cui girare a piedi o in bici è molto pericoloso. Dunque quello che fa Emergency è organizzare, magari in contesti come questo, delle unità mobili per raggiungere le persone che hanno bisogno di assistenza sanitaria.

E – come già detto – ci sono ostacoli d'ordine economico, che non solo non vengono rimossi, ma neppure correttamente affrontati. Per esempio non esistono esenzioni correlate al basso reddito. Esiste l'esenzione per chi è disoccupato, ma non delle riduzioni sul ticket in caso di vulnerabilità economica. Oltretutto, anche su questo, a livello normativo, vengono creati ulteriori ostacoli perché, ad esempio nella Regione Veneto, viene fatta distinzione fra chi è "*disoccupato*" e chi è "*inoccupato*". Quest'ultimo non ha diritto all'esenzione, nonostante diversi chiarimenti ministeriali che li equiparano.

Ci sono poi barriere amministrative: per es., per avere la tessera sanitaria, è necessario dichiarare il proprio domicilio. La legge regionale prevede che uno presenti la dichiarazione di ospitalità o un certificato di residenza (se la persona è straniera, in base al tipo di permesso di soggiorno, può anche presentare la "*dichiarazione di ospitalità*"). Residenza e ospitalità, purtroppo, non sono facili da ottenere: serve la firma di chi ha titolo ad occupare l'alloggio o del proprietario e purtroppo questa non è automatica da ottenere. Addirittura sembra che ci siano situazioni in cui per

avere la dichiarazione di ospitalità viene chiesta una maggiorazione sull'affitto del posto letto, a persone con contratti di lavoro precari, anche solo di un mese e che non sono certi gli verrà rinnovato: una spesa di questo tipo diventa un investimento e molti non se lo possono permettere.

Ci sono poi altre barriere amministrative nell'accesso alle cure: il cittadino italiano, ad es., per ottenere la tessera sanitaria e l'assegnazione del medico di base deve essere residente. Purtroppo arrivano molte persone di nazionalità italiana, che accedono alla struttura di Emergency perché hanno perso la residenza. Queste situazioni si verificano più facilmente di quello che una persona potrebbe essere portata a credere: ad esempio il caso di genitori separati, con il padre che rimane nella città in cui risiedeva prima della separazione e prende un appartamento in affitto da solo; se sfortunatamente perde il lavoro perde anche la capacità economica di pagare la casa; si arriva allo sfratto, finisce in strada e diventa una persona senzatetto. Facilmente in una situazione del genere la persona perde anche la residenza e con essa le cure del medico di base cui era affidato ed anche la possibilità di fruire di prestazioni ospedaliere ordinarie. Rimane il Pronto soccorso ovviamente, al quale tutti hanno possibilità di accesso, ma i livelli ulteriori non sono più raggiungibili. Sono le situazioni più complesse con le quali gli operatori di Emergency si devono confrontare, perché non ci sono proprio possibilità di prescrivere per queste persone senza più tessera sanitaria.

Infine, un ultimo problema è dato dal fatto che, benché esista un Sistema Sanitario Nazionale, a volte le Regioni provvedono diversamente con interventi normativi che escono dal tracciato delle previsioni nazionali; a volte, in ambito regionale, le diverse ULSS lavorano in modo diverso applicando in modo difforme la normativa; anche all'interno di una stessa ULSS[6], i vari distretti si comportano in maniera differente fra loro.

Gli operatori di Emergency per anni si sono dovuti confrontare con un'operatrice di un distretto sanitario della provincia di Venezia, che chiedeva agli stranieri con regolare permesso di soggiorno che si presentavano allo sportello per fare l'iscrizione al Ssn copia del contratto di lavoro. Il contratto di lavoro non è previsto dalla normativa che possa essere richiesto (se non in alcuni casi specifici). Le è stato segnalato in più modi, le è stato fatto presente tramite la Direzione sanitaria della Ulss di appartenenza, ma lei continuava imperterrita a chiedere questo documento, anche con permessi di soggiorno per i quali non era previsto.

[6] ULSS nel Servizio Sanitario della Regione Veneto indica una Unità Locale Socio-Sanitaria.

Dunque, gli ostacoli sono diversi e le persone che si rivolgono all'Ambulatorio di Marghera si trovano ad affrontarli quotidianamente. Emergency da sempre, da quando è stato avviato il Programma Italia, si è adoperata a svolgere una funzione "complementare" a quella assolta dal Sistema sanitario pubblico: quindi costruire un intervento per raggiungere le persone che hanno delle difficoltà di accesso al Sistema sanitario e, dove possibile, aiutarle ad accedervi; dove non possibile, segnalare al sistema pubblico questi vuoti, queste barriere che impediscono ad alcune persone di ricevere le cure di cui hanno bisogno e alle quali hanno diritto. Questo nella convinzione che è priorità dello stesso Sistema sanitario intercettare i bisogni di tutti, nell'interesse della salute collettiva.

Quindi, nelle strutture di Emergency si lavora su tre principali direttrici: in primo luogo vengono erogate prestazioni sanitarie, oltre all'orientamento al sistema socio-sanitario, con l'obiettivo di dare una risposta e colmare delle lacune. Come secondo elemento caratterizzante, questo lavoro di presa in carico viene fatto coinvolgendo le varie figure professionali presenti in ambulatorio: dal medico all'infermiere, dal mediatore linguistico-culturale all'operatore sociale, dagli operatori socio-sanitari agli psicoterapeuti. Si lavora in équipe, per garantire una presa in carico di tutti i bisogni manifestati dalle singole persone, considerando tutte le sfaccettature in modo olistico.

È evidente che un senzatetto che ha una bronchite, magari da settimane, non risolve il suo problema con un antibiotico, se è gennaio, fa freddo, e continua a dormire in un imbarcadero a Venezia, con una coperta umida e senza vestiti asciutti e puliti da mettersi il giorno dopo. Quindi è importante intervenire su tutti gli aspetti che vanno a influire sullo stato di salute di una persona: questo cerchiamo di fare con le varie professionalità presenti all'interno dell'ambulatorio. Ma anche lavorando in sinergia con gli altri servizi che ci sono sul territorio che sono sia quelli istituzionali – quindi nell'ambito sanitario il Centro di salute mentale, il Dipartimento per le dipendenze, i consultori familiari, la neuropsichiatria infantile, i medici di base e i pediatri di libera scelta, il Pronto soccorso, i distretti e nell'ambito sociale i servizi sociali che a Venezia, fortunatamente, sono anche dedicati a "*target*" specifici particolarmente vulnerabili – sia quelli del terzo settore che opera nell'ambito sanitario e sociale. Facciamo rete, collaborando in maniera stretta e sinergica, per progettare e realizzare dei percorsi efficaci per le persone.

Tuttavia Emergency non si limita a fornire delle risposte concrete al bisogno espresso, o non espresso che sia, ma ha anche come obiettivo prioritario che questi vuoti, queste zone grigie, non viste, non intercettate

dal Sistema pubblico, diventino visibili e quindi vengano gestite. Per questo, seguendo una terza direttrice, ci confrontiamo con le Direzioni delle Ulss, con la Regione e con i servizi comunali: per fare in modo che i diritti di queste persone trovino una risposta, sia all'interno del nostro Poliambulatorio che, soprattutto, fuori.

Nell'ambulatorio di Emergency di Marghera ci sono 9 professionisti, ma poi la struttura opera grazie all'apporto di circa 60 volontari, sanitari e non sanitari. È presente un medico strutturato che fa ambulatorio tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, mattina e pomeriggio; poi ci sono sei medici presenti una mezza giornata fissa alla settimana, garantendo la possibilità di un doppio ambulatorio. Da marzo 2024, il giovedì uno dei due ambulatori è dedicato alle persone affette da patologie croniche, ricevute dal medico su appuntamento. Le persone pluri-patologiche vengono seguite da questo ambulatorio perché hanno bisogno di un'attenzione e di un tempo dedicato che non è possibile garantire nell'ambito dell'ambulatorio di medicina generale; quest'ultimo funziona ad accesso libero e per Emergency è importante preservare questa modalità di accesso, in modo da risultare effettivamente un servizio "*a bassa soglia*".

I pazienti con patologie croniche richiedono visite molto lunghe e quindi precludevano l'ambulatorio a chi si presentava per problemi acuti, in libero accesso. Dunque è stata programmata questa ristrutturazione organizzativa così da facilitare da un lato il lavoro ambulatoriale e dall'altro garantire ai pazienti una presa in carico più efficace e dedicata. In questo modo è possibile per il personale sanitario, con il supporto del mediatore linguistico culturale, dedicare il giusto tempo anche a tutti quegli aspetti della salute legati allo stile di vita: all'interno dell'ambulatorio dedichiamo molto tempo all'educazione sanitaria e, in particolare, alla corretta alimentazione. Nel caso specifico dei pazienti affetti da patologia cronica, abbiamo un ambulatorio infermieristico associato a quello medico: l'infermiere coadiuva il medico durante le visite e si occupa di coordinare l'attività di educazione sanitaria.

All'interno dell'Ambulatorio Emergency ci sono poi due ambulatori odontoiatrici perché, purtroppo, nella Regione Veneto l'odontoiatria non è garantita a tutti ma solo agli assistiti dal sistema sanitario, residenti e con determinati criteri di vulnerabilità sanitaria o sociale. Vengono forniti gli occhiali a chi è in una condizione di vulnerabilità economica. È presente uno sportello di supporto psicologico grazie a quattro psicoterapeuti volontari. C'è inoltre un ambulatorio pediatrico il mercoledì pomeriggio. Inoltre il servizio di mediazione linguistico-culturale è a disposizione sempre, per essere di supporto durante le diverse prestazioni. C'è

poi l'importante attività – circa il 50% del complesso delle attività svolte – di orientamento e accompagnamento socio-sanitario. Le persone si rivolgono a Emergency perché hanno un problema di salute, spesso però hanno diritto ad avere la tessera sanitaria e Emergency le aiuta ad ottenerla, quando possibile. Gli viene spiegato come funziona in Italia il sistema sanitario: quando si va dal pediatra, quando si va dal medico di base, quando si va in Pronto soccorso, cos'è un'impegnativa, come si prenota al CUP[7]. Viene garantito un supporto legale per l'accesso alle cure quando queste vengono negate. Infine, dall'anno scorso, è stato attivato anche uno sportello sociale con un'assistente sociale per gestire in maniera più mirata e con metodo la componente sociale che impatta sullo stato di salute nel suo complesso.

Le persone che si rivolgono all'Ambulatorio Emergency sono principalmente stranieri extra-comunitari con un regolare permesso di soggiorno (più del 50%), che quindi vengono aiutati a inserirsi nel sistema sanitario e ad avere il loro medico di base per rivolgersi a lui. Non sempre è possibile, a causa delle barriere normative o amministrative descritte in precedenza. Spesso si tratta di persone che hanno il permesso di soggiorno, lavorano, pagano le tasse, contribuiscono al sistema sanitario, ma non possono usufruirne perché gli manca un documento necessario all'iscrizione (es. dichiarazione di ospitalità).

Si rivolgono all'ambulatorio comunque anche tante persone prive di permesso di soggiorno, che rappresentano una quota significativa (più del 30%). Si tratta in molti casi di persone in Italia da tantissimi anni, che hanno avuto un permesso di soggiorno, magari hanno anche portato qui la moglie, hanno avuto dei figli che frequentano la scuola, hanno fatto il mutuo per acquistare la casa. Essendo in Italia il permesso di soggiorno spesso legato al lavoro, a un contratto di lavoro, se si rimane disoccupati iniziano a sgretolarsi i diritti: magari si riesce a rinnovare il permesso per sei mesi, al massimo un anno, però poi, se non ci si presenta con un nuovo contratto di lavoro in Questura, il permesso non viene rinnovato e da una condizione di regolarità, si scivola facilmente in quella di irregolarità. Dallo status di "*irregolare*" è molto difficile poter ritornare a quello di regolarmente soggiornante: il mutuo non si ha più il titolo per mantenerlo e la banca si prende la casa; la famiglia, con i figli magari nati in Italia e inseriti nei percorsi scolastici qui, torna nel paese d'origine, che alcuni componenti magari non hanno mai visto; gli uomini, tornati a convivere in case sovraffollate con connazionali, lavorando in nero o in

[7] CUP: Centro Unico di Prenotazione delle prestazioni specialistiche o ambulatoriali.

modo saltuario e mandando una parte del loro stipendio a casa, si presentano all'Ambulatorio Emergency in quanto irregolari, senza più un medico di base.

All'Ambulatorio Emergency si rivolgono anche molti cittadini comunitari, soprattutto di nazionalità rumena. I cittadini comunitari devono – anche qui semplificando – avere un lavoro o essere a carico di qualcuno che lavora per poter avere la residenza e quindi la tessera sanitaria. All'Ambulatorio Emergency arriva chi lavora in nero, magari nell'assistenza agli anziani, e che per tale motivo non riesce a iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale.

La struttura di Marghera segue anche alcuni richiedenti asilo, prima che formalizzino la loro domanda; questo per legge dovrebbe avvenire entro 72 ore (10 giorni, in deroga, in casi particolari), ma in realtà ci vogliono diversi mesi prima di avere un appuntamento. Durante questo periodo non è prevista la possibilità che abbiano la tessera sanitaria. Si rivolgono all'Ambulatorio Emergency gli italiani senza residenza: spesso persone senza dimora che vivono in strada. Vengono poi supportate anche diverse persone che presentano delle vulnerabilità che prescindono dalla loro posizione amministrativa o della loro provenienza, come per esempio il fatto di prostituirsi o avere delle dipendenze o delle fragilità psicologiche.

Ci sono poi persone residenti in un'altra regione che si spostano per ragioni di lavoro e devono essere orientate a fare l'assegnazione temporanea del medico dove sono domiciliate. Una percentuale significativa di pazienti (15%) viene dal Bangladesh, lavora nelle ditte che hanno appalti in Fincantieri e magari è stata trasferita da Genova o Monfalcone; in queste città aveva la residenza e il medico di base. Una volta che vengono spostati, per poter fare l'assegnazione temporanea del medico dove sono domiciliati dovrebbero presentare, oltre al contratto di lavoro, anche la dichiarazione di ospitalità, con le difficoltà descritte prima che incontrano per produrla. Spesso rimangono senza assistenza sanitaria e dunque, quando stanno male, vanno in Pronto soccorso. Si recano lì, in mancanza di alternative, anche perché finiscono la metformina[8], o perché hanno la tosse da due settimane, intasando i Pronto soccorso con codici bianchi, per patologie che potrebbero essere trattate benissimo dalla medicina territoriale; ma del resto a loro questa opzione è preclusa.

[8] La metformina è un farmaco antidiabetico orale utilizzato principalmente per trattare il diabete di tipo 2, sia in monoterapia che in combinazione con altri farmaci o insulina. Appartiene alla classe delle biguanidi e agisce riducendo la produzione di glucosio da parte del fegato e migliorando la sensibilità all'insulina da parte dei tessuti.

Si condividono di seguito alcuni numeri: oltre 643.000 prestazioni a 118.000 pazienti dall'apertura dell'Ambulatorio di Marghera a dicembre 2010. Le prestazioni sono sia d'ordine sanitario che di mediazione linguistica-culturale o di orientamento ai servizi, perché aiutare le persone ad entrare nel sistema sanitario, facilitarle all'accesso, è uno dei punti cardine della missione di Emergency, con implicazioni anche a livello di inclusione nella collettività di riferimento.

Per quanto riguarda i dati relativi al Poliambulatorio di Marghera, la seconda struttura che Emergency ha aperto in Italia: più del 50% dei pazienti che accedono negli ultimi anni sono nuovi pazienti, segno che l'Ambulatorio di Emergency, pur continuando a essere di fatto il presidio medico di riferimento per quelle persone che non possono avere il medico "di base", è la struttura che fornisce una prima risposta a chi si trova in una situazione di vulnerabilità sanitaria e è privo di tessera. Alcuni di questi nuovi pazienti avranno come riferimento la struttura di Emergency per del tempo, altri verranno iscritti al Servizio sanitario e orientati dal loro medico. È evidente come l'attività di orientamento socio – sanitario, al pari della medicina generale, con la prima risposta al bisogno sanitario che offre, sono di fatto due componenti fondamentali dell'intervento di Emergency.

Quella bangladese è la prima nazionalità d'accesso all'Ambulatorio e riflette il dato di presenza della comunità a Venezia, dove è molto numerosa. Nel caso specifico dei bangladesi, spesso si tratta di stranieri regolarmente soggiornanti, che lavorano presso i cantieri navali di Fincantieri, ma non hanno la possibilità di avere la tessera sanitaria perché privi di un documento che attesta il domicilio. L'Italia costituisce il quarto paese per numero di accessi e la Romania il quinto: la componente comunitaria è quindi piuttosto alta. Rispetto allo status amministrativo, gli extracomunitari col permesso di soggiorno sono più della metà, quelli senza permesso il 30%.

Fin qui ci si è soffermati soprattutto sulle difficoltà che incontra chi è regolarmente soggiornante. Per quanto riguarda chi invece è irregolare, queste persone hanno diritto per legge nazionale e per legge regionale alle cure urgenti, essenziali, ancorché continuative. Purtroppo ci sono delle difficoltà anche per le persone che si trovano in questa situazione. Un primo ostacolo è che il codice STP/ENI[9], col quale poi accedere alle

[9] STP sta per "straniero temporaneamente presente" ed è il codice rilasciato agli stranieri irregolari per registrare le prestazioni sanitarie; ENI sta per "europeo non iscritto" ed è quello rilasciato agli stranieri comunitari senza requisiti per l'iscrizione al Ssn.

cure urgenti ed essenziali, dovrebbe essere rilasciato in base alla normativa nel punto di primo accesso a una struttura sanitaria pubblica. In molti casi si tratta del Pronto soccorso, che però non ha il tempo, né è attrezzato per rilasciare questi codici. Ciò implica che le prestazioni ricevute durante gli accessi in Pronto Soccorso, e magari poi dai reparti in caso di ricovero, vengono rese a prezzo intero alle persone, non solo la compartecipazione. Il problema è significativo soprattutto quando si rende necessario un ricovero perché vengono presentate fatture anche di 15/16.000 euro, che ovviamente poi queste persone difficilmente potranno pagare.

Un altro problema che è stato riscontrato negli anni, ma che ora sembra risolto, consiste nel fatto che gli specialisti ospedalieri non riconoscevano alle persone con codice stp/eni le esenzioni dal ticket per patologia e quindi non rilasciavano loro i certificati da presentare all'anagrafe sanitaria. Invece di attestare la patologia e chiedere la registrazione del codice, redigevano le impegnative con le prescrizioni che loro ritenevano necessarie, non solo non apportando il codice di esenzione, ma addirittura elaborando un codice fiscale online – cosa che si può fare ma non ha una corrispondenza con una posizione presso l'anagrafe sanitaria.

Si è presentato diverse volte il problema dell'interpretazione della normativa rispetto a quelle che sono le prestazioni "urgenti, essenziali ancorché continuative"; non tanto su quelle riconosciute come urgenti, ma soprattutto rispetto all'essenzialità. In particolare, l'Ufficio Sanità Internazionale dell'Ospedale di Mestre dà una sua peculiare interpretazione, secondo la quale le cure "programmabili" non hanno carattere d'urgenza e quindi non sono da riconoscere a titolari di tessere STP/ENI. In ambulatorio si sono presentate donne con tumore al seno alle quali è stato rifiutato l'intervento perché l'Ufficio Sanità internazionale ha ritenuto la prestazione programmabile e quindi la persona non poteva essere inclusa nella lista d'attesa operatoria per mancanza di titolo. Questo a prescindere dal fatto che un medico di struttura pubblica avesse dato indicazione di intervento chirurgico e a dispetto del fatto che nella normativa non si parla di "programmabilità" ma di "essenzialità". Addirittura un caso che è arrivato all'attenzione degli operatori dell'Ambulatorio Emergency è stato quello di un rifiuto di un parto cesareo programmato per una signora con diagnosticata una mutazione genetica che le aveva già causato due aborti: In questo caso il reparto aveva correttamente previsto di fare il cesareo, visto che la gravidanza fortunatamente aveva avuto un decorso regolare, ma l'Amministrazione ospedaliera ha poi negato l'autorizzazione: il cesareo è un intervento programmato, lei è

un'irregolare, quindi non ne ha diritto. Emergency, interessata del caso, ha sottoposto quanto avvenuto alla Direzione medica dell'Ospedale, richiamando il fatto che è il medico a valutare l'essenzialità della prestazione quindi non può un ufficio amministrativo interferire e contraddire quanto il medico ha previsto. Fortunatamente la Direzione Medica ha riconosciuto il diritto a procedere con il parto cesareo.

Il codice STP, che è quello per gli stranieri extracomunitari, dovrebbe avere validità nazionale, mentre il codice ENI, quello per i comunitari, dovrebbe avere valenza regionale, ma spesso addirittura da ULSS a ULSS, all'interno della stessa regione, è difficile farlo riconoscere; a questo si aggiungono le svariate interpretazioni sulle modalità di rilascio e le prestazioni incluse: per esempio c'è un Ulss che alle donne irregolari in stato gravidanza ritiene non possa essere riconosciuto il codice STP e quindi queste non riescono ad accedere alle prestazioni previste per monitorare la gravidanza, a tutela della salute della donna ma anche quella del bambino.

Un tema importante sono le patologie croniche, che necessitano di una presa in carico di lungo periodo. In questo caso il problema non è tanto ottenere la prestazione urgente o specialistica per un problema acuto, ma avere un riferimento territoriale che gestisca l'eventuale patologia cronica. È stata prevista l'apertura di ambulatori per le persone titolari di tessera Stp e Eni ma purtroppo a livello regionale non sono sufficienti. A livello di ULSS 3 Veneziana, per esempio, c'è un ambulatorio aperto due ore il martedì e due ore il venerdì; Vicenza per anni ha avuto un ambulatorio di un'ora aperto il terzo giovedì del mese, tranne festivi. L'Ambulatorio di Emergency di Venezia - Marghera tiene aperto un "doppio ambulatorio" dal lunedì al venerdì, mattina e pomeriggio, proprio per poter far fronte alle richieste di visite mediche di primo livello. Non ci sono ancora strutture pubbliche sufficienti in termini di orari di apertura dedicate a queste persone. Oltre al fatto che manca il servizio di mediazione linguistico-culturale, per riuscire a gestire a livello territoriale delle patologie che non dovrebbero implicare un accesso al Pronto soccorso per la loro gestione ordinaria.

Questi esempi, contribuiscono a spiegare il ruolo di risposta ai bisogni che sta svolgendo Emergency a Venezia; come si diceva però c'è anche l'obiettivo di segnalare le lacune del sistema e le conseguenti problematiche ai decisori politici, che sono deputati alla gestione delle risorse e alla programmazione e realizzazione degli interventi.

Per esemplificare come Emergency lavora su tre diversi canali, si illustra la situazione dei minori stranieri figli di genitori irregolari, protetti

dal diritto internazionale[10] in quanto minori, e dunque la cui salute è supremo interesse che venga tutelata. A livello di normativa italiana, nell'Accordo Stato-Regioni del 2012, i minori sono citati fra gli stranieri per i quali è prevista l'iscrizione a titolo obbligatorio, quindi gratuito, al Servizio sanitario nazionale, con l'assegnazione del medico pediatra "a prescindere dai documenti". Per anni, la risposta che gli operatori hanno ricevuto dalle anagrafi sanitarie quando accompagnavano dei minori per l'iscrizione è stata che la Regione Veneto non aveva mai recepito l'accordo Stato Regioni. Quindi a questi minori era rilasciata, in caso di bisogno, la tessera STP/ENI: sicuramente venivano garantite le prestazioni sanitarie urgenti ed essenziali. Tuttavia, per i bambini, al di là dei problemi acuti per i quali è possibile accedere al Pronto soccorso o prescrivere esami e visite specialistiche, c'è la necessità, forse ancora più importante, delle visite periodiche di primo livello di controllo, i bilanci di salute. I bambini non devono essere visitati solo quando stanno male, ma anche quando stanno bene: i bilanci di salute, servono a monitorare la corretta crescita, a intercettare all'insorgere patologie che altrimenti evolvono, ed evolvono velocemente, con il rischio che cronicizzino o causino danni anche permanenti. Il codice STP questa presa in carico della salute infantile non la consente, non è sufficiente a garantire la tutela della salute, non prevede questa attività ambulatoriale di controllo e monitoraggio; oltre al rischio, descritto sopra, di vedersi negare delle prestazioni specialistiche perché non considerate urgenti o essenziali da qualche ufficio amministrativo.

C'è un referto emblematico, che riguarda un bambino seguito dalla neuropsichiatria infantile: naturalmente ha fatto accesso al Servizio sanitario tramite Stp, però poi la neuropsichiatra evidenziava anche la necessità di fisioterapia per due volte alla settimana, per migliorare l'organizzazione motoria e facilitare l'acquisizione delle fisiologiche tappe dello sviluppo neuro motorio. Questo con il codice "STP" non è stato possibile: la fisioterapia non è prevista, perché non rientra tra le prestazioni "*essenziali e urgenti*".

Quindi per Emergency è sempre stato prioritario fare in modo che anche nella Regione Veneto venisse riconosciuta l'iscrizione a titolo obbligatorio al Sistema Sanitario Nazionale per tutti i minori, con assegnazione del pediatra di libera scelta. È stato tentato un percorso di coinvolgimento di altri attori, di costruzione di una rete con altri ambulatori, con il Garante per i diritti dell'infanzia, con i servizi sociali del Comune,

[10] Si allude alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, adottata il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia nel 1991.

etc. che però si è protratto negli anni senza produrre risultati concreti. Fortunatamente è venuta in aiuto la normativa nazionale: il DPCM di gennaio 2017[11] nella quale veniva ribadita la stessa previsione. Con il supporto di una legge dello Stato, Emergency ha deciso di coinvolgere il Tribunale di Venezia, che ha ritenuto discriminante non iscrivere i bambini non italiani al Servizio Sanitario dando indicazione a Ulss3 e Regione di garantire l'assistenza sanitaria a questi minori. Finalmente la Regione, nel 2022, ha provveduto con una delibera[12] che ha previsto l'iscrizione a titolo obbligatorio dei minori figli di genitori non regolarmente soggiornanti. Purtroppo sono rimasti esclusi i minori stranieri figli di cittadini comunitari privi dei requisiti per l'iscrizione al Ssn, bambini originari di paesi UE che teoricamente, oltretutto, non potrebbero avere un trattamento sfavorevole rispetto agli stranieri extracomunitari. Emergency ha sottoposto anche questo tema alla Regione.

L'obiettivo è che l'intervento di Emergency sia di stimolo agli organi politici e decisionali e quindi il ruolo di Emergency sul territorio è quello di intercettare queste vulnerabilità, queste fragilità, per portarle all'attenzione degli amministratori pubblici. Così è stato fatto, per esempio, anche con i familiari ultrasessantacinquenni di cittadino italiano o comunitario per i quali a livello nazionale è prevista l'iscrizione a titolo obbligatorio, ma nella delibera[13] della Giunta Regionale che regola l'accesso alle cure della popolazione straniera era prevista a titolo volontario, con pagamento di un contributo. Abbiamo sottoposto alla Regione questa difformità rispetto alla normativa nazionale, ottenendo una delibera correttiva.

Ecco, quindi, l'intervento di Emergency si articola, da un lato, dando una risposta al bisogno, sanitario e sociale, facendolo con una lettura globale dello stato di salute della persona, con attenzione ai determinanti sociali, dall'altro segnalando la lacuna del servizio pubblico nell'intercettare e farsi carico di quella fragilità, per ragioni procedurali o per assenza di strutture di prossimità. Sono persone che hanno pari diritti rispetto a quelle maggiormente "*visibili*".

Grazie a tutti per l'attenzione.

---

[11] Si allude all'art. 63 del DPCM 12 gennaio 2017, recepito, insieme alla Legge n. 47 del 7 aprile 2017 relativa ai minori stranieri non accompagnati, dalla Regione Veneto con la DGR n. 1712 del 30 dicembre 2022. Cfr., più amp., Compendio n. 2 in Appendice.

[12] DGR 1712 del 30 dicembre 2022.

[13] DGR 753 del 4 giugno 2019.

CHIARA CACCIAVILLANI

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE, ALLA LUCE DELL'OBIETTIVO DELL'ADEGUATEZZA DELLA PRESA IN CARICO E DELL'APPROPRIATEZZA DI SETTING

1. Ho colto, nelle parole di coloro che mi hanno preceduto, alcune provocazioni assolutamente interessanti, a cominciare da quella del Senatore Andrea Ostellari che ha accostato, a mo' di trinomio, Sanità, Giustizia, Terzo Settore. Ed è da qui che intendo prendere le mosse: come leghiamo insieme Sanità, Giustizia e Terzo Settore? Qual è il legame che avvince i "mondi" espressi dai lemmi messi in campo da Ostellari?

Ritengo che il legame sia (divenuto) palpabile a partire dal momento in cui il diritto ha affinato, ma forse sarebbe più esatto dire elaborato, una figura giuridica che era bensì estrapolabile dalla legge scritta, ma della quale peraltro gli operatori, pubblici o privati che fossero, non avevano pienamente percepito la portata. Si tratta della figura dell'"*amministrazione condivisa*", messa a fuoco da quel caposaldo ordinamentale che è la sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020[1]: la Corte ha plasmato la figura sulla scia di alcune disposizioni contenute nel Codice del Terzo Settore che prevedono e disciplinano la co-programmazione e la co-progettazione[2], la cui portata innovativa non era stata percepita, nella sua pienezza, nella prassi applicativa.

L'amministrazione condivisa è talmente significativa e, se si vuole, dirompente, da essere divenuta immediatamente oggetto di accurate riflessioni della dottrina; soprattutto, il concetto di amministrazione condi-

---

[1] Cfr. Corte costituzionale, 26 giugno 2020, n. 131, in G.U. 1° luglio 2020, n. 27, Pres. Cartabia, Rel. Antonini, concernente la legittimità costituzionale dell'art. 5, comma 1, lett. *b*), della legge della Regione Umbria 11 aprile 2019, n. 2 (Disciplina delle Cooperative di Comunità).

[2] Cfr. art. 55, commi 1, 2 e 3, del CTS, in vigore dal 3 agosto 2017 che, per comodità di lettura, di seguito si riporta: "Coinvolgimento degli enti del Terzo settore.

visa è divenuto, in un breve arco di tempo, parte della coscienza collettiva, al di là del mondo dei giuristi, il quale è sovente astretto da tecnicismi talora incomprensibili a chi non sia giurista di professione. Ne è comprova il fatto che l'attualmente vigente Codice dei contratti pubblici[3], che specificamente riconosce la figura dell'amministrazione condivisa, stabilisce che, allorché l'Amministrazione ricorra a modelli organizzativi di amministrazione condivisa, privi di rapporti sinallagmatici perché fondati, appunto, sulla condivisione della funzione amministrativa con gli enti del Terzo Settore, non si applica il Codice dei contratti pubblici e si applicano invece le disposizioni del Codice del Terzo Settore[4].

Questa disposizione del Codice dei contratti pubblici è di enorme rilevanza anche pratica, perché sta a marcare la differenza tra la figura del contratto pubblico, soggetto alla disciplina del relativo Codice, e la figura della co-programmazione e della co-progettazione: è ovvio che co-programmazione e co-progettazione sfociano in un accordo tra l'amministrazione e un ente del Terzo Settore e che viene in rilievo, dunque, l'incontro di volontà tra amministrazione e un soggetto qualificato di diritto privato, ma tale accordo non è soggetto alla disciplina dei contratti pubblici per la semplice ragione che non è un contratto pubblico, bensì, appunto, "amministrazione condivisa", secondo la formula coniata dalla Corte costituzionale. Formula, espressiva di un universo culturale e concettuale radicati nella coscienza civile, che è ora divenuta "parola" della legge scritta: cosa, questa, certamente non marginale.

---

1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona.

2. La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili.

3. La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2."

[3] Ci riferisce al Codice emanato con d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, in attuazione dell'art. 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante "Delega al Governo in materia di contratti pubblici".

[4] Cfr., al riguardo, l'art. 6, del nuovo Codice dei contratti pubblici.

Il Codice del Terzo Settore stabilisce che co-programmazione e co-progettazione possono essere utilizzate per l'organizzazione e l'erogazione di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, in sede di amministrazione condivisa. Il Codice dei Contratti pubblici stabilisce che le formule di amministrazione condivisa non rientrano nell'ambito della disciplina degli appalti e delle concessioni pubbliche, perché, appunto, fare amministrazione condivisa è altro dal bandire o svolgere procedure di appalto o di concessione di lavori, beni o forniture. Abbiamo quindi una solida base di partenza per sondare in che modo sia possibile fare amministrazione condivisa in sanità o nel sociale.

E laddove si riesca a mettere a fuoco il possibile campo di azione dell'amministrazione condivisa, il trinomio coniato da Ostellari, che mette insieme Sanità, Giustizia e Terzo Settore, sarà senz'altro molto più vicino, non relegabile nel mondo delle utopie.

2. Il tema riflesso dal titolo del mio contributo si presta a essere affrontato partendo da alcune "parole chiave" contenute nel messaggio di saluto del Presidente Luca Zaia, di cui il Professor Sommaggio ha dato lettura.

La prima "parola chiave" è "sistema pubblico".

Non vi è dubbio, a riguardare alla sanità, che il nostro ordinamento prevede – e impone – la sussistenza di un sistema sanitario pubblico, articolato nel Sistema sanitario nazionale e nei Sistemi sanitari regionali[5]. Beninteso, il sistema sanitario pubblico non esclude affatto la sanità privata, che per vero preesiste alla stessa istituzione del sistema sanitario pubblico e svolge, per esso, un ruolo cruciale: cruciale perché integrativo del sistema pubblico, e comunque, con esso, compenetrato, in virtù dell'articolato processo compiutamente messo a punto dal d.lgs. n. 502 del 1992 (e sue numerose modifiche e integrazioni), che comporta l'intervento conformativo del sistema pubblico attraverso l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture, l'accreditamento e l'accordo contrattuale.

La sanità privata, inserita nel sistema pubblico in virtù dell'accordo contrattuale, interviene laddove il sistema a gestione diretta pubblica non c'è o non arriva, o nei casi in cui il sistema a gestione diretta pubblica ha deciso di non intervenire perché la sua programmazione lo ha indotto a concentrare le sue risorse in altri specifici campi.

[5] Il riferimento è, naturalmente, alla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Sistema sanitario nazionale.

Accanto al sistema sanitario pubblico, che ammette fisiologicamente l'integrazione della c.d. sanità privata, si colloca il mondo del Terzo Settore, negli spazi, con i ruoli e con le funzioni di cui ci ha fornito ottimi esempi la dottoressa Marta Carraro, che ringrazio per avere illustrato il "come" e il "perché" della funzione del Terzo settore nel mondo della sanità e del socio-sanitario.

Si tratta di un ruolo che si può definire liquido e trasversale: Marta Carraro l'ha definito "*complementare*", nel senso che il Terzo Settore opera negli spazi non coperti dall'organizzazione tipica, e tipizzata, del sistema sanitario e socio-sanitario: e si tratta di spazi molto ampi, e probabilmente destinati ad accrescersi sempre di più, perché si tratta degli spazi nei quali non arriva né la sanità o il socio-sanitario pubblico, né la sanità o il socio-sanitario privato. E infatti il servizio pubblico (sanitario e socio-sanitario), così come integrato e completato dalla c.d. sanità privata contrattualizzata (ovviamente comprensiva di soggetti erogatori di prestazioni socio-sanitarie), operano secondo i modelli organizzativi e programmatori tradizionali, e non possono superare i confini, o gli ambiti, da questi segnati. Gli spazi lasciati vuoti, che sovente corrispondono a bisogni di nuova emersione, a loro volta frutto della maturazione della coscienza sociale, sono il terreno di elezione, o forse più esattamente uno dei terreni di elezione, del Terzo Settore.

3. Dovendo occuparci di co-programmazione e co-progettazione alla luce dell'adeguatezza della presa in carico e dell'"*appropriatezza di setting*", le parole chiave che ci sono state offerte dalla dottoressa Bonavina sono le seguenti: ricerca scientifica, innovazione clinica, setting di cura, setting assistenziale, multidisciplinarietà, prossimità.

Le parole della dottoressa Bonavina mi inducono a riferirvi, attraverso un caso concreto, di come il setting assistenziale prescelto, che non può che essere messo a punto sulla base della ricerca scientifica e delle innovazioni cliniche e tecnologiche, incide sul sistema sanitario, sulla sua sostenibilità, e – prima ancora – sulla vita delle persone. Il caso che intendo narrarvi è quello delle chemioterapie vuoi domiciliari, vuoi in setting di ricovero diurno. Come ci ha ricordato la Direttrice dell'Istituto Oncologico Veneto, allorché ha fatto ricorso a questo setting l'Istituto è entrato in rotta di collisione con la prassi, altrimenti e altrove seguita, della cura chemioterapica in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuo. Altra struttura di eccellenza in tema di cure oncologiche, la più prossima alla Regione del Veneto, è il CRO di Aviano, nella Regione Friuli-Venezia Giulia. È accaduto che molti pazienti veneti, non avvezzi

al "nuovo" setting messo a punto dall'Istituto Oncologico Veneto, hanno ritenuto preferibile rivolgersi al centro di Aviano, il che ha dato luogo a quello che, nel gergo della sanità pubblica, si chiama mobilità passiva, fonte di flussi finanziari negativi, dal Veneto verso il Friuli-Venezia Giulia. La Regione del Veneto ha subito cominciato a contestare l'appropriatezza del setting di Aviano, la questione è stata sottoposta al Tavolo di compensazione di mobilità tra Regioni ed è stata infine risolta positivamente, e con soddisfazione di tutti – e *in primis* dei pazienti, che sono e devono rimanere al centro – esclusivamente perché la ricerca scientifica ha spiegato e chiarito che il setting migliore per certi tipi di cure chemioterapiche è il setting domiciliare o di ricovero meramente diurno, non a ciclo continuo.

L'appropriatezza del setting è cruciale nel mondo della sanità, pubblica, privata o Terzo Settore che sia: perché solo una volta individuato il setting migliore – ed è questo compito della ricerca scientifica e della clinica – è possibile organizzare in modo ottimale la presa in carico e la cura ed è possibile comprendere dove allocare le risorse, tenuto conto naturalmente del fatto che, come ci sta dicendo la Corte costituzionale da almeno trent'anni, il sistema sanitario comporta l'impiego di imponenti risorse finanziarie e le risorse finanziarie non sono infinite. È pertanto assolutamente necessario comprendere in via preventiva come, dove e perché impiegare le risorse pubbliche, senza le quali qualsiasi sistema si ferma.

4. Altrettanto cruciali sono altre figure chiave evocate dalla dottoressa Bonavina: multidisciplinarietà e prossimità, che è il perno su cui poggia il pilastro territoriale della sanità.

A questo proposito, vorrei ricordare che in tutti i Paesi del mondo nei quali è presente un sistema sanitario – e per sistema sanitario, rimanendo alle formule utilizzate dall'Organizzazione mondiale della sanità, si intende una organizzazione complessa in cui siano chiare e ben definite le regole di accesso, le regole di governance e le regole di funzionamento – questo è articolato in tre pilastri: il pilastro ospedaliero, il pilastro territoriale e il pilastro delle emergenze-urgenze. Ovviamente, si tratta di una articolazione meramente tipologica perché è chiaro che nessuno dei tre pilastri può funzionare in modo efficace in assenza degli altri ovvero con connessioni difettose con gli altri: i tre pilastri – ospedale, territorio, emergenze-urgenze – non possono non essere connessi.

Citando ancora una volta la dottoressa Bonavina, è necessario ricordare l'importanza della storia: se vogliamo, con una parola un po' enfa-

tica, dobbiamo concentrarci sulla "*gnosi*", ossia sulla "*gnoseologia*"[6] per cercare di comprendere la ragione per la quale il nostro – come molti altri – sistema sanitario si sia concentrato *in primis* sull'asse ospedaliero: e infatti, è dato ormai conosciuto da tutti che il nostro sistema è nato e si è sviluppato come sistema prettamente e prevalentemente "*ospedalocentrico*".

La ragione di tale fenomeno è puramente storica: l'assistenza sanitaria si è sviluppata per dare risposta ai bisogni di cura delle persone affette da patologie gravi, necessitanti di strutture a ciò deputate. Alle stesse ragioni storiche risponde l'organizzazione del terzo pilastro, ossia il sistema dell'urgenza-emergenza, il quale si è sviluppato ed evoluto in modo estremamente significativo perché strettamente legato all'ospedale.

Quello che è rimasto indietro – ce l'ha insegnato drammaticamente la tragedia pandemica – è il pilastro dell'assistenza territoriale.

E qui entra in gioco quello che io chiamo il nuovo ciclo di vita dell'organizzazione dei servizi che si occupano delle persone, i cui attori sono – continuano a essere – i soggetti istituzionali pubblici, i soggetti privati che possiamo convenire di agglutinare nel vasto paradigma della sanità privata, e i soggetti del Terzo Settore. È il ciclo che stiamo vivendo attualmente, il ciclo post-pandemico, in cui stiamo assistendo a trasformazioni formidabili.

Pensiamo ad esempio alla programmazione e all'organizzazione, soprattutto dell'assistenza territoriale, campo nel quale stiamo cercando di recuperare un deficit ereditato dal passato.

Lo sforzo attuale per colmare il deficit storico dell'assistenza territoriale è necessario, sia perché l'evoluzione scientifica e la maturazione del concetto di salute hanno ormai introdotto le figure della medicina di iniziativa e della medicina predittiva, che certamente non si prestano a essere sviluppate in ambito ospedaliero, sia perché sono in gioco importantissime risorse finanziarie, legate al PNNR - Missione 6 Salute, che nessuno può permettersi di non raccogliere in un mondo caratterizzato dalla scarsità delle risorse finanziarie, come ci dice da sempre la Corte Costituzionale. Il *caveat* della Consulta è che le risorse finanziarie ci sono, ma bisogna stare attenti a spenderle bene, perché se si spendono male le risorse finiscono e le persone sono abbandonate a se stesse.

---

[6] Il termine, utilizzato per primo da Aristotele nella sua teoria della conoscenza, si basava sull'idea che la conoscenza derivi dall'esperienza sensoriale e si sviluppi attraverso un processo di progressiva astrazione. Esso indica la ricerca della conoscenza, dei suoi fondamenti, delle sue strutture e modalità, nonché della sua validità e verità. Cfr. *Enciclopedia Treccani*, voce "gnoseologia".

Quindi, la nostra responsabilità, di studiosi e di programmatori, diciamo così, di gestori di sistemi è di assoluta rilevanza.

5. Su queste premesse si misura l'efficacia dell'organizzazione territoriale.

Luca Zaia ci ha ricordato, nel suo messaggio di saluto, che la programmazione dei Servizi sanitari e socio-sanitari spetta alla Regione, perché così dispone la legge dello Stato (il riferimento, naturalmente, è al d.lgs. n. 502 del 1992).

Si tratta del precipitato diretto della regionalizzazione dei servizi sanitari che deriva dall'art. 117, comma 3, della Costituzione, che assegna alle Regioni la "materia" della tutela della salute nel rispetto dei principi fondamentali posti dalla legge dello Stato. Le Regioni sono dunque chiamate a dotarsi di leggi di programmazione in materia di tutela della salute, dotandosi dell'organizzazione ritenuta preferibile in relazione alle esigenze della popolazione.

La Regione del Veneto ha messo a punto almeno tre cicli di leggi di programmazione, con le quali ha disegnato la struttura organizzativa del proprio Servizio sanitario (socio-sanitario, più esattamente): nel fare ciò, la Regione ha compiuto scelte fondamentali che condizionano la vita delle persone, di tutti noi.

Come ci ha ricordato la dottoressa Bonavina, i pilastri della struttura organizzativa del Sistema regionale sono stati posti dalla Regione del Veneto in epoca ormai remota, ossia nel 2002, e sono pilastri ormai consolidati. La Regione ha scelto di organizzare gli enti sanitari pubblici secondo un modello che si può definire "*liquido*", o orizzontale, perché essi inglobano al proprio interno sia l'assistenza ospedaliera, sia l'assistenza territoriale, sia il sistema urgenza-emergenza.

Altra caratteristica che tipicizza il sistema veneto, a partire dalla legge di programmazione del 2012, è la scelta del modello a rete[7], di cui frutto maturo è Azienda Zero[8], ente service, o strumentale, delle Aziende

[7] Il riordino definitivo si deve alla legge regionale n. 19 del 2016 che riduce a 9 le Aziende sanitarie a dimensione territoriale, accanto alle quali si collocano le due Aziende universitarie di Padova e di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto - IRCSS e, appunto, la neocostituita "*Azienda Zero*". Sul tema, cfr. più ampiamente *Sanità: pubblica, privata o non profit? Indagine comparata sul ruolo del Terzo settore nei sistemi sanitari occidentali e nell'assistenza sanitaria del Veneto*, a cura di P. Sommaggio e C. Di Gregorio, Padova University Press, 2025, pp. 79 ss., disponibile in "*Open Access*" al link *https://www.padovauniversitypress.it/en/publications/9788869384585.*

[8] Cfr. *Sanità…*, cit., pp. 144 ss.

erogatrici di prestazioni sanitarie. Alla medesima logica di strutturazione a rete risponde, naturalmente, anche lo IOV, che, anzi, può dirsi l'antesignano del concetto di rete, in quanto hub mono-specialistico per le patologie oncologiche. Cruciale poi è la qualificazione di IOV come IRCCS, che significa riconoscimento della sua dimensione e funzionalità extra-regionale, con un bacino di utenza – come è proprio di tutti gli IRCCS – nazionale. E non si può non rimarcare la lungimiranza nella creazione di poli hub, che, ove aventi anche il riconoscimento di IRCCS, sono inseriti in reti nazionali.

Il legislatore regionale veneto, attraverso le organizzazioni sanitarie orizzontali tra loro coordinate nella logica di reti e l'individuazione di hub specialistici costitutivi di reti nazionali, ha operato una precisa scelta di campo, che – va sottolineato – non era né obbligata, né comune ad altre Regioni. Ad esempio la Regione Lombardia ha elaborato organizzazioni autonome per i tre pilastri (ospedale, territorio ed urgenze-emergenze), naturalmente legate le une alle altre da nessi di congiunzione, ma ciascuna delle quali parla linguaggi informatici diversi. Altre Regioni hanno scelto modelli organizzativi nei quali il concetto di rete è poco sviluppato, quando non assente.

Naturalmente i modelli organizzativi individuati dalle varie Regioni e Province autonome, e trasfusi nelle rispettive leggi di programmazione, sono stati sottoposti allo stress-test pandemico, sulla base della constatazione che essi hanno reagito diversamente, e sono stati in grado di far fronte in modi diversi, alla tragedia della pandemia da Covid-19: il che induce rinnovate riflessioni sulle organizzazioni e sul grado di efficienza e resilienza che le une e le altre, così come modellate nelle varie leggi regionali, sono in grado di raggiungere.

6. Rimane peraltro, sullo sfondo, un punto che critico, che a mio parere deve essere posto al centro della scena, onde consentire scelte organizzative efficienti ed efficaci: punto critico che può essere individuato nel progresso scientifico e tecnologico, che sappiamo essere rapidissimo e tale da determinare la possibile veloce obsolescenza di strutturazioni organizzative consolidate.

Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, così come disegnate e strutturate – sulla base della Costituzione – dalle leggi regionali di programmazione, tutte articolate nei tre pilastri dell'ospedale, del territorio e del sistema urgenze-emergenze, sono organizzazioni connotate da una certa rigidità: si tratta di modelli tendenzialmente rigidi, non elastici.

Sennonché il progresso scientifico e le innovazioni tecnologiche sono più veloci di qualsiasi legislatore, e incidono non soltanto sui "*setting*" (come ho sopra esemplificato), ma anche sull'appropriatezza clinica e sulla perdurante attualità dei modelli organizzativi esistenti.

Il progresso scientifico domina il mondo sanitario ed ha effetto trainante sull'intero universo della sanità, del socio-sanitario e del sociale puro: universo che subisce ed è chiamato ad assorbire anche i mutamenti delle dinamiche sociali di cui ci ha dato illustrazione la dottoressa Marta Carraro.

Di queste esigenze di innovazione si è fatto parzialmente carico il PNRR. Un esempio concreto: le leggi di programmazione della Regione del Veneto sono senza dubbio, per unanime sentire, piuttosto avanzate; la Regione aveva elaborato, fin dal 2012, due moduli organizzativi innovativi, denominati assistenza domiciliare integrata (ADI) e le Centrali operative territoriali (COT). Tali moduli organizzativi, pur nella diversità della loro attuazione in concreto nel territorio regionale, sono stati valutati come dotati di buone potenzialità, tanto che in sede di ristrutturazione e di ripensamento della Sanità pubblica, ossia in sede di Missione 6 - Salute del PNNR, essi sono stati, almeno in parte, recepiti. E infatti troviamo, nella Missione 6, sub-investimenti dedicati per le COT e per le ADI: modelli messi a punto nell'esperienza specifica di una Regione, e assurti a modelli nazionali. Altri modelli, ad esempio gli ospedali di comunità, sono stati recepiti dalle esperienze della Regione Emilia-Romagna.

Il fenomeno che possiamo registrare è semplice: alcune esperienze regionali, nate dall'autonomia di programmazione, sono assurte a modelli generalizzati, che si impongono – per il tramite del PNRR – alle altre Regioni; ed è evidente, in questo fenomeno, la spinta (o pulsione) centralistica quanto a modelli organizzativi e a setting, secondo i criteri, per la territoriale, scolpiti nel d.m. n. 77 del 2022[9].

7. Tuttavia io sono convinta che la strutturazione della rivoluzione in atto del sistema sanitario, che punta sulla realizzazione di strutture edilizie, sia già per certi versi obsoleta, perché il progresso scientifico e tecnologico è talmente rapido, talmente veloce che ogni involucro edilizio, anche il più nuovo, potrebbe risultare non pienamente funzionale nel momento in cui entrerà in funzione; non senza dire che la carenza cro-

[9] Il d.m. reca la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

nica, e ormai purtroppo cronicizzata, di personale, potrebbe rendere non concretamente fruibili le strutture, e specificamente le strutture intermedie, di nuova costruzione.

Questa criticità, ormai evidente, si presta a essere superata con il coinvolgimento del Terzo Settore, attraverso l'amministrazione condivisa: la quale non potrà mai superare la necessità delle leggi di programmazione, ma che si presterebbe, però, a intercettare precocemente nuovi bisogni, dei quali i soggetti deputati alla programmazione ben potrebbero tener conto, onde attenuare, nei limiti del possibile, le fissità di un sistema a strutturazione rigida.

Ciò significa che non sarà mai possibile, quanto meno a legislazione statale invariata, elaborare una legge regionale di programmazione insieme con gli enti di Terzo Settore utilizzando il modulo della co-programmazione.

Sarà peraltro possibile chiamare gli enti del Terzo Settore e tutto il mondo non profit ai tavoli di discussione, di elaborazione istruttoria: cosa che, peraltro, la Regione Veneto ha fatto fin dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso. Ma la consacrazione – ad opera della Corte costituzionale e del Codice dei contratti pubblici – del modello alternativo dell'amministrazione condivisa, potrà consentire la sistematizzazione, e comunque uno strutturale coinvolgimento, del Terzo Settore nella elaborazione delle scelte, funzionali a dare risposta a bisogni nuovi e diversi.

8. Richiamo l'attenzione sul fatto che il ruolo degli enti non profit, che è ruolo pro-attivo, è riconosciuto anche dal Piano Nazionale HTA, approvato nel 2023. Ivi è previsto il coinvolgimento dei "portatori di interesse", tra i quali, naturalmente, rientrano gli enti del Terzo Settore.

Per l'attuazione del Piano Nazionale HTA per i dispositivi medici, Agenas ha bandito una procedura per la formazione di una rete nazionale dei portatori di interesse, che ha visto l'ingresso sia delle società scientifiche, sia di enti del Terzo Settore: e questo perché sia le une sia le altre sono le entità più prossime alle persone, hanno conoscenza diretta, e sul campo, dei bisogni, e sono pertanto in grado di interloquire efficacemente su quali siano i dispositivi medici migliori in quanto più efficaci.

L'esempio che vi ho fatto è paradigmatico di una vera e propria rivoluzione culturale, che potrebbe divenire fattore di evoluzione del sistema e delle sue (troppo) rigide regole.

Attraverso questo coinvolgimento sarà possibile – non è del tutto utopico pensarlo – orientare le scelte dei produttori di dispositivi, perché

il sistema pubblico, con la collaborazione delle società scientifiche e del Terzo Settore, quali elementi costitutivi della rete dei portatori di interesse, potrà essere in grado di esporre quali sono i bisogni veri, alla cui soddisfazione dovrà provvedere l'industria.

È quindi possibile immaginare di costruire un mondo nuovo e un modo diverso in cui programmare. Un mondo nel quale, allo stato, non sarà possibile la co-programmazione dell'organizzazione dei servizi, ossia la loro programmazione globale, ma sarà possibile contribuire alla scelta e alla programmazione dei dispositivi che il Servizio sanitario potrà acquistare. Si tratta di una occasione unica, della prima rete realizzata in Europa: ed è responsabilità di tutti coglierla appieno.

La multidisciplinarietà e l'attenzione ai bisogni, secondo le direttrici segnalate più volte in questo Convegno, ci dicono che, tutti insieme, ciascuno con la propria professionalità e competenza interconnessa con altre, ce la possiamo fare: è possibile salvare il sistema pubblico universalistico, ma per farlo occorre utilizzare le leve corrette.

Le leve ormai ci sono, sta a noi metterle fruttuosamente in campo.

ALCESTE SANTUARI

LA LEGGE DELLA REGIONE VENETO N. 9/2024 E L'ASSETTO DEI SERVIZI SOCIALI TRA PUBBLICO, PRIVATO E NON PROFIT

Grazie agli organizzatori per avermi invitato.

Il motivo per cui sono qui è perché a settembre ho presentato, in occasione di un Convegno internazionale a Toronto, una relazione sul Budget di salute e le procedure amministrative. In quel panel, era presente la collega Jill Horwitz, che sarà poi relatrice nel pomeriggio, la quale si avvicina e mi dice: "ma lo sai che sono in contatto con due Professori dell'Università di Padova che si occupano di Sanità e non profit?" E così è nato il contatto con i Proff. Claudio Di Gregorio e Paolo Sommaggio.

Venendo al tema affidatomi, non possiamo non ricordare che nei primi anni '90 del secolo scorso proprio qui a Padova si costituiva una delle prime cooperative di tipo B), segnatamente la cooperativa "Giotto", che si sarebbe poi occupata di inserimento socio-lavorativo nelle carceri[1].

La cooperativa sociale, impresa sociale ai sensi del d.lgs. n. 112/2017, è una delle forme giuridiche che possono qualificarsi quali "Enti del Terzo settore" (ETS) e sui quali ora devo incentrare la mia relazione. In questo senso, la l.r. del Veneto n. 9/2024 ha previsto uno specifico ruolo per gli ETS nell'organizzazione, gestione ed erogazione delle attività e servizi oggetto degli interventi degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS).

Di questa normativa ho cominciato ad interessarmi in quanto componente del *team* degli esperti della Banca Mondiale, che ha come finalità quella di supportare il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e le Regioni nella riforma degli ambiti territoriali sociali, su cui questa legge si concentra[2].

---

[1] Sia consentito, in proposito, il rinvio al Capitolo III sulle società cooperative, nel volume A. Santuari, *Diritto delle organizzazioni socialmente responsabili*, Franco Angeli, Bologna, 2024, pp. 123-188.

[2] A tale riguardo, cfr. *Sanità: pubblica, privata o non profit? Indagine comparata sul ruolo del Terzo settore nei sistemi sanitari occidentali e nell'assistenza sanitaria del Veneto*, a cura di

Di sicuro rilievo nella legge regionale è la previsione della realizzazione di un "*sistema integrato*", nello specifico di integrazione socio-sanitaria[3].

Questo è importante perché la Regione Veneto insieme ad altre due Regioni – Lazio, in particolare e Campania[4] – hanno voluto individuare anche la forma giuridica per gestire gli ambiti territoriali sociali, che, segnatamente, è individuata nella forma giuridica di diritto pubblico dell'azienda speciale consortile ovvero del consorzio *ex* d.lgs. n. 267/2000.

È importante evidenziare che la funzione precipua degli ATS è quella di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni (LEPs).

È qui che, secondo me, si radica la necessaria integrazione, integrati per assolvere alla funzione pubblica sopra richiamata perché tutti hanno lo stesso obiettivo. Quindi, for profit, non profit, sanità pubblica integrati per assolvere alla funzione pubblica sopra richiamata.

La legge regionale del Veneto stamane in discussione è inoltre finalizzata a rafforzare in modo stabile e duraturo i rapporti giuridici con gli enti del Terzo settore, affinché le relazioni escano da condizioni di episodicità.

Perché dico non è episodico? Perché in verità, notizie di qualche settimana fa, abbiamo ancora degli enti pubblici, ahimè, ma questo fa parte, come dire, dell'esperienza che ci raccontava la Dott.sa Giusi Bonavina, che ancora fanno fatica a capire questo modello "*ordinario*" di rapporto tra pubblica amministrazione e enti del Terzo settore. Io faccio molta formazione – Chiara Cacciavillani lo sa – per le aziende sanitarie.

La settimana scorsa ero in formazione presso un'azienda sanitaria locale in quel di Pordenone e mi hanno presentato un "bando", che do-

---

P. Sommaggio, C. Di Gregorio, Padova University Press, 2025, pp. 109-114, disponibile in "*Open Access*" al link *https://www.padovauniversitypress.it/en/publications/9788869384585.*

[3] In proposito, sia consentito il rinvio a A. Santuari, *Riforma degli ambiti territoriali sociali e coinvolgimento dei soggetti privati. Breve commento del ddl della Regione Veneto del 18 aprile 2024*, in *Welforum.it - Osservatorio nazionale sulle politiche sociali*, 16 giugno 2024, *https://www.welforum.it/ riforma-degli-ambiti-territoriali-sociali-e-coinvolgimento-dei-soggetti-privati/*

[4] Con Deliberazione 15 ottobre 2019, n. 736, recante "*Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali. Atto di indirizzo*", la giunta della Regione Lazio (B.U.R. Lazio 29 ottobre 2019, n 27) ha costituito l'"Assemblea delle Organizzazioni dei cittadini", che rappresenta lo strumento di confronto pubblico con le organizzazioni stesse, nella definizione, monitoraggio e miglioramento delle politiche regionali in materia sanitaria attraverso la sua convocazione, almeno una volta l'anno. Con decreto dirigenziale della Giunta Regionale Campania 9 giugno 2021, n. 303 era stato approvato analogo Atto di indirizzo recante "Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari regionali".

veva essere una co-progettazione, ma che invece presentava tutti i caratteri di una gara competitiva. Ora, perché sto facendovi un esempio di questo genere? Perché la confusione nasce all'origine. Quello che prima la dottoressa Bonavina ci richiamava, la partecipazione, il coinvolgimento non nascono su basi competitive. Al contrario, la partecipazione e il coinvolgimento nascono su basi collaborative, che non significa che chi è coinvolto non abbia un ruolo importante, finanche di natura "produttiva" rispetto a quello che era un tempo.

Un ulteriore elemento di interesse della l.r. Veneto n. 9/2024 è proprio relativo al coinvolgimento dei soggetti giuridici di diritto privato.

E quanto sto per evidenziare è davvero una novità assoluta nel contesto giuridico nazionale.

Oltre al "coinvolgimento degli enti del terzo settore" (art. 55 CTS), la l.r. n. 9/2024, seguita dalla l.r. n. 10/2024[5] sulla quale tornerò poi, prevede che gli ATS possano coinvolgere anche tutte le "*organizzazioni socialmente responsabili*", che comprendono anche i soggetti lucrativi, in particolare, le società c.d. "benefit"[6]. Si tratta di organizzazioni che, in ragione di una finalità che è pubblica, quindi di beneficio comune, possono partecipare alla costruzione del sistema.

Nella fase di co-programmazione[7], dunque, la l.r. 9/2024 prevede il coinvolgimento sia degli ETS iscritti al Registro unico del terzo settore (RUNTS)[8], sia le società che, ai sensi della legge di bilancio del 2015[9], includono il perseguimento dei benefici comuni.

Quindi, si tratta di forme di collaborazione pubblico-private che rendono questo tipo di rapporti più stabili.

Poi, c'è un altro aspetto – se volete qui più di "*Amarcord*", oltre che di dato istituzionale, siamo nel 2024. La legge n. 9/2024, tra i principi, che cosa richiama? La legge 328/2000. Inserisce tutti i principi di quella legge introducendo due nuovi principi: la "*generatività*" e la "*sostenibilità*" del sistema.

---

[5] Ci si riferisce alla l.r. Veneto 16 aprile 2024, n. 10 in B.U.R. Veneto n. 52 del 19 aprile 2024, recante "Interventi a sostegno dei progetti a beneficio comune".

[6] Sul tema e sulla definizione delle OSR e dei nuovi soggetti giuridici lucrativi a vocazione sociale, sia consentito il rinvio al volume Santuari A., *Diritto delle Organizzazioni socialmente responsabili, supra* cit., pp. 13-18.

[7] Cfr., più amp., art. 19 l. 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", il d.lgs. 3 maggio 2024, n. 62 e le Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, in *https://www.lavoro.gov.it/documenti/linee-guida-ats.*

[8] Cfr. art. 45 CTS.

Ma richiamando come principi fondamentali quelli che la legge di riforma dell'assistenza del 2000, il cui articolo 22, per la prima volta nel nostro ordinamento, ha indicato i "livelli essenziali delle prestazioni" (LEPs/LEA). Quindi fa un richiamo che non è soltanto storico, è un richiamo pregnante e cogente a principi che servono per realizzare le finalità di questa legge regionale.

Nell'articolo 1, comma 3, che mi piace leggervi, si afferma che "*il sistema integrato degli interventi si realizza attraverso la costruzione di processi partecipati e l'integrazione con gli interventi e servizi sanitari, socio-sanitari, educativi, formativi, culturali, delle politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, delle politiche abitative e di sicurezza dei cittadini, della mobilità, dell'energia, dell'ambiente, della giustizia e comunque con tutte le materie attinenti alle politiche di welfare per garantire una pianificazione e programmazione più rispondenti al contesto territoriale, nel rispetto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, di seguito LEPS*"[10].

Questo lo voglio dire perché noi siamo in un contesto in cui - e bene ha fatto la l.r. 9/2024 a richiamarlo – in un contesto normativo nazionale, dicevo, caratterizzato, tra le altre cose, da due grandi riforme: la riforma sulla autosufficienza[11] e la riforma sulla disabilità[12], che hanno dentro come principi ispiratori proprio quelli della amministrazione, finanche definendo il progetto di vita per le persone disabili, le persone non autosufficienti. Progetto che si realizza attraverso le procedure della co-programmazione e della co-progettazione (art. 28, co. 2, d.lgs. 62/2024)[13].

Effettivamente sto parlando di quella norma che ha individuato nove province di sperimentazione fino all'anno scorso e che da qualche

---

[9] Cfr. art. 1, comma 382, l. 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016).

[10] Così l'art. 1, co. 2, l.r. 9/2024 cit.

[11] Vedi *supra*, nell'intervento di Chiara Cacciavillani, i riferimenti al PNRR - Missione 6 Salute, e, più amp., nota 31.

[12] Cfr. d.lgs. 3 maggio 2024, n. 62 recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

[13] Si riporta, in stralcio, il testo della norma citata: "Art. 28 Budget di progetto.

1. L'attuazione del progetto di vita è sostenuta dal budget di progetto che è costituito, in modo integrato, dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

2. La predisposizione del budget di progetto è effettuata secondo i principi della co-programmazione, della co-progettazione con gli enti del Terzo settore, dell'integrazione e dell'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e, se disponibili, degli interventi privati".

settimana, dopo che è stato approvato un emendamento in Parlamento, ha introdotto, per esempio, nella Regione Veneto, la Provincia di Vicenza come provincia di sperimentazione di queste nuove modalità.

Volevo segnalarvi che in questa riforma ATS quindi si recuperano due principi che sono andati un po' perdendosi per strada anche nelle regioni come è stato definito prima "avanzate", che attengono alla programmazione zonale degli interventi.

Noi fino a qualche anno fa eravamo abituati – lo dico anche per gli studenti e le studentesse che non fossero familiari con questi argomenti – a pianificare attraverso i "piani di zona" *ex* articolo 19 della l. 328/2000. Quello che poi l'articolo 55, co. 3, del Codice del Terzo settore chiama la co-progettazione. Solo che li abbiamo persi per strada.

Quindi queste modalità che anche le leggi regionali stanno richiamando e per recuperare un modello ordinario, non straordinario o subordinato come non più tardi del 2018 il Consiglio di Stato ancora ci diceva no, il Codice del Terzo settore è subordinato al Codice degli appalti.

Ricordo quindi questo per stare anche al tema. Bisogna accompagnare queste situazioni, perché pensate che da questo punto di vista la l.r. 9/2024 realizzando l'integrazione sul territorio si colloca in questa scia di riforme nazionali che, badate bene, penso solo a quella sulla disabilità per citarne ancora una volta, che introduce un paradigma completamente rivoluzionario. Cioè questa norma stabilisce, al netto della possibilità di realizzarlo, però è importante che sia scritto che i progetti di vita non attendono.

E qui faccio, come dire, il paio con quello che ci diceva forse qualcuno prima: non è il sistema che va incontro al beneficiario o al titolare dei diritti. È il titolare dei diritti che condiziona la risposta. Ora capite che non c'è un cambio non solo organizzativo interno delle pubbliche amministrazioni.

Facendo la formazione, nel 2024 per tre Ministeri gli assistenti sociali alzano le mani: "*ci dia il format e noi facciamo*". Ma è evidente che un progetto di vita non è attribuibile ad un format standardizzato. Questo per dire quanto lavoro ci sia, soprattutto in termini aggregativi.

Prima vi ho richiamato la l.r. Veneto n. 10/2024. La Regione Veneto, il Consiglio regionale ha approvato una legge che cerca di mettere insieme il valore delle Società benefit o delle società a vocazione sociale e l'ente pubblico.

Ora, la Regione sta costruendo una piattaforma che, adesso non ricordo se già in questi giorni, ma comunque diciamo un bando europeo

per la gestione di questa piattaforma, ma provo a dirvela in termini premiali, c'è una piattaforma che metterà insieme le esigenze degli enti territoriali, compresi gli ETS, che potrebbero dire: "per noi è importante sul territorio la medicina territoriale" oppure degli "interventi di assistenza domiciliare". Dall'altra parte, le società benefit che hanno nel proprio Statuto – ce ne sono molte anche in Veneto – uno o più benefici comuni, che troveranno un incontro, diciamo così, informatico o informativo, ma che poi diventeranno progetti da realizzare sul territorio. È un'innovazione assoluta quindi in un uno due. Riforma degli ambiti e chiamata, diciamo così, in partecipazione degli enti, questo in questo caso.

Società benefit, il sistema riesce a realizzare questo.

Termino con una novità diciamo di questi giorni: la legge di stabilità del 2025 ha assegnato al Ministero della salute – non ne sentivamo l'esigenza, onestamente, ma così è – l'istituzione di un Registro presso il Ministero della salute in cui si dovranno iscrivere tutti quegli enti del Terzo settore con un'anzianità di almeno dieci anni per essere coinvolti nel processo decisionale del Registro unico delle associazioni che si occupano di Sanità, di salute come viene definito, al di là ripeto della battuta, che però rimane perché, insomma, siamo un po' in confusione con tutte queste registrazioni, però è interessante, perché prima la professoressa Cacciavillani diceva: noi indirizziamo la produzione.

Io, dal mio punto di vista dico: indirizziamo il coinvolgimento. Ci sono, come dire, questi sono segnali di un cambio di paradigma nella pubblica amministrazione, che va nella dimensione di essere sempre più la condivisione della funzione pubblica e quindi questo specifico particolare per noi, diciamo anche come cittadini, è fondamentale.

L'altro "convitato di pietra" su cui con qualche Regione stiamo cercando di riflettere è l'"*accreditamento*" perché il tema di cui oggi discutiamo, anche per il non profit, che è un'evoluzione naturale della co-progettazione in molti contesti è l'accreditamento. Ora io mi auguro che molti tavoli importanti – è stato spostato anche in questo caso per altri due anni attribuendo le competenze a un tavolo specifico – ecco, cerchiamo di cogliere questa opportunità perché qui noi non possiamo continuare ad immaginare di avere le stesse regole – so di essere impopolare nel dire questa cosa, ma me ne assumo la responsabilità essendo in un Ateneo importante – non possiamo avere le stesse regole che disciplinano il soggetto privato for profit multinazionale, la cooperativa sociale e la realtà del non profit, magari del volontariato. A meno che non decidiamo insieme delle regole, come dire, "*minimo sindacale*", ma non possiamo

andare avanti in questa dimensione. Guardate che ci sono regioni che in questo momento stanno facendo saltare il banco perché le cooperative sociali non riescono più a star dentro al sistema che è stato disciplinato.

Perché lo dico? Perché con la legge concorrenza Draghi del 2022[14] e col D.M. Schillaci del dicembre di quell'anno[15] si è allargata la maglia per rendere l'accreditamento più competitivo, ma non siamo andati all'origine del problema, cioè di verificare il perché dell'accreditamento.

L' accreditamento istituzionale identifica una cornice fondamentale, in quanto se non incidiamo su quello, anche tutti i percorsi di co-programmazione e co-progettazione, potrebbero non produrre l'esito sperato.

Grazie ancora per l'invito, e a tutti per la vostra attenzione.

---

[14] Ci si riferisce alla l. 5 agosto 2022, n. 118, recante "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021" e, in particolare al Capo V della stessa legge, intitolato "*Concorrenza e tutela della salute*" (artt. 15-21). Più in dettaglio, l'art. 15 della legge (c.d. Draghi dal nome dell'allora Presidente del Consiglio) introduce una modifica al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria che così dispone: "*a) all'articolo 8-quater, il comma 7 è sostituito dal seguente:*

«7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento *può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131»;*

b) all'articolo 8-quinquies:

1) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1-bis. I soggetti privati di cui al comma 1 sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare.»

[15] Ci si riferisce al D.M. Salute 19 dicembre 2022, recante "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie", in G.U., Serie Generale n. 305 del 31 dicembre 2022.

PARTE SECONDA

INDAGINE COMPARATA SUL RUOLO DEL TERZO SETTORE NEI SISTEMI SANITARI OCCIDENTALI E NELL'ASSISTENZA SANITARIA DEL VENETO

PAOLO SOMMAGGIO

IL GIURISTA DEL TERZO SETTORE AL SERVIZIO DEGLI ETS CHE OPERANO NELLA SANITÀ

In questo intervento intendo affrontare un tema che è ormai al centro dell'attenzione accademica e dei professionisti del settore in Italia ed in Europa: la figura del *giurista del terzo settore*, inteso come una figura di consulente a tutto campo per il mondo del terzo settore. (Slide 1)

Pur trattandosi di un ambito di specializzazione ancora acerbo, esso rappresenta una novità significativa nel panorama italiano, soprattutto per quanto concerne il ruolo di mediazione tra pubblico e privato. (Slide 2)

Da pochi anni l'Università di Padova ha istituito un corso di laurea triennale dedicato a questa figura, e ciò ha consentito di riflettere in maniera sistematica sulle sue caratteristiche, funzioni e prospettive di sviluppo. È opportuno, pertanto, rinnovare l'analisi e chiedersi quali spazi professionali possa occupare oggi e in futuro. (Slide 3)

Come sostiene Luigi Bobba, uno dei principali promotori della recente riforma, il Terzo settore non è più un settore marginale, ma un pilastro del welfare moderno. Ne consegue che il ruolo del giurista in questo ambito giuridico, economico e sociale si rivela fondamentale per tradurre in pratiche efficaci e sostenibili le potenzialità insite negli enti che ne costituiscono la galassia.

In particolar modo nell'ambito della salute. (Slide 4)

Il riferimento che tutti condividiamo è l'art. 32 della Carta costituzionale che individua la salute come "*fondamentale diritto dell'individuo*" (e non solo del cittadino). Come noto, la tendenza del nostro sistema ad essere universalistico per dettato della Carta costituzionale, non indica quali strumenti concreti debbano essere adottati per realizzare il diritto alla salute, lasciando al contrario piena libertà di individuare diverse possibilità di organizzazione del modello sanitario: privato, pubblico, o misto[1]. (Slide 5)

---

[1] Si richiama in proposito il secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, che così recita: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per di-

Oggi, lo sviluppo delle nuove tecnologie ha aggiunto ulteriori complessità al tema salute, in particolare con l'avvento della "*Digital Health*"[2]: si va dall'*Artificial Intelligence* predittiva in ambito sanitario, alla *Virtual Reality*[3], alla *Blockchain*[4], fino alla *Wearable Technology*[5] e all'*Internet of Things* applicato alla diagnostica. Questi strumenti, se da un lato aprono scenari inediti, dall'altro rendono evidente la necessità di pensare anche a nuovi modelli di governance. (Slide 6)

Il Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge n. 833/1978, ha rappresentato il principale modello attuativo di questo principio, garantendo un'assistenza universale, gratuita e a costi contenuti, secondo un modello di tipo certamente pubblicistico. (Slide 7)

Successivamente, il d.lgs. n. 229/1999 ha aperto nuove possibilità di interazione con il settore privato, avviando un percorso che ha condotto a un sistema sempre più caratterizzato da forme di collaborazione[6]. (Slide 8)

Per lungo tempo nel nostro Paese la riflessione si è concentrata sulla contrapposizione tra pubblico e privato, spesso sostenuta da motivazioni ideologiche: da un lato la convinzione che solo lo Stato potesse garantire l'interesse generale, dall'altro la fiducia nei meccanismi di autotutela (la famosa "*mano invisibile*") del mercato[7]. (Slide 9) (Slide 10)

---

sposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

[2] La Digital Health, o sanità digitale, è l'applicazione di tecnologie digitali per migliorare la salute e il benessere, sia per i singoli individui che per la popolazione in generale. Include l'uso di software, hardware e servizi per trasformare il settore sanitario, dall'assistenza ai pazienti alla ricerca e alla prevenzione delle malattie.

[3] La Virtual reality o realtà virtuale (VR) è una simulazione computerizzata di un ambiente tridimensionale con cui gli utenti possono interagire, creando un senso di presenza e di immersione.

[4] Blockchain è un sistema sicuro, trasparente e decentralizzato per la memorizzazione e la condivisione di informazioni. Si può immaginare come un libro contabile digitale, come un registro online condiviso, in cui i dati sono raggruppati in blocchi, che sono collegati tra loro in una catena utilizzando la crittografia. Lo scopo è rendere molto difficile l'alterazione o la manomissione delle informazioni.

[5] L'espressione inglese "*wearable technology*", o "*wearables*", si riferisce a dispositivi elettronici progettati per essere indossati sul corpo, spesso come accessori o incorporati nell'abbigliamento. Questi dispositivi possono monitorare vari dati, come l'attività fisica, la frequenza cardiaca e la posizione, e possono anche connettersi ad altri dispositivi come gli "*smartphone*".

[6] Ci si riferisce al d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (c.d. Riforma Bindi), recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

[7] Cfr. A. Smith, *La ricchezza delle Nazioni*, 1776, opera nella quale l'espressione è usata per descrivere come, in un sistema di libero mercato, l'interesse personale di ogni individuo, perseguendo il proprio profitto, possa portare a benefici per l'intera società.

Il riferimento più classico per chiarire questa opposizione è l'articolo di Garrett Hardin, *The Tragedy of the Commons* del 1968[8]. Qui l'autore illustra come risorse a libero accesso, se sfruttate senza regole condivise, siano destinate al collasso. Le soluzioni di gestione ipotizzate da Hardin sono solo due e sono mutuamente esclusive: la gestione pubblica o la gestione privata. (Slide 11)

Hardin presenta un esperimento mentale molto interessante. Tutti possono liberamente accedere ad un pascolo, in modo particolare ne fruiscono due greggi. Il meccanismo naturale che si scatena è che ciascun pastore avrà un interesse marginale a sostenere questa tesi: "voglio aumentare di un'unità il mio gregge". Ma ciò vale per entrambi. Possiamo quindi presumere che ciascun pastore cerchi di far stare quanto più bestiame possibile su questo pascolo comune. (Slide 12 e 13)

Questa organizzazione incrementale può anche durare nel tempo: ciascuno aumenta di una unità il proprio gregge e tuttavia guerre, carestie, pandemie, cacciatori di frodo fanno sì che ci sia un certo equilibrio.

Ma la situazione ad un certo punto si incrina perché si raggiunge un livello di saturazione. Non è più possibile aggiungere un elemento ulteriore e il pascolo non si rigenera più, scomparendo. La risorsa viene quindi distrutta. (Slide 14)

Questa è la tragedia che, secondo Hardin, colpisce i beni comuni: se la risorsa è a libero accesso, ciascuno tenterà di prendere quanto più possibile. Se questo comportamento è comprensibile sul piano individuale, non è però sostenibile dal punto di vista della risorsa stessa. E infatti gli appropriatori che non si prendono cura anche del mantenimento nel tempo della risorsa, vengono intrappolati in un meccanismo di aumento costante del loro profitto, portando, nello stesso tempo, alla distruzione della risorsa. (Slide 15)

La soluzione che Hardin propone è quella con la quale siamo tutti cresciuti culturalmente: la rigida dicotomia che non accetta compromessi tra titolarità pubblica o titolarità privata del bene, sottintendendo che questi sono gli unici modi di tutelare la risorsa da un destino di distruzione.

---

[8] L'opera di Garrett Hardin, (G. HARDIN, *The Tragedy of the Commons*, in «Science», New Series, Vol. 162, No. 3859, Dec. 13, 1968, pp. 1243-1248), descrive una situazione in cui gli individui che agiscono per proprio interesse privato esauriscono una risorsa condivisa, danneggiando in ultima analisi l'intero gruppo. Questo concetto, divulgato nel suo articolo su "Science" del 1968, mette in evidenza il conflitto tra guadagno individuale e benessere collettivo quando si tratta di risorse condivise.

Per assicurare la sua continuità nel tempo, ed evitare così la tragedia, la risorsa in libero accesso deve diventare o privata (e questa è la tesi, ad esempio, anche di Posner[9]), oppure pubblica, individuando solo negli amministratori pubblici la capacità di progettare una sua utilizzazione sostenibile. Anche per la salute, dunque, varrebbe lo stesso meccanismo di alternatività pubblico-privato. (Slide 16)

Ma c'è più di qualcuno che dubita sulla inesorabilità di questa alternativa. (Slide 17)

Mi piace qui ricordare Elinor Ostrom[10], che è stata la prima donna insignita nel 2009 del premio Nobel per l'economia, quando sostiene che l'alternativa può essere superata perché una terza via è possibile. (Slide 18 e 19)

Nel volume *Governing the Commons*, la Ostrom infatti indaga sulla esistenza di comunità in grado di sfruttare, in comune, una risorsa senza tuttavia distruggerla[11]. Gli esempi di comunità che gestiscono risorse in un modo che non può essere considerato né pubblico né privato sono numerosissimi. Li definisce "*common pool resources*", cioè risorse gestite da comunità in autonomia. (Slide 20)

In questi esempi, secondo la Ostrom, non ci sono solo "appropriatori", come nel gergo di Hardin, ma tutta una comunità che utilizza la risorsa, sviluppando, allo stesso tempo, strategie in grado di preservare la sua integrità e rinnovabilità.

Nell'alternativa tra pubblico e privato queste comunità di utilizzatori sono in grado di gestire con successo risorse comuni, senza ricorrere né alla statalizzazione né alla privatizzazione. (Slide 21) Il suo approccio, noto come *neo-istituzionalismo economico*, individua otto principi fondamentali: (Slide 22 e 23)

---

[9] E. Posner, *Cost-Benefit Analysis: Legal, Economic, and Philosophical Perspectives*, Chicago, 2001.

[10] Elinor Ostrom è stata una politologa statunitense che ha ricevuto il Premio Nobel per l'Economia nel 2009, insieme a Oliver Williamson, per le sue analisi sulla governance economica e, in particolare, sulla gestione delle risorse comuni. È stata la prima donna a vincere il Premio Nobel in questa disciplina.

[11] Elinor Ostrom deve la sua notorietà alla teoria sulle CPR (Common Pool Resources). Si veda E. Ostrom, *Collective Action and the Tragedy of Commons*, in G. Hardin, Baden, *Managing the Commons*, Freeman & Company, San Francisco 1977; E. Ostrom, *Governing the Commons: the Evolution of Insitutions for Collective Action*, Cambridge-New York [1990] 2021 (trad. it. *Governare i beni collettivi*, Marsilio, Venezia, 2006). Secondo la Ostrom, le CPR si riferiscono «to a natural or man-made resource system that is sufficiently large as to make it costly (but not impossible) to exclude potential beneficiaries from obtaining benefits from its use» Ostrom, *Governing*, cit., p. 30.

1) confini chiaramente definiti del common (chiara definizione dei contenuti del bene comune ed effettiva esclusione di attori esterni che non abbiano diritto a parteciparne); 2) regole che riguardano l'appropriazione e l'offerta delle risorse comuni adattate al contesto locale; 3) modalità di decisione collettiva che permettano alla maggior parte dei membri di partecipare alle decisioni; 4) monitoraggio effettivo da parte dei membri o da persone che ai membri devono rendere conto; 5) sanzioni progressive e proporzionali per chi viola le regole della comunità; 6) meccanismi di risoluzione dei conflitti che siano poco costosi e di facile accesso; 7) autodeterminazione della comunità riconosciuta dalle autorità; 8) in caso di grandi risorse, optare per una organizzazione multilivello

Questi principi, letti anche attraverso la prospettiva giuridica di Santi Romano[12], rivelano la centralità di nuove istituzioni nella gestione delle risorse comuni.

Questo perché la privatizzazione delle risorse collettive non sempre è possibile e, in ogni caso, non risolve il problema del sovrasfruttamento della risorsa, anzi: il rischio in alcuni casi aumenta.

D'altro canto, anche la statalizzazione della risorsa non rappresenta una soluzione, a meno di non pensare che i funzionari pubblici abbiano dei geni particolari che consentono loro di vedere l'interesse generale.

La Ostrom propone quindi una terza via che chiama, per appunto, la via dei *Commons*. (Slide 24).

Nel mondo esistono diverse comunità che sono in grado non soltanto di appropriarsi di una risorsa, ma anche di preservarla e, più o meno, hanno tutte le già menzionate otto caratteristiche.

Esse costituiscono, anche nella nostra tradizione di giuristi (in particolare di giuristi italiani), uno degli elementi che caratterizzano le istituzioni di natura giuridica.

---

[12] Il riferimento è all'istituzionalismo giuridico sviluppato dal noto giurista a partire dal celeberrimo S. Romano, *L'ordinamento giuridico. Studi sul concetto, le fonti e i caratteri del diritto*, E. Spoerri ed., Pisa 1917-18 (riveduto ad ampliato nella edizione del 1946). Per un approfondimento rimando a S. Cassese, *Ipotesi sulla formazione de «L'ordinamento giuridico» di Santi Romano*, in «Quaderni fiorentini per la storia del pensiero moderno» n. 1, 1972, I, pp. 243-283. Per un ulteriore approfondimento si veda G. Lorini, *Dimensioni giuridiche dell'istituzionale*, Cedam, Padova, 2000; si veda anche la *Nota bibliografica*, in E. Ripepe (a cura di), P. Grossi, A. Romano: *Ricordando Santi Romano in occasione dell'inaugurazione dei corsi dell'a.a. 2010-2011 nella Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Pisa*, Pisa University Press, Pisa, 2012, pp. 80-85. La fecondità del pensiero del noto autore è testimoniata anche da recenti ristampe M. Croce (a cura di), *Santi Romano. L'ordinamento giuridico*, Quodlibet, Macerata, 2018 e M. Mazzamuto, *Santi Romano. L'ordinamento giuridico (1917-2017). La fortuna della teoria romaniana dell'ordinamento dalla sua pubblicazione ai tempi nostri nelle varie aree disciplinari*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2020.

Utilizzando dunque come palinsesto Santi Romano, è possibile notare una serie di caratteristiche che siamo soliti individuare nell'istituzionalismo: organizzazioni che sono a metà strada tra il diritto e l'economia, tra lo stato ed il mercato. Ed in effetti, la teoria di Ostrom prende il nome di "neo-istituzionalismo economico". (Slide 25)

Dunque, una risorsa ed una comunità di gestione formano un'endiadi che possiamo chiamare a pieno titolo un bene comune, perché la comunità, se autorganizzata, è fondamentale per gestire e tutelare la risorsa stessa: questo è ciò che caratterizza la durata nel tempo di un bene realmente comune.

In tale contesto, la sanità può essere concepita non soltanto come servizio pubblico o come ambito privato, ma anche come *bene comune*, servizio affidato a comunità autonome capaci di sfruttarlo per esigenze generali e, insieme, di preservarlo e svilupparlo in una prospettiva di sostenibilità[13].

Come noto, in Italia la riflessione sui beni comuni ha conosciuto momenti significativi tra il 2008 ed il 2012[14], anche grazie ai lavori della Commissione Rodotà (che aveva studiato una riforma del Codice civile volta ad introdurre beni specifici, comuni appunto, come funzionali all'esercizio dei diritti fondamentali ed il referendum sull'acqua (2011).

Il leitmotiv che accomuna queste iniziative è la ricerca di un terzo genere di beni che superi la dicotomia pubblico-privato.

Ritengo che in questa sede sia importante sottolineare come, a proposito di beni comuni, si possa, nel nostro paese, individuare due prospettive. (Slide 26)

Una prospettiva caratterizzata da un preciso intento socio-politico ed una prospettiva che parte da considerazioni non ideologiche ma ope-

---

[13] Sul tema rimando a P. Sommaggio, *Etica dei beni comuni*, in F. Reggio, *Honeste vivere. Percorsi filosofici per l'etica pubblica*, Franco Angeli, 2025, pp. 239-266.

[14] Gli eventi giuridici che si susseguono, nel periodo che va dai primi anni Duemila agli inizi della prima decade, sono tali da far credere ad un destino di riconoscimento e affermazione dei beni comuni tale da sconvolgere l'intero ordinamento. Dalla nomina della c.d. Commissione Rodotà, incaricata di redigere un progetto organico di riforma dello statuto giuridico dei beni pubblici si passa alle due sentenze della Corte di Cassazione sulla proprietà delle valli di pesca della Laguna di Venezia (Cass. civ., sez. un., sentt. 14.2.2011, n. 3665, e 16.2.2011, n. 3811), che hanno riconosciuto uno statuto giuridico peculiare ai beni comuni; dal referendum sulla c.d. «privatizzazione dell'acqua» del 12-13 giugno 2011, che ha abrogato l'art. 23-bis del d.l. n. 112/2008, come modificato dall'art. 15 d.l. n. 135/2009 si passa alla sentenza n. 199/2012 della Corte Costituzionale che ha dichiarato incostituzionale l'art. 4 d.l. n. 138/2011, convertito nella l. n. 148/2011, per contrasto con il risultato del referendum del giugno 2011, in quanto la disposizione impugnata violerebbe «il divieto di ripristino della normativa abrogata dalla volontà popolare desumibile dall'art. 75 Cost.».

rative. Si tratta in estrema sintesi della dicotomia "spettanza *versus* gestione". Sembra infatti che il dibattito relativo ai beni comuni non sia strutturato secondo la dicotomia beni comuni vs beni privati, ma piuttosto tra due differenti prospettive etiche (pubbliche e fondazionali): la prima orientata a creare un movimento di consapevolezza che rivendica ciò che (asseritamente) era (in origine) comune ad una comunità globale (che poi finisce per coincidere nuovamente con lo stato); la seconda che postula invece una comunità che si rende tale nella responsabilità di gestione della risorsa: un bene che è comune perché gestito in comune.

La prima concezione, maggiormente orientata in senso ideologico, sostiene che l'idea di bene comune serva come strumento socio-politico per operare una sorta di "riappropriazione" di ciò che un tempo costituiva una spettanza di tipo collettivo di cui lo Stato si sarebbe dapprima impadronito per poi, attraverso la stagione delle privatizzazioni, svendere ai privati.

Sicuramente le opere di Antonio Negri e di Ugo Mattei vanno in questa direzione, cioè verso questa dinamica di riappropriazione[15]. Tuttavia, nel momento in cui occorre stabilire criteri di gestione di queste realtà, questa concezione ricade sempre in schemi di natura pubblicistica.

La seconda concezione, più attenta invece alla gestione che non alla appartenenza, è quella più vicina agli studi di Gregorio Arena[16], cioè all'idea che non sia necessaria una riappropriazione, poiché non si tratta di discutere sulla titolarità di questi beni ma sulla loro gestione concreta. (Slide 27)

---

[15] A. Negri, M. Hardt, *Commonwealth*, Harvard University Press, Cambridge, 2009. Si veda anche la traduzione italiana che prende il suggestivo nome di Id., *Comune. Oltre il privato ed il pubblico*, Rizzoli, Milano, 2010. Con riguardo ad Ugo Mattei, si consiglia: U. Mattei, E. Reviglio, S. Rodotà, *Invertire la rotta. Idee per una riforma della proprietà pubblica*, il Mulino, Bologna, 2007; U. Mattei, *Beni comuni. Un manifesto*, Laterza, Roma-Bari, 2011; Id., voce *Proprietà (nuove forme di)*, in *Enciclopedia del diritto*, 2012, pp. 1117-1132; Id., *Il benicomunismo e i suoi nemici*, Torino, 2015. Vedi anche le precise critiche alla impostazione antimoderna di Mattei in E. Vitale, *Contro i beni comuni. Una critica illuministica*, Laterza, Roma-Bari, 2013, e le critiche di M. Barberis, *Beni comuni, l'eresia e l'abracadabra*, in P. Ferretti, M. Fiorentini, D. Rossi, *Il governo del territorio nell'esperienza storico-giuridica*, Edizioni università di Trieste, Trieste, 2017, pp. 163-172.

[16] G. Arena, *Cittadini attivi. Un altro modo di pensare l'Italia*, Laterza, Roma-Bari, 2011; vedi anche G. Arena G., Iaione C. (a cura di), *L'Italia dei beni comuni*, Carocci, Roma 2012. Vedi anche G. Arena, *Amministrazione e società. Il nuovo cittadino*, «Rivista trimestrale di diritto pubblico», (2017), LXVII, 1, pp. 43-55. G. Arena, *I custodi della bellezza. Prendersi cura dei beni comuni. Un patto per l'Italia tra cittadini e istituzioni*, Touring, Milano, 2020. Per un approfondimento si veda anche il progetto Labsus (laboratorio per la sussidiarietà, *https://www.labsus.org*).

Contemporaneamente possiamo anche distinguere tra una concezione "materialista" ed una "non materialista" del bene comune, ovvero una concezione dove il "comune" del bene comune corrisponde ad una tipologia di beni chiaramente individuata ed una concezione che si riferisce anche a categorie immateriali. La prima, a mio parere, è la concezione che sottende alla Commissione Rodotà per la modifica del Codice civile[17]. Ebbene, l'indicazione di Rodotà era proprio di istituire una sorta di "crisma" nella materialità del bene che consentiva di qualificarlo come

[17] Si tratta della Commissione sui Beni Pubblici, presieduta da Stefano Rodotà, istituita presso il Ministero della Giustizia, con Decreto del Ministro, il 21 giugno 2007 al fine di elaborare uno schema di legge delega per la modifica delle norme del Codice civile in materia di beni pubblici. Il prodotto dei lavori della Commissione (lo Schema di disegno di legge delega al Governo per la novellazione del Capo II del Titolo I del Libro III del Codice Civile) stabilisce, all'art. 1, comma 3, lett. c), che sono beni comuni: «[le]cose che esprimono utilità funzionali all'esercizio dei diritti fondamentali nonché al libero sviluppo della persona. I beni comuni devono essere tutelati e salvaguardati dall'ordinamento giuridico, anche a beneficio delle generazioni future […] Titolari di beni comuni possono essere persone giuridiche pubbliche o privati. In ogni caso deve essere garantita la loro fruizione collettiva, nei limiti e secondo le modalità fissati dalla legge. Quando i titolari sono persone giuridiche pubbliche i beni comuni sono gestiti da soggetti pubblici e sono collocati fuori commercio, ne è consentita la concessione nei soli casi previsti dalla legge e per una durata limitata, senza possibilità di proroghe. Sono beni comuni, tra gli altri: i fiumi i torrenti e le loro sorgenti; i laghi e le altre acque; l'aria; i parchi come definiti dalla legge, le foreste e le zone boschive; le zone montane di alta quota, i ghiacciai e le nevi perenni; i lidi e i tratti di costa dichiarati riserva ambientale; la fauna selvatica e la flora tutelata; i beni archeologici, culturali, ambientali e le altre zone paesaggistiche tutelate. La disciplina dei beni comuni deve essere coordinata con quella degli usi civici. Alla tutela giurisdizionale dei diritti connessi alla salvaguardia e alla fruizione dei beni comuni ha accesso chiunque. Salvi i casi di legittimazione per la tutela di altri diritti ed interessi, all'esercizio dell'azione di danni arrecati al bene comune è legittimato in via esclusiva lo Stato. Allo Stato spetta pure l'azione per la riversione dei profitti. I presupposti e le modalità di esercizio delle azioni suddette saranno definite dal decreto delegato». (È possibile reperire i lavori della Commissione Rodotà al link: *https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni_studi_ricerche_testo_selezionato?contentId=SPS47624*). Per un approfondimento, rimando a U. Mattei, E. Reviglio, S. Rodotà, *I beni pubblici. Dal governo democratico dell'economia alla riforma del Codice civile*, Accademia dei Lincei, Roma, 2010. Si veda anche G. Stolfi, *Beni comuni in Parlamento. Per un percorso tra storia e diritto, verso approdi condivisi?*, in «Studi parlamentari e di politica costituzionale», (2012), 177-178, p. 54. Critico nei confronti della impostazione data dalla Commissione, Luca Nivarra il quale sostiene che la categoria di beni comuni: «…viene congegnata in modo tale da istituire una categoria di beni […] dai confini non rigidamente predeterminati» in L. Nivarra, *Quattro usi di "beni comuni" per una buona discussione*, «Rivista critica di diritto privato», (2016), XXXIV, pp. 43-64. Oltre ai lavori della Commissione, Stefano Rodotà si è interessato molto al tema dei beni comuni in diverse opere quali ad esempio: S. Rodotà, *Beni comuni e categorie giuridiche, una rivisitazione necessaria*, «Questione Giustizia», (2011), 5, p. 237 e ss.; Id., *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012; Id., *Il terribile diritto. Studi sulla proprietà e sui beni comuni*, il Mulino, Bologna, 2013. Ed il recente Id., *I beni comuni. L'inaspettata rinascita degli usi collettivi*, La scuola di Pitagora, Napoli, 2018.

appartenente ad un "terzo genere" di beni. E questi beni sono: l'acqua, le foreste, le montagne. Tuttavia, difficilmente la sanità potrebbe rientrare in questa qualificazione poiché si tratta di un concetto certamente anche immateriale. (Slide 28)

Seguiamo invece la caratterizzazione che si concentra sulla gestione più che sulla appartenenza/titolarità di beni. Il problema più importante è chi gestisce la risorsa e come la gestisce. (Slide 29) Ecco che allora, vedete, si fa sempre più vicina l'idea secondo cui occorre approfondire, in una prospettiva di responsabilità concreta, la qualificazione che oggi stiamo affrontando di superamento della antitesi tra pubblico e privato, seguendo la via del terzo settore.

(Slide 30)

In questo senso il Terzo settore costituisce il vero protagonista. Un insieme di comunità dedicate alla utilizzazione di una risorsa e, allo stesso tempo, a preservarla. Ovviamente lo chiamano Terzo settore ma in realtà è il primo: non si colloca in ciò che rimane dello scontro tra Stato e mercato, ma dà forma e sostanza ai principi costituzionali, in particolare della solidarietà e sussidiarietà, perché la comunità che c'è dietro la risorsa si sostiene su quei principi. (Slide 31)

Solidarietà e sussidiarietà sono i principi che costituiscono ogni comunità, in particolare una comunità che ha riguardo alla tutela di un bene comune, di cui si assume la responsabilità di gestione. (Slide 32)

Molte teorie legate ai beni comuni peccano forse di astrattezza poiché affermano che la comunità di fruizione (e quindi di gestione) è potenzialmente infinita, formata da tutti (cittadini e non). E quale è il riferimento storico e sociale di questo tipo di comunità? Nuovamente lo stato. E dunque, in queste concezioni, *comune* diviene sinonimo nuovamente di *pubblico*.

Il mondo anglosassone su questo punto è molto più attrezzato, perché tiene ferma la distinzione: "*commons*" non è "*public*", non è governativo. Si tratta di una impostazione che si dedica più marcatamente alla definizione di nuovi modelli di relazione tra comunità e risorse, puntando l'attenzione sulle possibili forme di gestione, anche prescindendo dalla titolarità formale del bene (della risorsa) comune. In questo modo non sussiste una prevalenza di una particolare comunità: sussiste invece la esigenza di un ecosistema di piccole comunità di gestione che poco o nulla hanno a che vedere con i modelli fortemente ideologizzati di cui abbiamo parlato in precedenza. Questa impostazione, che possiamo anche definire non ideologica, si concentra su nuovi modelli di cura in cui il privato ed il pubblico cooperano in posizione di mutua collaborazione.

Secondo questo approccio, i beni comuni potrebbero essere tutte quelle risorse che fanno nascere nei cittadini le più diverse iniziative di partecipazione responsabilizzante. Qui si tratta dunque di valorizzare un interesse che non coincide completamente né con quello pubblico né con quello privato, ma che si caratterizza veramente come generale.

In questo modo, sarebbe l'esperienza concreta di cura congiunta di un bene, come ad esempio la sanità, a rafforzare quel particolare legame tra i cittadini che sono coinvolti in prima persona e si riconoscono come una comunità di gestione. In altre parole, è attraverso la gestione del bene che la comunità viene ad esistere. Qui la responsabilità nei confronti di una risorsa comune viene a rappresentare il fondamento della comunità stessa. Ecco che possiamo rilevare come questa impostazione culturale esprima un atteggiamento etico, per molti versi, fondazionale[18].

(Slide 33)

E qui entra in gioco la riforma costituzionale relativa alla sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, comma 4, Cost. secondo cui «Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà». (Slide 34)

Recentemente, inoltre, il terzo settore è stato oggetto, come noto, di una profonda revisione. Su delega contenuta nella legge 6 giugno 2016 n. 106, il 3 luglio 2017 è stato emanato il Decreto Legislativo n. 117 chiamato anche Codice del terzo settore (CTS). (Slide 35)

In particolare, l'art. 55 del Codice del terzo settore definisce la co-programmazione come quella attività finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili[19]. Invece, la co-progettazione costituisce una

[18] Una prospettiva che si caratterizza come fondazionale tanto della comunità quanto del soggetto stesso nella profonda relazione che vive con la sua mente ed i suoi stati mentali. Si veda per un approfondimento P. SOMMAGGIO, *La tutela dell'integrità mentale tra proprietà, beni comuni e libertà cognitiva*, in «Sociologia del Diritto» (2022), 1, pp. 98-128.

[19] Art. 55 Codice del Terzo Settore: 1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in

nuova forma di elaborazione e gestione di un progetto comune con la amministrazione. Il tutto secondo una formula che decisamente avvicina gli enti del terzo settore a quelle comunità di tutela e valorizzazione di risorse comuni che possono essere considerati veri e propri beni comuni. (Slide 36 e 37)

Questa "rivoluzione", peraltro, ha ricevuto una plurima conferma da parte della Corte Costituzionale. La Corte, infatti, ha precisato, nella sentenza n. 131/2020, che l'art. 55 CTS costituisce una possibile estrinsecazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale (art. 118, u. c. Cost.). Secondo la Corte questa disposizione "realizza per la prima volta in termini generali una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria, strutturando e ampliando una prospettiva che era già stata prefigurata, ma limitatamente a interventi innovativi e sperimentali in ambito sociale"[20]. (Slide 38, 39 e 40)

Infine, la Corte arriva a sostenere che, con l'espressa previsione contenuta nell'art. 118, co. 4, Cost., il legislatore costituzionale ha inteso "superare l'idea per cui solo l'azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale e si è riconosciuto che tali attività ben possono, invece, essere perseguite anche da una 'autonoma iniziativa dei cittadini' che, in linea di continuità con quelle espressioni della società solidale, risulta ancora oggi fortemente radicata nel tessuto comunitario del nostro Paese". (Slide 41)

Questa rivoluzione appare confermata anche da una più recente sentenza del 2022[21].

---

particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona. 2. La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. 3. La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2. 4. Ai fini di cui al comma 3, l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avviene anche mediante forme di accreditamento nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché' dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner.

[20] Si veda la massima 43495 relativa alla sentenza 131/2020.

[21] La massima della sentenza precisa che: "Il sistema degli enti del terzo settore (ETS) si radica in una dimensione che attiene ai principi fondamentali della Costituzione, in quanto espressione di un pluralismo sociale rivolto a perseguire la solidarietà – posta dall'art. 2 Cost. tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico – e a concorrere all'eguaglianza sostanziale che consente lo sviluppo della personalità, cui si riferisce il secondo comma dell'art. 3 Cost. Proprio in quanto tale, questo sistema è valorizzato ai sensi del principio di sussidiarietà oriz-

Queste considerazioni appaiono indirettamente confermate altresì dall'art. 6 del D. Lgs. 36 del 31 marzo 2023[22] (Codice dei contratti pubblici)[23]. Ovviamente possiamo affermare che la sussidiarietà orizzontale costituisce un incremento un ausilio e non una sostituzione degli enti pubblici nella cura e tutela dei bisogni collettivi: una nuova opportunità per i privati di provvedere direttamente ad attività di interesse generale.

Attenzione perché questa è una rivoluzione culturale. Noi culturalmente siamo nati con il concetto di Stato "*dalla culla alla tomba*" e tuttavia questa promessa utopistica non è stata mantenuta e non è più possibile garantire questa opportunità. Di questo occorre prendere atto con coraggio e, io credo, mentalmente noi siamo attrezzati, noi intendo noi Veneti, noi italiani e, segnatamente, noi europei.

La riforma costituzionale del 2001 e la riforma del terzo settore costituiscono una architettura formale unica al mondo e ci fornisce un abbrivio.

Ecco che, allora, qui mi piace ricordare Carlo Borzaga[24] e quanto sosteneva circa le potenzialità del Terzo settore: un insieme di attori che rispondono a bisogni collettivi, con logiche diverse da quelle del mercato e della pubblica amministrazione, garantendo un modello di sviluppo sociale più inclusivo e partecipativo. (Slide 41)

---

zontale di cui all'art. 118, quarto comma, Cost., fino a dar vita, nell'art. 55 cod. terzo settore, a un modello di amministrazione condivisa tra gli ETS e le pubbliche amministrazioni". Massima n. 44709 relativa alla sentenza n. 72/2022.

[22] Articolo 6. Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale. Rapporti con gli enti del Terzo settore. 1. In attuazione dei principi di solidarietà sociale e di sussidiarietà orizzontale, la pubblica amministrazione può apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, modelli organizzativi di amministrazione condivisa, privi di rapporti sinallagmatici, fondati sulla condivisione della funzione amministrativa con gli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, sempre che gli stessi contribuiscano al perseguimento delle finalità sociali in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente e in base al principio del risultato. Non rientrano nel campo di applicazione del presente codice gli istituti disciplinati dal Titolo VII del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017.

[23] Anche qui la portata generale dell'articolo 6 consente di enucleare un principio giuridico di portata veramente rivoluzionaria poiché le pubbliche amministrazioni possono ricorrere in via ordinaria ai procedimenti collaborativi. Questo principio, unito al principio di risultato (art. 1) e di auto-organizzazione della amministrazione (art. 7), consente di sostenere che le pubbliche amministrazioni, in ragione dei risultati da realizzare, delle finalità e degli obiettivi posti, possono preferire le procedure collaborative, anziché quelle competitive.

[24] Si veda C. Borzaga, *L'impresa sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2012. Carlo Borzaga è stato un economista italiano, professore di Politica Economica presso l'Università di Trento e, dal 2008 fino a maggio 2022, presidente di Euricse (European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises).

Il Terzo settore, infatti, ha proprio questa idoneità, ha questa aspirazione: creare comunità che si prendono cura di alcune risorse per creare una risposta concreta ai bisogni della comunità.

È un sogno? Forse sì, può cominciare come un sogno, però gli strumenti giuridici ci sono tutti, a partire dalla riforma costituzionale del 2001 e alla riforma del settore del 2017. (Slide 42)

Ciò spiega le ragioni che sottostanno a quell'insieme di nuove regole che vengono sentite da alcune parti del settore come inutile burocrazia, ad esempio il RUNTS, il controllo del bilancio. La risposta è molto semplice: una volta che si può perseguire un interesse generale attraverso una risorsa, si è chiamati all'obbligo di preservarla e di utilizzarla, dando conto della propria attività come comunità.

Ciò è ancora più vero per la sanità: proprio a tale riguardo oggi viene citata più volte la riforma del Terzo settore, che sancisce da parte delle amministrazioni pubbliche la garanzia del coinvolgimento attivo degli enti, attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento: questi tre articoli fondamentali (Artt. 55, 56 e 57), costituiscono una sorta di "*trinità laica*" che individua tutte le attività che possono essere svolte dal Terzo settore di concerto con la pubblica amministrazione. Ovviamente, al primo posto ci sono i servizi sociali, ma il legislatore mette al secondo e al terzo posto proprio interventi e prestazioni sanitarie, e prestazioni socio-sanitarie nell'elenco di quelle attività che sono appannaggio del Terzo settore. (Slide 43)

Ed ora dedichiamo qualche minuto a leggere i numeri: secondo l'Istat nel 2021 sono 360.625 unità gli impiegati nel Terzo Settore. Nel 2011 erano 301.191. Siamo passati perciò ad un aumento di quasi 59.000 unità, nel giro una decina d'anni e la tendenza sembra essere in aumento costante. Nel novero delle attività, abbiamo la sanità che pesa per il 3,4% ancora troppo poco a mio giudizio, veramente ancora troppo poco. (Slide 44)

Assistenza sociale e protezione civile invece "pesano" molto perché siamo sull'ordine di 35.000 unità quindi quasi il dieci il 10%. (Slide 45) Gli ambiti sanitari specifici individuati dall'Istat sono quattro: i servizi ospedalieri, sanitari, residenziali, psichiatrici. (Slide 46 e 47)

Ebbene, per concludere, un punto chiave da cui possiamo trarre gli elementi per capire il nuovo ruolo di questo vero e proprio consulente del terzo settore sono proprio le linee guida sul rapporto tra le pubbliche amministrazioni e gli enti del Terzo settore[25]. (Slide 48)

[25] Si vedano le Linee guida del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel Decreto

Il legislatore fornisce una serie di indicazioni molto forti, relative soprattutto alla capacità che occorre avere in relazione al coinvolgimento attivo e proattivo degli enti. Il giurista del terzo settore assume dunque una funzione enzimatica tra chi si occupa stabilmente dell'associazione e l'ente pubblico. Credo che uno dei punti chiave sia la partecipazione ai tavoli di co-progettazione nel momento in cui devo ascoltare l'amministrazione, proporre un progetto e trovare una mediazione con le esigenze dell'attore pubblico. Ci avviciniamo dunque all'individuazione di una nuova figura professionale che, a ben guardare, ha le caratteristiche del facilitatore[26].

Il giurista del Terzo settore è colui che può rappresentare un facilitatore nei nuovi processi di collaborazione privato-pubblico; può diventare un coordinatore, un progettista, un esecutore responsabile in questi nuovi rapporti paritari non solo con la pubblica amministrazione. Perché quando si partecipa al tavolo di co-progettazione è possibile essere in rete o federati anche con enti privati e quindi si dovrà svolgere un'attività di coordinamento. Ecco che allora avremo bisogno di una serie di capacità, di abilità, di *expertise*. (Slide 49)

Il project management è fondamentale, perché oggi anche la pubblica amministrazione si sta attrezzando a ragionare per progetti. È finito il tempo di un tipo di azione che si muove attraverso prospettive di lungo periodo, attraverso grandi edifici concettuali ed organizzativi astratti.

Il project management consente invece di procedere focalizzando l'attenzione su progetti seguendoli nel loro sviluppo concreto.

Ulteriori capacità sono le capacità di "*team building*", di "*problem solving*", di argomentare, di dibattere ovvero di sostenere le ragioni del proprio progetto[27].

È noto che generalmente la pubblica amministrazione se non ha una sorta di "copertura" fondata sul precedente, difficilmente sostiene un nuovo progetto; infatti se non c'è un precedente è difficile ragionare in termini di responsabilità e di prassi amministrativa che sono invece fondamentali. (Slide 50)

Ministeriale n. 72/2021 dal titolo: Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n. 117/2017 (codice del terzo settore).

[26] Mi sia consentito per onestà intellettuale e riconoscimento di amicizia, precisare che questa idea del giurista del terzo settore come facilitatore non è mia, ma è del mio amico Nicolò Gennaro, direttore del Centro Servizi di Volontariato di Padova e Rovigo.

[27] Poiché se devo portare a casa un risultato ho bisogno di trovare e disporre gli argomenti migliori e devo essere in grado di contestare gli argomenti che mi vengono presentati dai miei interlocutori.

La Corte Costituzionale ci dà, come ricordava stamattina la professoressa Cacciavillani, una certa tranquillità perché ci dice che si realizza per la prima volta la procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria. (Slide 51)

Questo nuovo sistema è valorizzato, ai sensi del principio di sussidiarietà orizzontale, perché viene reso un modello di "*amministrazione condivisa*" tra gli ETS (enti privati portatori di interessi generali) e la pubblica amministrazione.

Quindi è vero che non c'è precedente, ma abbiamo la possibilità di presentarci serenamente alla pubblica amministrazione nel tavolo di confronto. A ben guardare, inoltre, vale anche il rovescio: la pubblica amministrazione ha questa possibilità, questa capacità e ha anche l'obbligo di dire di no quando l'ente del Terzo settore porta un progetto irrealizzabile. (Slide 52)

Ecco che, allora, le pubbliche amministrazioni possono ricorrere in via ordinaria ai procedimenti collaborativi. E in effetti è proprio ciò che sostiene l'art. 6 del Codice dei contratti pubblici. Ecco quindi che non è più un'eccezione servirsi di procedimenti collaborativi anche attraverso queste figure di facilitatori dei processi di amministrazione condivisa. (Slide 53, 54 e 55)

Il giurista del terzo settore, dunque, è un facilitatore, non è solo un esperto di regole, di procedure, di processi complessi che coinvolgono molteplici attori, enti etc. ma la sua funzione è quella di tradurre le esigenze degli interlocutori in strumenti adeguati, promuovendo collaborazione, co-programmazione e co-progettazione. Dovrà, in altre parole, gestire ad esempio le convenzioni, gli accreditamenti quindi occuparsi dell'"*accountability*" dell'ente e dell'implementazione di nuovi modelli di "*governance*". (Slide 56 e 57)

La governance è fondamentale perché riguarda l'aspetto interno all'ente, ma anche il tipo di rapporti esterni dell'ente, in particolare con le pubbliche amministrazioni. Mi piace ricordare qui ancora Gregorio Arena: il giurista del terzo settore non è solo colui che applica la norma, ma è un costruttore di percorsi, di innovazione istituzionale. (Slide 58, 59 e 60)

È un attore proattivo nell'ideazione, implementazione di politiche sociali e sanitarie innovative. (Slide 61) L'attività contribuisce a rafforzare l'integrazione tra il Servizio sanitario nazionale, i privati oltre che il Terzo settore, favorendo un modello di Sanità inclusivo, efficiente e sostenibile. (Slide 62)

In particolare, mi piace qui ricordare i cosiddetti "*futures philantropy*", che sono tutti quegli studi sul futuro che non sono ancora molto diffusi in Italia ma cominceranno ad essere sempre più seguiti. Sono studi sul futuro, sul come saranno le società tra cinque, dieci, vent'anni e che, attraverso una serie di indizi, si sforzano di capire quali saranno le tendenze, quali gli spostamenti. Questo perché i modelli di previsione non possono essere stabili, devono essere modelli adattabili, resilienti cioè capaci di adattarsi ai cambiamenti della società nel prossimo futuro.

Ecco che allora la proposta formativa che abbiamo individuato come Dipartimento e che costituisce la base del nostro Corso di laurea triennale, ovviamente pone al centro gli aspetti giuridici, economici ed organizzativi degli enti del terzo settore. (Slide 63)

Ma il nostro laureato non è solo un giurista perché abbiamo individuato ancora con il Comitato ordinatore presieduto dalla professoressa Adriana Topo la questione di poter sviluppare delle politiche pubbliche orientate all'interesse generale. (Slide 64)

Ovviamente la finalità del Corso qual è? Preparare persone competenti sicuramente sulle regole, sulle modalità di azione, soprattutto degli enti del Terzo settore, ma combinate con capacità anche di tipo sociologico, psicologico ed economico. Ecco che allora possiamo dire che il Giurista del Terzo settore è un mediatore tra Stato e mercato. (Slide 65 e 66)

Il giurista del terzo settore, quindi, può essere un mediatore tra sanità pubblica e sanità privata, perché il suo ruolo può essere considerato "terzo", perché la sua organizzazione è di tipo privatistico, ma non persegue un interesse egoistico bensì un interesse generale, un interesse comune: tutela quindi il bene comune della salute.

Quindi, il giurista chiamato a tutelare il bene comune della salute, superando la dicotomia Stato- mercato per una sanità realmente "partecipata". (Slide 67)

Su questo tema, per concludere, mi permetto di segnalarvi una ricerca dell'amico e collega Claudio Sarra sul diritto alla salute, protezione dei dati personali e intelligenza artificiale[28]. È un testo importantissimo, frutto di un progetto europeo, e coniuga la questione dei dati, in particolare dei dati sanitari, con le questioni legate all'intelligenza artificiale e ai modelli di organizzazione. (Slide 68)

---

[28] Si veda: C. Sarra, A. Zilio, G. De Bona, *Diritto alla salute, protezione dei dati personali e intelligenza artificiale*, Franco Angeli, Bologna, 2025, in open access dal link *https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/1332/1464/7388*.

Infine, mi permetto di segnalare che le sfide del giurista del terzo settore non sono solo giuridiche, economiche o organizzative. Sono sfide nell'ambito etico relativo alle nuove provocazioni del post-umano, ovvero quando oggi si cerca di dirigere l'evoluzione umana in senso artificiale; ecco perché è necessario che il giurista del terzo settore, ma anche ogni medico, sia addestrato alla comprensione dei problemi attuali del biodiritto[29]. (Slide 69)

Termino questo intervento, infine, con la segnalazione della ricerca che oggi Claudio Di Gregorio e io qui presentiamo: *Sanità: pubblica, privata o non profit? Indagine comparata sul ruolo del terzo settore nei sistemi sanitari occidentali e nell'assistenza sanitaria del Veneto*[30]. Si tratta di un lavoro che è destinato a rappresentare un punto fermo sui percorsi che anche il giurista del Terzo settore, nell'ambito sanitario, è chiamato ad intraprendere nel futuro oramai prossimo.

[29] P. Sommaggio, *Filosofia del biodiritto. Una proposta socratica per società postumane*, Giappichelli, Torino, 2016; P. Sommaggio, *Biodiritto, società e salute*, Giappichelli, Torino, 2023.

[30] Vedi P. Sommaggio, C. Di Gregorio, *Sanità: pubblica, privata o non profit? Indagine comparata sul ruolo del terzo settore nei sistemi sanitari occidentali e nell'assistenza sanitaria del Veneto*, Padova University Press, Padova, 2025. Liberamente fruibile al seguente indirizzo *https://www.padovauniversitypress.it/it/publications*.

CLAUDIO DI GREGORIO

SANITÀ: PUBBLICA, PRIVATA O NON PROFIT? INDAGINE COMPARATA SUL RUOLO DEL TERZO SETTORE NEI SISTEMI SANITARI OCCIDENTALI E NELL'ASSISTENZA SANITARIA DEL VENETO

L'idea di organizzare questo Convegno ci è venuta circa un anno e mezzo fa, a Padova, in occasione della visita del Prof. David M. Schizer, Dean emeritus della Columbia University e docente di Nonprofit Organizations and Law a quella sede. Eravamo il Professor Sommaggio, il Professor Moro, all'epoca Presidente del Corso di laurea in Giurisprudenza 2.0 a Treviso, oggi Presidente della Scuola di Giurisprudenza, ed io.

Ho proposto di organizzare un Convegno di questo tipo, pensando subito alla Professoressa Cristina Basso, che ha una lunga esperienza in campo medico con il continente Nord-Americano – proprio di recente, ha conseguito un prestigioso riconoscimento ad Harvard – e ad un'altra eminente studiosa, la Professoressa Jill R. Horwitz, che mi era stata segnalata da una comune amica, la Professoressa Martha Minow, anche lei Dean emeritus di Giurisprudenza, ad Harvard, e docente di Diritto degli enti non profit.

Il punto era che, essendo la Professoressa Horwitz a Los Angeles, un collegamento virtuale in una delle nostre lezioni sembrava improponibile e non sarebbe stato facile averla in Italia. Ma, come si dice, tentar non nuoce.

E così ho preso il coraggio a due mani, le ho scritto e lei mi ha risposto subito.

Questa è una cosa che in America, devo dire, io ammiro tantissimo, perché gli Americani sono pragmatici. Se l'idea gli sembra buona, non pongono tutta una serie di riserve, come dire, paletti, schermi, eccetera così come li abbiamo noi in Italia e questo li aiuta molto. Poi magari i ricercatori li prendono anche dall'Italia, però hanno una mentalità più aperta.

Eh sì ci avevo sperato, ve lo confesso, di vedere quello che ho visto oggi e qui parlo agli studenti. Vedete che bella cosa sono le Università

italiane? L'articolo 33 della Costituzione proclama non solo la libertà di Arte e Scienza, ma anche il libero esercizio dell'insegnamento. Il nostro Paese in questo è quasi un'oasi, e questa è la nostra forza.

Pensate a situazioni – e non le cito, ma so che ce le avete in testa – in cui si decide che si chiudono tutti i progetti di ricerca e la classe dirigente, ritenendo che alcune Università siano contro di essa, stabilisce di bloccare i finanziamenti a quelle Università

Ecco, tenetevelo da conto questo nostro modello, perché, sia pure con tutte le difficoltà e i problemi che tutti conosciamo, è almeno un modello ispirato alla libertà.

Immaginate quante cose avete imparato in un solo giorno, con quanti temi e quante persone vi siete confrontati, anche al di là dei relatori: questo è già tutto.

Pensate, poi, che questo Convegno è seguito in "*streaming*" da 503 enti del Terzo settore e dai vostri colleghi dell'Università della California e dal Center for Philanthropy and Nonprofits di Los Angeles. Perché, al di là di tutto – come disse J.F. Kennedy – "*abitiamo tutti questo piccolo pianeta, respiriamo la stessa aria, pensiamo al futuro dei nostri figli*", e le idee, i bisogni, i problemi e la voglia di affrontarli corrono più veloci delle Istituzioni.

Ed è per questo che – come dicevo – circa un anno e mezzo fa abbiamo pensato a questa "*indagine comparata*" sui principali sistemi di assistenza sanitaria dell'Occidente, comparandoli con il SSR Veneto e, soprattutto, cercando di definire il ruolo che in essi svolgeva e svolge il Terzo settore [Slide 2].

E devo dire che, dopo aver chiarito i termini del progetto a tutte le parti coinvolte, in Italia e all'estero, la risposta è stata entusiasta e sono qui a cercare di descrivervi i risultati raggiunti.

Intanto alcune precisazioni: la versione italiana del volume "*Health Care: Public, Private or Nonprofit?*" e viceversa, non sono l'una la traduzione dell'altra. Sono proprio due versioni diverse, destinate ad un pubblico diverso, tant'è che la stessa editrice Padova University Press ha loro attribuito due distinti codici ISBN. Poi, si tratta di un'edizione universitaria, non solo per conferire un carattere più – per così dire – solenne al lavoro, che si avvale di una "*double peer review*", ma anche perché rappresentasse un contributo di tipo accademico all'attività di ricerca in questo campo, che è vastissima.

Faccio degli esempi per spiegare la complessità del lavoro: a chi è diretto il volume? Agli operatori sanitari, certo, ai giuristi, sicuro, ma anche agli enti non profit e agli studenti. Ognuno ha un suo linguaggio e

dobbiamo mettere tutti in condizioni di capire. E questo in Italia. Ma la stessa cosa vale per gli Stati Uniti d'America e, più in generale, per il mondo anglosassone.

Nel volume voi trovate due pagine (nella versione italiana un po' di più), di abbreviazioni proprio all'inizio. Perché se non ci capiamo sugli acronimi, quando poi andiamo a vedere tutte le figure, che sono nell'Appendice, nelle quali il Ministero della salute dice: però, che bravi sono quelli del Veneto, guarda cosa realizzano, ma lo dicono attraverso una serie di codici – "D03C", "H04Z" etc. – bisogna studiarsi tutti i significati, e me li son dovuti studiare tutti io che di medicina so poco o niente. Non basta impararli, bisogna anche anche cercare di rendere le cose in maniera semplice.

Una delle cose che mi disse la Professoressa Jill Horwitz appena gli ho mandato solo il progetto di quello che avevamo in mente di fare è stato: "Molto interessante. Voi sostanzialmente avete nel vostro sistema tre categorie di non profit: ETS, Imprese sociali e Cooperative sociali, che "di diritto" appartengono alla seconda categoria. Ma vedo che in queste tre categorie, poi, avete una serie di attività (che noi in Italia chiamiamo "di interesse generale" e in America non profit, più correttamente "*Charitable, Nonprofits*"): 26 nella prima categoria, 22 nella seconda (imprese sociali), poi 6/8 nella terza (cooperative sociali).

Ma come fate a tenere insieme tutto questo? Noi negli Stati Uniti abbiamo molti meno ambiti e siamo 50 Stati".

Credo che Jill Horwitz ricordi queste prime battute. Io credo di aver risposto: "sai, noi siamo dei creativi, siamo fatti così. Proprio per questo l'Italia è un laboratorio fantastico di situazioni e di idee".

Il ruolo del Terzo settore nella Sanità – seguite le slide – si riduce, in realtà, in pochi concetti chiave[1].

O meglio, a due parole chiave, contenute nella lettera *b*) dell'art. 5, co. 1, del Codice del Terzo settore. E le due parole sono "*interventi*" e "*prestazioni*" sanitarie [Slide 2].

Se guardate la slide, vedete che accanto alla copertina del volume "Sanità etc.", c'è l'Indice del libro. Sei Capitoli del libro su dodici sono dedicati all'approfondimento dei sei ambiti nei quali si esplica l'attività del Terzo settore nella Sanità, tutti riferiti a quelle due parole: "interventi" e "prestazioni" sanitarie.

Se vado a memoria, tra tabelle e grafici, il volume riporta una cinquantina di immagini in Appendice. E sono tutti riferiti a due parole. Ma

[1] Le slide di cui è menzione nel testo sono riprodotte in Appendice, Compendio 4.

dietro c'è un mondo di gente che lavora, e lavora, credo, con passione, indipendentemente dal fatto che faccia parte del settore pubblico, privato o del non profit. Io devo ringraziare praticamente tutto lo staff della Direzione Regionale Sanità e Sociale e Azienda Zero. Perché, come spiegavo alla Professoressa Basso, occorre guardare, prima di leggerlo, alla premessa metodologica. Perché prima di scrivere una cosa in collaborazione con qualcun altro, in questo caso con la U.C.L.A. di Los Angeles, ci dobbiamo mettere d'accordo sulle cose di cui parliamo. E dobbiamo capire che parliamo delle "stesse cose". Ecco perché io avevo bisogno dei dati sugli enti da Azienda Zero, che però ha le sue regole.

Faccio un esempio, e mi rivolgo agli studenti: quando parliamo di Organizzazioni di volontariato, voi sapete che nel Codice del Terzo settore – e per essere onesti il nostro sistema non deriva solo dal Codice del Terzo settore, ma dai documenti dell'ONU, dalle Direttive europee, ha molte similitudini con la legge statunitense che disciplina la materia etc. – la parola chiave nelle OdV è la "gratuità" della prestazione.

Ma se parliamo solo della gratuità voi capite che nel momento in cui l'Agenzia delle Entrate o Azienda zero vanno a misurare quanto vale un certo settore o un comparto di quel settore, se parliamo di gratuità dovremmo scrivere "zero". E questo potrebbe andar bene dal punto di vista delle imposte sul reddito. Va meno bene da un punto di vista dell'Iva, come sanno quelli che ne conoscono i meccanismi.

Facevo appunto l'esempio a qualcuno oggi, durante la pausa pranzo: se il barista amico vostro vi offre il caffè, va benissimo per quanto riguarda le imposte sui redditi, ma anche se il barista scrivesse sullo scontrino "*corrispettivo non riscosso*", lo Stato l'IVA la vuole, e allora il barista la deve indicare.

Stessa cosa vale, ed è una norma di legge, cioè del Codice del Terzo settore, per i volontari. Certamente chi fruisce delle loro prestazioni gli corrisponderà al massimo un rimborso spese che, se non ricordo male, per gli Stati Uniti è di 500$ complessivo. In Italia è di 10 euro al giorno, massimo 150 in un mese. Il che, comunque, non esclude che il volontario, sia che faccia parte di un'organizzazione di volontariato sia che intervenga in forma individuale, debba essere registrato. Si parlava dell'ultimo registro, istituito due giorni fa. Noi siamo il Paese dei registri: il volontario deve essere registrato, ma questo serve a tutelarlo, perché se no come fanno a fissare per lui la copertura assicurativa da malattie e da infortuni sul lavoro e la protezione verso i terzi per incidenti sul lavoro? Quindi dobbiamo fissare un importo che vale ai fini contributivi, un importo "*figurativo*", ai fini della valutazione di questi gruppi di soggetti e

non può che essere quello della "*tariffa regionale*". Allora ecco che Azienda Zero lavora in un certo modo, mentre l'Agenzia delle entrate lavora in un altro modo.

Quindi, cosa abbiamo fatto? Abbiamo preso tutti questi soggetti, trasmessi da Azienda Zero, li abbiamo dati all'Agenzia delle entrate – cui va un ringraziamento particolare per la collaborazione davvero efficace che ci ha fornito – e gli abbiamo detto: "non vogliamo sapere quanto ciascuno dichiara, non è un nostro problema. Noi vogliamo sapere il totale di tutti costoro, perché l'Azienda zero me ne dava 1000, ma quei 1000 erano più o meno indistinti all'inizio fra privato e non profit, che non sono esattamente la stessa cosa.

Poi, nel solo non profit Azienda Zero comprendeva sia il sanitario, che era quello che ci interessava davvero, sia il socio-sanitario. E allora abbiamo dato tutti questi dati all'Agenzia delle Entrate e gli abbiamo detto: prendi "solo" la Sanità e di questa Sanità mi dici globalmente quanto vale.

Il settore Sanità in Italia [Slide 3] secondo l'ISTAT, dati 2020, conta 12.578 enti non profit e figura all'ottavo posto, per numero, nelle attività d'interesse generale svolte dal Terzo Settore. Se andate a vedere sulla stessa riga trovate 103.215 lavoratori dipendenti e la Sanità, al riguardo, costituisce il terzo comparto più importante di tutto il Terzo settore. E naturalmente in questa classifica non sono compresi i volontari.

La faccio breve: questo per il solo comparto Sanità in Italia, qui il socio-sanitario non c'entra.

Guardiamo gli Stati Uniti [Slide 4].

Parliamo solo degli ospedali: negli Stati Uniti il non profit nel 2019 aveva la proprietà del 69,79, diciamo 70% delle strutture ospedaliere, raggiungendo il 74,26% dei ricoveri di tutta la Nazione. Quindi, una forte presenza. Esattamente l'opposto, potremmo dire, di quello che avviene in Italia.

Se andiamo però in Paesi, per esempio, la Francia [Slide 5] che fa parte dell'Unione europea, vedete, noi abbiamo la quota di "impiego", cioè di lavoratori per "settore pubblico". E abbiamo che il settore pubblico detiene il 65% del personale impiegato nella Sanità. Il 12% è gestito dal non profit e il privato ne impiega un 23%.

Però, se mettete insieme l'uno e l'altro arrivate a più di un terzo di operatori "non pubblici" che stanno nel mondo della Sanità. E se poi guardate naturalmente le retribuzioni, non certo quelle del non profit ma quelle del privato vedete che sono sensibilmente più alte.

Vediamo che succede in Inghilterra [Slide 6]

Il sistema britannico, anche senza arrivare all'*Act of Relief for the Poor* della regina Elisabetta I (1608), è ispirato ad un modello che si chiama "Beveridge", dal nome di chi lo ha inventato, che nasce sostanzialmente alla fine della seconda guerra mondiale (1948) e che è andato avanti fino a 10 anni fa circa.

Un sistema che prevedeva una copertura universale di tutte le cure, a carico dello Stato, quindi a carico della fiscalità generale. È stato modificato con due distinte riforme, una del 2012 e un'altra del 2022 che, in estrema sintesi, hanno spostato ciò che sembrava intoccabile nel "*welfare*" britannico. Hanno progressivamente spostato parte del comparto sanitario verso altri settori, diversi dal pubblico. Non solo, hanno creato un sistema integrato pubblico-privato-non profit. Infatti, si chiama "*Integrated care system*" che opera attraverso strutture dedicate, che sono anch'esse strutture integrate. E infatti si chiamano così. E il motto è proprio "*working together*". E questo mi fa pensare a quello che è successo proprio qua nel Veneto. "*Working together integrated Care Board for Integrated Community Services*". [Slide 6] Metterei l'accento sulla parola "*community*" che mi fa pensare proprio a quella parte dell'art. 118, co. 4, della Cost. it. in cui, nel dichiarare la legittimità costituzionale dell'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, ci si riferisce indirettamente all'articolo 2 della stessa Carta Costituzionale, quello che afferma i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali in cui svolge la propria personalità, ma che proprio perché "inviolabili", richiedono altrettanti "*inderogabili*" doveri di "*solidarietà politica, economica e sociale*", ossia quella solidarietà che è uno dei cardini delle finalità a cui debbono ispirarsi gli ETS, nello svolgimento delle attività di interesse generale.

In Germania [Slide 7] sono presenti all'incirca 1700 strutture ospedaliere. La Germania è lo Stato europeo che spende più soldi di tutti per la Sanità, e ciò nonostante c'è una piccola porzione di popolazione che continua a pagare. Un po' come noi quando paghiamo il c.d. "ticket" sulle prestazioni sanitarie e sull'acquisto dei farmaci.

Quindi, anche la Germania, che è il Paese che paga enormemente più di tutti gli altri come spesa per la spesa sanitaria pro-capite, attribuisce comunque al singolo paziente un pezzetto di spesa che, come si vede dalla tabella, è la parte designata con l'espressione inglese "*out of pocket*".

Ebbene, la Germania ha un sistema che ancora in gran parte è ispirato al modello ottocentesco c.d. "Bismark", dal famoso cancelliere prussiano.

Anche in questo caso, si può rilevare che il non profit rappresenti un terzo degli operatori; ma se si mette insieme non profit più privato-for profit, cioè a scopo di lucro in tutti i sensi, siamo già oltre quasi il 60%. Eppure è un sistema in cui il pubblico assicura, in linea di principio, la copertura universale della spesa sanitaria.

E ancora, abbiamo preso il caso della Finlandia [Slide 8]. Perché? Perché la Finlandia, che fa parte dei Paesi nordici, è il Paese che tra essi registra la peggiore performance dal punto di vista sanitario. Ebbene anche lì, ad un certo punto hanno stabilito di creare dei programmi "*integrati*" nei quali il settore non profit svolge un ruolo di rilievo.

Con particolare riguardo alla rete ambulatoriale – ce ne ha parlato stamattina la dottoressa Carraro, del Poliambulatorio Emergency di Venezia-Marghera – gli interventi e le prestazioni nei campi della salute mentale, della chirurgia ortopedica, della cardiologia, della ginecologia e ostetricia, della cura del cancro, anche in centri ospedalieri dedicati sono svolti per lo più da centri nonprofit.

Siamo poi al Canada [Slide 9]. Qui hanno creato, almeno questa è la cosa che è venuta in rilievo, i programmi "*integrati*" fra settori privato-non profit-pubblico sperimentati, in particolare, nello Stato di Alberta, che è nel Canada occidentale.

La cartina mostra che la spesa sanitaria pro-capite in dollari canadesi è diversa da regione a regione. Quindi dobbiamo tener conto anche del fattore geografico o orografico.

Ebbene, nello Stato dell'Alberta è stato varato un programma integrato, i cui risultati, compendiati in un rapporto, hanno costituito l'oggetto di un premio speciale nella 23ª Conferenza internazionale dell'assistenza sanitaria "*integrata*" di Anversa, in Belgio, nel 2023. Ce ne dà notizia il Prof. Richard Lewanczuk, docente di Endocrinologia e Metabolismo nell'Università di Alberta, Canada.

E arriviamo al Veneto [Slide 10]: perché la cosa che colpisce in tutte queste situazioni è che da una parte, anzi direi su una sponda e su un'altra dell'Oceano Atlantico, indipendentemente da quello che è l'ordinamento giuridico, da quella che è la loro storia, cultura, tradizioni, lingua, tutto quello che volete, noi rileviamo non solo il progressivo incremento del ruolo del non profit nel campo della Sanità, ma anche il fatto che i problemi e le esigenze e la gestione dei problemi e delle esigenze, e ormai anche delle risorse è, se non identico, molto simile.

Quindi, è vero che a noi mancano i medici e gli infermieri, ma mancano anche in altri Paesi. Questo è uno dei problemi. Quello che si rileva

è che il Terzo settore interviene negli stessi ambiti: nel campo della salute mentale, ad esempio.

Una cosa è stata replicata proprio qua in Veneto dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Medea". È una cosa che si chiama "*Hospital-to-home*". Che succede ai lungodegenti, quelli che subiscono un intervento importante, sono in ospedale ma stanno in ospedale per due, tre quattro, mesi? Cominciano a respirare un certo modo di essere e poi tornano a casa loro.

E si devono riabituare a tutto quello che avevano lasciato, magari anche in condizioni fisiche non da campioni del mondo sportivo, no? L'esperimento dell'Istituto Medea replica l'esperienza canadese riportata da Lewanczuk. Perché, come ci hanno detto stamane la Dott.sa Giusi Bonavina e la Prof.sa Cacciavillani, il progresso tecnologico e le innovazioni vanno più velocemente dei provvedimenti normativi e dei processi organizzativi.

Ce n'è un'altra di esperienza, che si chiama "*Human to Human*". E quella che qualche autore italiano ha già qualificato come Quarto settore[2]. Perché quarto? Perché non si compone di enti, ma delle persone che assistono un loro parente o che hanno fatto esperienza della stessa patologia, l'assistito ha una malattia grave e non solo grave, ha una malattia rara, e allora si fanno forza e coraggio fra di loro.

Ecco, questa cosa costituisce, almeno così risulta dagli studi, un "valore aggiunto", perché chi assiste è colui che a sua volta è passato per quella malattia e non c'è ancora bisogno di creare un'associazione, una cooperativa sociale o una fondazione. E di recente il Governo ha portato in Parlamento un Ddl per i "*caregivers*". Siamo ancora agli albori. Non è codificato il quarto settore, però esistono esempi di questo tipo, per esempio, in Canada e in Finlandia. E in Veneto lo avevano già fatto, come dimostra il numero 1604 in azzurro alla fine della Tabella a sinistra [Slide 10].

Noi ne abbiamo messi da parte 588, perché questi 588, secondo i nostri criteri, operano esclusivamente nell'assistenza sanitaria: ambulatoriale, ospedaliera, case di cura. Cure termali non è una cosa tipo Spa, è una cosa appunto da cura. Strutture intermedie. Trasfusionale, trasporto e soccorso su cui abbiamo fatto e detto tutto quello che c'era da fare e dire nell'ambito del nostro corso di Diritto degli enti no profit.

---

[2] Cfr. A. Antico, *Il quarto settore in Italia, in Italia IUS, Diritto degli enti locali*, 2023, in *https://italiaius.it/terzo-settore/il-quarto-settore.*

E 503 di questi enti sono adesso, in questo momento collegati in "*streaming*". Io onestamente quando l'ho pensata non speravo nemmeno che avrebbero aderito in così gran numero. E, a proposito: ne approfitto per inviare un caloroso saluto ai nostri amici del *Center for Philanthropy and Nonprofits*, che ci seguono da Los Angeles e che si sono appena collegati, per ragioni di fuso orario. Grazie molte. Ecco, ne abbiamo presi 588.

E, a nostra volta, li dobbiamo centellinare per effettiva attività d'interesse generale compiuta.

E, per esempio, noi stamattina ne abbiamo sentita una, la dottoressa Marta Carraro, di Emergency. Guardate quanto è vasta la rete poliambulatoriale affidata agli enti del Terzo settore in Veneto [Slide 11]. Perché ho invitato Emergency a questo Convegno? Perché effettivamente colma un vuoto, ma un vasto vuoto. E quello che non ha detto la Dott.sa Carraro è che l'attività di Emergency non riguarda soltanto gli stranieri; riguarda anche i cittadini italiani che, per tutta una serie di ragioni, certamente non volute dal legislatore, non sono coperti dall'assistenza sanitaria. Se non ci fosse Emergency lì a Marghera, quei cittadini semplicemente non fruirebbero dell'assistenza sanitaria che è prevista per legge.

Ecco perché esiste tutto questo mondo. Nelle slide è racchiuso in due parole: "valori", quelli contabili, statistici, etc., e "valore", un bene immateriale e perciò difficile da cogliere, da definire e, nondimeno esistente e percepito dalla collettività.

Gli enti tipo "Emergency", nell'anno 2022, hanno prestato assistenza, assolutamente gratuita, ma io qui son d'accordo con il Prof. Alceste Santuari e credo anche che il fatto della gratuità non sia così essenziale.

Quello che è essenziale è tutta un'altra cosa e cioè che i Poliambulatori non profit [Slide 11] ne abbiano curati 6.582, nel solo 2022. E sono tanti.

E mi avvio alla conclusione.

Ciò che ha fatto il Veneto è davvero encomiabile. Oggi c'è questa Giunta regionale, ce ne sono state altre, anche di diverso colore, perché questa Giunta ha aggiunto un altro "*step*" ad un processo che è iniziato nel 1979, mi verrebbe da dire nel 1978, quando è stato costituito il Servizio Sanitario Nazionale e, guarda un po', chi l'ha fondato il Servizio Sanitario Nazionale? Una veneta, intanto una donna, e poi era una veneta. E nel '79 già ci sono – e c'è scritto nel libro – tutti i germi di quello che è il Sistema della "*sanità partecipata*" [Slide 12] che non è solo parteci-

pata – e torniamo agli esempi che vi ho fatto dei sistemi sanitari occidentali – ma è anche integrata, e l'una non può vivere senza l'altra.

E come lo ha reso concreto tutto questo? Lo ha reso concreto proprio attraverso gli Ambiti Territoriali (ATS) e non ci torno, perché ve ne hanno già abbondantemente parlato la Prof.sa Cacciavillani e il Prof. Santuari, ma anche attraverso la creazione dell'Assemblea permanente dei cittadini e dei pazienti. Ci avevano già provato la Regione Lazio, e subito dopo la Regione Campania. Ma il Veneto l'ha portata a compimento.

E chi ha chiamato? Ha chiamato i rappresentanti delle associazioni o comunque degli enti del Terzo settore. I quali non stanno lì tanto per fare presenza, ma perché sono stati eletti, e parte di questi entrano nella "Cabina di regia", che non è soltanto uno sportello di ascolto, una sorta di stanza di deposito dei "*cahiers de doléances*", ma serve proprio a rendere il più informati possibile i famosi "*Stakeholders*" – di cui ci dirà molto più approfonditamente la Prof.sa Jill Horwitz, che ha presieduto il "*Restatement of the Law. Charitable Nonprofit Organizations*" negli Stati Uniti – ma anche, come diceva la Prof.sa Cacciavillani, ad "*orientare*" il progresso tecnologico-scientifico dell'assistenza sanitaria.

E allora, e concludo davvero, io vi ho fatto vedere i risultati della nostra "*indagine comparata*" quasi fossimo ad una lezione di economia aziendale o contabilità nazionale. Sono belli i numeri della Statistica, perché difficilmente controvertibili, costituiscono il "*nudo dato storico*". Ci dicono: quanto vale il Terzo settore? Beh, ci danno i suoi "valori" numerici.

Ma poi c'è un "VALORE" che è tutt'altra cosa, che non si può, come dire, indicare con i numeri, no?

E allora tutta questa indagine, che è durata insomma il tempo che è durata, ha confermato come, nel comparto Sanità, il Terzo settore [Slide 13]:

(1) ha consentito di coprire aree non altrimenti raggiungibili dal servizio pubblico e ritenute non remunerative dal settore privato-for profit;

(2) ha fornito comunque, spesso gratuitamente, la propria opera in modo indistinto a cittadini e stranieri, contribuendo in tal modo – il che non è poco, perché è ciò di cui parla proprio l'articolo 118, co. 4 della Costituzione – ad avvicinarli alle comunità presso le quali vivono.

Questo è il senso dell'articolo 5 della Costituzione: non lasciare che nessuno resti indietro. Poi, su questo, oggi, c'è una disputa interpretativa. Spero che prima o poi si ricomponga, perché hanno, in un certo senso, tutti ragione, quelli dell'una e dell'altra scuola di pensiero.

E allora dico, al di là dei valori contabili, qual è il "valore" del Terzo settore nel comparto sanitario?

La risposta la trovate subito prima dell'Indice del libro. Ed è anche la nostra conclusione, che mutuiamo da Madre Teresa di Calcutta, quando diceva: "*ciò che stiamo facendo non è altro che una goccia nell'oceano, ma se quella goccia non ci fosse, all'Oceano mancherebbe qualcosa*".

Grazie a tutti per l'attenzione.

JILL R. HORWITZ

HEALTH CARE: PUBLIC, PRIVATE OR NONPROFIT? THE U.S. SYSTEM: PUBLIC OR PRIVATE?

I would like to start by thanking Professors Di Gregorio and Sommaggio for inviting me to visit your wonderful city and to participate in this important event. I'm delighted to contribute to the volume[1]. I'd also like to thank Director Miele and Doctor Pro-Rector Basso for the warm welcome to the University. The opportunity to present in such an environment, immersed in such history, is a great honor; it also cannot help but remind me of the enduring power of research. Thank you.

Professors Di Gregorio and Sommaggio invited me to speak on an enormous topic: "Healthcare: Public, Private, or Nonprofit?" In other words, they invited me to consider all three sectors – for-profit, nonprofit, and government – and how they interact in the American context. I cannot do that without giving you a little bit of an overview of the health care system in the United States, but I promise that I will not dive too deeply into the details.

[Slide 2]. Additionally, I would like to mention one more preliminary matter. Under normal circumstances, I would typically focus my remarks on the differences among nonprofit, for-profit, and government health providers. But times are not normal in the United States. We are only at the beginning of what appears to be a massive reordering of our entire system of government, encompassing health systems, government structures more broadly, and perhaps even democracy itself. We are reminded that although the differences among the sectors matter a great deal, the three sectors are deeply intertwined. Indeed, in some respects, the three sectors are part of a single economic order. In some healthcare markets, for example, all three types of entities – nonprofits, for-profit, and government-owned – compete with each other and also depend on each other in the provision of healthcare to patients.

[1] The author thanks Andrew Goldblatt for excellent research assistance.

The U.S. Healthcare System in Brief

[Slide 3]. With this background in mind, let me provide a brief overview of U.S. healthcare. First, U.S. health care can only be loosely termed a "system". Instead of a system, we have something like a collection of disorganized providers and insurers. Here, you can see that healthcare is funded and provided by different types of legal entities at every level of government (federal, state, and local), as well as by various kinds of private sector actors.

If you were an American and you asked me to guess how you received your healthcare in the United States, I would have to ask you a series of questions before I could even begin to hazard an answer. I would ask you to tell me your age, employment status, socio-economic status, military service, and other relevant details. Who provides your care, how much care you receive, and whether and how you are insured depend on the answers to these and many more questions. You get the point.

[Slide 4]. Here are the results of the most recent National Health Expenditure Report from 2023. It shows that we spend 4,9 trillion dollars on healthcare. Notice that very, very little of this spending goes towards Public Health. Instead, this spending is primarily for health services, including direct services such as hospital and physician care. It is an enormous amount of spending. $4.9 trillion: We have the honor of spending more per capita than any other country in the world. $14,570 per person; that accounts for 17.6% of our GDP.

It may surprise you to see how much of the spending is from government rather than private sources. As with much of the U.S. economy, healthcare in the United States is commonly understood to be provided in private, competitive markets. And, compared to other countries, this may be an accurate characterization of the U.S. health care system. However, this chart tells a slightly different story. Almost half of our healthcare spending comes from government sources, which makes for a strange private sector market.

[Slide 5]. Again, I won't delve into the details, but here, you can see that there are different percentages of for-profit and nonprofit providers and insurers in various parts of the healthcare system. Looking at this slide, you can see that the majority of Americans, in fact, the vast majority of the people aged 18 to 64, are insured by their private employers. Nonetheless, even this private insurance is subsidized by the federal government. When I receive my paycheck from the University, there is a line that shows how much my employer contributed to my insurance and

how much I paid out of my wages for that insurance. Notably, my contributions are made on a pre-tax basis, as are those made by my employer. The government, therefore, subsidizes private, employer-sponsored insurance to a significant extent.

[Slide 6]. Despite our high levels of spending and enormous healthcare infrastructure, the U.S. has a long history of leaving many people without insurance. In 2010, approximately 20% of adults under the age of 65 were uninsured. In terms of the percentage of Americans with health insurance coverage, improvements have been made since the Affordable Care Act (also known as Obamacare) was passed. [Slide 7]. But we still have too many people without insurance. Many Americans have no insurance, and a quarter of all adults – 25% – under 65 are uninsured at some point over a two-year period [Slide 6]. When unemployment increases, as it currently is, due to the layoffs of federal employees, more people become uninsured. However, being uninsured in America does not mean that people cannot receive any health care. Hospitals are required to provide some level of care in their emergency rooms. But the care that they receive is often inadequate and unaffordable.

I have one more comment about North American health systems. Many Americans point to Canada as an example of the health system they would like to adopt. [Slide 8]. But my Canadian colleagues would tell you that Canada has perhaps the second worst healthcare system in the developed world, so maybe it's not such a good model. Interestingly, even in Canada, which is considered a public system, two-thirds of Canadians have some form of private insurance, and approximately 30% of healthcare spending in Canada comes from the private sector.

Ownership of Hospitals in the US

[Slide 9]. With these introductory remarks, let me now turn to ownership. Even if we have a universal insurance system and publicly provided health insurance, the institutions that provide health care might be publicly owned, but they could also be privately owned. In the U.S., providers, such as hospitals, can be either government-owned or privately owned, and may be either nonprofit or for-profit. I will focus my talk on the differences between nonprofit and for-profit hospital ownership, but I could also tell a similar story about other healthcare providers.

[Slide 10]. This slide shows the percentage of hospitals by ownership type, providing insight into the hospital system in the United States.

It provides a summary of the split between nonprofit, for-profit, and government-owned acute care hospitals in urban areas. The United States is a vast country with a lot of people living in very rural areas; the more rural an area is – say, where it takes you a full day to drive to a city – you will find that almost all the hospitals are owned by the public. Private hospitals, either for-profit or nonprofit, simply cannot afford to operate in those areas. In areas that are still rural but not the farthest from a city, hospitals tend to be both nonprofit and government-owned, rather than for-profit.

[Slide 11]. This mix of ownership has been shockingly consistent over time. I could go back many decades and show you a similar distribution of hospital types. These markets, nonetheless, have been dynamic. There have been numerous changes in ownership of individual hospitals; for example, nonprofit hospitals are sold to for-profit companies and *vice versa*.

[Slide 12]. Before proceeding, I will take a step back and focus on what we mean by ownership in the United States. The state governments determine whether an organization is granted nonprofit status. In the U.S. nonprofits generally take the corporate form rather than the trust form. In short, to become a nonprofit, you file articles of incorporation or trust documents with the state government. Whether you get tax benefits – income tax exemption, property tax exemption, the ability to issue tax-exempt debt – is a separate question. Some of these benefits are particularly important. For example, tax-exempt debt is the primary vehicle by which nonprofits can make large capital investments.

[Slide 13]. The value of these exemptions has long been a major issue of controversy in the United States, with estimates ranging between approximately $10 billion and $40 billion per year. Some legislators in the federal government want to eliminate federal tax exemptions for hospitals because they believe that nonprofit hospitals do not provide sufficient free care to uninsured patients to justify these tax exemptions.

Of course, it is unclear how hospitals could possibly provide the free care that uninsured patients need. [Slide 14]. I'm not sure if you have this expression in Italian: "There is no such thing as a money tree in the basement". Nonprofits don't and can't manufacture money to pay for all the care that is needed.

It's not that nonprofits cannot earn profits. They can and they must make income to operate just like any other hospital. However, like every other private business in America, they do not have sufficient profits to

solve what is a major national problem in my country – the complete lack of insurance or being insufficiently insured.

In fact, historically, hospitals have never provided free care to all who need it; they have always charged for their services. In fact, if we go back to the earliest history of U.S. hospitals, we will see that their boards of directors would choose to admit patients based on their ability to provide services; for example, they would admit women who were capable of cleaning, spinning, or caring for others.

In essence, what the patients were doing by providing these services was exchanging their labor for medical treatment. You can find similar examples in previous centuries, such as the treatment of inmates at an almshouse. These almshouses made their residents work. There was always an exchange of something of value, whether it was money or labor, in exchange for healthcare.

Let me change gears. In this part of my talk, I aim to provide a brief overview of alternatives to nonprofits by discussing the differences between nonprofit and for-profit hospitals. Although my focus is on both nonprofit and for-profit hospitals, I will also mention government hospitals, because their behavior tends to be quite different from private hospitals. In the United States, we tend to think of many public hospitals as hospitals of last resort, where patients in need but without insurance go to receive their care.

Hospital Services and Ownership

[Slide 15]. The data I'm about to show you is based on a large research project in which my research team examined every major service line provided by acute care hospitals and divided them into three categories: hospital services that are relatively unprofitable to provide; hospitals that tend to be quite profitable; and services that change over time, that switch from unprofitable to profitable or "vice versa" during my study period.

I then compared the distinct types of hospitals to see which services they provided. [Slide 16]. This slide is representative of what I found. The figure shows the probability that each kind of hospital offers adult cardiac surgery. These lines show that the results are quite constant over time. This service is highly profitable. In fact, cardiac care is often called the revenue center of the hospital.

As an earlier slide demonstrated, nonprofit hospitals are bigger than for-profit or government hospitals. Therefore, they are more likely to

provide more, a wider range of, services, including cardiac surgery. But, if you compare similar types of hospitals – hospitals that are about the same size, in the same kind of location, serving roughly the same type of patients – what you find is that the for-profit hospitals are more likely to offer this very profitable service than are nonprofit hospitals. Government hospitals are the least likely to offer it. This finding is quite surprising because doctors in the United States are all trained the same way, regardless of whether a hospital is nonprofit or for-profit, and patients need this treatment irrespective of their location. However, all things being equal, for-profits are more likely to offer this service.

[Slide 17]. The next slide shows the opposite relationship for a different service, psychiatric emergency services. These services are quite unprofitable, in part because the patients who need the services are often poorly insured, and they often have comorbidities that make them difficult to treat. Here we see that for-profit hospitals are *less* likely than comparable nonprofit hospitals to offer this unprofitable service. The government hospitals are the most likely to offer them.

[Slide 18]. So, here is a figure from much older research, but it is quite illustrative. This graph is about home healthcare, a service that was once quite profitable for hospitals to provide due to complex federal rules regarding reimbursement. At a certain point, the service became less profitable for hospitals to provide. And what you see is that when the service became less profitable the for-profit hospitals exited the business quite dramatically. They become much less likely to offer home health care. You can also see that nonprofits and government hospitals followed a similar pattern, albeit not nearly as dramatically, as the for-profit hospitals.

[Slide 19]. This next graph shows the results of a recent study of mine. It concerns whether a hospital has an emergency room. Emergency services have traditionally been very unprofitable for a hospital to offer. Still, almost every acute care hospital in the country has an emergency room; nonetheless, being a for-profit hospital has long been correlated with not having an emergency room. Recently, however, hospitals have discovered ways to make emergency care profitable. And what you see is that as they have made the service more profitable, and in response for-profits get into the business.

Finally, ownership does not only affect the individual hospital's service provision. [Slide 20]. This figure shows "spillover effects," the way in which the presence of for-profit hospitals in a market influences the behavior of nonprofits and government hospitals. The more for-profits in

the market, the more nonprofits and government hospitals act like those for-profits in choosing whether to offer profitable or unprofitable services.

The bottom line is that compared to similar nonprofits, for-profits are more likely to invest in profitable services, less likely to invest in unprofitable services that poor patients disproportionately need, and they adjust their service lines as profitability changes. That nonprofits do not maximize profits in choosing services is quite valuable to patients for both the availability of unprofitable services and keeping the availability of profitable, often over-provided, services. [Slide 21].

The New For-Profits

[Slide 22]. I'll conclude my remarks by discussing new developments in for-profit medicine, including the changing face of for-profit hospitals. For a long time, for-profit hospitals in the U.S. tended to be part of big chains of hospitals. The owners were large private companies or companies owned by shareholders and listed on stock exchanges. These companies tended to be long-term players in the hospital business. [Slide 23]. As I showed you earlier, these for-profit hospitals had a disproportionately large impact on all hospitals nationwide. The more admissions to a for-profit hospital in an area, the more the other hospitals – nonprofit and government – in that area behaves more like a for-profit in deciding which services to offer. These effects were based on the old form of for-profit hospitals, specifically publicly traded for-profit hospital companies, which I have just described.

[Slide 24]. We are now seeing something quite different. Over the past fifteen years, we've seen a significant increase in the number of private equity firms, private funds, and individual investors acquiring various types of healthcare providers in the United States. These owners are private in the sense that they are not publicly listed on exchanges and owned by shareholders. These groups have come to dominate the healthcare market in many areas. For example, work by Professor Richard Scheffler and other health policy scholars shows that in some physician practice markets (about 13% of metropolitan statistical areas), a single private equity firm owns more than half the market. In more than a quarter of our metropolitan statistical areas, a single firm has a market share of over 30%. [Slide 25]. Private equity firms are acquiring hospitals and physician practices nationwide.

[Slide 26]. The result for patients that you see when there are acquisitions of hospitals leading to market concentration is an increase in prices. Several researchers have shown that these increases are happening across the country and in all kinds of practices. For example, prices are increasing in areas such as oncology. These increases can also be seen in primary care per-patient expenditures. Price increases are going to be extremely hard for patients and the country, given that we already spend more than 17% of our GDP on healthcare, a lot of which comes from "*out of pocket*" spending. This means that Americans and the country as a whole will have less money to do all the other things in life that matter, such as paying for food, housing, education, and other essential goods.

[Slide 27]. New evidence from other scholars suggests that the acquisition of hospitals by for-profit, private equity owners is also associated with inferior quality. For example, patients in hospitals acquired by private equity are more likely to have hospital-acquired infections than other patients. A recent paper was particularly concerning. [Slide 28]. It showed that by some measures, mortality at hospitals owned by private equity was higher than at other hospitals for patients with COVID-19 during the pandemic. We are only beginning to assess the effects of private equity ownership on outcomes. Still, the preliminary evidence suggests that it may be more detrimental than other forms of ownership.

[Slide 29]. Where do the profits go? The answer highlights one of the key differences between nonprofit and for-profit ownership, and between traditional for-profit ownership and private equity ownership. Of course, for-profit companies have always had to distribute their profits to shareholders. As I discussed earlier, for-profits are more likely to seek profits through service selection, and their owners benefit from this orientation. Nonetheless, for-profit owners used to invest in creating long-term growth; they tended to reinvest in their health care businesses, including hospital care.

Private equity operates quite differently. A standard private equity deal typically involves leverage, and investors seek quick returns. In short, buyers enter a market, impose debt on providers such as hospitals, practice groups, or nursing homes, take their returns, and leave.

[Slide 30]. There is a recent example of this mode of operation in the case of what was, at its peak, the largest privately owned for-profit hospital system in the United States, Steward Health Care. This company owned over thirty hospitals, including those that disproportionately served low-income patients, which are commonly referred to as "safety-net" hospitals. Steward bought a series of hospitals with the promise that

it could do better than nonprofits, and it would pay taxes. There were several debt-financed sales, leaseback arrangements to the hospitals, and ultimately bankruptcy.

As the debacle was unfolding, ironically, the remaining executives complained that the company lacked the tax-exempt benefits nonprofits enjoy. In short, many communities lost their local hospital and the government had to step in. Holding investors to account has been hard because they are often long gone.

[Slide 31]. We don't know the future of hospital care in the U.S. It would be tough to eliminate for-profit medicine, and I'm not sure we would want to do that anyway. There is certainly room for partnerships among for-profit, nonprofits, and government hospitals.

[Slide 32]. However, at this moment, it appears that the trend is shifting against nonprofit medicine, both in patient care and in research. The new federal administration is freezing investment in our greatest academic hospitals and medical research universities. Some of these research universities receive somewhere between a third and two-thirds of their budgets from Federal Government grants.

If this continues, all medicine in the U.S. – whether nonprofit, for-profit, or government – will be undermined due to the dependence and interconnections among the sectors. Time will tell.

[Slide 33]. Thank you very much.

APPENDICE

COMPENDIO DEL MATERIALE DOCUMENTALE DI CUI SI SONO AVVALSI I CONFERENZIERI NEL CORSO DELLE LORO RELAZIONI

Compendio n. 1



"Sanità: pubblica, privata o non profit?"

8 Aprile 2025, Aula Magna - Palazzo del Bo'

Dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina

***Istituto Oncologico Veneto** - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - Regione del Veneto*

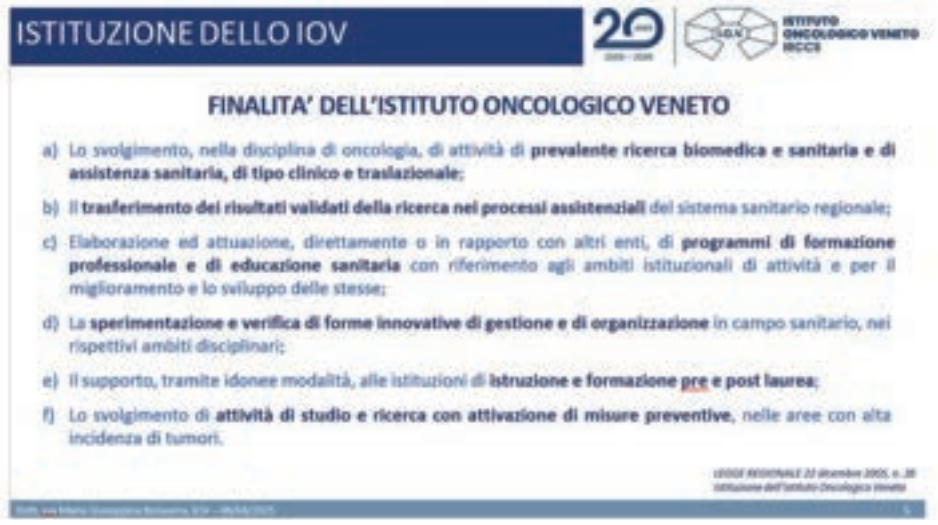


"Uso dei termini che suonano comunque riduttivi rispetto alla reale esperienza provata. Ho trovato una professionalità ed una umanità fuori dal comune in ogni figura che ho incontrato durante la degenza. Tutte persone, e sottolineo tutte, nessuna esclusa, di enorme professionalità ed umanità fuori dal comune. Sono stato accolto e mi sono sentito circondato da persone che si sono prese cura di me come se fossi un loro caro, attente a qualsiasi problema od esigenza, sempre pronte ad aiutarmi e sostenermi durante le difficoltà. L'organizzazione dell'ospedale è impeccabile, precisa, dove si ha la sensazione che tutti facciano parte di un sistema che si muove con metodicità e controllo studiati e pianificati verso il fine ultimo che è la cura e la guarigione del paziente e della persona."


L'ONCOLOGIA NEL 2000
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
2000
EPIDEMIOLOGIA
Oltre 150.000 decessi per tumore nel 2000 in Italia: in particolare per polmone, colon-retto e mammella.
Prima causa di morte tra i 25 e i 74 anni e problema emergente per la salute pubblica (a fronte di invecchiamento della popolazione e riduzione della mortalità cardiovascolare).
RICERCA e INNOVAZIONE
Sequenziamento del genoma umano: base per mappatura geni alla base dei tumori e per terapie mirate.
Nel 1997 viene approvato da FDA (USA) il primo farmaco a bersaglio molecolare: rituximab (Linfomi non Hodgkin). Sarà approvato dalle autorità europee nel 2004.
Screening: dopo le prime esperienze, gli screening diventano LEA con DPCM 29.11.2001.
OPZIONI TERAPEUTICHE E PROGNOSI
Chirurgia
Chemioterapia
Radioterapia
Sopravvivenza a 5 anni
Polmone: 10-15%
Mammella: 30%
Colon-Retto: 35%


L'ONCOLOGIA NEL 2000
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
Il mattino di Padova
8 Novembre 2003
Padova
Nuova Azienda contro i tumori
"A questo punto abbiamo in mano le chiavi per combattere il cancro. Siamo in possesso di un patrimonio di conoscenze di valore assoluto che fatica a trovare applicazione, limitando in modo significativo i miglioramenti concreti per i nostri pazienti. Per questo ritengo che sia necessario lavorare per migliorare il passaggio dal laboratorio alla clinica, con investimenti più consistenti su quest'ultima."
(Silvio Monfardini, 2003)


ISTITUZIONE DELLO IOV
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
19 Luglio 2004
Costituzione Consorzio IOV fra le aziende:
- Azienda ospedaliera di Padova
- Azienda ospedaliera di Verona
- ULSS 6 di Vicenza
- ULSS 9 di Treviso
- ULSS 12 Veneziana
- ULSS 16 di Padova
- ULSS 18 di Rovigo
24 Novembre 2004
Certificazione ISO 9001:2015
18 Marzo 2005
Riconoscimento IRCCS
del Consorzio IOV
22 Dicembre 2005
Istituzione dello IOV
con Legge Regionale
Dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile
2004
2005


ISTITUZIONE DELLO IOV
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
FINALITA' DELL'ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
a) Lo svolgimento, nella disciplina di oncologia, di attività di prevalente ricerca biomedica e sanitaria e di assistenza sanitaria, di tipo clinico e traslazionale;
b) Il trasferimento dei risultati validati della ricerca nei processi assistenziali del sistema sanitario regionale;
c) Elaborazione ed attuazione, direttamente o in rapporto con altri enti, di programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
d) La sperimentazione e verifica di forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
e) Il supporto, tramite idonee modalità, alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
f) Lo svolgimento di attività di studio e ricerca con attivazione di misure preventive, nelle aree con alta incidenza di tumori.

RICERCA CLINICA E TRASLAZIONALE

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Sviluppo e Sperimentazione di nuovi trattamenti



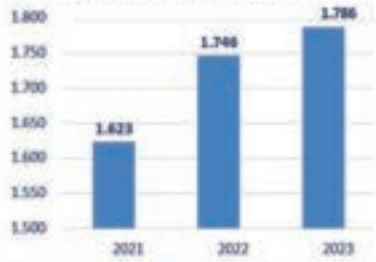
La partecipazione a studi clinici nazionali ed internazionali, oltre a contribuire allo **sviluppo di nuovi trattamenti**, permette di offrire ai pazienti **ulteriori chance di cura**, in presenza di malattia avanzata senza opzioni terapeutiche standard.

RICERCA CLINICA E TRASLAZIONALE

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Circa 1800 pazienti oncologici sono seguiti ogni anno allo IOV all'interno di trial clinici, con l'opportunità di aver accesso a trattamenti innovativi.

Pazienti in carico in studi sperimentali su farmaco:

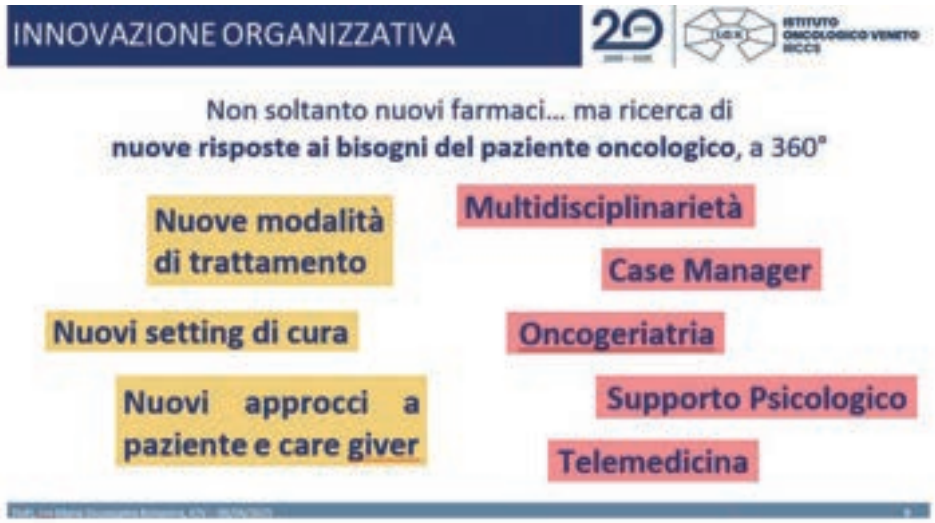


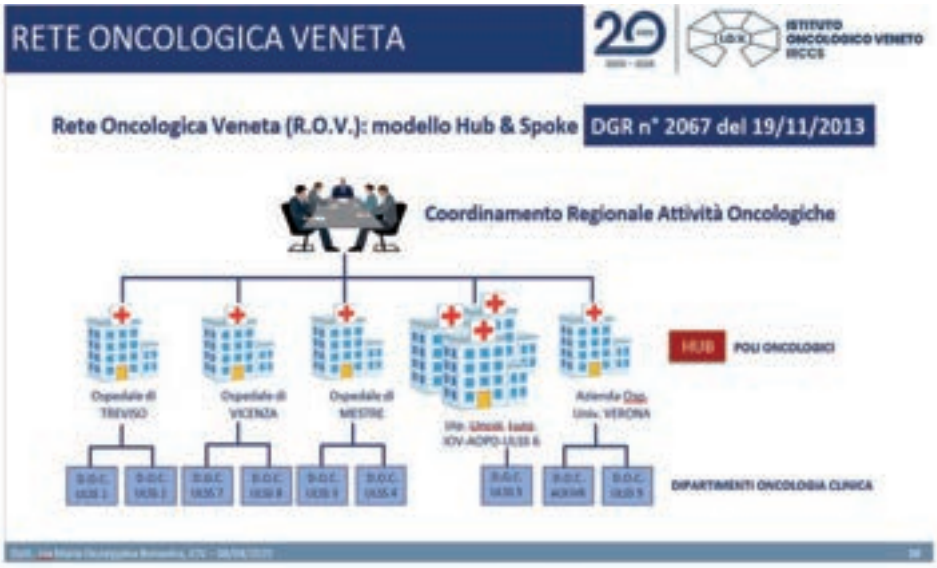
DAL 2018 CENTRO SPERIMENTAZIONE DI FASE 1

La sperimentazione clinica di fase 1 rappresenta il passaggio dalla sperimentazione preclinica (in vitro e/o sull'animale) alla prima somministrazione di un farmaco nell'uomo.

Pazienti in carico in studi di FASE 1:

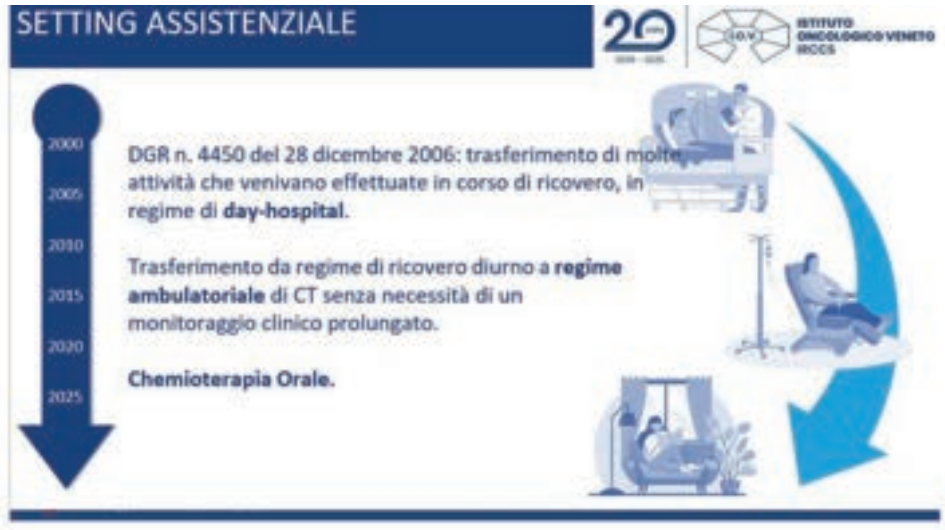



INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
Non soltanto nuovi farmaci… ma ricerca di
nuove risposte ai bisogni del paziente oncologico, a 360°
Nuove modalità di trattamento
Multidisciplinarietà
Case Manager
Nuovi setting di cura
Oncogeriatria
Supporto Psicologico
Nuovi approcci a paziente e care giver
Telemedicina


RETE ONCOLOGICA VENETA
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
Rete Oncologica Veneta (R.O.V.): modello Hub & Spoke
DGR n° 2067 del 19/11/2013
Coordinamento Regionale Attività Oncologiche
Ospedale di TREVISO
Ospedale di VICENZA
Ospedale di MESTRE
Azienda Osp. Univ. VERONA
HUB
POLI ONCOLOGICI
DIPARTIMENTI ONCOLOGIA CLINICA


TRANSIZIONE DEMOGRAFICA
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
Specialistica ambulatoriale (escluse branche di diagnostica per immagini, radioterapia e laboratorio)
Distribuzione per età e sesso degli assistiti:
2015
2024
Femmine
Maschi
Fascia più rappresentata: 46-50 anni
Rapporto M/F = 0,6
Fascia più rappresentata: 61-65 anni
Rapporto M/F = 0,8


PROVENIENZA DEI PAZIENTI
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
Specialistica ambulatoriale (escluse branche di diagnostica per immagini, radioterapia e laboratorio)
Distribuzione per provenienza degli assistiti:
70.000
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000
0
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
Comuni ULSS 6 Euganea
Comuni ULSS 2 Marca Trevigiana
Altre aziende del Veneto
Fuori Regione


SETTING ASSISTENZIALE
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
2000
2005
2010
2015
2020
2025
DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006: trasferimento di molte attività che venivano effettuate in corso di ricovero, in regime di day-hospital.
Trasferimento da regime di ricovero diurno a regime ambulatoriale di CT senza necessità di un monitoraggio clinico prolungato.
Chemioterapia Orale.


SUPPORTO A PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
BREAST RADIOLOGY
The risk-based breast screening (RIBBS) study protocol: a personalized screening model for young women
Altitude Effect on Cutaneous Melanoma Epidemiology in the Veneto Region (Northern Italy): A Pilot Study
R.I.S.P.
Rete Italiana Screening Polmonare

FORMAZIONE







L'EVOLUZIONE DELL'ONCOLOGIA NEGLI ULTIMI 20 ANNI

Nel periodo 2007-2019 è stata osservata una riduzione delle morti oncologiche attese, per tutte le sedi tumorali, pari a:
- ***14,4%** negli uomini*
- ***6,1%** nelle donne*

Tale vantaggio, in termini di morti evitate, riguarda:
- *Negli uomini **Polmone** (-18,7%), **Prostata** (-24,1%), **Stomaco** (-25,7%), **Colon-Retto** (-10,8%)*
- *Nelle donne **Stomaco** (-24,1%), **Colon-Retto** (-8,9%) e **Mammella** (-6,0%)*

Screening di Popolazione

Farmaci a bersaglio molecolare

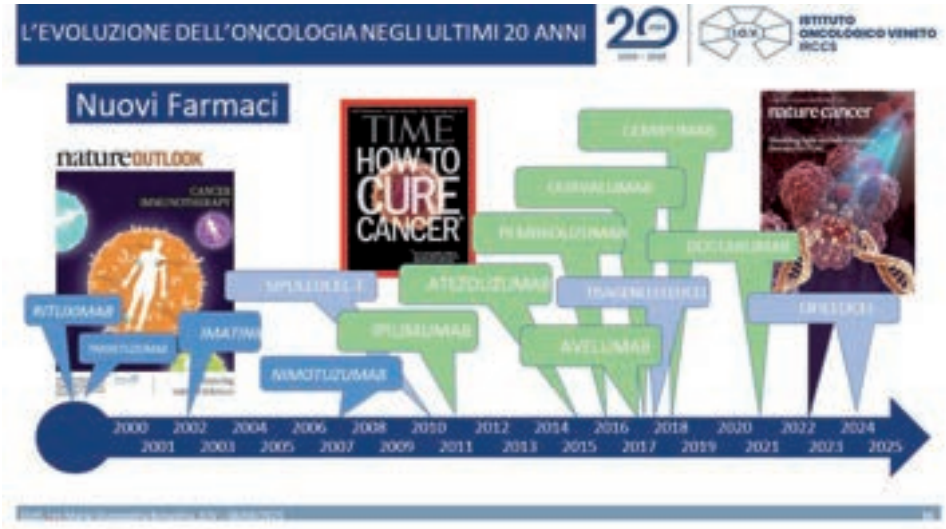
Radioterapia adattativa

Terapie Cellulari

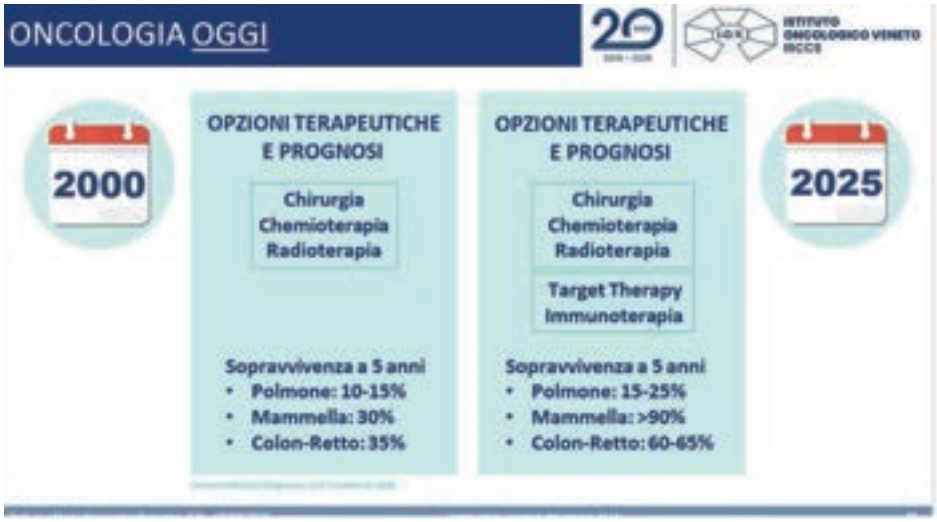
Chirurgia Mini-Invasiva

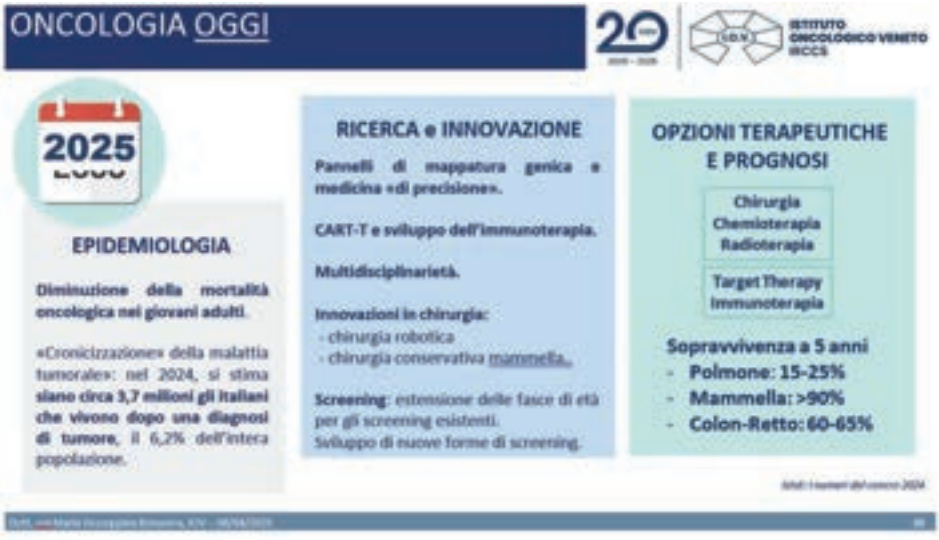
Immunoterapici di nuova generazione

Innovazione nelle indagini diagnostiche


L'EVOLUZIONE DELL'ONCOLOGIA NEGLI ULTIMI 20 ANNI
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
Nuovi Farmaci
nature OUTLOOK
TIME
HOW TO CURE CANCER
nature cancer
RITUXIMAB
IMATINIB
IPILIMUMAB
NIVOLUMAB
ATEZOLIZUMAB
AVELUMAB
2000 2002 2004 2006 2008 2010 2012 2014 2016 2018 2020 2022 2024
2001 2003 2005 2007 2009 2011 2013 2015 2017 2019 2021 2023 2025


L'EVOLUZIONE DELL'ONCOLOGIA NEGLI ULTIMI 20 ANNI
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
Totale pazienti trattati allo IOV con immunoterapia
1.800
1.600
1.400
1.200
1.000
800
600
400
200
0
972
1.151
1.441
1.698
2021
2022
2023
2024


ONCOLOGIA OGGI
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
2000
OPZIONI TERAPEUTICHE E PROGNOSI
Chirurgia
Chemioterapia
Radioterapia
Sopravvivenza a 5 anni
• Polmone: 10-15%
• Mammella: 30%
• Colon-Retto: 35%
OPZIONI TERAPEUTICHE E PROGNOSI
Chirurgia
Chemioterapia
Radioterapia
Target Therapy
Immunoterapia
Sopravvivenza a 5 anni
• Polmone: 15-25%
• Mammella: >90%
• Colon-Retto: 60-65%
2025


ONCOLOGIA OGGI
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS
2025
EPIDEMIOLOGIA
Diminuzione della mortalità oncologica nei giovani adulti.
«Cronicizzazione» della malattia tumorale»: nel 2024, si stima siano circa 3,7 milioni gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore, il 6,2% dell'intera popolazione.
RICERCA e INNOVAZIONE
Pannelli di mappatura genica e medicina «di precisione».
CART-T e sviluppo dell'immunoterapia.
Multidisciplinarietà.
Innovazioni in chirurgia:
- chirurgia robotica
- chirurgia conservativa mammella.
Screening: estensione delle fasce di età per gli screening esistenti.
Sviluppo di nuove forme di screening.
OPZIONI TERAPEUTICHE E PROGNOSI
Chirurgia
Chemioterapia
Radioterapia
Target Therapy
Immunoterapia
Sopravvivenza a 5 anni
- Polmone: 15-25%
- Mammella: >90%
- Colon-Retto: 60-65%





Grazie per l'attenzione

Compendio n. 2

L'ambulatorio EMERGENCY di Marghera: 15 anni di attività per il diritto alla salute.

EMERGENCY
MEDICINE, HUMAN RIGHTS AND EQUALITY

CHI SIAMO

EMERGENCY ONG Onlus

È UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE NATA IN ITALIA NEL 1994 PER OFFRIRE CURE MEDICO-CHIRURGICHE ALLE VITTIME DELLA GUERRA, DELLE MINE ANTIUOMO E DELLA POVERTÀ E, ALLO STESSO TEMPO, PER PROMUOVERE UNA CULTURA DI PACE, SOLIDARIETÀ E RISPETTO DEI DIRITTI UMANI.

DAL 1994 A OGGI ABBIAMO LAVORATO IN 20 PAESI DI TUTTO IL MONDO OFFRENDO CURE GRATUITE E DI ALTA QUALITÀ A CHI NE HA PIÙ BISOGNO, SECONDO I NOSTRI PRINCIPI: **EGUAGLIANZA, QUALITÀ E RESPONSABILITÀ SOCIALE**.

IN TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE DI EMERGENCY SONO STATE CURATE GRATUITAMENTE

OLTRE 13 MILIONI DI PERSONE.

EMERGENCY


EMERGENCY NEL MONDO
EMERGENCY


I NOSTRI PROGETTI
EMERGENCY

EMERGENCY IN ITALIA



EMERGENCY

EMERGENCY IN ITALIA – PERCHÈ?

Nonostante sia un diritto riconosciuto, il diritto alla salute in Italia è spesso negato:

- difficoltà a orientarsi in un Sistema sanitario complesso (barriere burocratiche)
- scarsa consapevolezza dei propri diritti
- barriere linguistiche (es. 7R2, intossicazione da monossido)
- Barriere logistiche (es. Tendopoli di Rosarno)
- Barriere economiche (disoccupati/inoccupati)
- Barriere amministrative (es. Dichiarazione di Ospitalità)
- Barriere normative (es. Requisito residenza per italiani)
- Applicazone difforme della normativa (tra Regioni, Ulss, Distretti e personale amministrativo)

EMERGENCY

EMERGENCY IN ITALIA – COME?

EMERGENCY non vuole sostituirsi al SSN. Agisce su diversi livelli:

- Risponde ai bisogni: offrendo cure gratuite, mediazione linguistico-culturale, orientamento amministrativo-sanitario, supporto psicologico, educazione sanitaria individuale e di gruppo, orientamento e supporto sociale;
- Realizzando percorsi di presa in carico multidisciplinare del paziente svantaggiato nel rispetto di una vera equità;
- Collaborando con autorità e servizi istituzionali e del terzo settore presenti sul territorio per agevolare l'ottenimento di una risposta alla propria domanda di aiuto, soprattutto per la popolazione più vulnerabile (TS, accoglienza, Progetti individualizzati, servizi di base)
- Svolgendo un ruolo di advocacy per i gruppi più vulnerabili, affinché vedano riconosciuto il loro diritto a ricevere delle prestazioni, sociali e sanitarie.

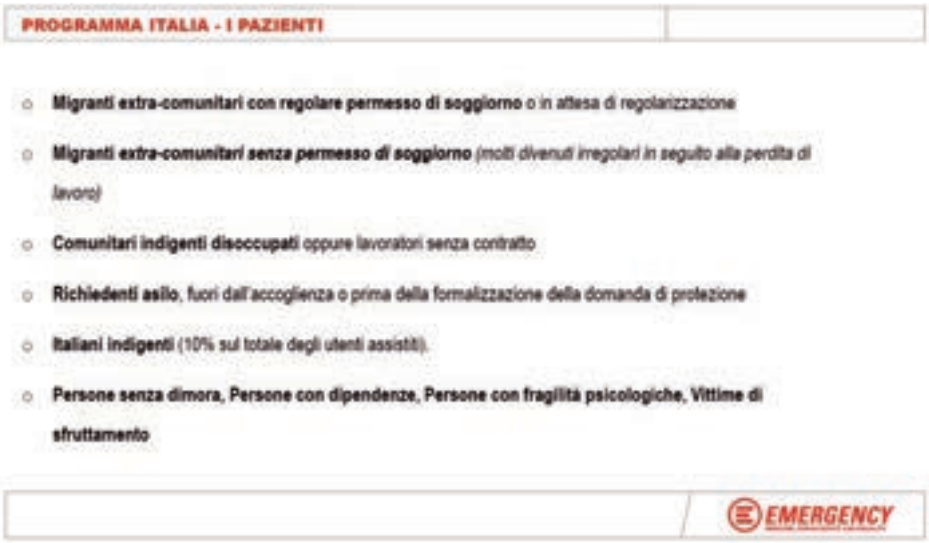
EMERGENCY

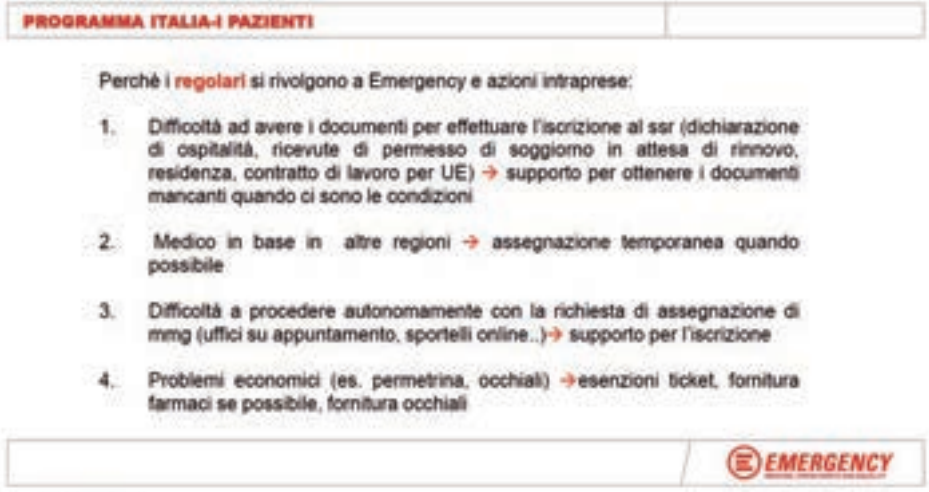
EMERGENCY

PROGRAMMA ITALIA- COSA OFFRIAMO

- Medicina generale
- Pediatria
- Prestazioni infermieristiche e educazione sanitaria
- Odontoiatria
- Occhiali
- Sportello di supporto psicologico
- Mediazione linguistica – culturale
- Orientamento e accompagnamento socio-sanitario
- Supporto Legale per l'accesso alle cure
- Sportello Sociale

EMERGENCY


PROGRAMMA ITALIA - I PAZIENTI
Migranti extra-comunitari con regolare permesso di soggiorno o in attesa di regolarizzazione
Migranti extra-comunitari senza permesso di soggiorno (molti divenuti irregolari in seguito alla perdita di lavoro)
Comunitari indigenti disoccupati oppure lavoratori senza contratto
Richiedenti asilo, fuori dall'accoglienza o prima della formalizzazione della domanda di protezione
Italiani indigenti (10% sul totale degli utenti assistiti).
Persone senza dimora, Persone con dipendenze, Persone con fragilità psicologiche, Vittime di sfruttamento
EMERGENCY


PROGRAMMA ITALIA-I PAZIENTI
Perché i regolari si rivolgono a Emergency e azioni intraprese:
1. Difficoltà ad avere i documenti per effettuare l'iscrizione al ssr (dichiarazione di ospitalità, ricevute di permesso di soggiorno in attesa di rinnovo, residenza, contratto di lavoro per UE) → supporto per ottenere i documenti mancanti quando ci sono le condizioni
2. Medico in base in altre regioni → assegnazione temporanea quando possibile
3. Difficoltà a procedere autonomamente con la richiesta di assegnazione di mmg (uffici su appuntamento, sportelli online..)→ supporto per l'iscrizione
4. Problemi economici (es. permetrina, occhiali) →esenzioni ticket, fornitura farmaci se possibile, fornitura occhiali
EMERGENCY

PROGRAMMA ITALIA- DATI

Dall'avvio del PROGRAMMA ITALIA di EMERGENCY nel 2006 sono state erogate oltre 643.00 prestazioni a 118.000 pazienti.

Nel 2024 in Italia sono state erogate 45.206 prestazioni per 10.536 pazienti;

Cliniche: 11.305
Infermieristiche: 10.768
Mediazione: 19.715
Odontoiatriche: 2.098
Psicologiche: 1.320

EMERGENCY

AMBULATORIO EMERGENCY MARGHERA - DATI

L'ambulatorio Emergency di Marghera ha aperto nel 2010. Da allora sono stati visiti 14.899 pazienti per 121.373 prestazioni

Nel 2024 a Venezia sono state erogate 19.782 prestazioni per 1.945 pazienti (dei quali primi contatti 1.100, il 56%).

Cliniche: 3.279

Infermieristiche: 1.652

Orientamento socio-sanitario: 3.320

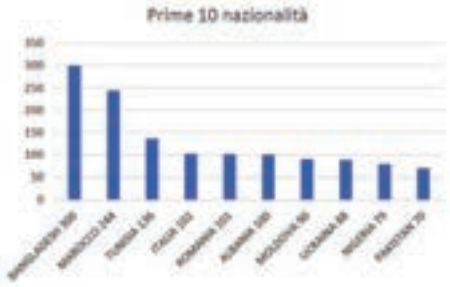
Odontoiatriche: 2.098

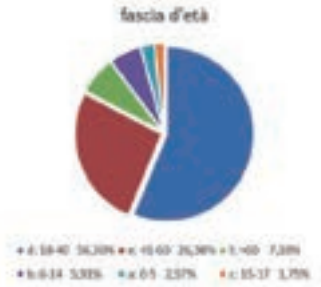
Psicologiche: 261

Pediatriche: 85

EMERGENCY

AMBULATORIO EMERGENCY MARGHERA -I PAZIENTI (2024)

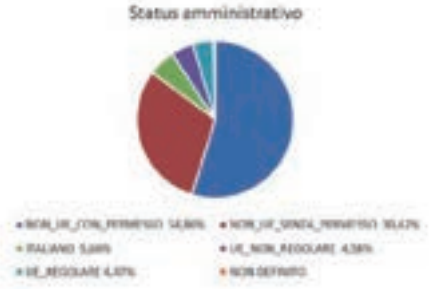




EMERGENCY

EMERGENCY

AMBULATORIO EMERGENCY MARGHERA - I PAZIENTI (2023)





EMERGENCY

CRITICITA' RILEVATE SU STP E ENI

- Mancanza di conoscenza delle normative
  1. Mancato rilascio delle tessere in occasione di accessi in ps o di ricoveri (emissione di fatture in solvenza) o di accessi in consultorio/csm/serd
  2. Mancato rilascio di codici di esenzione per patologia (Trib. di Palmi ordinanza del 21 maggio 2019 n.5744)
  3. Emissione di impegnative con cf non utilizzabili
  4. Mancata applicazione X01
  5. Rifiuto interventi chirurgici essenziali perché programmabili (es. parto cesareo in donna con malattia da mutazione genetica)
  6. Non riconosciuta validità nazionale/regionale del codice
- Insufficienti ambulatori di medicina generale dedicati (e spesso senza MLC) → accessi impropri nei pronto soccorsi

EMERGENCY

I MINORI, UN ESEMPIO DI NORMATIVA DISAPPLICATA

LA NORMATIVA:

✓ **MINORI FIGLI DI CITTADINI UE ED EXTRA-UE REGOLARMENTE SOGGIORNANTI**
- seguono la condizione giuridica dei genitori
- iscrizione obbligatoria al SSN con assegnazione PLS

✓ **MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)**
- iscrizione obbligatoria al SSN con assegnazione PLS (art. 14 LEGGE 7 aprile 2017, n. 47).

✓ **MINORI FIGLI DI CITTADINI UE ED EXTRA-UE NON REGOLARMENTE SOGGIORNANTI**
- iscrizione obbligatoria al SSN (l. 176 del 27.05.1991 "ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo"; Accordo Stato-Regioni 2012; art.63 c.4 Dpcm 12.1.2017; Risoluzione Ag. Entrate del 06.07.22; Nota del 08.08.22 del Ministero della Salute; Tribunale di Venezia ordinanza del 19 ottobre 2020 n. 5191; Trib. Rovigo n. 153/2021 del 22.07.21). Finalmente DGR 1712 del 30 dicembre 2022.

EMERGENCY

I MINORI, UN ALTRO ESEMPIO DI NORMATIVA DISAPPLICATA

LA PRASSI:

1. MSNA → generalmente stp fino al pds

2. MINORI FIGLI DI IRREGOLARI

-difformità regionali (fino a giugno 2023 solo stp/eni, ora Lombardia e Sardegna si sono adeguate, Sicilia e Campania ancora STP/ENI, Veneto no Ue, Calabria sì solo se già in possesso di CF)
-caso Veneto: da un lato esclusione minori UE per i quali fanno ENI (nonostante 2 ordinanze, Tribunale di Venezia del 19.10.20 e Tribunale di Rovigo del 22.07.21, che specificano espressamente che la normativa si applica sia a minori extraue che Ue)- DIFFIDA IN CORSO; Dall'altro manca applicazione uniforme per i minori extraUe (Nizar distretto ulss6 e Ramon Ulss3 Lido), per i quali fanno STP

EMERGENCY

I MINORI, UN ALTRO ESEMPIO DI NORMATIVA DISAPPLICATA


ULSS3

Indicazioni

– necessità di presa in carico fisioterapica Civitestimanali ai fini di migliorare l'organizzazione motoria e facilitare l'acquisizione delle tipologie tappe dello sviluppo neuro-motorio, avviabile appena sarà registrato all'anagrafe sanitaria regionale; i genitori si contatteranno appena la tessera sanitaria sarà in regola;

– si danno inoltre indicazioni di cure posturale e proposte di giochi;

– **prossimo controllo clinico il 28 febbraio 2023 alle ore 9.00 a Favaro**, ci avviseranno se non possibile.

FISIATRA DELL'ETÀ EVOLUTIVA [redacted]

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Dr. [redacted]

[redacted]

EMERGENCY

PRESIDI PER MONITORAGGIO GLICEMIA

Fino alla DGR 753 del 2019, gli stp/eni affetti da diabete insulinodipendenti non potevano avere gratuitamente i presidi (aghi, strisce) perchè riservati solo ai residenti.

Dopo anni di segnalazioni e interlocuzioni con la regione Veneto, nella DGR del 2019 è stata inserita questa possibilità: il diabetologo emette il piano e il paziente può rivolgersi in qualsiasi farmacia

"si specifica che tra le prestazioni indifferibili, urgenti e continuative è compresa l'erogazione di assistenza integrative e protesica prevista dai LEA, su specifica valutazione e prescrizione medica" (pag. 29 e 68 all. A Dgr n. 753)

EMERGENCY

PRESIDI PER MONITORAGGIO GLICEMIA

Fino alla DGR 753 del 2019, gli stp/eni affetti da diabete insulinodipendenti non potevano avere gratuitamente i presidi (aghi, strisce) perchè riservati solo ai residenti.

Dopo anni di segnalazioni e interlocuzioni con la regione Veneto, nella DGR del 2019 è stata inserita questa possibilità: il diabetologo emette il piano e il paziente può rivolgersi in qualsiasi farmacia

"si specifica che tra le prestazioni indifferibili, urgenti e continuative è compresa l'erogazione di assistenza integrative e protesica prevista dai LEA, su specifica valutazione e prescrizione medica" (pag. 29 e 68 all. A Dgr n. 753)

EMERGENCY

FAMILIARI ULTRA 65enni A CARICO DI CITTADINI UE/ITA

La DGR n. 753 del 2019 prevedeva l'iscrizione al SSN a titolo volontario per i familiari di cittadino italiano/comunitario ultra 65enni ricongiunti dopo il 2008, in contrasto con quanto stabilito dalla normativa europea e nazionale che prevede parità di trattamento per il cittadino extra-Ue a carico di cittadino italiano o comunitario, quindi l'iscrizione obbligatoria al SSR. Nel 2019, insieme ad ASGI, abbiamo evidenziato questa criticità alla regione ma senza riscontro. Sono stati così promossi molti ricorsi – tutti accolti - anche da parte di nostri assistiti (Trib. Padova n. 2616 22.12.20; Trib. Padova n. 1970 28.01.21; Trib. Treviso n. 1288 21.07.21). Con sentenza n. 138 del 14 aprile 2022, la Corte d'appello di Venezia ha poi accolto un ricorso per discriminazione collettiva proposto da ASGI, condannando la Regione alla formale modifica delle disposizioni fino a quel momento applicate (DGR 578 del 04.05.21).

EMERGENCY

EMERGENCY

FAMILIARI ENTRO IL SECONDO GRADO DI CITTADINI ITALIANI

La DGR n. 753 del 2019 prevedeva l'iscrizione a titolo volontario per i cittadini extracomunitari conviventi con parenti italiani entro il secondo grado, in contrasto con quanto stabilito dalla normativa nazionale che prevede parità di trattamento per il cittadino extra-Ue di cittadino italiano, quindi l'iscrizione obbligatoria al SSR. Nel 2019, insieme ad ASGI, abbiamo evidenziato questa criticità alla regione ma senza riscontro. Abbiamo quindi promosso un ricorso (Trib. Padova 22.12.2020 n. 2616/2019) ottenendo in sede giuridica il riconoscimento del diritto e l'emanazione di una nuova dgr correttiva (DGR 278 del 21.3.2024)

EMERGENCY


EMERGENCY – PROPOSTE E RACCOMANDAZIONI
✓ Mediazione culturale presso presidi territoriali del SSN e ospedali privati
✓ Agevolare l'accesso ai servizi di medicina di base
✓ Potenziare le attività di Educazione sanitaria (= Prevenzione)
✓ Attenzione ai bisogni psicologici individuali, cercare di fornire risposte
✓ Promuovere lo snellimento della burocrazia sanitaria
✓ Promuovere la conoscenza della normativa in ambito sanitario
✓ Promuovere la conformità della normativa regionale con quella nazionale
EMERGENCY


Grazie
EMERGENCY
MEDICINE, HUMAN RIGHTS AND EQUALITY

Compendio n. 3



Il giurista del Terzo settore al servizio degli ETS che operano nella Sanità

Prof. Paolo Sommaggio – Università degli Studi di Padova

CHI E'



GIURISTA DEL TERZO SETTORE

Secondo Luigi Bobba: «il Terzo Settore non è più un settore marginale, ma un pilastro del welfare moderno, e il ruolo del giurista è fondamentale per garantire che le sue potenzialità si traducano in pratiche efficaci e sostenibili».

SALUTE

Diritto alla salute:

Art. 32 Costituzione
"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Modelli organizzativi differenti: Pubblico, Privato e misto

DIGITAL HEALTH (tech)

•**Artificial Intelligence (AI):** technologies that use machine learning and AI algorithms for diagnosis, prediction and decision support.

•**Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR):** technologies that create simulated environments for medical training, therapy and rehabilitation.

•**Wearable Technology:** wearable devices that monitor biometric and health parameters.

•**Blockchain:** technologies for security and traceability of medical data.

•**Internet of Things (IoT):** connected devices that collect and transmit health data.

SANITA' PUBBLICA

Servizio Sanitario Nazionale: **Legge n. 833 del 23 dicembre 1978**

Questa legge ha sancito il principio della sanità come diritto universale, garantendo assistenza gratuita o a costi contenuti per tutti i cittadini.

SANITA' PRIVATA

Privato: **Decreto Legislativo 229/1999**

La sanità privata opera invece secondo un sistema misto, spesso convenzionato con il SSN.

DICOTOMIA

PUBBLICO **PRIVATO**

Tale dicotomia si è a lungo nutrita della opposizione ideologica tra Stato e Mercato

OPPOSIZIONE

STATO VS **MERCATO**

TRAGEDY OF COMMONS

1968

JOURNAL ARTICLE

The Tragedy of the Commons

Garrett Hardin

Science
New Series, Vol. 162, No. 3859 (Dec. 13, 1968), pp. 1243-1248 (6 pages)
Published By: American Association for the Advancement of Science



UN PASCOLO...



DUE GREGGI ...





AUMENTO DEI CAPI DI BESTIAME

Possiamo presumere che ciascun pastore (Gregge A e Gregge B) cercherà di far stare quanto più bestiame possibile su questo pascolo comune.

Una simile sistemazione può funzionare in modo ragionevolmente soddisfacente per secoli, perché guerre tra tribù, cacciatori di frodo e malattie mantengono il numero sia di uomini che di animali ben al di sotto della capacità di carico del terreno.

TRAGEDIA DEL BENE COMUNE

Secondo Hardin, e diversi autori a lui collegati, il dilemma degli appropriatori di una risorsa comune è che essi sarebbero intrappolati nel meccanismo di aumentare il proprio profitto portando alla distruzione della risorsa comune. QUI LA TRAGEDIA

SOLUZIONI DI HARDIN

1) Proprietà privata (Demsetz, Posner) solo il privato tutela l'uso e la cura della risorsa…

2) Controllo pubblico (Ophuls) solo gli amministratori pubblici capiscono l'interesse generale e l'interesse della risorsa….

SOLUZIONI DI HARDIN

1) Proprietà privata (Demsetz, Posner) solo il privato tutela l'uso e la cura della risorsa…

2) Controllo pubblico (Ophuls) solo gli amministratori pubblici capiscono l'interesse generale e l'interesse della risorsa….

Le due possibili soluzioni (privato vs. pubblico) servono nella concezione di Hardin a preservare la risorsa (il bene) comune.

Ma qualcuno dubita….

TESI ELINOR OSTROM (1990, *Governing the Commons*)

Letteratura mostra come coloro che gestiscono una risorsa comune si sono organizzati, per utilizzarla e nel contempo preservarla, in molti modi differenti.

ELINOR OSTROM

Los Angeles, 7 agosto 1933
Bloomington, Indiana, 12 giugno 2012



NOBEL 2009 per l'economia
(prima donna)





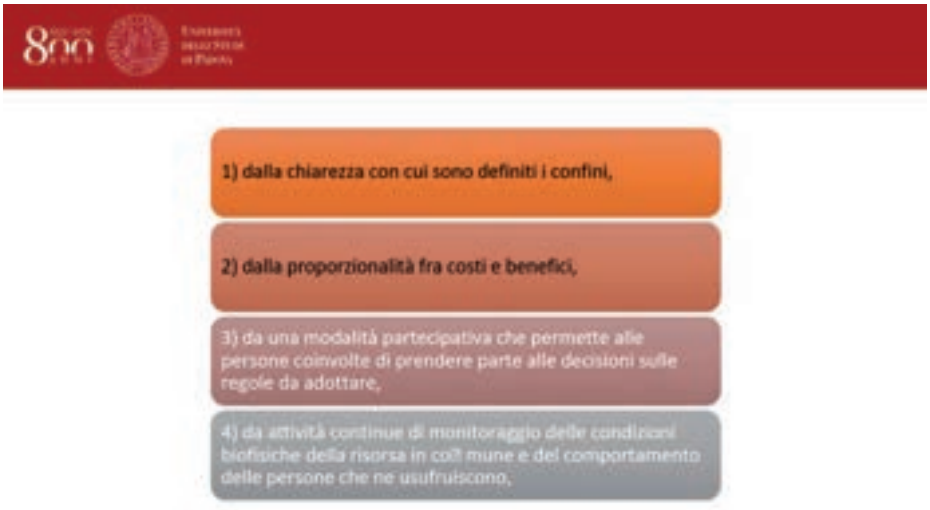
PRIVATO

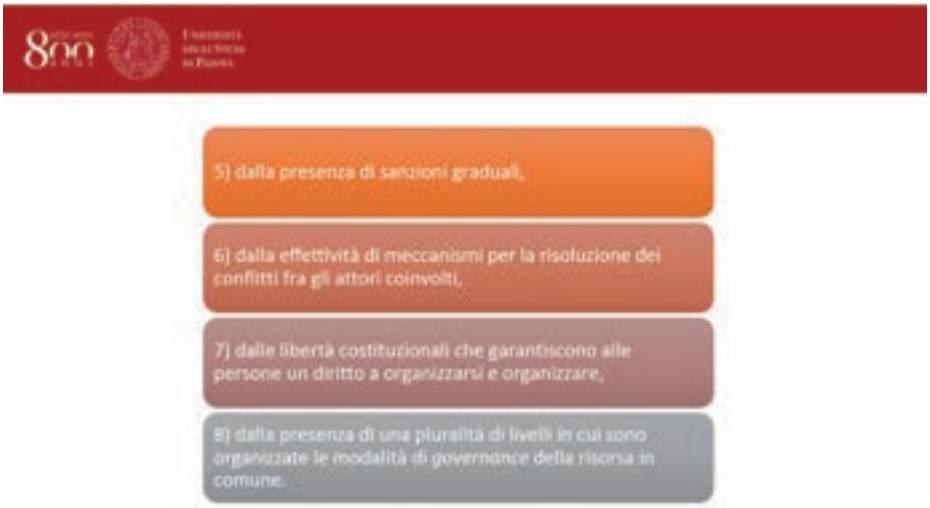
La privatizzazione delle risorse collettive non sempre è possibile, e in ogni caso non risolve il problema del loro sovrasfruttamento.

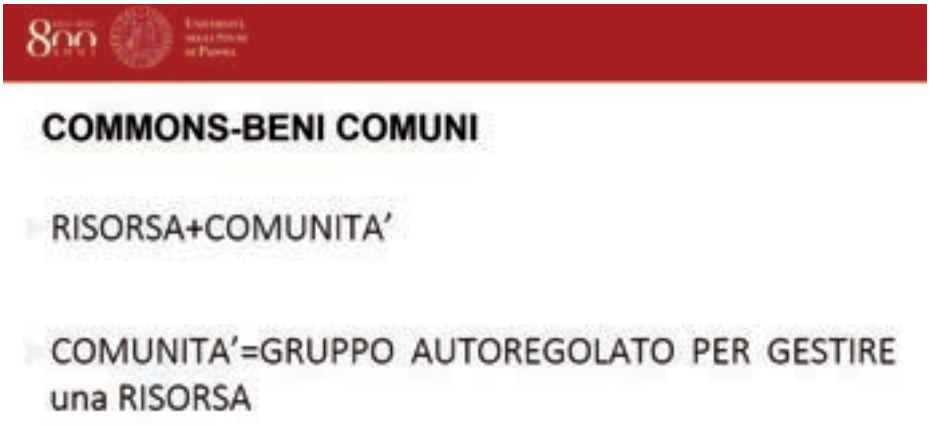
PUBBLICO

La statalizzazione della risorsa collettiva non rappresenta la soluzione a meno di non pensare che i funzionari pubblici «abbiano dei geni particolari» che consentono loro di fare quello che gli individui non sanno fare.


PRIVATO
PUBBLICO
COMMONS: TERZA VIA


1) dalla chiarezza con cui sono definiti i confini,
2) dalla proporzionalità fra costi e benefici,
3) da una modalità partecipativa che permette alle persone coinvolte di prendere parte alle decisioni sulle regole da adottare,
4) da attività continue di monitoraggio delle condizioni biofisiche della risorsa in co?l mune e del comportamento delle persone che ne usufruiscono,


5) dalla presenza di sanzioni graduali,
6) dalla effettività di meccanismi per la risoluzione dei conflitti fra gli attori coinvolti,
7) dalle libertà costituzionali che garantiscono alle persone un diritto a organizzarsi e organizzare,
8) dalla presenza di una pluralità di livelli in cui sono organizzate le modalità di governance della risorsa in comune.


COMMONS-BENI COMUNI
RISORSA+COMUNITA'
COMUNITA'=GRUPPO AUTOREGOLATO PER GESTIRE una RISORSA



SANITA'

PUBBLICA VS **PRIVATA**

Oppure

BENE COMUNE
(COMUNITA' AUTOREGOLATA PER GESTIRE RISORSA)



BENE COMUNE

CONCEZIONE
IDEOLOGICA
RIAPPROPRIAZIONE

CONCEZIONE
NON IDEOLOGICA


BENI COMUNI
CONCEZIONE MATERIALE (QUALITA' INTRINSECA DI UNA RISORSA: ES. RODOTA')
CONCEZIONE IMMATERIALE


CONCEZIONE NON IDEOLOGICA
TITOLARITA'
GESTIONE



LO CHIAMANO TERZO SETTORE MA IN REALTA' E' IL PRIMO

Si colloca tra lo Stato e il mercato, tra la finanza e l'etica, tra l'impresa e la cooperazione, tra l'economia e l'ecologia, che dà forma e sostanza ai principi costituzionali della solidarietà e della sussidiarietà. E che alimenta quei beni relazionali che, soprattutto nei momenti di crisi, sostengono la coesione sociale e contrastano le tendenze verso la frammentazione e disgregazione del senso di appartenenza alla comunità nazionale.

"Dalle Linee Guida per la Riforma del Terzo settore"



SOLIDARIETA'

Sentimento di aiuto materiale e morale tra soggetti di un gruppo.
Forma di impegno etico a favore degli altri



SOLIDARIETA'

Sentimento di aiuto materiale e morale tra soggetti di un gruppo.
Forma di impegno etico a favore degli altri

RIFORMA COSTITUZIONALE

Art. 118 comma 4: «Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà».

(riforma COST. Art. 4 della legge cost. 18 ottobre 2001, n.3)

SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE

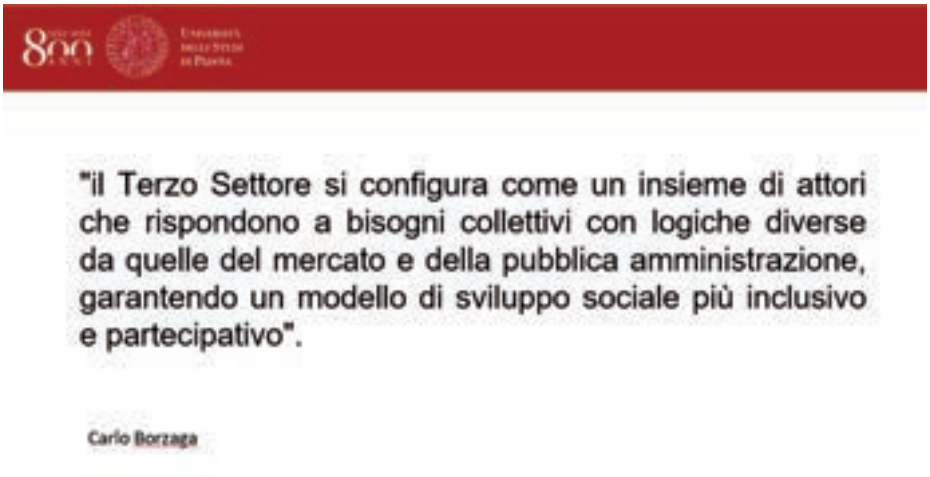
RIFORMA COSTITUZIONALE

Art. 118 comma 4: «Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà».

(riforma COST. Art. 4 della legge cost. 18 ottobre 2001, n.3)

SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE


Sussidiarietà
Orizzontale
ENTI DEL TERZO SETTORE
PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE


"il Terzo Settore si configura come un insieme di attori che rispondono a bisogni collettivi con logiche diverse da quelle del mercato e della pubblica amministrazione, garantendo un modello di sviluppo sociale più inclusivo e partecipativo".
Carlo Borzaga

Terzo settore come MEDIO tra Stato e Mercato

Il codice del terzo settore (Cts), introdotto con il d.lgs. 117/2017, ha rinnovato e riordinato in modo organico tutta la disciplina.

Il decreto è uno degli atti attuativi della l. 106/2016 sulla riforma del terzo settore.



Sono enti del Terzo Settore (**ETS**) gli enti costituiti per il perseguimento,

SENZA SCOPO DI LUCRO, DI FINALITÀ CIVICHE, SOLIDARISTICHE E DI UTILITÀ SOCIALE mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale

Art. 4 CTS

Sono **ETS** gli enti che agiscono In forma di

- azione volontaria
- erogazione gratuita di denaro, beni o servizi
- di mutualita'
- di produzione o scambio di beni o servizi

Art. 4 CTS





Art. 55 Codice del Terzo Settore: 1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attivita' di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché' delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona.....



a) interventi e servizi sociali
b) interventi e prestazioni sanitarie
c) prestazioni socio-sanitarie
d) educazione, istruzione e formazione professionale.. nonché le attività culturali di interesse sociale con finalità educativa
e) interventi e servizi finalizzati alla salvaguardia e al miglioramento dell'ambiente
f) interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio
g) formazione universitaria e post-universitaria
h) ricerca scientifica di particolare interesse sociale
i) organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale
j) radiodiffusione sonora a carattere comunitario
k) organizzazione e gestione di attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso l) formazione extra-scolastica
m) servizi strumentali ad enti del Terzo settore

Forma giuridica	V.A.	%
Associazione riconosciuta e non riconosciuta	306.247	84,9
Cooperativa sociale	14.969	4,2
Fondazione	8.356	2,3
Altra forma	31.053	8,6
Totale	**360.625**	100,0

Dato precedente: 301.191 nel 2011

Fonte ISTAT Istituzioni non profit (INP) del 2021

Settore di attività	V.A.	%
Attività culturali e artistiche	55.326	15,3
Attività sportive	121.402	33,7
Attività ricreative e di socializzazione	50.708	14,1
Istruzione e ricerca	13.533	3,8
Sanità	**12.244**	**3,4**
Assistenza sociale e protezione civile	**35.297**	**9,8**
Ambiente	6.461	1,8
Sviluppo economico e coesione sociale	6.426	1,8
Tutela dei diritti e attività politica	6.432	1,8
Filantropia e promozione del volontariato	4.058	1,1
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.479	1,2
Religione	17.129	4,7
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	25.027	6,9
Altre attività	2.103	0,6
Totale	**360.625**	100,0

L'ambito **sanitario** risulta essere articolato in quattro sotto-settori principali (secondo la classificazione adottata dall'ISTAT):

a) Servizi ospedalieri generali e riabilitativi;
b) Servizi sanitari residenziali e semiresidenziali (non ospedalieri);
c) Servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri;
d) Altri servizi sanitari.

Fonte ISTAT: Istituzioni non profit

Il primo - **Servizi ospedalieri** - include i seguenti servizi: 1. Interventi sanitari in ricovero; 2. Interventi riabilitativi; 3. Servizi ambulatoriali (generali e specialistici); 4. Day hospital;

Il secondo - **Servizi sanitari residenziali e semiresidenziali** - comprende i seguenti servizi: 1
Gestione di strutture residenziali o semiresidenziali (escluse quelle socio-assistenziali e socio-sanitarie RSA); 2. Servizi terapeutici-riabilitativi; 3. Servizi socio-riabilitativi;

Fonte ISTAT: Istituzioni non profit

Il terzo - **Servizi psichiatrici** - include i seguenti servizi: *1.* Gestione di strutture residenziali o semiresidenziali per malati psichiatrici; 2. Interventi riabilitativi (anche a domicilio); 3. Servizi ambulatoriali e/o attività di consulenza;

Il quarto - **Altri servizi sanitari** - comprende i seguenti servizi: 1. Servizi sanitari a domicilio; 2. Servizi ambulatoriali; 3. Soccorso e trasporto sanitario; 4. Donazioni di sangue, organi, tessuti e midollo; 5. Attività di Pet Therapy; 6. Servizi di accoglienza e/o orientamento (servizi di accesso all'assistenza sanitaria); 7. Promozione della salute ed educazione agli stili di vita salutari; 8. Unità di strada servizi prevenzione.

Fonte ISTAT: Istituzioni non profit

DM 72/2021

LINEE GUIDA SUL RAPPORTO TRA PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI ED ENTI DEL TERZO SETTORE NEGLI ARTT. 55-57 DEL D.LGS. N.117/2017 (CODICE DEL TERZO SETTORE).

DM 72/2021

Tavolo di progettazione, caratteristiche del facilitatore:

- **Project Management**
- **Team Building**
- **Problem Solving**
- **Debating**

La Corte Costituzionale precisa nella **sentenza n. 131/2020** che l'art. 55 CTS costituisce una possibile estrinsecazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale (art. 118, u.c. Cost.).

Secondo la Corte, infatti, questa disposizione **"realizza per la prima volta in termini generali una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria – strutturando e ampliando una prospettiva che era già stata prefigurata, ma limitatamente a interventi innovativi e sperimentali in ambito sociale"**

"Il sistema degli enti del Terzo settore (ETS) si radica in una dimensione che attiene ai principi fondamentali della Costituzione, in **quanto espressione di un pluralismo sociale rivolto a perseguire la solidarietà - posta dall'art. 2 Cost. tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico - e a concorrere all'eguaglianza sostanziale che consente lo sviluppo della personalità, cui si riferisce il secondo comma dell'art. 3 Cost.** Proprio in quanto tale, questo sistema è valorizzato ai sensi del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, quarto comma, Cost., fino a dar vita, nell'art. 55 cod. terzo settore, a un **modello di amministrazione condivisa tra gli ETS e le pubbliche amministrazioni**"

Corte Cost. n. 72/2022

Queste considerazioni appaiono confermate anche dall'art. 6 del D. Lgs. 36 del 31 marzo 2023 (Codice dei contratti pubblici).
Anche qui la portata generale dell'articolo consente di enucleare un principio giuridico di portata rivoluzionaria poiché **le pubbliche amministrazioni possono ricorrere in via ordinaria ai procedimenti collaborativi**

Il Caso

Nel 2022 l'associazione intraprende un progetto importante, incaricandosi del reperimento dei fondi per la realizzazione, di concerto con la Regione Veneto, del nuovo *Nuovo Centro Regionale per le Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche - Hospice Pediatrico di Padova*, curando in particolare il reperimento dei fondi per la realizzazione del progetto dell'opera.







IL PRIMO LAUREATO È GIANNI SARRACENO

Terzo Settore e Ateneo rapporto da far crescere



GIURISTA DEL TERZO SETTORE

Il giurista del Terzo Settore non è solo un esperto di regole o di procedure, ma anche un facilitatore di processi complessi che coinvolgono molteplici attori: enti pubblici, organizzazioni non profit, imprese sociali e cittadini. La sua funzione è quella di tradurre le esigenze dei vari interlocutori in strumenti adeguati, promuovendo la collaborazione e la co-progettazione.

GIURISTA DEL TERZO SETTORE

- **La co-progettazione e la co-programmazione**
- **La gestione delle convenzioni e degli accreditamenti**
- **L'implementazione di modelli di governance inclusivi**
- **La risoluzione di conflitti e l'armonizzazione normativa**

GIURISTA DEL TERZO SETTORE

«Il giurista (del Terzo Settore) non è solo colui che applica la norma, ma un costruttore di percorsi di innovazione istituzionale, capace di individuare soluzioni giuridiche che favoriscano la partecipazione e il dialogo tra i soggetti coinvolti».

Gregorio Arena

GIURISTA DEL TERZO SETTORE

Questa visione si applica perfettamente al contesto sanitario, dove il giurista del Terzo Settore può agevolare la costruzione di partenariati pubblico-privati e la creazione di modelli organizzativi basati sulla sussidiarietà e sulla condivisione delle risorse.

GIURISTA DEL TERZO SETTORE

Questo significa che il giurista del Terzo Settore non è solo un tecnico del diritto, ma un attore proattivo nell'ideazione e nell'implementazione di politiche sociali (e sanitarie) innovative.

GIURISTA DEL TERZO SETTORE

La sua attività contribuisce a rafforzare l'integrazione tra il SSN ed i privati (oltre che del Terzo Settore), favorendo un modello di sanità più inclusivo, efficiente e sostenibile. In un contesto di crescente complessità normativa e finanziaria, la professionalità del Giurista del Terzo Settore diventa un elemento determinante per il successo e la sostenibilità di un nuovo modo di considerare il bene (comune) della salute.

Philee

Futures Philanthropy: Anticipation for the Common Good





La proposta formativa del nostro Dipartimento è nata dall'esigenza di rispondere a queste profonde trasformazioni, offrendo una formazione che pone al centro gli **aspetti giuridici e organizzativi** degli enti no profit. L'obiettivo principale è quello di formare figure professionali capaci di intervenire attivamente nei processi decisionali e gestionali, supportando lo sviluppo delle **politiche pubbliche orientate all'interesse generale** e collaborando con le amministrazioni pubbliche.



La finalità precipua del Corso, è dunque formare persone competenti sulle regole relative al funzionamento interno e sulle modalità di azione rivolta all'esterno degli enti del terzo settore e degli enti che interagiscono con essi. Combinando un'approfondita preparazione giuridica unita a una formazione in materie **sociologiche**, **psicologiche** ed **economiche**, il Corso mira quindi a formare soggetti dotati di linguaggio e competenze applicabili nelle realtà sopra indicate



Il giurista del Terzo settore è quindi un mediatore tra la sanità pubblica pubblica e la sanità privata poiché il suo ruolo è terzo rispetto ad ambedue gli approcci.

Tutela il bene comune della salute superando la dicotomia stato-mercato per una sanità realmente PARTECIPATA

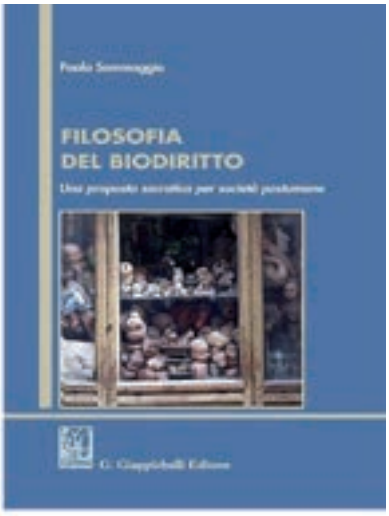


In questo regime i cittadini sono liberi; lo stato garantisce la più piena libertà, sia di dire sia di fare ciò che uno desidera [...] Di conseguenza ogni cittadino ha la possibilità di organizzare la propria vita a modo suo.

Repubblica, Platone (libro VIII, 557a-b)







paolo.sommaggio@unipd.it



https://www.padovauniversitypress.it/it/publications

Compendio n. 4



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DPCD

Progetto Miglioramento didattica 2024

Shaping a World-class University 2024

Sanità: pubblica, privata o non profit?

Claudio Di Gregorio
Diritto degli enti no profit
claudio.digregorio@unipd.it

8 aprile 2025
Archivio Antico – Palazzo del Bo

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Due parole chiave:

interventi* e *servizi sanitari

(art. 5, co.1, lett. b) del CTS



6. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ognuno in Veneto 9
6.1. GLRICCS pubblici 9
6.2. GLRICCS privati 10
7. La rete ambulatoriale ETS 9
7.1. Distribuzione geografica 9
7.2. Utenza 10
8. I Servizi di equidalia 10
8.1. Caratteri organizzativi e classificazione dei servizi sociali 10
8.2. Distribuzione territoriale 11
9. Volontariato e Solidarietà 12
9.1. Inquadramento giuridico 12
9.2. Distribuzione territoriale 12
9.3. Tipologia dei servizi 12
9.4. Integrazione 12
10. I Servizi di ricovero e/o di trasporto in ambulanza in regime di accreditamento 13
10.1. Quadro normativo, contenuto e forma giuridica dei soggetti accreditati 13
10.2. Distribuzione territoriale 13
10.3. Case Studies 13
11. L'Azienda Zero, l'Assemblea Permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti e la Cabina di Regia della Sanità partecipata 14
11.1. Natura e Governo dell'Azienda Zero 14
11.2. L'Assemblea Permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti 14
11.3. La Cabina di regia della Sanità partecipata 15

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

Tabella 17. Distribuzione degli enti no profit in Italia per settore d'attività prevalente (2020)

Settori di attività prevalente[a]	Istituzioni		Dipendenti[b]	
	v.a.	%	v.a.	%
Attività culturali e artistiche	87.810	19,6	20.598	2,3
Attività sportive	119.679	32,9	58.747	6,5
Attività ricreative e di socializzazione	37.884	10,5	10.827	1,2
Istruzione e ricerca	13.836	3,8	131.162	15,1
Sanità	12.578	3,5	103.215	11,9
Assistenza sociale e protezione civile	18.484	5,0	421.390	48,4
Ambiente	6.014	1,7	2.140	0,2
Sviluppo economico e coesione sociale	6.282	1,7	50.510	11,6
Tutela dei diritti e attività politica	4.984	1,4	2.202	0,3
Filantropia e promozione del volontariato	4.128	1,1	2.997	0,3
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.420	1,2	3.998	0,4
Religione	17.240	4,7	8.288	1,1
Relazioni sindacali e rappresentanza interessi	24.910	6,9	40.990	4,7
Altre attività	2.198	0,6	4.978	0,6
TOTALE	367.565	100,0	870.183	100,0

(a) Per l'anno di riferimento 2020, al fine di ottenere la classificazione ICSEC e ICNPO, alcune istituzioni sono state classificate differentemente rispetto agli anni precedenti. I valori maggiormente interessati dalla riclassificazione sono: sanità, assistenza sociale e protezione civile, sviluppo economico e coesione sociale, attività culturali e artistiche, attività ricreative e di socializzazione.
(b) Nel caso di istituzioni che svolgono più attività, le variabili dei dipendenti non riguardano il settore d'attività secondario e non sono pro-attività.

Fonte: Istat, *Struttura e profili del settore non profit. Anno 2020*, Roma, 14 ottobre 2022, Prospetto 5.

Nota: i soggetti che svolgono attività sanitaria, 12.578, rappresentano appena il 3,5% del totale ma impiegano un numero di lavoratori dipendenti pari all'11,9% del totale (103.215 su 870.183) collocandosi al terzo posto per numero di occupati su scala nazionale, dopo i comparti "Assistenza sociale e protezione civile" e "Istruzione e ricerca".

Parole chiave: «valori» e «Valore»

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

APPENDICE

Tabella 11. Assetti proprietari degli ospedali per la cura delle patologie acute e per reparti di terapia intensiva negli Stati Uniti d'America (periodo 2004-2019)

	% Hospitals			% Hospitals, Admissions Weighted		
Year	Govt	Non-Profit	For-Profit	Govt	Non-Profit	For-Profit
2004	17.00	67.47	15.44	11.47	73.5	15.02
2005	17.15	67.17	15.75	11.72	73.37	17.01
2006	17.09	67.05	15.17	12.15	72.67	17.18
2007	17.77	65.91	15.33	12.59	72.47	15
2008	17.91	65.19	15.17	12.66	72.13	15.21
2009	17.91	65	15.14	12.58	72.1	15.31
2010	17.37	65.77	15.87	12.34	72.11	15.55
2011	15.86	65.81	18.69	10	73.7	16.3
2012	15.8	66.1	18	11.09	73.68	16.03
2013	16.04	67.31	16.77	11.48	73.85	16.7
2014	16.05	66.06	16.89	11.65	73.37	14.98
2015	16.01	67.83	16.26	11.08	73.76	15.22
2016	16.76	67.02	16.3	11.29	73.61	15.09
2017	16.73	66.73	16.72	11.34	73.66	14.7
2018	16.65	66.76	16.62	11.3	73.86	14.76
2019	16.67	66.76	16.56	11.3	74.26	14.44

Fonte: Horwitz L. R., Nichols A., *Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type*, in Health Affairs (Millwood), 2022 Mar; 41(3): pp. 334-340, https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01115, Appendix, p. 14, Table E.

Parole chiave: «valori» e «Valore»

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

Tabella 7. Ripartizione della forza lavoro nei servizi pubblici tra settore pubblico, privato e non profit in Francia – 2016.

Area	Quota di impiego per settore			Totale
	Pubblico	Privato	Non Profit	
Istruzione	76%	9%	19%	100%
Sanità	65%	23%	12%	100%
Servizi sociali	28%	10%	62%	100%
Ripartizione totale del lavoro retribuito in Francia	35,3%	6%	7,5%	100%

Fonte: ARCHAMBAULT E., *The evolution of public service provision by the third sector in France*, in The Political Quarterly, Vol. 88 (3), 2017, p. 468, in https://shs.hal.science/halshs-01566859 e Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES, *Les dépenses de santé en 2016 – Résultats des comptes de la santé – édition 2017.*

Nota: Dati rielaborati dagli autori per chiarezza d'esposizione.



Parole chiave: «valori» e «Valore»

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

«Health Care Acts» del 2012 e del 2022:

- *Sistema integrato pubblico – privato non profit* (*Integrated Care Systems*) che opera attraverso strutture dedicate, anch'esse integrate:
- «*Integrated Care Boards*»

"WORKING TOGETHER: INTEGRATED CARE BOARDS FOR INTEGRATED COMMUNITY SERVICES"

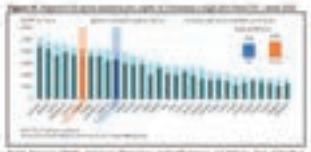


Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

Totale Strutture Ospedaliere: 1700

Pubbliche	Private for-profit	Non profit
41%	28%	31%

Source: Flennert et al, 2019



Parole chiave: «valori» e «Valore»

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

La Finlandia, che rappresenta il Paese nordico con le principali difficoltà nell'erogazione dei servizi sanitari, il settore privato e quello non profit svolgono un ruolo di rilievo, con particolare riguardo alla rete ambulatoriale, alla salute mentale, alla chirurgia ortopedica, cardiologia, ginecologia-ostetricia e alla cura del cancro, anche in centri ospedalieri dedicati.



Parole chiave: «valori» e «Valore»

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

Programmi integrati di Servizi sanitari pubblici/non profit sperimentati nella provincia di Alberta, Canada Occidentale, e premiati nella 23^ Conferenza internazionale dell'assistenza sanitaria integrata di Anversa, in Belgio, il 24 maggio 2023
(***Fonte: Lewanczuk, 2023***)



Parole chiave: «valori» e «Valore»

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?





Parole chiave: «valori» e «Valore»

Quanto vale il Terzo settore in Sanità?

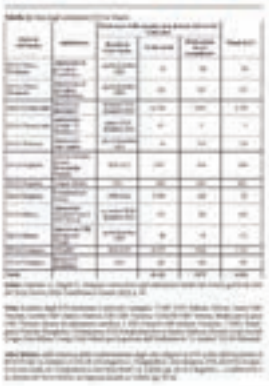


Tabella 23. Valori ETS che hanno erogato "interventi e prestazioni sanitarie" afferenti ai LEA, in regime di accreditamento, anno 2022 (valori in euro).

Totale enti	Totale ricavi e/o componenti complessivi 2022	Totale Volume di affari (IVA) 2022	Totale redditi 2022	Immobilizzazioni materiali 2022
588	2.125.869.676	2.125.615.419	67.138.245	918.399.390

Fonte: Agenzia delle entrate – DRE Veneto su dati degli ETS "accreditati" da Azienda Zero e fornitori servizi sanitari afferenti ai soli livelli essenziali di assistenza (LEA: Tabella 18, Sezione "Assistenza sanitaria – SA").

Nota: i dati aggregati esposti nella tabella sono ricavati da quelli contabili e fiscali degli enti ricompresi nell'elenco trasmesso da "Azienda Zero". La loro acquisizione appare rilevante perché, rispetto alla Figura 25, quarta colonna (anno 2022 – "PRIVATO") sono distintamente riportati dal totale degli enti non pubblici (for profit e non profit) e inoltre perché l'ammontare complessivamente riportato nella figura (935.646.550 euro) è relativo alla sola "tariffa regionale" applicata.

Parole chiave: «valori» e «Valore»

La Sanità «integrata» e «partecipata»

Il modello di Sanità *"integrata"* e *"partecipata"* e gli Ambiti territoriali sociali sembrano essere riusciti a coinvolgere i soggetti principali di quello che ogni servizio pubblico dovrebbe raggiungere: cioè gli **utenti**.

L'Assemblea permanente dei cittadini e dei pazienti e la **Cabina di regia** non hanno solo la funzione di ascolto dei *"cahiers de doléances"* trasmessi dal territorio, ma intendono rendere gli *"Stakeholders"*, veri protagonisti del sistema.



Strumenti: diversi; obiettivo: bene comune.

- processo democratico ⟶ voto elettorale;
- partecipazione ⟶ solidarietà politica, economica e sociale.

Concludendo…

L'indagine ha confermato come nel comparto Sanità il Terzo settore:

- ha consentito di coprire aree non altrimenti raggiungibili dal servizio pubblico;
- ha fornito, spesso gratuitamente, la propria opera in modo indistinto a cittadini e stranieri, contribuendo in tal modo ad avvicinarli alle comunità presso le quali vivono.

E allora, al di là dei valori contabili, qual è il «Valore» del Terzo settore nel comparto sanitario?

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



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DPCD

Progetto Miglioramento didattica 2024

Shaping a World-class University 2024

Sanità: pubblica, privata o non profit?

8 aprile 2025

Archivio Antico – Palazzo del Bo'

Claudio Di Gregorio
Diritto degli enti no profit
claudio.digregorio@unipd.it

Grazie per l'attenzione

Compendio n. 5

Health Care: Public, Private, or Nonprofit?

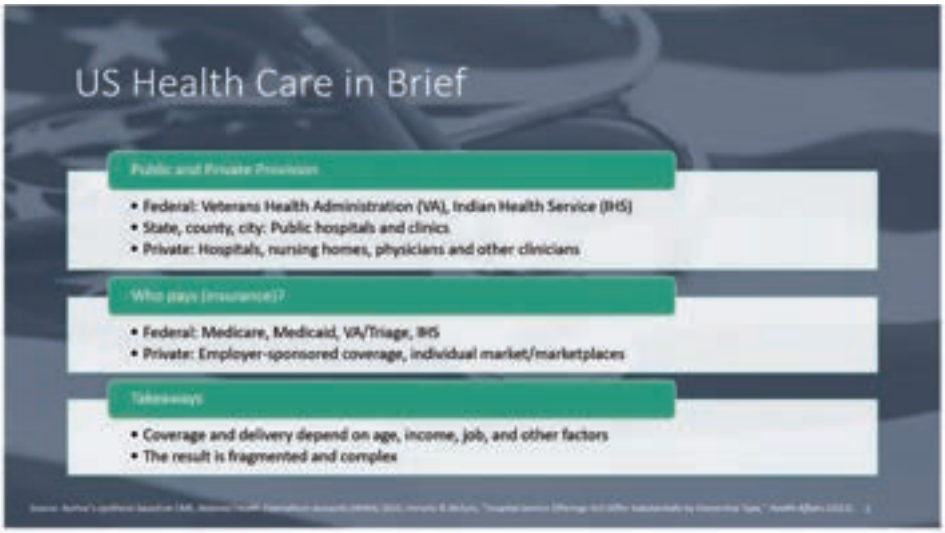
Jill R. Horwitz Phd, JD, MPP

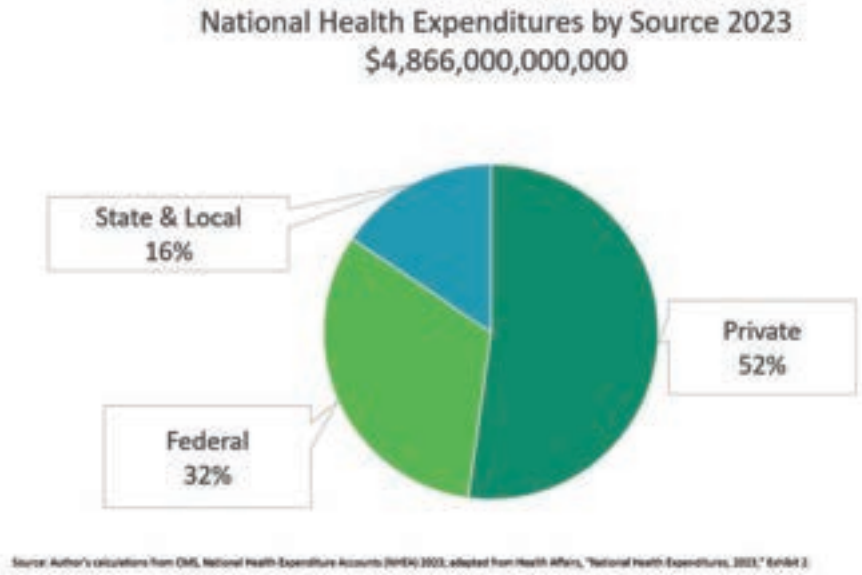
UCLA School of Law:*
David Sanders Professor of Law & Medicine*
Founding Faculty Director, Center of Philanthropy and Nonprofits*

Northwestern University**
Trobman Family Innovation Professor, Pritzker School of Law**
Professor of Emergency Medicine, Feinberg School of Medicine**
Founding Faculty Director, Center of Philanthropy and Nonprofits**

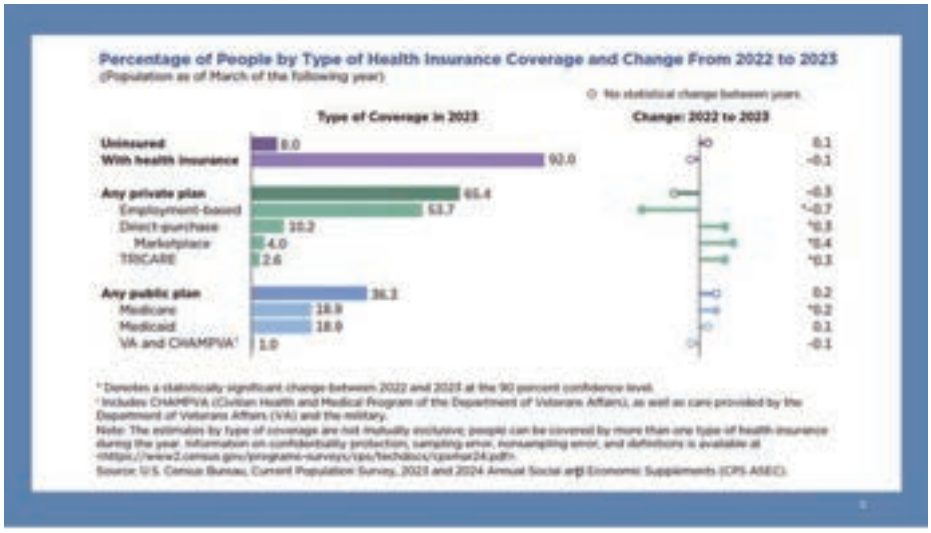
* At time of presentation
** At time of publication







Source: Author's calculations from CMS, National Health Expenditure Accounts (NHEA) 2023, adapted from Health Affairs, "National Health Expenditures, 2023," Exhibit 2.





History of uninsurance in the United States

- Over the past 15 years, the uninsured rate has fallen markedly among people under age 65.
- In 2010, 19% of people under age 65 were uninsured. [ACS]
- The uninsured rate is now near a historical low. [CPS ASEC]
- In 2023, 25.3 million people ages 0–64 were uninsured (9.5%). [CPS ASEC]
- Coverage churn remains substantial: at any point in time, 12.5% of under-65s are uninsured, but over a two-year period about 25% experience a spell of uninsurance. The risk of losing coverage declined only modestly after the ACA. [PNAS]

Source: U.S. Census Bureau, CPS ASEC, Health Insurance Coverage in the United States: 2023 (P60-284), Sept. 10, 2024, Fig. 1, Fig. 9, Appx. A Table 2; U.S. Census Bureau, ACS 1-year estimates, HCT-8_ACS (2010 under-65 uninsured); Erias & Finkelstein, PNAS (2023)

Still...we have

- Close to universal coverage as a matter of policy (Medicare, Medicaid/CHIP, ACA marketplaces, employer coverage).
- Uncompensated care obligations for the uninsured (EMTALA) and safety-net providers.
- Multiple programs tied to disease, disability, income, and age (Medicare, Medicaid/CHIP, VA/Tricare, SSI/SSDI-linked Medicaid), and more.
- But the system is too complicated and fragmented.
- Many eligible people remain unenrolled.
- Even economists argue for free, automatic, basic, universal insurance (with optional private supplemental coverage).

Source: Einav & Finkelstein, We've Got You Covered (2023)



We've Got You Covered

Rebooting American Health Care

Liran Einav and Amy Finkelstein



Universal Access: Canada

- "Universal" means publicly financed basic coverage for hospital and physician services.
- Outpatient prescription drugs are not universally covered; dental and many ancillary services are largely outside the basic plan.
- Equity is stronger once patients are in the hospital, but access to primary care, specialists, dental, and some community services varies by income and for Indigenous peoples (First Nations, Inuit, Métis).
- As in other high-income countries, Canada faces persistent challenges: access (including wait times), cost pressures, quality, and equity—despite universal basic insurance.

Source: OECD, Health at a Glance (2023); CIHI, National Health Expenditure Trends (2024); author's synthesis

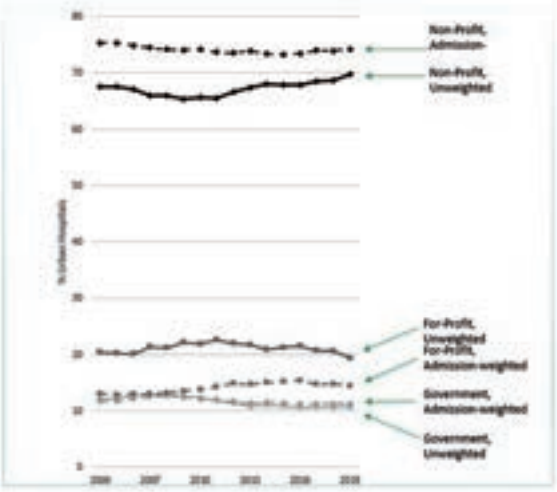
What does private mean?

The hospital industry

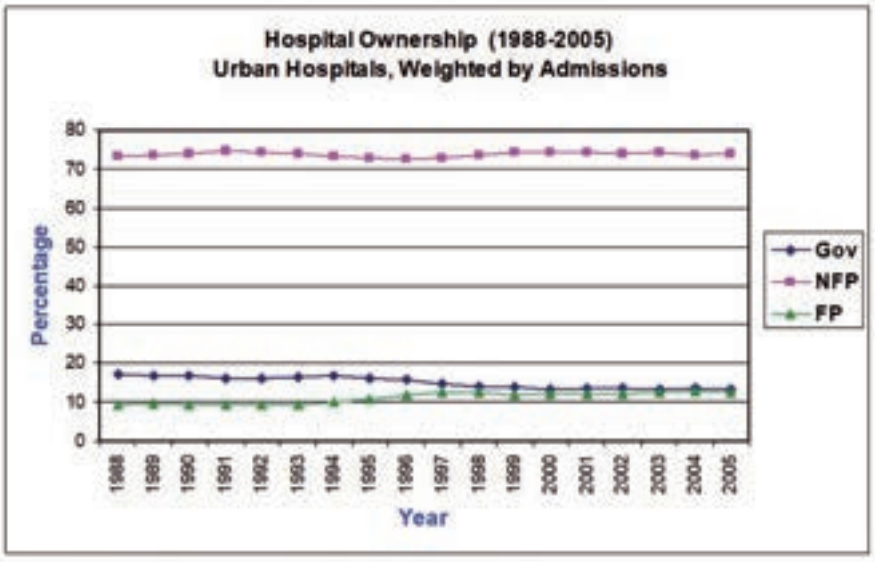


Most hospital care in the US is private nonprofit.

Urban acute care hospitals are predominantly private nonprofit, including when weighted by admissions (2004–2019).



Source: Horwitz & Nichols, "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type," *Health Affairs* (March 2022); from authors' analysis of urban, nonfederal acute-care hospitals, 2004–2019.



Source: Horwitz, "Making Profits and Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, and Government Hospitals," Health Affairs (2005), authors' analysis of urban hospital ownership, 1988–2005.



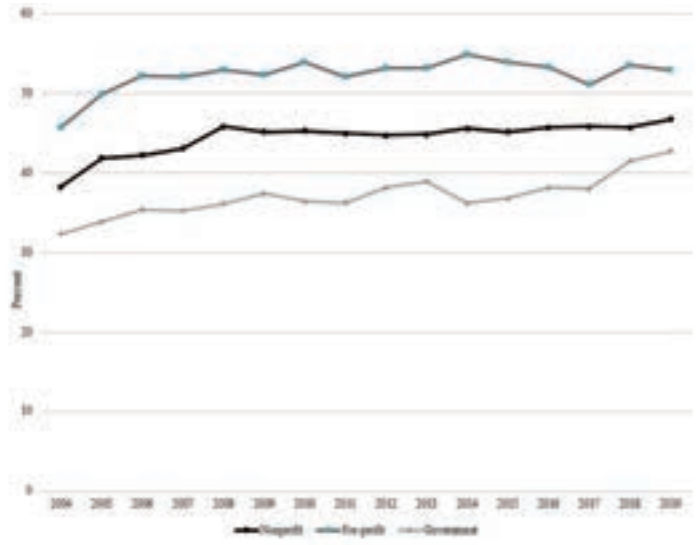
- Type of ownership is set at incorporation under state law (nonprofit, for-profit, or public).
- Nonprofit hospitals must operate for charitable purposes under federal tax law (community benefit standard).
- Key tax benefits for qualifying nonprofit hospitals:
  - Federal income tax exemption.
  - State/local property tax exemption (often), and sales/use tax exemption (varies by state).
  - Access to tax-exempt bond financing.
  - Eligibility to receive tax-deductible charitable contributions.
- What is it worth? ~$13-40 Billion (estimates vary widely by method and year)
- Community benefit standard: IRS Rev. Rul. 69-545; additional requirements under IRC § 501(c)3 (financial assistance policy, EMTALA, billing/collection limits).
- "Tax-exempt bond financing" refers to borrowing via municipal bonds at below-market rates.

Source: Author's summary of IRS Rev. Rul. 69-545, IRC §§ 501(c)(3), 501(r) and other sources.


Controversy: Nonprofits and Bad Behavior
OPINION
GUEST ESSAY
Why Are Nonprofit Hospitals Focused More on Dollars Than Patients?
They Were Entitled to Free Care. Hospitals Hounded Them to Pay.
Nonprofit Health System Ends Practice of Denying Care to Patients in Debt
Allina Health, a large Midwestern system of hospitals and clinics, says it has decided to stop cutting off medical care to patients with unpaid medical bills of $4,500 or more.
THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE
Do Nonprofit Hospitals Deserve Their Tax Exemption?

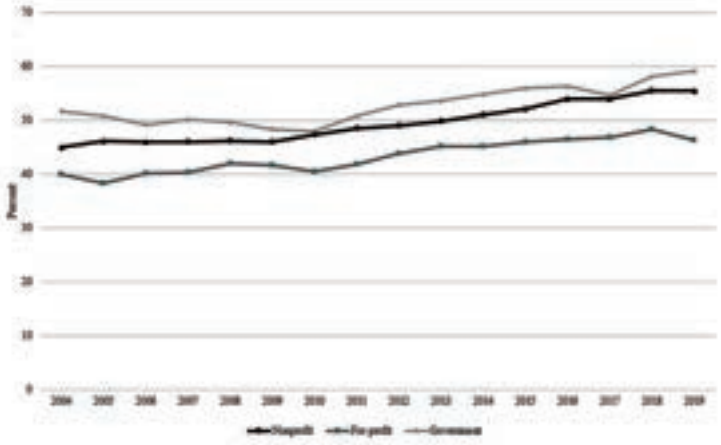

Money corrupts — have nonprofit hospitals lost their way?
• Nonprofit hospitals have always charged for care.
• "With bodies": patients/residents often contributed labor (sewing, cleaning, ministering).
• Hospitals charged almshouses for resident admissions in some locales.
• Almshouses provided poor relief; nursing homes emerged from them, not hospitals.
• These institutions were often harsh, and many residents worked or were "rented" to farms.
• Separate institutions handled mental health care (historically called "insane asylums").





Predicted Probability of Offering Adult Cardiac Surgery by Ownership Type, 2004-2019

Source: Horwitz & Nichols, "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type," Health Affairs (March 2022); author's analysis of hospital service offerings by ownership type.

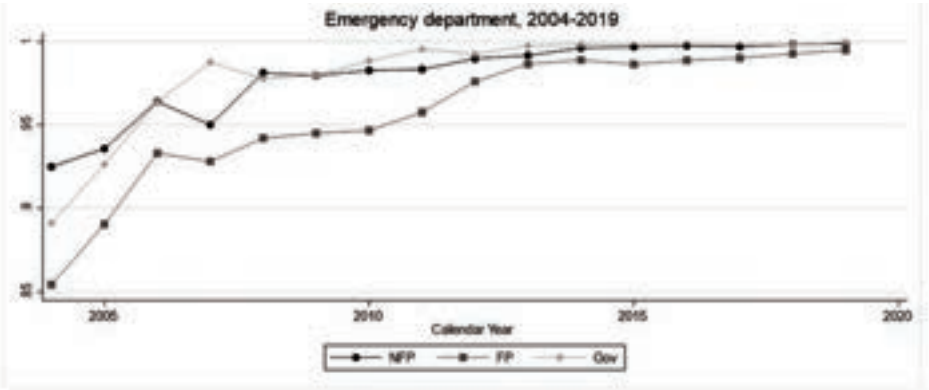


Predicted Probability of Offering Psychiatric Emergency Services by Ownership Type, 2004-2019

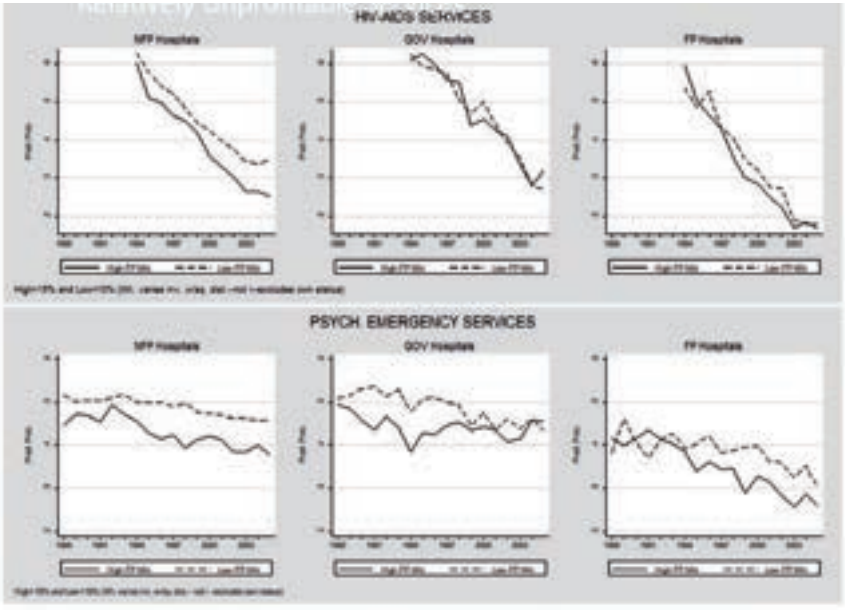
Source: Horwitz & Nichols, "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type," Health Affairs (March 2022); author's analysis of hospital service offerings by ownership type.



Source: Horwitz & Nichols, "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type," Health Affairs (March 2022); author's analysis of hospital service offerings by ownership type.



Source: Horwitz & Nichols, "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type," *Health Affairs* (March 2022); author's synthesis.



Source: Horwitz & Nichols, "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type," *Health Affairs* (March 2022); author's synthesis.

My response.

Viewpoint

January 18, 2024

Threatening Nonprofit Hospital Tax Exemption
A Better Path Forward

Jill R. Horwitz, PhD, JD, MPP[]

> Author Affiliations | Article Information

JAMA. 2024;331(6):469-470. doi:10.1001/jama.2023.28289



For-profits

For-profit hospitals:

Historically included publicly traded systems and large private groups (e.g., HCA and peers).

These hospitals have been more likely to emphasize profitable service lines and avoid unprofitable ones.

Other for-profit sectors:

Many home health agencies and nursing homes are individually owned or organized as LLCs/corporations.

The sector is predominantly for-profit.

Physician groups:

Growing consolidation, with some groups taking capitation and downside risk.

Source: Horwitz, "Making Profits and Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, and Government Hospitals," *Health Affairs* (2005); Horwitz & Nichols, "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially by Ownership Type," *Health Affairs* (March 2011); MedPAC, Report to the Congress: Medicare Payment Policy (March 2020); author's synthesis.

Private equity in health care (past 15 years and ramping up)

- $200 billion in health care acquisitions in 2021; roughly $1 trillion over the past decade. [Commonwealth Fund]
- Counting is difficult given nonpublic and roll-up deals.
- Private equity dominates some physician practice markets. [Scheffler et al. 2023]
- In 13% of MSAs, a single PE firm controls >50% of the physician practice market. [Scheffler et al. 2023]
- In 28% of MSAs, a single firm controls >30% share. [Scheffler et al. 2023]

Source: David Blumenthal, "Private Equity's Role in Health Care," The Commonwealth Fund webinar (Nov. 17, 2023); Richard M. Scheffler et al., Marketing Medicine: Private Equity and Competition in Physician Practice Markets (American Antitrust Institute/Petris Center/Equitable Growth, July 10, 2023).



Geographic Distribution of Private Equity Acquisitions

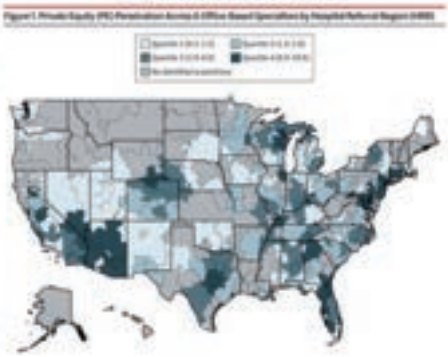
Hospitals

Figure. Locations of private equity–owned hospitals in 2018.



Using Medicare cost reports, the addresses for the 130 private equity–owned hospitals in 2018 were identified. There were no such hospitals located in Hawaii or Alaska.

Physician Practices

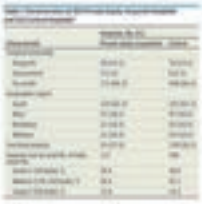


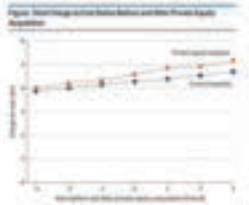
Source: Left panel – Bruch, Zeltser & Song, "Characteristics of Private Equity–Owned Hospitals in 2018," *Ann Intern Med* (74(2). right panel – Singh, Zhu, Polsky et al., "Geographic Variation in Private Equity Penetration Across Select Office-Based Physician Specialties in the US," *JAMA Health Forum* 2022;3(4):e220825.

Prices and spending after private equity acquisitions

Acquisitions of Hospitals → ↑ Income, Charges, Case Mix, Commercial %

Changes in Hospital Income, Use, and Quality Associated With Private Equity Acquisition





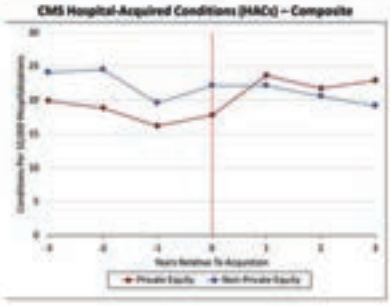
- Scheffler et al.: substantial market power in select physician specialties.
- Greater market power is associated with higher prices.
- After PE acquisition, prices rose in 8 of 10 specialties (e.g., ≈16% oncology; ≈4% primary care/dermatology), and per-patient spending rose in 6–10 specialties by ≈4–16%.

Source: Bruch JD, Gondi S, Song Z. "Changes in Hospital Income, Use, and Quality Associated With Private Equity Acquisition," *JAMA Intern Med* (2020); Scheffler RM et al., *Monetizing Medicine: Private Equity and Competition in Physician Practice Markets* (Yale/Petris Center/Equitable Growth, 2022).

Quality outcomes after private equity acquisition

Changes in Hospital Adverse Events and Patient Outcomes Associated With Private Equity Acquisition

Acquisitions of Hospitals → ↑ Hospital-Acquired Complications



Relative to control, PE acquisitions increased:

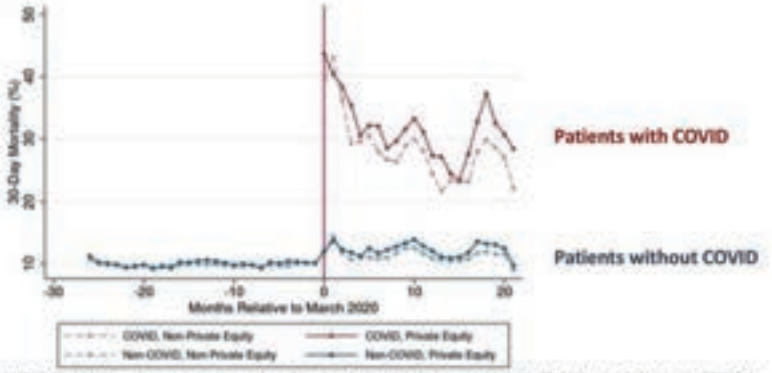
Composite HACs	25%
Falls	27%
Central line infections	38%

(Despite 16% fewer central lines)

Surgical site infections doubled at PE hospitals, while declining at controls. (Despite 8% fewer surgeries performed)

Source: Kannan S, Bruch JD, Song Z. "Changes in Hospital Adverse Events and Patient Outcomes Associated With Private Equity Acquisition," JAMA (2023).

In Progress: Mortality at PE Hospitals Higher During the Pandemic

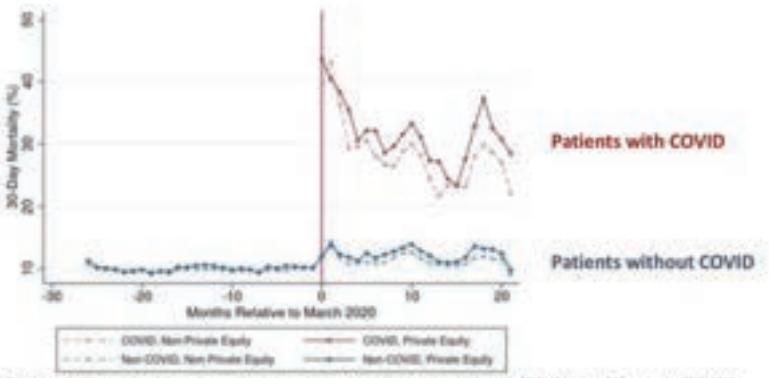


Patients with COVID

Patients without COVID

Source: Song Z, Bruch JD, Zhang K, Hass DA. "Changes in Hospitalization Outcomes Among Private Equity and Non-Private Equity Hospitals During the COVID-19 Pandemic," J Gen Intern Med (2023) SGIM Annual Meeting, abstract).

In Progress: Mortality at PE Hospitals Higher During the Pandemic



Steward Health Care — acquisitions and collapse

- Acquisitions of nonprofit hospitals (safety net hospitals) with promises of investments in operations
- Started in Massachusetts (owned over 30 hospitals nationally)
- Chapter 11 bankruptcy filed in May 2024
- About 20% of hospitals closed or announced closure, mass layoffs reported.



Where are we going? An unprecedented situation

- Chaos.
- Funding and personnel reductions announced/proposed/implemented across federal health agencies — specify and date actions.
  - Scientific research (basic and translational).
  - Public health.
  - Health and Human Services.
  - Medicaid/Medicare.
  - Food and Drug Administration.
  - National Institutes of Health (largest public funder of biomedical research).
- Hospitals.
  - Largest, most sophisticated are university-affiliated (mostly nonprofit).
  - Renewed attempts to constrain or eliminate nonprofit tax benefits.
- Private equity.
  - Bankruptcies/financial distress reported at select portfolio companies.

Source: Author's synthesis of recent U.S. federal health policy and funding changes across HHS, CMS, NIH, FDA, and major academic medical centers.

• Jill R. Horwitz Phd, JD, MPP

- **UCLA School of Law:***
- David Sanders Professor of Law & Medicine*
- Founding Faculty Director, Center of Philanthropy and Nonprofits*

- **Northwestern University****
- Trobman Family Innovation Professor, Pritzker School of Law**
- Professor of Emergency Medicine, Feinberg School of Medicine**
- Founding Faculty Director, Center of Philanthropy and Nonprofits**

Thank you

- * At time of presentation
- ** At time of publication

RELATORI

CRISTINA BASSO, *Direttrice del Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università di Padova*

GIUSI BONAVINA, *già Direttore Generale dell'Istituto Oncologico Veneto - IOV, Padova*

CHIARA CACCIAVILLANI, *Ordinario di Diritto Amministrativo, Università di Padova*

MARTA CARRARO, *Coordinatrice di Progetto "Programma Italia" Emergency OdV, Venezia*

FILIPPO CRIMÌ, *Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova*

CLAUDIO DI GREGORIO, *già Docente di Diritto degli enti no profit presso l'Università di Padova e tutt'ora docente di International Tax Law presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. UNDP Expert on Tax, Public Finance and Sustainable Development Goals (Nazioni Unite)*

NICOLA GIOBBE, *Vicepresidente dell'Ordine degli Avvocati di Padova*

JILL R. HORWITZ, *Trobman Family Innovation Professor, Northwestern University Pritzker School of Law and Professor of Emergency Medicine, Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Chicago IL (U.S.A.), Founding Faculty Director, Center of Philanthropy and Nonprofits, UCLA School of Law, Los Angeles CA (U.S.A.)*

MANUELA LANZARIN, *già Assessore alla Sanità - Servizi sociali, Programmazione Socio-sanitaria della Regione Veneto*

ANDREA OSTELLARI, *Senatore, Sottosegretario di Stato alla Giustizia, Roma*

ALCESTE SANTUARI, *Associato di Diritto dell'Economia degli enti non profit e della cooperazione, Università di Bologna*

PAOLO SOMMAGGIO, *Presidente del Corso di laurea "Giurista del Terzo Settore", Università di Padova*