amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo (Classe A)
Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Rivista di Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Direzione scientifica
Gennaro Terracciano, Gabriella Mazzei, Julián Espartero Casado

Direttore Responsabile
Gaetano Caputi

Redazione
Carlo Rizzo

FASCICOLO N. 1/2026

Estratto

Iscritta nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009
ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Antonio Barone, Vincenzo Caputi Jambrenghi, Francesco Cardarelli, Enrico Carloni, Maria Cristina Cavallaro, Guido Clemente di San Luca, Andry Matilla Correa, Chiara Cudia, Gianfranco D'Alessio, Mariaconcetta D'Arienzo, Ambrogio De Siano, Ruggiero Dipace, Valentina Maria Donini, Luigi Ferrara, Pierpaolo Forte, Gianluca Gardini, Biagio Giliberti, Emanuele Isidori, Bruno Mercurio, Francesco Merloni, Giuseppe Palma, Alberto Palomar Olmeda, Attilio Parisi, Luca Raffaello Perfetti, Fabio Pigozzi, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Francesco Rota, Josè Manuel Ruano de la Fuente, Leonardo J. Sańchez-Mesa Martĩnez, Ramón Terol Gómez, Antonio Felice Uricchio.

Comitato editoriale

Jesús Avezuela Cárcel, Giuseppe Bettoni, Sveva Bocchini, Salvatore Bonfiglio, Vinicio Brigante, Sonia Caldarelli, Giovanni Cocozza, Andrea Marco Colarusso, Sergio Contessa, Beatrice Coppa, Giuseppe Doria, Manuel Delgado Iribarren, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Jakub Handrlica, Margherita Interlandi, Laura Letizia, Giuseppina Lofaro, Federica Lombardi, Gaetano Natullo, Carmen Pérez González, Giovanni Pesce, Benedetta Piazza, Marcin Princ, Sara Pugliese, Bianca Nicla Romano, Antonio Saporito, Giuliano Taglianetti, Esper Tedeschi, Simona Terracciano, Stefania Terracciano, Salvatore Villani.

Coordinamento del Comitato editoriale

Valerio Sarcone.

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Assistenza territoriale e sussidiarietà orizzontale

di Mario Rosario Spasiano

(Professore ordinario di diritto amministrativo presso l'Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli)

Sommario

1. Premessa metodologica - 2. Il sistema solidaristico in campo sanitario in Italia - 3. Il diritto alla salute: la sua evoluzione giuridica e le forme di attuazione - 4. La sussidiarietà nel sistema sanitario: il nuovo volto della sanità territoriale - 5. Il ruolo del Terzo Settore e la sanità integrata - 6. Esperienze operative di nuove forme di gestione - 7. Il terzo settore e il Codice dei contratti pubblici (d.lgs. n. 36/2023) - 8. Talune considerazioni conclusive: il Terzo Settore è ancora un "*loose and baggy monster*"? No, ma la riforma non è a costo zero.

Abstract

To understand the motivations and effects of any phenomenon of social (as well as legal) significance, it is essential to first contextualize the topic historically, supported by an approach aimed at highlighting the ideological, ethical, political, economic, sociological, and, last but not least, religious constraints that have shaped it.

Given this premise, it is clear that the theme of "Territorial Assistance and Horizontal Subsidiarity" is composed of two distinct areas: one that could be defined as "humanitarian," responding to a prevailing logic of solidarity, guaranteed by the constitution; the other, social and healthcare, based mostly on organizational and efficiency-oriented logics.

The interaction of the two components will guide the path of this investigation with the aim of arriving at a treatment that allows us to grasp the true extent of the problems faced, the sometimes contradictory solutions devised by the legislator, the existence of obstacles, economic but not only, deriving from the absence of a more coherent and conscious policy of incentives for the implementation of the quality of the territorial healthcare offer.

ISSN 2036-7821

1. Premessa metodologica.

Per comprendere motivazioni ed effetti di un qualsiasi fenomeno a rilevanza sociale (oltre che giuridica) non si può prescindere da una previa contestualizzazione storica del tema, supportato da un approccio teso a porre in luce i condizionamenti ideologici, etici, politici, economici, sociologici e, non ultimo, religiosi, dei quali esso sia stato frutto.

Data questa premessa, appare evidente come il tema "*Assistenza territoriale e sussidiarietà orizzontale*" si componga di due distinti ambiti: quello che si potrebbe definire "umanitaristico", rispondente a prevalenti logiche di solidarietà, fornite di garanzia di copertura costituzionale; l'altro socio-sanitario, fondato per lo più su logiche di tipo organizzativo-efficientistico.

L'interazione delle due componenti guiderà il percorso di questa indagine nell'intento di pervenire ad una trattazione che consenta di poter cogliere l'effettiva portata delle problematiche affrontate, le talora contraddittorie soluzioni ideate dal legislatore, la sussistenza di ostacoli, economici ma non solo, derivanti dall'assenza di una più coerente e consapevole politica di incentivazione alla implementazione della qualità dell'offerta sanitaria territoriale.

2. Il sistema solidaristico in campo sanitario in Italia.

La nascita e lo sviluppo del sistema solidaristico nel nostro Paese in campo socio-sanitario è connotato da un percorso peculiare rispetto a quello che ha avuto luogo in altri Stati pur geograficamente vicini e peraltro sovente a noi accomunati da una analoga evoluzione culturale, tanto da essere comunemente definiti quali componenti l'indistinto "Mondo occidentale"[1].

[1] In Italia, a partire dal secondo dopoguerra, si sono succedute diverse stagioni di sviluppo del Terzo Settore, ciascuna caratterizzata dall'emergere di specifiche forme organizzative e da una crescente strutturazione normativa. La prima coincide con la nascita e l'affermazione dell'associazionismo di promozione sociale, che si estende dal secondo dopoguerra ai primi anni Settanta. In tale fase, segnata dalla ricostruzione *post*-bellica e da un intenso sviluppo industriale, soprattutto nelle regioni settentrionali, si diffonde un tessuto associativo volto a rispondere ai bisogni di rappresentanza, tutela degli interessi economico-sociali, formazione e gestione del tempo libero delle classi lavoratrici.

La seconda stagione è quella del volontariato, formalmente riconosciuto con la legge n. 266 del 1991. Tale fenomeno trae impulso, da un lato, dal rinnovamento ecclesiale avviato dal Concilio Vaticano II (1962-1965) e, dall'altro, dai movimenti sociali e culturali del 1968, che ridefinirono il rapporto tra cittadinanza attiva, politica e solidarietà. Il volontariato si configura così come una forma organizzata di solidarietà sociale, animata da valori di gratuità e di impegno civico.

La terza stagione, infine, riguarda la nascita e lo sviluppo della cooperazione sociale, disciplinata dalla legge n. 381 del 1991. Le prime esperienze di cooperative di solidarietà emergono, tuttavia, solo negli anni Settanta, in seguito al processo di deistituzionalizzazione dei malati psichiatrici, consolidandosi poi negli anni Ottanta come forma di imprenditorialità sociale volta a promuovere l'inclusione lavorativa di soggetti svantaggiati — persone con disabilità, ex tossicodipendenti ex detenuti — e ad offrire servizi sociosanitari e assistenziali innovativi.

Accanto a tali esperienze, a partire dagli anni Novanta, si è affermata la forma fondazionale, disciplinata dal Codice Civile (Titolo II, Libro I), che conosce una progressiva espansione in ambiti quali la cultura, la ricerca scientifica, la sanità e l'assistenza sociale.

ISSN 2036-7821

Proprio quei Paesi (si pensi alla Francia, alla Spagna, all'Olanda, alla Germania o alla Gran Bretagna), infatti, nello sviluppo dei rispettivi sistemi di *welfare*, hanno subito, in misura differenziata e con diversa incidenza, l'influenza di fenomeni a noi rimasti per lo più estranei o di scarsa incidenza; mi riferisco, in modo particolare, al fenomeno migratorio conseguente alle politiche coloniali e imperialiste poste in essere da quegli Stati, politiche che – se non altro per condizioni storiche – sono notoriamente rimaste marginali e comunque hanno avuto tempi attuativi ritardati e di relativa portata per quanto concerne l'Italia. Basti al riguardo considerare che il vero impatto con le grandi migrazioni nel nostro Paese si è avuto solo a partire dagli anni '80 dello scorso secolo e ciò in ragione di fattori di ordine geografico piuttosto che di conseguenza di pregresse esperienze a carattere colonialistico. L'emigrazione sul nostro territorio ha prevalentemente costituito il più rapido (ancorché non più sicuro) approdo per raggiungere i Paesi dell'Europa centro-continentale.

Un ulteriore fattore ha poi connotato l'Italia rispetto agli altri Paesi europei: la presenza, nel contesto del suo territorio, della Santa Sede, elemento che lungi dal costituire una condizione a rilevanza geografica, si è rivelato fonte di peculiare e significativa influenza politico-culturale, oltre che religiosa.

In questo peculiare contesto si è dunque sviluppato ed evoluto il sistema socio-sanitario in Italia.

L'esercizio delle attività caritatevoli, a carattere socio-assistenziale, da parte della Chiesa Cattolica – come noto - ha da sempre contribuito in misura determinante a promuovere una peculiare e diffusa cultura solidaristica che rinvenne in seguito espressione anche nel testo costituzionale; una cultura profondamente diversa dalle variegate forme di mutuo soccorso socio-assistenziale promosse da minoranze presenti in altri Paesi europei[2], minoranze di immigrati connotate da eterogeneità etnica, linguistica, culturale e religiosa e soprattutto sottoposte a forme di tutela sanitaria blanda o persino nulla, da cui la nascita di forme organizzative sociali di soccorso sanitario.

In Italia, dunque l'assistenza nasce promossa in misura prevalente dall'azione solidaristica realizzata dalla Chiesa Cattolica mediante la promozione di associazioni, fondazioni e altre forme similari di organizzazione. Solo in seguito, a esse si affiancherà una crescente presenza della mano pubblica che tuttavia a lungo non perderà affatto quei caratteri propri originari di corrispondenza ad uno spirito umanitario e solidaristico, come dimostra il combinato disposto degli artt. 2, 32, e 118 della Costituzione che fonda la nozione di sanità pubblica sull'esercizio di doveri di solidarietà e di sussidiarietà quali pilastri irrinunciabili dello Stato sociale. Quella sanità sarà il frutto della compresenza di tre fondamentali soggetti di riferimento: il pubblico, il privato e il c.d. Terzo Settore o, meglio, il privato-sociale che, a seguito

[2] Sul tema, sia consentito il rinvio a M.R. SPASIANO, *Interessi pubblici e soggettività emergenti. Gli organismi non lucrativi di utilità sociale*, Napoli, 1996.

ISSN 2036-7821

della progressiva emancipazione del principio di sussidiarietà, è in misura crescente assurto (almeno nelle intenzioni del legislatore) quale interlocutore necessario nell'attuazione e nella innovazione dei servizi socio-sanitari territoriali, in grado di contribuire in misura determinante alla costruzione di una sanità di prossimità fondata sulla partecipazione, sulla responsabilità sociale e sulla coesione sociale.
Pare possa ragionevolmente ritenersi che quella stessa cultura di una sanità frutto di una consapevole e diffusa esigenza di solidarietà, prevalentemente (benché non in via esclusiva) interpretata dalla Chiesa Cattolica, non sia del tutto mutata nel tempo, ma abbia mutato il proprio riferimento centrale, trasferendolo sul soggetto Stato, innegabilmente munito di maggiore forza economica e organizzativo-gestionale. Ma lo spirito umanitario è rimasto comunque lo stesso, come si cercherà di dimostrare.

3. Il diritto alla salute: la sua evoluzione giuridica e le forme di attuazione.

Come rilevato, il sistema sanitario italiano rinviene le proprie origini nel settore privato, attraverso le c.d. opere di carità e la beneficenza.
Solo la legge Crispi del 1890 (n. 6972) aveva dato vita alle c.d. I.P.A.B. - Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, organismi pubblici nati da lasciti e iniziative private, con compiti di natura socio-assistenziale e di beneficenza, rivolte alle fasce più deboli della popolazione, in particolare a categorie specifiche come anziani, minori e persone svantaggiate. Le I.P.A.B. operavano sotto il controllo dello Stato e dei Comuni.
Di più non si poteva pretendere se solo si consideri che ancora agli inizi del Novecento, i pubblici poteri riguardanti la materia in questione erano per lo più impegnati nel perseguimento di finalità di igiene e di ordine pubblico: il settore sanitario rientrava nelle funzioni di polizia, di competenza del Ministero dell'Interno.
In quel contesto, i soggetti privati (istituzioni religiose ma anche laiche), privi di scopo di lucro, ricoprivano un ruolo essenziale nella cura degli infermi e delle fasce povere della popolazione, concentrando la loro attività soprattutto nel soccorso delle ondate di pellegrini in occasione di grandi eventi religiosi, nonché all'assistenza nel corso di epidemie e al soccorso a combattenti impegnati nelle guerre.
Tutte quelle attività venivano a svolgersi grazie ad un determinante contributo di quelle istituzioni per lo più private che oggi definiremmo di "volontariato umanitario".
Invero, dal punto di vista normativo[3], ancora ad inizio del XX secolo si registrava una forte frammentarietà e disomogeneità dell'intervento del sistema sanitario: da un

[3] Una tra le tappe fondamentali del processo legislativo della sanità italiana è rappresentata anche dalla legge 22 dicembre 1888, n. 5849 (legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, cd. Legge Crispi-Pagliani). Lo Stato italiano, con la nuova disciplina, riuscì ad acquisire un duplice sistema di igiene e sanità pubblica, rimanendo però in un sistema bipartito scoordinato che vedeva ancora da una parte il sistema pubblico e dall'altra quello privato-caritativo. Si veda a riguardo: F. MERUSI, *Aspetti problematici del servizio sanitario nazionale nei vari progetti di legge, L'istituzione del servizio sanitario nazionale,* Rapporto n. 1, Roma, 1977

ISSN 2036-7821

lato, iniziative di tipo centralistico o localistico della Chiesa Cattolica o anche di laici benefattori motivati dalle carenze sanitarie di tipo organico o anche estemporaneo; dall'altro, iniziative per lo più localistiche, che registravano la presenza di strutture pubbliche promosse per lo più da Comuni.

È soltanto a partire dagli anni Trenta del Novecento che il fenomeno di "pubblicizzazione" del "mutualismo sanitario" cominciò a muovere ulteriori passi significativi. Il T.U. delle Leggi Sanitarie, approvato con R.D. del 27 luglio 1934, n. 1265, previde un sistema di assistenza medico chirurgica e ostetrica, legata all'ambito territoriale comunale, con somministrazione gratuita di prestazioni «ai poveri», salvo rimborso da parte del Comune di residenza laddove il paziente provenisse da altra località.

Il successivo R.D. del 30 settembre 1938, n. 1631, rubricato "*Sull'istituzione per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*" definì un vero e proprio sistema di prossimità per gli individui non abbienti: in particolare, l'art. 10 del decreto prescrisse che i Comuni fossero legittimati a stipulare convenzioni con le amministrazioni ospedaliere per fornire assistenza ambulatoriale dei poveri. In tal caso, l'Ente locale avrebbe rilasciato agli aventi diritto (indigenti) una «scheda di cura ambulatoriale», su cui si sarebbero annotate le cure prestate.

La presenza di queste forme di organizzazione pubblica non determinò il venir meno del ruolo delle istituzioni socio-assistenziali private che continuarono a sviluppare il proprio impegno, stavolta orientate alla stipula di prime forme di convenzionamento con il sistema pubblico, per lo più con singole istituzioni sanitarie pubbliche (IPAB). Nascevano in quel modo le prime forme di coordinamento pubblico-privato, che avrebbero poi caratterizzato il successivo evolversi della sanità italiana.

A distanza di pochi anni, la legge 11 gennaio 1943, n. 138 costituì il più consistente fra gli interventi normativi in materia di sanità pubblica, istituendo l'Ente "*Mutualità Fascista - Istituto nazionale per l'assistenza di malattia ai lavoratori*", le cui finalità erano molteplici e articolate: dall'assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoriale, sino all'assistenza specialistica ambulatoriale; dall'assistenza farmaceutica a quella ospedaliera; dall'assistenza ostetrica a quella pediatrica. Sino ad ulteriori forme di assistenza integrativa o persino di concessione di una indennità di malattia.

Nonostante l'ampiezza delle previsioni del dato normativo, non poteva certo pretendersi una rapida evoluzione del sistema. Al di là delle pur pregevoli intenzioni, l'intervento dei pubblici poteri nell'erogazione di prestazioni assistenziali e sanitarie continuò ad avere carattere residuale in quanto la domanda di prestazioni non era assolutamente in grado di essere soddisfatta dal sistema pubblico.

Questo dato finì ancora una volta col preservare ampio spazio all'iniziativa privata a carattere solidaristico, laddove la tradizionale azione di beneficenza cominciava ad essere sostituita o affiancata da varie forme di contribuzione pubblica, destinate ad assumere nel tempo un ruolo via via crescente, nel contesto di un inedito e composito

ISSN 2036-7821

sistema di sicurezza sociale.

Fu la Carta costituzionale ad imprimere la svolta decisiva: l'art. 32, come noto, erigendo la salute contestualmente a diritto fondamentale dell'individuo e ad interesse della collettività, impegnava l'ordinamento a garantire cure gratuite agli indigenti[4]: una vera e propria rivoluzione dello stato sociale che la nascente Repubblica si proponeva di realizzare[5].

---

[4] Circa queste funzioni dei diritti sociali e del diritto alla salute, in particolare, la letteratura è amplissima. Senza pretese di completezza e per alcuni riferimenti si vedano L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Atti del Congresso Celebrativo del Centenario delle Leggi amministrative di Unificazione, Neri Pozza, Vicenza, 1967-1969, 103 ss.; S. CASSESE, *Le trasformazioni dell'organizzazione amministrativa*, in *Rivista trimestrale di Diritto pubblico*, n. 1/1985; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e Società*, 1980, 769 ss.; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e Società* n. 1, 1983, 21 ss.; R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, XIII, Torino, 1997, 514 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002; R. FERRARA., *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in ID. (a cura di), *Salute e sanita`*, in S. RODOTA`, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Vol. IV, Milano, 2010, 22 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 23 ss.; E. LONGO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana: un percorso di analisi*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, n. 2, 2017, 201 ss.. Se si vuole, sia consentito rinviare anche a L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018, *passim*. Recentemente, in relazione alla tutela del diritto alla salute, v. anche T. ANDREANI, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanita` territoriale*, in *BioLaw Journal*, n. 1, 2023, 335 ss.

Peraltro, la condizione di indigenza necessita essa stessa di una definizione. A tale proposito, è interessante sottolineare che, in questa sentenza, una volta individuato il principio che deve orientare l'attività legislativa, la Corte opera un esplicito self-restraint, affermando di non potersi occupare di indicare nel dettaglio i modi, i requisiti e le forme per dare attuazione ai diritti degli indigenti (cfr. il punto 6 del considerato in diritto). Si tratta di elementi cui deve parametrarsi la discrezionalità legislativa, anche se a distanza di alcuni anni (Corte cost., sent. 354/2008, in tema di assistenza sanitaria agli italiani all'estero e diritto a fruire di prestazioni sanitarie in forma indiretta in strutture estere diverse dai centri di altissima specializzazione), il giudice delle leggi ha avuto l'occasione per determinare – questa volta verso l'alto – il limite dell'indigenza, stabilendo che il diritto al rimborso di cure mediche fruite all'estero non può spingersi sino a coprire la posizione di coloro che si trovano in una condizione di «indigenza relativa». A tale proposito, vale forse la pena di evidenziare che proprio la vocazione tendenzialmente espansiva del diritto alla salute, la rapida evoluzione delle tecnologie mediche e il mutamento dei tradizionali paradigmi economici imposti dalla recente crisi economica sono elementi che richiedono di affrontare con particolare accortezza la definizione di indigenza (rispetto al diritto alla gratuità delle prestazioni sanitarie).

[5] Il sistema sanitario ereditato dalla Repubblica era composto quindi da servizi di igiene pubblica a carico del Ministero dell'Interno e alle prefetture, servizi di cure gratuite agli indigenti, di responsabilità dei comuni, strutture ospedaliere regolate da norme di diritto pubblico e amministrate in buona parte dagli enti locali, ma gestite da più soggetti privati e le grandi casse mutue di assicurazione contro gli infortuni e le malattie dei lavoratori, statalizzate e beneficiate di un regime di monopolio durante il ventennio fascista, insieme a una miriade di piccole casse territoriali e aziendali. All'interno di questo sistema la salute della persona acquisiva rilievo giuridico nell'ambito di tutela dell'ordine pubblico sanitario, beneficenza pubblica principalmente a carico dei Comuni e di previdenza sociale, dove il lavoratore poteva fare affidamento su una tutela di tipo sanitario con il principale interesse di preservare il sistema produttivo nazionale. Cfr. R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute,* in *Manuale di diritto sanitario* a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, 2013, pp. 18-19; G. CILIONE, G. GASPARRO, E. GUARNIERI, M.L. GIANNELLA, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e*

Come si è rilevato già in precedenza, la salute diveniva, nella nuova prospettiva, una delle espressioni di garanzia dei diritti sociali, persino uno strumento di realizzazione della persona: da qui, il diritto alla salute veniva a costituire il fondamento di altrettante situazioni giuridiche soggettive tutelabili da parte di chi ne fosse il titolare[6].

Invero nel vivace dibattito che aveva accompagnato i lavori della Costituente[7] sino all'approvazione dell'art. 32 Cost., era emerso un innovativo profilo, di estremo interesse culturale oltre che sociale: per la prima volta, veniva riconosciuta la natura relazionale e non meramente individualistica della salute. La salute cominciava ad essere ritenuta un bene la cui tutela dovesse coinvolgere l'intera comunità: assicurarne la protezione avrebbe implicato, dunque, anche un obiettivo di crescita civile, sociale e persino morale della collettività, in quanto il benessere del singolo si sarebbe riflesso inevitabilmente su quello della società nel suo complesso. In questa prospettiva, la garanzia del diritto alla salute si traduceva in un "impegno pubblico" sociale di estrema rilevanza: esso non era volto solo alla cura delle persone, ma alla promozione di condizioni di vita dignitose, alla prevenzione delle malattie e al miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione.

In apparenza potrebbe ritenersi che la nuova prospettiva costituisse l'emancipazione del sistema mediante l'enfatizzazione esclusiva del ruolo delle strutture pubbliche a discapito dell'impegno privato. Ma non era affatto così. In queste nuove condizioni, infatti, gli organismi della sussidiarietà, pur mutando le proprie modalità di intervento, avrebbero finito con l'assumere nuove consapevolezze che aprivano loro nuovi spazi.

Invero il processo evolutivo che si era innestato rinveniva il proprio fondamento in una diffusa presa di coscienza, frutto della lunga onda prodotta dalla dottrina sociale della Chiesa: in particolare, un effetto della lunga onda della Enciclica *Rerum Novarum* (1891) di Papa Leone XIII che si era profondamente innervata non solo nella cultura della parte cattolica della popolazione del Paese, ma anche in quella che rinveniva i propri riferimenti in ideologie e visioni profondamente diverse della

funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità, Nuova ed., Santarcangelo di Romagna (RN), 2019

[6] In questa prospettiva, la norma sul diritto alla salute diveniva una delle principali forme di realizzazione dell'altrettanto principio fondamentale di eguaglianza sostanziale che anima e ispira l'intero progetto della Carta fondamentale, contribuendo ad "emancipare la persona da quei vincoli ed ostacoli che impediscono o rallentano il raggiungimento degli obiettivi di crescita individuale e relazionale che il singolo avverte come propri": L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie,* Torino, 2018, *passim*.

[7] A questo proposito, appaiono significative le parole pronunciate da Alberto Mario Cavallotti, durante i lavori dell'Assemblea costituente: "l'obiettivo da prefiggersi deve essere quello di «garantire la sicurezza sanitaria della popolazione su una base di solidarietà». Nella sua visione, il principio di solidarietà, quale perno della sanità, è una garanzia di eguaglianza, poiché consente una fusione tra classi e categorie della popolazione, assicurando una ridistribuzione equa delle ricchezze ai fini della risposta ai bisogni della persona". A.M. CAVALLOTTI, intervento in Assemblea costituente, 22 aprile 1947.

ISSN 2036-7821

società, quella socialista e quella liberal-democratica in modo particolare. Insomma, al di là delle barriere ideologiche e politiche, risultava chiaro, in un momento di forte esigenza di ricostruzione fisica e morale del Paese, che affinché i modelli ed i principi innovativi rinvenissero l'effettiva realizzazione che tutti attendevano, era necessario che la tutela della salute fosse sostenuta da tutti e si basasse su una nuova architettura organizzativa della sanità, a tutti i livelli, a cominciare da quello territoriale[8].

I Costituenti, dal canto loro, avevano preferito non vincolare il nascente ordinamento ad un preciso modello organizzativo. Essi, piuttosto, avevano scelto di garantire un'ampia flessibilità istituzionale, capace di adattarsi a quelle che sarebbero state le mutevoli esigenze sociali ed economiche del Paese[9]: il futuro d'altronde appariva ignoto, l'unità di intenti era l'unico modo per affrontarlo. E così quella "doppia dimensione del diritto alla salute" – "diritto fondamentale della persona" e "interesse della collettività" – fortemente ispirato dalla *Rerum Novarum* progressivamente proiettò nuovamente il sistema italiano verso una visione prevalentemente universalistica e solidaristica[10], una tendenza che nell'arco di trent'anni condusse al concepimento del Servizio Sanitario Nazionale dovuto alla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La disciplina sopravvenuta interpretava il tradizionale principio di solidarietà in una dimensione succedanea: da fondamento etico astratto del patto costituzionale, esso

[8] Sono interessanti le considerazioni di L. TORCHIA, *Le amministrazioni nazionali*, Padova, 1988, che, a pagina 77, illustra la concezione della materia sanitaria quale complesso di attività e funzioni, come già risulta dall'art. 1 della legge istitutiva del SSN.

[9] Durante i lavori preparatori emerse infatti la chiara consapevolezza dei vantaggi e dei limiti dei due principali paradigmi allora in discussione: il modello mutualistico, fondato sulla frammentazione in enti assicurativi di categoria, e il modello universalistico, che si andava affermando in altri ordinamenti europei, primo fra tutti quello britannico.

Per uno studio sul servizio sanitario nazionale basato sulle categorie dell'efficienza e dell'efficacia più che su altri modelli o categorie giuridiche è necessario leggere il *Rapporto Perkoff: salute e organizzazione del servizio sanitario nazionale* (a cura di G. FREDDI), Bologna, 1984.

Una prima ricostruzione dei problemi incontrati nel funzionamento del SSN è data da M. CAMMELLI, *Strategia e congiuntura: il finanziamento del servizio sanitario nazionale*; G. PASTORI, *L'attuazione del servizio sanitario nazionale nei primi anni della riforma*; G. FALCON, *Regioni e riforma sanitaria: il caso Veneto*, tutti in Il Mulino, n. 278/1981.

In questi scritti, si legge che il finanziamento dell'assistenza sanitaria è stato riformato circa tre volte nei dieci anni antecedenti l'entrata in vigore della legge istitutiva del SSN. Nel 1968, il SSN era basato su tariffe e, quindi, sul principio fra costi e ricavi. Sei anni più tardi, la legge n. 386 del 1974 introdusse un sistema di finanziamento basato sui trasferimenti dallo Stato agli enti decentrati, definito a cascata. Quattro anni dopo, fu istituito il fondo sanitario nazionale che pose definitivamente a carico dello Stato il finanziamento delle attività in materia di assistenza sanitaria.

[10] Fra le principali riforme, si pensi al d.lgs. n. 502/1999, in tema di "Riordino della disciplina sanitaria"; al d.lgs. n. 299/1999, di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale; alla riforma del Titolo V Cost.; il d.l. 158/2012, conv. nella l. 189/2012, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»; senza tralasciare le innumerevoli norme di carattere sanitario adottate durante l'emergenza pandemica e alla riforma dell'assistenza e della sanita` territoriale attualmente ancora *in fieri*, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

ISSN 2036-7821

diveniva fondamento organizzativo della sanità pubblica[11], chiamata in concreto a garantire l'accesso generalizzato alle cure a prescindere dal livello di reddito, nell'ambito dell'intero territorio nazionale[12]: quelle stesse cure sarebbero gravate prevalentemente a carico dei fondi pubblici[13] secondo una logica di diffusione delle politiche di *Welfare State* e di estensione universale[14] delle prestazioni. La spesa sanitaria diveniva una variabile indipendente dalle effettive disponibilità di bilancio.
Insomma, si passava dall'impegno solidaristico su base individuale o poco più, proprio dell'esercizio della sussidiarietà in tutte le sue forme differenziate, ad una presenza capillare e tendenzialmente esclusivistica della mano pubblica.
In questa prospettiva, il trapasso non poteva fare a meno di determinare la dequotazione dell'intervento volontaristico, al quale, peraltro, fu persino impedito l'accesso alle strutture sanitarie di qualsiasi livello, salvo che per la limitata azione di assistenza ai pazienti, il cui esercizio restava ancora consentito per talune organizzazioni di associazionismo volontaristico.
Il quadro che era l'estremizzazione di un sogno sociale ("sanità a tutti a qualsiasi costo" quale compito inderogabile dello Stato) non ebbe vita lunga, mostrando ben presto le proprie fragilità e soprattutto la mancanza di sostenibilità finanziaria.
Le crescenti difficoltà economiche degli anni Novanta, infatti, determinate dall'esplosione della spesa pubblica e dal concomitante intervento calmierante delle

[11] Legge n. 833/1978, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale». I tratti dell'attuazione del disegno costituzionale che, come si è indicato, lega il diritto alla salute ai principi solidaristico e personalistico e al perseguimento dell'eguaglianza sostanziale, sono da rinvenire nei fondamenti del SSN, enunciati all'articolo 1 della legge: «il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

[12] La legge n. 833/1978 afferma un sistema ripartito a livello di governo centrale e regionale per quanto riguarda la programmazione, mentre disloca a livello distrettuale l'erogazione delle cure e dei servizi primari. I nuovi principi del Servizio Sanitario Nazionale cercavano di arginare le problematiche gestionali e finanziarie emerse con il sistema mutualistico: l'unificazione di tutte le funzioni sanitarie entro la gestione delle Unità sanitarie locali superava la frammentazione del sistema di assistenza mutualistica compartimentalizzato nei tre circuiti paralleli della medicina generale, dell'assistenza specialistica e di quella ospedaliera, con nessuna attenzione alla prevenzione, individuale o di massa. Lo scopo principale era quello di implementare un progetto basato sull'integrazione verticale, sviluppata su base territoriale ma gestita "centralmente" su base nazionale, con al vertice il SSN che avrebbe coordinato tutti i servizi e le prestazioni erogate ai cittadini dagli Enti ospedalieri.

[13] La riforma sanitaria ha successivamente aperto il campo ad una serie, sempre in divenire, di ulteriori interventi normativi, che hanno avuto la funzione di completare il disegno della sanità universalistica, da un lato, e di renderla sostenibile, anche a fronte dell'evoluzione delle dinamiche territoriali e delle contingenze economiche. Il passaggio forse più significativo, dal punto di vista dell'organizzazione e nella prospettiva costituzionalistica, è quello della regionalizzazione e aziendalizzazione della sanità, veicolato a livello legislativo dai d.lgs. 502/1992, 517/1993 e 229/1999, su cui si innesta la riforma costituzionale del 2001.

[14] Come è noto, il modello di sistema sanitario c.d. universalistico è stato teorizzato da Sir William Beveridge, nel dossier dal titolo *Report on Social Insurance and Allied Services*, predisposto nel novembre 1942 per il Parlamento di Westminster. Nel documento, egli proponeva di affrontare la ricostruzione attraverso una nuova strutturazione dello stato sociale, basata sulla redistribuzione delle risorse derivanti dall'imposizione fiscale, non sulla base della contribuzione del singolo, ma a seconda dei bisogni individuali.

ISSN 2036-7821

istituzioni europee, finirono con l'imporre la scelta di politiche di contenimento di spesa, che inevitabilmente produsse la graduale riduzione dell'area di gratuità assoluta delle cure e la previsione di condizioni di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.

L'approvazione del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*", attuativo della legge delega 23 ottobre 1992, n. 421, introdusse infatti la privatizzazione di talune prestazioni sanitarie rispetto a una parte che sarebbe rimasta garantita dal Servizio Sanitario Nazionale e contemporaneamente sancì la facoltà, per i cittadini, di poter uscire dal SSN per accedere alle cd. mutue volontarie.

Il passo era evidentemente di drastico impatto e contraddiceva profondamente tutti gli orientamenti, anche di natura ideologica, che pure avevano indotto a sostituire *tout court* la sanità pubblica a quell'intervento solidaristico più o meno spontaneo che in Italia aveva per oltre un secolo fortemente connotato il sistema sanitario. Lo sconcerto determinato dal radicale cambio di rotta finiva d'altronde col produrre conseguenze anche di natura politica "spiazzando" quei partiti che per decenni avevano spinto verso la istituzionalizzazione di una sanità accessibile a tutti quale garanzia di livello individuale e sociale. Insomma, apparve necessario ricorrere al ridimensionamento delle ultime scelte operate, tantomeno giustificabili in prossimità di turni elettorali.

Fu il D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (recante modifiche al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502) ad avviare il processo di riduzione della portata delle novità introdotte appena cinque anni prima. Con esso si operò una sorta di retromarcia. Innanzitutto chiarendo che il ricorso a mutue volontarie avrebbe potuto coprire esclusivamente servizi e prestazioni non offerti dal SSN. In sintesi, ci si orientò al ritorno all'impronta universalistica del sistema sanitario, fondata sui principi di universalità, globalità, uguaglianza e di garanzia di un insieme tendenzialmente completo di prestazioni di promozione, cura e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione mediante l'iscrizione obbligatoria al sistema di ogni cittadino ed il finanziamento dei servizi a carico della fiscalità generale. Il D. Lgs. 517/93 lasciò tuttavia in vigore il passaggio ad un sistema a competizione amministrata tra erogatori pubblici e privati, orientato a parametri di efficacia e organizzazione di stampo (almeno nominalmente) aziendalistico.

Un sistema invero complessivamente ambiguo, nel quale si poteva leggere la coesistenza di due modelli ibridi di sanità. Contraddittorie condizioni nelle quali non era difficile prevedere che il SSN continuasse ad accumulare debiti, mentre nella società e nella politica si apriva un acceso dibattito tra quanti, in nome della efficienza del sistema e delle prestazioni, auspicavano una maggiore privatizzazione della sanità e quanti, invece, non ritenevano si dovesse comunque mai rinunciare alla

rilevanza centrale dell'intervento pubblico in campo sanitario[15].
In quel contesto venne ad inserirsi l'intervento della giurisprudenza della Corte Costituzionale che, a partire dalla sentenza 16 ottobre 1990, n. 455, cominciò ad affermare che il diritto a prestazioni sanitarie, pur garantito a ciascun individuo, non costituiva un diritto soggettivo pieno e incondizionato a prestazioni sanitarie eccedenti i limiti previsti dalla legge, nella quale sarebbe stato possibile prevedere un bilanciamento con altri interessi costituzionali e comunque nell'ambito dei limiti oggettivi imposti dalle risorse disponibili: salvo che non si finisse col comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute, collegato all'inviolabile dignità della persona[16].
La successiva crisi economica che connotò la fine dello scorso secolo e gli inizi di quello attuale finì con l'aggravare ulteriormente l'interdipendenza tra il diritto alla salute e le risorse finanziarie disponibili[17], rendendo necessari ulteriori interventi legislativi volti a standardizzare i costi e razionalizzare la spesa sanitaria (come si evince chiaramente dalle riforme sul federalismo fiscale[18] e dalla c.d. *spending review* di cui al d.l. 95/2012).
La revisione del Titolo V della Costituzione, di cui alla legge costituzionale n. 3/2001, aveva dal canto suo sancito la competenza legislativa esclusiva statale nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, nocciolo duro di prestazione per gli utenti del SSN, da garantire "a tutti, in modo uniforme sul territorio nazionale".
È poi a tutti noto come negli ultimi anni, sullo sfondo della evidente eterogeneità territoriale e delle relative condizioni delle aree del Paese, si sia innestato un ulteriore elemento di novità: la richiesta, da parte di alcune Regioni, "virtuose" sotto il profilo del bilancio e dell'efficienza gestionale, di ottenere forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna hanno avviato negoziazioni con lo Stato per ottenere una maggiore competenza in ambito sanitario, rivendicando la possibilità di gestire in modo più autonomo risorse, organizzazione e programmazione dei servizi sanitari. Come noto, la questione è tuttora aperta, in discussione in Parlamento e le sentenze

[15] G. FATTORE, *Sistemi di competizione amministrata nel SSN: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali,* in Mecosan, 5, 1996, 81 ss, che afferma: "Con il cosiddetto **Decreto Bindi (d.lgs. 229/1999)** si assiste a una centralizzazione dei poteri in ambito sanitario, che riporta il controllo in capo al governo centrale, seguendo i principi ispiratori della legge 833/78. La dottrina ha sottolineato come il nuovo SSN risultasse, in questa fase, un "servizio sanitario imperiale", ordinato in modo gerarchico e più orientato ai bisogni del centro che a quelli della collettività. Nonostante ciò, il decreto introduce un importante cambiamento prospettico, modificando l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e inaugurando un nuovo modello di relazioni tra Stato e Regioni. Negli anni successivi, tuttavia, le politiche sanitarie hanno spesso mirato a ridimensionare o a superare le innovazioni introdotte dal Decreto Bindi".
[16] Si veda a riguardo il contenuto delle sentenze della Corte Cost. nn 306/2008; 11/2009; 40/2013.
[17] In tal senso, si leggano le sentenze Corte Cost. nn. 203/2008; 187/2012.
[18] Attuato con la l. 5 maggio 2009, n.42, c.d. delega sul federalismo fiscale.

ISSN 2036-7821

della Corte Costituzionale emesse in materia continuano a richiamare ad esigenze di equo bilanciamento di contrapposti interessi di efficienza del sistema e di equità[19].

4. La sussidiarietà nel sistema sanitario: il nuovo volto della sanità territoriale.

Nell'ambito della *governance* sanitaria italiana, il diritto alla salute rappresenta una materia concorrente tra Stato e Regioni, richiedendo, pertanto, un delicato equilibrio tra competenze centrali e autonomie locali. In questo contesto, il principio di sussidiarietà si configura, tra l'altro, come strumento fondamentale per garantire sia l'efficienza del sistema, sia la prossimità delle risposte ai bisogni dei cittadini, assumendo due principali conformazioni. La prima (in senso verticale) attiene, come noto, al rapporto tra i diversi livelli di governo. In questo senso, quindi, le funzioni amministrative per lo svolgimento di determinate azioni seguono un sistema di prossimità, in cui i livelli più vicini sono maggiormente consapevoli dei bisogni della cittadinanza.
Diversamente, la seconda (in senso orizzontale) assume un punto centrale per il presente studio, soprattutto perché foriera di nuovi modelli di amministrazione.
In quest'ottica, è importante analizzare il contesto del diritto alla salute, il quale assume e pone in essere nuove relazioni tra i soggetti pubblici e privati.
La pandemia da COVID-19 ha di certo evidenziato, e con forza, le criticità di un sistema frammentario e non sostenibile[20], segnato da forti diseguaglianze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e da differenze significative tra le legislazioni regionali in materia di spesa sanitaria[21]. Disparità, già presenti prima dell'emergenza sanitaria, in contrasto con i principi costituzionali di uguaglianza e universalità nell'accesso alle cure.
Dunque, la pandemia[22] non ha fatto altro che acuire le tensioni fra centri e periferie –

[19] Fra le più significative, Cort. Cost. n. 141/2024. Sul tema, N. VICECONTE, *Corte Costituzionale e autonomia finanziaria delle Regioni: il problema della spesa sanitaria*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, 2017. Ivi si fa non a caso riferimento a "servizi sanitari pubblici" in senso pluralistico e non più a servizio sanitario. Inoltre, in riferimento alla richiamata sentenza della Consulta, M. BELLETTI, *Il coordinamento finanziario nella regione Sardegna. Uno spunto per l'attuazione del regionalismo differenziato*, in *Riv. Giur. Ital., Corti Supr. e Salute*, 2025, 2, 323.

[20] M. COSULICH, *Equità va cercando ... Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 1, 2022, 211.

[21] Per più ampie considerazioni in proposito, si rinvia ad A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 385; ID., *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del federalismo*, 2020, 17; G. F. FERRARI, *Il nuovo piano di rafforzamento del SSN*, Osservatorio del farmaco, Milano, EGEA, 2021, 52 ss.

[22] L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, cit., chiarisce ancora che: "Le contingenze determinate da quanto accaduto durante le prime frenetiche fasi di gestione della pandemia sono state fronteggiate in modo complessivamente positivo grazie a un'eccellente capacita` di riadattamento e a una notevole resilienza di tutti coloro che vi erano a diverso titolo coinvolti, in prima linea o nelle retrovie.

ISSN 2036-7821

anche istituzionali – mostrando, da un lato, le attuali deficienze di quel modello organizzativo; dall'altro, l'emersione di una spinta del regionalismo a transitare da un modello solidale ad un modello competitivo[23].

Per queste ragioni, è parso chiaramente imprescindibile il ruolo dello Stato nella definizione di una *policy* in materia sanitaria al fine di contrastare il carattere non solo frammentario, quanto contradditorio delle forme organizzative che si sono, nel tempo, sviluppate sui territori in assenza di una regia a livello centrale nella programmazione e nella *governance* dei servizi e che sono destinate ormai a fallire[24].

Questo enorme sforzo umano e strumentale ha trovato appoggio e sostegno nella c.d. normazione dell'emergenza, con l'affidamento dei poteri straordinari alla protezione civile e con il progressivo e sempre più incisivo intervento dell'esecutivo attraverso la decretazione d'urgenza. Piu` nello specifico, nel nostro ordinamento, il dies a quo e` il 31 gennaio 2020, giorno in cui una delibera del Consiglio dei Ministri ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale, secondo quanto previsto dall'art. 7, co. 1, lett. c), e dall'art. 24 del Codice della protezione civile. Tale atto ha costituito il presupposto di fatto e di diritto che ha permesso alle istituzioni italiane l'adozione delle norme dell'emergenza che, in ambito sanitario e al di fuori di esso, hanno determinato il cambiamento (in alcuni ambiti probabilmente irreversibile) della vita e delle abitudini della popolazione italiana. L'immediata e unanime approvazione da parte delle Camere dello scostamento di bilancio in data 11 marzo 2020 ha consentito, inoltre, di disporre di risorse economiche eccezionali, pari ad un ammontare che la nostra sanita`, con ogni probabilità non rivedrà più.

Tutto ciò ha evidentemente consentito di far fronte alle necessita` contingenti in un periodo decisamente drammatico non solo per il nostro ordinamento, ma per il mondo intero. Tuttavia, ben presto, le ferite aperte del Servizio sanitario nazionale hanno ricominciato a farsi sentire: si pensi, in primis, alle difficolta` organizzative, di personale e strumentali legate al lento recupero delle attività ospedaliere ed ambulatoriali per tutte quelle prestazioni che erano state sospese durante il c.d. *lockdown.* Cosi`, in pochissimo tempo, la crisi pandemica ha evidenziato ciò che era probabilmente da tempo sotto gli occhi di tutti, ma che non era ancora stato affrontato in maniera sistemica: l'attenzione, la sorveglianza e la prevenzione sanitaria sul territorio si erano scoperti, al confronto con il virus, terribilmente fragili, poiché svuotati e depotenziati da anni di scarsa attenzione a livello istituzionale e insufficienti finanziamenti. La sostanziale mancanza di quei «sensori» capillari che consentono di intercettare i bisogni di salute e fare ad essi fronte tempestivamente e in maniera efficace, prima dell'insorgenza dell'acuzie, di un aggravamento e per prevenire la necessita` di cure più intensive o specialistiche si e` avvertita, per la prima volta in tutta la sua drammaticità. Di conseguenza, anche a partire da tali carenze si e` scelto di ricostruire la sanita` post-pandemica grazie ai finanziamenti per la ripresa".

[23] A. PIOGGIA, *La sanita` nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 2, 2022, 165 ss.

[24] "A questo problema si affianca un ulteriore elemento, che non può essere sottovalutato e che può essere individuato nella peculiare posizione del diritto dell'Unione europea rispetto ai servizi sanitari nazionali. In base alle disposizioni dei Trattati, infatti, le istituzioni dell'UE godono di una competenza molto limitata in questo settore. In base agli articoli 6 e 168.7 del TFUE, agli Stati membri spetta l'organizzazione interna dei sistemi sanitari, nonche` ogni decisione concernente le prestazioni da garantire, la tipologia di assistenza sanitaria da assicurare alle persone presenti sui loro territori e il finanziamento della sanita`, mentre l'Unione gode di una competenza di sostegno nel settore del miglioramento della salute umana. Tuttavia, negli anni, attraverso l'intervento in altri ambiti indubitabilmente rientranti nelle attribuzioni europee, l'UE e` riuscita ad intervenire più o meno direttamente sulle politiche sanitarie degli Stati membri. Infatti, se in passato l'approccio europeo alle questioni sanitarie sembrava più incentrato sulla prevenzione delle malattie e sui problemi di sicurezza pubblica, ora una concezione più ampia, ed olistica, della promozione della salute umana e` stata fatta propria dalle istituzioni ed e` apprezzabile in tutti gli interventi aventi carattere più o meno vincolante che mirano alla promozione di stili di vita sani, ad intervenire sui determinanti della salute e sulla sorveglianza sanitaria, secondo l'approccio della c.d. "salute in tutte le politiche". In aggiunta, atti normativi europei adottati nell'ambito delle competenze assegnate all'Unione proiettano i propri effetti anche sul diritto interno, finendo per condizionare pure le politiche e le decisioni sanitarie: si pensi, solo per fare qualche esempio, al Regolamento Generale sulla

Nel descritto quadro, va inserito il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)[25], con il quale il Governo ha programmato l'utilizzo delle risorse rese disponibili dal programma *Next Generation EU* (NGEU) in risposta alla crisi pandemica, il cui obiettivo è quello di dare nuovo impulso al processo di riorganizzazione del SSN, con particolare attenzione alla valorizzazione della medicina di prossimità e alla riforma dell'assistenza territoriale.

Le esigenze di modernizzazione del sistema avevano invero già costituito oggetto di disciplina da parte del "Decreto Rilancio" (D.L. 19 maggio 2020, n. 34)[26], che aveva introdotto strumenti innovativi quali il *budget* di salute e le strutture di prossimità, finalizzati a favorire la permanenza a domicilio dei pazienti non bisognosi di ricovero ospedaliero.

Sulla sua scia, il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77[27], adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, rappresenta l'attuazione normativa delle riforme previste dal PNRR[28].

L'onere realizzativo della riforma viene assegnato agli enti territoriali, per i quali è

---

protezione dei dati personali n. 2016/679, alla Direttiva sulla mobilita` transfrontaliera dei pazienti n. 2011/24/UE, al Regolamento sulla sperimentazione clinica dei medicinali n. 536/2014 e alle norme relative alla sicurezza dei prodotti e dei dispositivi medici. Tutto ciò ha richiesto ai sistemi sanitari nazionali progressivi e significativi interventi di adeguamento che, sebbene abbiano comportato un complessivo avanzamento anche nell'armonizzazione del diritto tra gli Stati membri, hanno richiesto investimenti e risorse". L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative, cit.*, 25.

[25] Il PNRR identifica le seguenti criticità del sistema sanitario: (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. È, a proposito, significativo che la Missione n. 6 sia dedicata alla definizione di un «nuovo modello organizzativo» dell'assistenza sanitaria territoriale.

Si veda: https://www.governo.it/*sites*/governo.it/*files*/PNRR.pdf

[26] D.l. n. 34/2020, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

[27] G. GIARELLI, *Il Servizio sanitario nazionale dalla salute di prossimità alle reti territoriali*, in S. Buoso, A. Viscomi (a cura di), Per un welfare di comunità. Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale, Torino, 2024, 27.

[28] Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". L'intervento legislativo statale, nell'ottica delle relazioni tra Stato e Regioni, va ascritto ad una attrazione in sussidiarietà che ha attribuito alle fonti secondarie statali la definizione dei modelli organizzativi e degli *standard* di funzionamento dell'assistenza sanitaria: a rigore, infatti, la materia oggetto della riforma ricade nella tutela della salute e, in particolare, nell'organizzazione sanitaria, ambiti che spettano alla competenza concorrente e che, per la normativa di dettaglio, dovrebbero essere regolate a livello regionale. Tuttavia, stante l'inequivocabile esigenza di unitarietà della disciplina, il legislatore statale ha previsto che ad occuparsi della disciplina di dettaglio della sanita` territoriale e, più nello specifico, della dotazione delle nuove Case della Comunità, fosse l'esecutivo, attraverso una fonte secondaria.

Tale atto ministeriale si compone di quattro articoli, dei quali il primo è dedicato agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, che a sua volta si completa con gli Allegati 1 (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale) e 2 (Case della Comunità). Gli altri articoli del decreto ministeriale in parola si occupano del monitoraggio, del ruolo delle Regioni e delle Province autonome e della clausola di invarianza finanziaria che richiama le risorse già previste dal PNRR.

ISSN 2036-7821

stato previsto il termine di sei mesi dall'entrata in vigore del provvedimento per la programmazione di quanto necessario ad adeguare la propria sanità territoriale alle nuove prescrizioni normative: un termine evidentemente impossibile da applicare.
La nuova disciplina dispone l'introduzione di "strutture di prossimità" per la promozione della salute e la presa in carico e riabilitazione di persone più fragili: lo scopo perseguito è quello della piena integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento degli enti locali e degli attori del Terzo Settore[29].
Già da questo appare evidente come il ruolo del Terzo Settore sia chiamato a mutare profondamente i propri connotati, con il passaggio da un ruolo solidaristico, per lo più basato sul carattere spontaneo e poco preorganizzato, ad uno organico incentrato sulla più ampia organizzazione dell'assistenza, con l'esigenza di incremento di professionalità e l'instaurazione di stabili rapporti tra le varie componenti (medica, infermieristica, programmatoria, ecc.) del comparto.
Il D.M. 77/2022 introduce infatti "una visione organica e integrata" del sistema sanitario, coerente con le linee strategiche europee e con il principio dell'*One Health*[30], che - come noto - considera addirittura salute umana, animale e ambientale quali componenti interdipendenti di un unico ecosistema.
L'assistenza sanitaria di prossimità ruota, nel nuovo disegno, attorno a tre elementi portanti: la pianificazione dell'attività, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi attraverso la istituzione di Case della Comunità[31], Ospedali di Comunità[32] e Centrali Operative Territoriali[33] per lo sviluppo della rete di prevenzione e monitoraggio

[29] Al contempo, il decreto stabilisce standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e in conformità alla sentenza n. 134/2006 della Corte Costituzionale, che impone la previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni nel rispetto del principio di leale collaborazione.

[30] Sul tema, si rinvia all'interessante lavoro di F. GAMBARDELLA, *La tutela integrata della salute e dell'ambiente per l'approccio one health*, Napoli, 2025; inoltre, G. RAGONE, *One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale*, in Corti supreme e salute, n. 3, 2022, pp. 809 ss.

[31] L'idea delle Case di Comunità già si legge nel D.M. Salute 10 luglio 2007, attuativo della l. 27 dicembre 2006, n. 296.
Si legga in merito uno dei primi Dossier, il n. 269/2020 – Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019, redatto da Lucia Nobilio, Elena Berti e Maria Luisa Moro,
disponibile online all'indirizzo:
https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss269

[32] Va ricordato che gli Ospedali di Comunità sono una realtà ben diversa dalle Case della Comunità, configurandosi come una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità critica. L'Ospedale di Comunità svolgerà insomma una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero": così nella definizione offertane dal Presidente della Conferenza Stato-Regioni a valle dell'intesa sancita il 20 gennaio 2020 con il Governo (in *Regioni.it*).

[33] Le Centrali Operative Territoriali nel 2023 ancora poco presenti sul territorio nazionale contano nel 2024 una numerosità pari a 590. Esse appaiono equamente distribuite nel territorio nazionale, non evidenziando particolari tendenze spaziali. Nella regione Lombardia sono presenti 101 COT, valore massimo registrato nel territorio nazionale. In crescita la numerosità delle COT anche nelle regioni rimanenti che hanno dichiarato presenza di COT nel 2023. In particolare, si segnala un aumento notevole nelle regioni Veneto (+55), Lazio (+49) ed Emilia-

ambientale e climatico.

La realizzazione delle Case della Comunità[34], in misura particolare, concretizza in astratto l'idea di un'assistenza integrata e multidisciplinare, basata sulla collaborazione strutturata tra medici di medicina generale, specialisti, pediatri, infermieri di comunità e assistenti sociali. In particolare, lo sviluppo delle Case della Comunità non richiede soltanto l'istituzione di questi "poli" di assistenza territoriale, ma implica una vera e propria "rivoluzione" nelle modalità di intendere i servizi sanitari primari[35], tanto da parte degli utenti, quanto da parte dei medici e degli altri professionisti sanitari. Il potenziamento delle cure domiciliari, la presa in carico della persona da parte di *equipe* multiprofessionali, l'attenzione alla popolazione secondo un approccio basato sui bisogni, la digitalizzazione dei servizi[36], nonché la

---

Romagna (+35). Gli ambiti territoriali in cui non risulta essere stata ancora implementata questa forma organizzativa prevista dal citato Decreto n. 77/2022 sono la provincia autonoma di Trento e il Molise.

[34] D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in Jus-online, n. 5, 2022, 171.

La previsione del PNRR sembra muovere da una prospettiva ambiziosa: vi si legge infatti che "l'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei". In tale orizzonte complessivo, le Case di Comunità costituiscono lo strumento mediante cui "potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità": in esse verranno coordinati "tutti i servizi offerti" (si dovrebbe intendere: dal sistema sanitario e sociale a livello territoriale), ma al contempo specificando "in particolare ai malati cronici". Le finalità di carattere generale indicate vengono specificate con l'indicazione delle funzioni attribuite alle strutture, che si collocano in un'ottica di rafforzamento della medicina territoriale.

Per la legge n. 77/2020 esse operano in quattro ambiti: la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione, mediante modalità che riducano le scelte di istituzionalizzazione e favoriscano la domiciliarità. Quest'ultimo punto, che contribuisce a definire anche le finalità dell'intervento, si collega logicamente alla destinazione di esso a soggetti con maggiori fragilità, i quali, in assenza di tali interventi, sarebbero costretti a prospettive di istituzionalizzazione.

La proposta di atto ministeriale sopra indicata specifica tali riferimenti, precisando che: "L'obiettivo ideale è promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia di tutte le persone con particolare attenzione a quelle fragili, prevenire l'aggravamento delle patologie e il mantenimento dell'autonomia, evitare ricoveri impropri e favorire la permanenza nel loro contesto di vita nel rispetto prioritario della cultura della domiciliarità della persona". Ed ancora, in esso si legge che "I servizi forniti dalle strutture di prossimità favoriscono la domiciliarità e riducono l'istituzionalizzazione, con l'obiettivo principale di preservare il benessere e la capacità di vivere, per consentire alla persona di far fronte ai propri limiti e di poter mantenere, il più possibile, il "controllo" della propria vita". In verità tale prospettiva pare contraddetta da quello che si afferma poco dopo, nel medesimo documento, dove si precisa che "la struttura prevede un'ampia gamma di servizi con l'obiettivo di soddisfare, in maniera appropriata, i bisogni delle persone cui si rivolge, potenzialmente tutti i cittadini della comunità di riferimento".

[35] Si veda quanto riportato nel report CREA, Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell'arte, pubblicato nel mese di marzo 2020 e disponibile online all'indirizzo http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8337424.pdf.

[36] Parimenti centrale, in questo nuovo assetto normativo, è la digitalizzazione dei servizi, considerata uno degli strumenti utili alla personalizzazione della cura e alla valorizzazione della centralità della persona. Grazie ad essa, infatti, la domiciliazione e il controllo delle condizioni del paziente sul territorio, anche a distanza, per tramite della telemedicina, consente di promuovere una migliore qualità della vita per le persone, assecondando non solo le esigenze sanitarie, ma valorizzando anche quelle relazionali, nella concretizzazione del principio personalista e pluralista che anima la Costituzione.

promozione della co-progettazione: questi gli elementi chiave del nuovo intervento.
Secondo il parametro organizzativo dell'assistenza di prossimità, la Casa della Comunità viene eletta a suo fulcro, «luogo in cui il Servizio Sanitario Nazionale si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali».
Il nuovo volto della sanità territoriale si integra con altre strutture distribuite sul territorio in base alla popolazione: ogni centomila abitanti sono previsti una unità di continuità assistenziale, una centrale operativa territoriale e un ospedale di comunità con venti posti letto. Questi ultimi, in particolare, sono chiamati ad erogare cure a bassa intensità, sovente necessarie dopo il ricovero ospedaliero e prima del rientro del paziente a domicilio. Inoltre, ogni ventimila abitanti deve essere previsto un consultorio familiare.
La Casa della Comunità è destinata a integrare i servizi sanitari e sociali e a svolgere una duplice funzione: da un lato, essa è la struttura di riferimento per le cure primarie, ma dall'altro, è spazio di partecipazione democratica, in cui cittadini e associazioni di tutela dei pazienti sono chiamati a contribuire alla programmazione dei servizi e alla valutazione dei risultati in termini di salute e benessere percepito. Nella prospettiva, le Case di Comunità incarnano la dimensione dinamica del *welfare* comunitario, promuovendo principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale e favorendo rapporti collaborativi tra istituzioni e comunità nel perseguimento dell'interesse generale. Esse sono concepite come contesti in cui sviluppare inedite forme di co-programmazione e co-progettazione, valorizzando le risorse locali e il coinvolgimento attivo della comunità, non più solo destinataria, ma parte integrante della costruzione di politiche sociosanitarie e della gestione del presidio.
Parallelamente, sono previsti Ospedali di Comunità[37] che rappresentano il livello intermedio dell'assistenza, destinato a pazienti che necessitano di prestazioni a bassa intensità e di breve durata, riducendo così i ricoveri ospedalieri impropri e i costi complessivi del sistema.
Appare evidente come una simile organizzazione della sanità territoriale si distolga

[37] L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria territoriale rivolta a pazienti che a seguito di un episodio di acuzie minori o in seguito a riacutizzazione di patologie croniche necessitano di interventi a bassa intensità clinica; ma gli interventi sanitari necessari non sono erogabili al domicilio perché tali pazienti hanno bisogno di sorveglianza sanitaria e quindi del paziente. L'OdC può avere una sede propria o dislocarsi all'interno di una Casa della Comunità, di strutture sanitarie polifunzionali, di strutture residenziali sociosanitarie o di una struttura ospedaliera.
Nel biennio 2023-2024 la numerosità assoluta degli Ospedali di Comunità è più che raddoppiata, passando da 57 nel 2023 a 120 nel 2024. Le regioni che hanno indicato nel 2023 la presenza di OdC non hanno manifestato evidenti tendenze nell'anno successivo. L'aumento di OdC nel 2024 è trainato dalla regione Veneto, che nel 2024 ospita il 35% del totale degli OdC nazionali. Anche la distribuzione della numerosità di posti letto associati è più che raddoppiata nel biennio in analisi passando da un totale di 883 posti letto nel 2023 a 2057 posti letto nel 2024 con circa 16 posti letto medi per ogni OdC. L'ampiezza degli OdC denota una certa disomogeneità regionale: nel 2024 il valore minimo si registra in Puglia (11,3 posti letto) e il valore massimo in Friuli Venezia giulia, Molise e Sardegna (20,0 posti letto). Dati tratti da Annuario statistico SSN, 1° febbraio 2025.

dall'approccio fortemente aziendalistico ed economico che, come visto, ha connotato per anni il sistema sanitario e prenda coscienza dell'importanza dell'uniforme distribuzione dei servizi sul territorio, anche con riferimento alle aree scarsamente popolate, in cui inevitabilmente la richiesta è minore, o in quelle zone in cui i bisogni di salute sono resi più complessi da fattori ambientali. Anche sotto questo profilo emerge un rinnovato protagonismo dell'Amministrazione nell'erogazione di un servizio che si rivela molto limitatamente surrogabile dal mercato.

Un ulteriore asse strategico della riforma è costituito poi dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)[38], rafforzata e uniformata a livello nazionale, con l'obiettivo di assicurare continuità delle cure, sostenibilità economica e prossimità al cittadino.

La cura domiciliare viene così riconosciuta quale strumento essenziale per evitare ospedalizzazioni improprie e promuovere un modello di sanità diffusa[39].

[38] Istituita a livello nazionale quasi un trentennio fa, l'ADI è stata più recentemente ridisegnata dal decreto sui Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie del 2017 (34), che ha stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale "garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita". A seconda dell'intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano in quattro livelli di crescente impegno dei servizi, e possono essere integrate da prestazioni di assistenza sociale in caso di particolare fragilità economica della persona assistita

[39] Nel corso del 2023 sono stati assistiti al proprio domicilio 1.645.234 pazienti; di questi, il 74,9 % è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e il 7 % è rappresentato da pazienti terminali. Mediamente, a ciascun paziente sono state dedicate circa 15 ore di assistenza, erogata in gran parte da personale infermieristico (10 ore per caso). In particolare, le ore dedicate a ciascun assistito anziano sono state 14, di cui 9 erogate da personale infermieristico, mentre le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano pari a 29, di cui 20 erogate dal personale infermieristico. Le strutture sanitarie che erogano prestazioni in ambito di assistenza distrettuale sono: gli ambulatori/laboratori in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; le strutture di assistenza territoriale in regime residenziale; le strutture di assistenza territoriale in regime semiresidenziale; le strutture territoriali di altro tipo quali i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari, i centri distrettuali, ecc.; gli istituti o centri di riabilitazione *ex* art. 26 L. 833/78 che svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2023 in totale sono state censite 9.121 strutture sanitarie di tipo ambulatorio/laboratorio: la percentuale di strutture pubbliche è molto variabile a livello regionale; in generale nelle Regioni Centro-meridionali si ha una prevalenza di strutture private accreditate. Una situazione opposta si registra per quanto riguarda le altre strutture territoriali (centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali ecc.) nelle quali prevale la gestione diretta delle Aziende Sanitarie in ciascuna Regione. Le strutture di tipo Ambulatorio/Laboratorio pubbliche erogano nella maggior parte dei casi assistenza clinica (3.248 strutture); le strutture private accreditate invece erogano principalmente assistenza clinica (2.932 strutture) e prestazioni di laboratorio (2.311 strutture). Per quanto riguarda le altre strutture territoriali, nel 2023 sono state censite 8.114 strutture residenziali, 3.192 strutture di tipo semiresidenziale, 6.760 strutture di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali). Si segnala nel computo delle strutture residenziali e semiresidenziali la presenza di rispettivamente 99 e 94 centri di assistenza di neuropsichiatria infantile e adolescenziale. Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 326.575 posti, pari a 554 per 100.000 abitanti. Di questi il 70,1 % sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, l'11,2 % all'assistenza psichiatrica, il 16,8% all'assistenza ai disabili psichici e fisici, 1,1% ai pazienti terminali e 0,7 % all'assistenza di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. Nel 2023 sono state rilevate 1.203 strutture riabilitative con 14.470 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.239 per l'attività di tipo semiresidenziale. Nel complesso in Italia sono presenti 47 posti in strutture riabilitative ogni 100.000 abitanti

ISSN 2036-7821

Attraverso un Piano Assistenziale Individuale viene definito un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. In generale le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere.

L'assistenza domiciliare si articola in differenti tipologie e livelli di assistenza (Assistenza Domiciliare Programmata; Assistenza domiciliare integrata di I, II e III livello) che richiedono tutti continuità assistenziale ed interventi programmati volti a fornire supporto alla famiglia e/o al *care-giver*.

L'assistenza domiciliare è compresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. LEA) il cui elenco di prestazioni viene aggiornato periodicamente secondo i disposti di cui al DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Al fine di rispettare gli obblighi derivanti dal PNRR, sono stati definiti modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale alla cui soddisfazione i Servizi sanitari regionali dispongono il potenziamento dei servizi di assistenza sanitaria domiciliare mediante il supporto di soggetti privati qualificati per le attività di cure domiciliari muniti di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione ed eventualmente l'accreditamento sulla base della normativa vigente.

Le linee della riforma della sanita` territoriale tratteggiate sono ispirate alla logica del superamento della centralità dell'ospedale, luogo ormai deputato solo alle cure ad alta intensità e alla gestione delle acuzie.

La nuova normativa si focalizza quindi sulla persona, sulla risposta ai bisogni e, dunque, sulla necessita` di rafforzare le capacita` del territorio, secondo quello che e` stato denominato in più sedi il nuovo "archetipo antropocentrico"[40].

---

residenti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 58.245 e 21.546 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa, in particolare la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali. Nel 2023 le strutture riabilitative hanno impiegato 54.984 unità di personale di cui il 9,2% costituito da medici ed il 44,8 % da terapisti e logopedisti. Dati tratti da Annuario statistico SSN, 1° febbraio 2025.

[40] La riforma mira a creare una rete di assistenza che permetta il superamento delle disuguaglianze e la concretizzazione di un sistema organizzativo dell'assistenza sanitaria primaria dotato di standard qualitativi di cura elevati. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con la componente M6C1- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, rappresenta uno strumento fondamentale per dare attuazione alla riforma. Con le finalità specifiche di facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche, garantendo ai cittadini il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), favorendo la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità nonché per allinearsi a standard qualitativi di cura elevati nel più ampio contesto comunitario, sono state introdotte delle tipologie di strutture sanitarie innovative come le

ISSN 2036-7821

Non mancano tuttavia criticità[41] e rischi connessi all'ampliamento dell'assistenza

Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità. La Casa della Comunità (CdC), aperta fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, è il luogo fisico al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria, rappresenta il pilastro del modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione. Infatti, al loro interno sono presenti delle equipe multiprofessionali che assicurano un'ampia varietà di servizi assistenziali. La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. L'Ospedale di Comunità (OdC) è invece una struttura sanitaria di ricovero dell'assistenza territoriale, con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei a soddisfare il fabbisogno sociosanitario, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. La necessità di monitorare lo stato di implementazione di queste ha reso necessaria la variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture recepita con il decreto del Ministero della Salute del 22 dicembre 2023. In particolare, la variazione più sostanziale è avvenuta per il modello STS11, che rileva i dati anagrafici delle strutture sanitarie territoriali. Il censimento delle nuove tipologie di struttura è partito già dal 2023 ma è entrato a regime con la rilevazione 2024, pertanto in questo focus verranno presentati i dati rilevati per il 2023 e la situazione provvisoria relativa al 2024. Le regioni che nel 2023 hanno valorizzato suddetti campi hanno permesso di realizzare un focus preliminare sullo stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale che verrà ampliato nel 2024.

Nell'anno 2023, solo tre regioni hanno valorizzato la modalità Casa della Comunità all'interno del quadro G del modello STS11 per un totale di 127 Case della Comunità. La situazione provvisoria per l'anno 2024 mostra un incremento di 56 CdC dislocate in 9 regioni. L'Emilia-Romagna è la regione con il numero più elevato di strutture (121 nel 2023 e 123 nel 2024).

Dati tratti da Annuario statistico SSN, 1° febbraio 2025.

È interessante ricordare che il 18 ottobre 2025 è stato inaugurato al Parco Verde, alla presenza del presidente della Regione Vincenzo De Luca, del direttore generale dell'Asl Napoli 2 Nord Monica Vanni e del viceprefetto Simonetta Calcaterra, l'*hub* di viale Dalia a Caivano.

Una struttura aperta 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, con accesso diretto alle prestazioni di medicina generale del Distretto 45, anche attraverso i medici della continuità assistenziale, e finalizzata alla presa in carico integrata del paziente con specialisti ed infermieri presenti su prenotazione. A completare l'offerta sanitaria la diagnostica di base, prevenzione e promozione della salute e supporto sociale. Sono soltanto alcuni dei tratti distintivi del nuovo modello messo in campo dall'Asl Napoli 2 Nord. Il centro diventerà la prima porta di accesso ai servizi sanitari territoriali per tutti i cittadini del Distretto sanitario 45 (Caivano, Cardito e Crispano), circa 72 mila, che necessitano di cure di prossimità perché pazienti cronici (diabete, malattie respiratorie croniche, pazienti oncologici, ipertesi con scompenso cardiaco). L'obiettivo è assicurare un'assistenza sanitaria e sociosanitaria efficace di prossimità, anche di sabato e domenica e nelle ore notturne (con il servizio di guardia medica), riducendo il sovraffollamento dei Pronto Soccorso e fornendo prestazioni appropriate in tempi rapidi ai cittadini con problemi di salute a bassa complessità assistenziale.

La Casa di Comunità e la Centrale Operativa Territoriale (COT) saranno da subito già attive, operando nella pronta assistenza e nelle attività ambulatoriali, promuovendo la telemedicina e il controllo a distanza dei pazienti in trattamento cronico. L'Ospedale di Comunità (OdC) è stato completato e inizierà la sua attività nelle prossime settimane, proponendo a pieno regime 18 posti letto per il trattamento dei pazienti dimessi o stabilizzati dagli ospedali, ma che necessitano di un ulteriore periodo di controllo e terapia.

[41] Si consideri anche, per quanto riguarda la determinazione del LEP nelle materie che possono essere oggetto di autonomia differenziata, che la legge di bilancio per il 2023 (legge 29 dicembre 2022, n. 197, articolo 1, commi da 791 a 801) ha istituito una cabina di regia che dovrà curare un procedimento *ad hoc* a partire da una ricognizione del quadro normativo di riferimento, al fine di giungere alla determinazione dei LEP e dei costi e fabbisogni standard in tali specifici ambiti. *Cfr.* il Dossier a cura della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, A.S. 615, 3 maggio 2023, disponibile all'indirizzo https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01375767.pdf.

domiciliare[42]. In particolare, l'uno concerne la necessità di coordinamento tra territorio e ospedale, con una programmazione anticipata delle dimissioni protette e il coinvolgimento, almeno in una fase iniziale, delle stesse figure professionali che hanno seguito il paziente durante il ricovero[43]: problema di non facile soluzione.
Per di più, la diversità dei modelli organizzativi regionali[44] mostra l'ampiamento delle disuguaglianze già esistenti[45]: il successo di esperienze come quella delle Unità speciali di continuità assistenziale - USCA è stato strettamente correlato al grado di sviluppo preesistente dei servizi di cure domiciliari, come dimostra il confronto tra Emilia-Romagna, dove la copertura ha raggiunto il 91% del territorio, e la

In argomento G.M. SALERNO, *Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere dell'autonomia differenziata*, in *Federalismi.it*, n. 1, 2023.

[42] Per una fotografia attuale dello stato dell'arte nell'attuazione di quanto previsto per la riforma della sanita` territoriale, v. AGENAS, *Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022*, pubblicato in data 19 settembre 2023 e disponibile sul portale istituzionale di AGENAS.

Si rinvia anche alle considerazioni M. A. SANDULLI (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata,* Napoli, 2021.

[43]Al 30 giugno 2025, rispetto alle complessive 1723 Case della Comunità (riconducibili alla programmazione Cis ed Extra Cis) sono dichiarate con almeno un servizio attivo dalle Asl e dalle Regioni/PP.AA. 660 CdC (sono state considerate anche le CdC che risultano attive in sede provvisoria). Si evidenzia che la verifica del rispetto delle condizionalità PNRR volte ad assicurare il raggiungimento del *target* comunitario M6C1-3 viene definita dall'UMPNRR del Ministero della salute. Si ricorda che il D.M. 7/2022 prevede una presenza medica pari a 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC *hub* e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC *Spoke*. La presenza infermieristica è prevista per almeno 12 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC *hub* e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC *Spoke*. La "presenza medica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti indipendentemente dall'iscrizione ad un determinato medico, senza necessità di prenotazione tipo ex guardia medica/continuità assistenziale. Questo servizio può essere erogato da un medico del ruolo unico di assistenza primaria durante l'attività su base oraria o da altro medico specificatamente dedicato. L'attività a ciclo di scelta tipo studio MMG o AFT non rientra nella fattispecie salvo presenza di un accordo specifico che preveda l'accesso per qualsiasi utente. La "presenza infermieristica" è definita come disponibilità di un servizio di assistenza infermieristica con infermiere dedicato aperto a tutti gli utenti e senza necessità di prenotazione, es. ambulatorio infermieristico. Si segnala infine che l'avanzamento dei lavori strutturali in corso nell'ambito degli investimenti PNRR potrebbe aver causato la temporanea interruzione di alcuni servizi in determinate sedi, precedentemente attive. Dati tratti da: "*Report* Nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 - I SEMESTRE 2025"

[44] Sui modelli organizzativi regionali R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2020, 164-178, F. GIGLIONI, *Manuale di diritto sanitario*, Molfetta, 2024, pp. 117-123.

[45] D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., 180. Le Regioni, a partire dal 2021, hanno iniziato ad elaborato alcune ipotesi di riforma, dalle quali emerge che una fra le formule realizzabili per regolare il rapporto tra questi medici e il SSN potrebbe essere quella dell'accreditamento, abbinato ad un Accordo Collettivo Nazionale che definisca gli impegni orari e intervenga sul sistema retributivo. Un'alternativa potrebbe essere rappresentata dalla pubblicizzazione del rapporto, rendendo anche queste figure professionali dipendenti del SSN a tutti gli effetti. Cfr. C. BOTTARI, P. DE ANGELI, P. D'ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?* in *Federalismi.it,* 1° giugno 2022, 4. Inizia a svilupparsi contenzioso in ordine alle scelte localizzative delle Regioni, sia nel merito sia in ordine alla selezione del provvedimento regionale attuativo. Cons. Stato, sez. III, 15 marzo 2024, n. 2523, con riferimento alla Regione Basilica, ha riconosciuto la legittimità della localizzazione mediante Piano operativo regionale, di competenza della Giunta, in luogo del Piano sanitario regionale. Per quanto attiene al merito della scelta, la localizzazione di un'opera pubblica, qual è la Casa della Comunità, è sottratta al sindacato del giudice amministrativo, salvo per profili di illogicità, travisamento e contraddittorietà che non ricorrono nel caso di specie in cui la Giunta ha dato analiticamente conto delle ragioni che rendono preferibile la scelta di un Comune in luogo di un altro.

Lombardia, ferma al 25%.

Sotto altro e non secondario profilo, ulteriori criticità emergono dal fatto che la responsabilità delle cure ricade spesso sulle famiglie, le quali, prive di competenze professionali adeguate, possono esporre il paziente a rischi di trattamenti inappropriati. Ne derivano disuguaglianze sostanziali, poiché solo chi dispone di risorse economiche sufficienti può ricorrere a servizi privati di assistenza domiciliare[46]. Pertanto, per garantire equità ed efficacia, è indispensabile armonizzare le diverse impostazioni regionali e assicurare *standard* minimi uniformi su tutto il territorio nazionale.

È insomma evidente come l'apporto del terzo Settore sia ormai chiamato ad un impegno completamente nuovo e diverso da quello tradizionale.

5. Il ruolo del terzo settore e la sanità integrata.

Si è rilevato che l'apporto dei privati nella partecipazione all'azione dei soggetti

[46] Poiché l'obiettivo principale dell'assistenza domiciliare è quello di fornire presso l'abitazione del paziente le cure e l'assistenza di cui ha bisogno, per la piena attuazione è necessario integrare tali prestazioni con i nuovi strumenti digitali di telemedicina.

"La telemedicina è uno strumento innovativo ed efficace e tali servizi ***"(…) si inseriscono a pieno titolo nel percorso di presa in carico del paziente***" presso il proprio domicilio consentendo ***"(…) l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di comunicazione***". L'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 "***Indicazioni per l'erogazione di prestazioni in telemedicina***" prima e poi il DM 29 **aprile 2022 "***Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare***"** definiscono le attività di telemedicina erogabili nell'assistenza domiciliare**:** Televisita **(***atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver)***;** Teleconsulto medico **(***atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico)***;** Teleconsulenza medico-sanitaria **(***è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente)***;** Teleassistenza **(***atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere, fisioterapista, logopedista, ecc.) e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente /caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini)***;** Telemonitoraggio **(permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente, attraverso tecnologie biometriche con o senza parti applicate, in particolare per i pazienti affetti da patologie croniche come insufficienza cardiaca, ipertensione e diabete);** Telecontrollo **(***il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata)***;** Teleriabilitazione **(***consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare)"***.**

La maggior diffusione della telemedicina si registra in dermatologia, cardiologia, neurologia e riabilitazione. Cfr. DM 29/04/2022, cap. 2.2.7 e Accordo Stato-Regioni del 18/11/2021 "***Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie".***

ISSN 2036-7821

pubblici in settori quali la sanità cresce in presenza di fattori critici quali la c.d. crisi del *welfare state* o persino la "crisi del concetto di Stato" (Cassese)[47], non senza contare la concezione del diritto alla salute quale diritto finanziariamente condizionato[48].

Anche su queste premesse, va emergendo in via piuttosto nitida nel sistema ordinamentale un nuovo ruolo affidato alla cittadinanza, ovvero quello di intendere i privati quali strumenti fondamentali per la «[…] realizzazione del benessere collettivo sempre più connessa al riconoscimento e al rafforzamento delle virtù private»[49].

Dottrina e giurisprudenza si sono interrogate sulla natura, nonché sulla conformazione di questo innovativo rapporto tra i privati e lo Stato.

Invero, questo nuovo modello di azione che vede coinvolti, in misura differente, i soggetti del Terzo settore è stato peraltro favorito da una diversa prospettiva del rapporto pubblico-privato che ha determinato il progressivo allontanamento dagli schemi classici di interpretazione fondati sulla logica della corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla P.A. al privato. La Corte Costituzionale ha così avuto modo di rilevare che l'emersione di nuovi strumenti di intervento misto è sintomatica di una «convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico»[50].

Come si rilevava, si va, in definitiva, sviluppando un sistema misto, costituito dall'intervento pubblico accompagnato e talvolta sorretto da un *welfare* posto in essere da soggetti privati del Terzo settore, decisamente in grado di operare secondo logiche di prossimità, molto più di quanto lo possano risultare le Amministrazioni pubbliche coinvolte nel sistema, a cominciare dalle Regioni.

Nel settore dell'assistenza sanitaria, il Terzo settore gioca un ruolo essenziale nella "tenuta" del sistema generale, non solo come plesso che garantisce i servizi ma, anche, come organizzazione: non a caso, secondo una ricerca pubblicata dallo *European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises – EURICSE*, nel 2022 si è registrato un incremento, economico e occupazionale, dell'attività assistenziale[51]

---

[47] Nella prospettiva, cfr. S. CASSESE, *La crisi dello Stato*, Roma, 2001.

[48] F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA, *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino, 2011, 42, secondo cui «Ne segue l'esigenza del bilanciamento tra il diritto alla prestazione sanitaria e la tutela degli equilibri economico-finanziari».

[49] C. RANCI, A. VANOLI, *Beni pubblici e virtù private. Il terzo settore nelle politiche di welfare,* Torino, 1994, 9.

[50] Cfr., Corte Costituzionale 26 giugno 2020, n. 131.

[51] Sull'impatto economico – occupazione si rinvia a A.A.V.V., *Tra Sanità e assistenza: una filiera da ricomporre, Evoluzione e ruolo del Terzo Settore in Italia, Euricse, Research Report*, 24/22, 26, «Il comparto della sanità e assistenza rappresenta un bacino occupazionale estremamente importante per il Terzo Settore nel suo complesso soprattutto in Basilicata, Marche e Puglia con percentuali d'incidenza sul totale dei dipendenti impiegati complessivamente

prestata dagli ETS (Enti del Terzo Settore).

Il Terzo settore (definito anche società civile organizzata) rappresenta ormai una struttura sociale ed economica che affianca, in settori sensibili dell'ordinamento, sia le istituzioni pubbliche che il mercato. Esso è quella dimensione della società civile organizzata che va assumendo un ruolo sempre più rilevante anche nella produzione di beni e servizi di interesse generale, contribuendo a integrare e innovare l'azione dello Stato sociale.

L'evoluzione storica del fenomeno, come già evidenziato, è interessante, ma la sua forza espansiva rinveniva limiti evidenti in una concezione eccessivamente legata al volontariato, fattore che finiva con l'impedirne l'affermazione del Terzo settore quale settore giuridico autonomo. D'altronde la giurisprudenza costituzionale aveva avallato tale concezione con le pronunce nn. 75/1992 e 500/1993, con le quali era stato affermato che "il volontariato non fosse riconducibile ad una fattispecie giuridica specifica, quanto ad un modo di essere della persona nell'ambito dei rapporti sociali, meglio un atteggiamento che può attuarsi all'interno di qualsiasi campo materiale della vita comunitaria contribuendo a conseguire la piena realizzazione del principio di solidarietà sociale".

Se questa era l'impostazione dei giudici costituzionali, era invero emersa nella società la consapevolezza della necessità di disciplinare il campo del Terzo settore con una normativa autonoma. Si pervenne così, dopo anni di discussioni e contrasti, al varo del Codice del terzo settore (d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117) al quale va ascritto il merito (art. 2) di riconoscere il valore e la funzione sociale degli Enti del Terzo Settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura e pratica del dono quali espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo: il primo generalizzato riconoscimento legislativo[52] sul comparto nella sua dimensione complessiva[53].

---

dalle organizzazioni *non profit* che raggiungono rispettivamente il 74,3%, il 69,6% e il 69%. Al contrario, l'apporto più basso del comparto all'intero Terzo Settore si rileva nelle due province autonome (44% Bolzano e 48,1% Trento) e in Calabria (47,7%)».

[52] Sul punto v. Corte Costituzionale, 17 dicembre 2024, n. 201 secondo cui «Il Codice del terzo settore presenta una funzione unificante, diretta ad ordinare e a riportare a coerenza la disciplina degli ETS, superando le precedenti frammentazioni e sovrapposizioni e dettando una definizione unitaria contenuta nell'art. 4 del Codice che, pur senza operare una indistinta omologazione, tiene insieme diversi enti: sia quelli rientranti in forme organizzative tipizzate, sia quelli "atipici", purché perseguano senza scopo di lucro le finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale previste dal Codice e risultino iscritti nel registro unico nazionale».

[53] Sul d.lgs. 11/2017 la letteratura è vasta; senza pretesa di esaustività si rinvia a: M.N. IANNACCONE, *Prime considerazioni sul terzo settore,* in *Cooperative e enti non profit*, 10, 2017, 7 ss; F. PACINI, *L'impianto del terzo settore,* in *Non profit*, 3, 2023, 11 ss; M. CESOLIN, *Considerazioni sparse sul d.lgs. n. 117 del 2017 (c.d. Codice del Terzo Settore),* in *Giustizia civile.com*, 11, 2017, 1 ss; A. CASOTTI, M.R. GHEIDO, *Codice del Terzo Settore,* 36, 2017, 2135 ss.; P. SANNA, *Dalla legge di riforma al Codice del terzo settore : alcuni profili introduttivi,* in *Responsabilità civile e previdenza,* 6, 2018, 2083 ss; F.P. LOPS, *Il Codice del Terzo Settore. Un nuovo patto civile tra istituzioni e cittadini,* in *Vita Notarile*, 3, 2018, 1347; G. TERRANOVA, *Il terzo settore italiano come legal hybrid: dalla 'charity law' inglese al Codice del Terzo Settore. II parte,* in *Trusts e attività fiduciarie*, 6, 2024, 925; G.M. COLOMBO, *ETS: cosa cambia con il Codice del Terzo settore,* in *Cooperative e enti non profit*, 10, 2024, 7 ss.

Allo stato, gli Enti del Terzo Settore sono ormai espressamente riconosciuti come rappresentativi della c.d. società solidale[54], ovvero quella particolare rete capillare di vicinanza e solidarietà rispetto ai bisogni della società. Mediante i soggetti che operano al suo interno, viene offerto un rilevante sostegno (art. 1 del CTS) all'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune, ad elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, favorendo la partecipazione, l'inclusione e il pieno sviluppo della persona. Inoltre, a valorizzare il potenziale di crescita e di occupazione lavorativa, in attuazione degli articoli 2, 3, 4, 9, 18 e 118, quarto comma, della Costituzione.

Proprio a causa della variegata tipologia strutturale e della composita gamma di finalità perseguite da parte dei soggetti del terzo settore, il Codice riconosce, dal punto di vista definitorio, «le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel Registro Unico Nazionale del Terzo settore»[55].

Gli Enti del Terzo Settore, *ex* art. 11, devono iscriversi al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali[56].

---

[54] In questi termini, si v. F. PARUZZO, *Tra valorizzazione della "società solidale" e crisi dello stato sociale. Terzo settore e pubblico potere nell'erogazione di prestazioni sociali,* in dirittifondamentali.it, 3,2023, 132, secondo cui «Il Terzo settore e le attività da esso svolte hanno una rilevanza e un fondamento costituzionale; è in ragione di ciò che il ruolo svolto oggi dalla "società solidale", presente e attiva in una pluralità sempre più vasta di settori, impone di esaminare il rapporto di essa, mutato nel tempo, con l'azione dei pubblici poteri e con l'aspirazione di realizzazione dello stato sociale».

[55] Nell'impostazione del nuovo Codice, gli Enti del Terzo Settore (diversi dalle imprese sociali e cooperative sociali) devono esercitare, in via esclusiva o principale, attività di interesse generale "per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale". Sul punto, cfr. art. 5 del CTS, il quale prevede un elenco delle c.d. attività di interesse generale. Per quel che interessa la relazione, sono ricomprese: a) interventi e servizi sociali ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328, e successive modificazioni, e interventi, servizi e prestazioni di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, e alla legge 22 giugno 2016, n. 112, e successive modificazioni;

b) interventi e prestazioni sanitarie;

c) prestazioni sociosanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni.

[56] Sul punto, è interessante Tar Lazio, Roma, sez. IV *bis*, 1 luglio 2024, n. 13197, secondo cui «In base all'art. 4 d.lgs. citato, ai fini della qualificazione degli Enti del Terzo Settore è necessaria la concorrenza di due requisiti: uno sostanziale, costituito dal 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 (v. artt. 4 e ss. d.lgs. citato); uno formale, rappresentato dall'iscrizione al Registro unico degli Enti del Terzo Settore (RUNTS).

ISSN 2036-7821

A fronte di questo impianto, la Pubblica Amministrazione può, alternativamente, scegliere, nella erogazione di un servizio, se "autoprodurlo" (è questo il caso delle società *in house*), se rivolgersi al mercato o se, ulteriormente, ricorrere agli Enti del Terzo Settore.

Sul punto, la giurisprudenza ha chiarito che la scelta del modello (appalto quindi concorrenza, solidarietà e quindi terzo settore o autoproduzione) costituisce una

---

L'iscrizione nel registro garantisce il controllo pubblico sulla sussistenza e sulla permanenza dei requisiti di carattere sostanziale (v. art. 45 ss. e 90 ss., d.lgs. citato) e ha carattere costitutivo ai fini della qualificazione degli Enti del Terzo Settore. Ciò non significa che tale iscrizione sia obbligatoria: l'associazione che preferisce non iscriversi può continuare ad esistere e svolgere la propria attività, ma non può beneficiare delle norme di favore previste per gli Enti del Terzo Settore.

L'iscrizione nel registro, in ragione del controllo che ne consegue, riveste un ruolo ancora più importante nei rapporti tra gli enti in esame e la pubblica amministrazione. Ed infatti l'art. 4, comma 1, lett. m), l. n. 106/2016 (Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale, "L'iscrizione nel Registro, subordinata al possesso dei requisiti previsti ai sensi delle lettere b), c), d) ed e), è obbligatoria per gli Enti del Terzo Settore che si avvalgono prevalentemente o stabilmente di finanziamenti pubblici, di fondi privati raccolti attraverso pubbliche sottoscrizioni o di fondi europei destinati al sostegno dell'economia sociale o che esercitano attività in regime di convenzione o di accreditamento con enti pubblici o che intendono avvalersi delle agevolazioni previste ai sensi dell'articolo 9". Inoltre, è solo la qualificazione di un ente del terzo settore, acquisita mediante l'iscrizione, che consente l'applicazione della disciplina di favore prevista non solo dagli artt. 55, 56 e 57 d.lgs. citato, ma più di recente anche dall'art. 18 del d.lgs. 201/2022, relativo ai rapporti di partenariato con gli Enti del Terzo Settore nell'ambito della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica, e dall'art. 6 del d.lgs. n. 36/2023 (Codice contratti pubblici), rubricato "Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale. Rapporti con gli Enti del Terzo Settore".

Proprio in considerazione dell'importanza dell'iscrizione nei registri ai fini del controllo sui requisiti sostanziali, il legislatore, in attesa dell'istituzione e della piena operatività del RUNTS, ha ritenuto insufficiente il solo requisito sostanziale per la qualificazione di un ente come ente del terzo settore, prevedendo invece che "Il requisito dell'iscrizione al Registro unico nazionale del Terzo settore previsto dal presente decreto, nelle more dell'istituzione del Registro medesimo, si intende soddisfatto da parte delle reti associative e degli Enti del Terzo Settore attraverso la loro iscrizione ad uno dei registri attualmente previsti dalle normative di settore" (art. 101, c. 3, d.lgs. citato). I registri di settore vigenti al momento dell'entrata in vigore del RUNTS svolgevano d'altronde una funzione di garanzia e controllo analoga a quella oggi rivestita dal RUNTS, anche con riguardo ai rapporti con la pubblica amministrazione».

L'altra questione interessante attiene alla possibilità per le ONLUS di partecipare alle attività di co-programmazione e co-progettazione, seppur non iscritte al RUNTS, in attesa dell'autorizzazione della Commissione Europea sulle norme fiscali *ex* art. 101, comma 10 del CTS.

Sul punto si è pronunciato il TAR Lombardia, sez. II, 1° ottobre 2024, n. 2533. In particolare, la pronuncia afferma che "(…), considerato che attualmente le Onlus non hanno ancora un preciso obbligo di iscrizione al Runts, valendo ancora per le stesse il regime transitorio dell'art. 101 del Codice del Terzo Settore, la scelta del Comune di Milano di consentire la partecipazione a tutte le *Onlus* non appare certamente *contra legem* oppure illogica". Il Tar ha altresì ricordato che in base alla normativa attualmente vigente le Onlus "sono obbligate a presentare la domanda di iscrizione al Runts fino al 31 marzo del periodo di imposta successivo all'autorizzazione della Commissione Europea di cui all'art. 101 comma 10 del (Codice del Terzo Settore)". L'8 marzo 2025, la Commissione Europea ha rilasciato la predetta autorizzazione, rilevando, in sostanza, la conformità delle norme fiscali del terzo settore, pertanto, a partire dal periodo d'imposta successivo a quello dell'autorizzazione UE, dal 1° gennaio 2026 se coincidente con l'anno solare ovvero, in caso di esercizio finanziario non coincidente con l'anno solare, a partire dal prossimo esercizio finanziario, tutti gli ETS dovranno applicare integralmente il d.lgs. 117/2017.

ISSN 2036-7821

manifestazione di amplissima discrezionalità (cfr. TAR Milano, 2533/2024)[57].

Tra le più profonde novità riconosciute dal Codice (art. 55, comma 2 e 3), che impegna notevolmente i soggetti del Terzo settore, si impone la co-programmazione, attività finalizzata, d'intesa tra le parti coinvolte ivi compresi gli Enti del Terzo Settore, all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, di bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari e delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. Con la successiva co-progettazione, si tenderà alla definizione e realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti[58].

[57] Sul punto si v. Cons. St., sez. V, 22 maggio 2024, n. 4540: «secondo quanto già osservato da questa sezione (Cons. Stato, Sez. V, 07 settembre 2021, n. 6232), ai fini della delimitazione della possibilità di ricorso alla co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore anziché del ricorso al mercato mediante procedure di appalto, occorre muovere dalle puntuali considerazioni svolte nel parere della Commissione speciale del Consiglio di Stato, 26 luglio 2018, sui rapporti tra le direttive U.E. del 2014 in materia di appalti pubblici, il Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. n. 50 del 2016 e il d.lgs. n. 117 del 2017 nella parte in cui disciplina l'affidamento di servizi sociali a soggetti o enti del c.d. terzo settore.

16.1. Premesso che, di regola, *"l'affidamento dei servizi sociali, comunque sia disciplinato dal legislatore nazionale, deve rispettare la normativa pro-concorrenziale di origine europea, in quanto rappresenta una modalità di affidamento di un servizio (in termini euro-unitari, un "appalto") che rientra nel perimetro applicativo dell'attuale diritto euro-unitario"* (pag. 13 del parere), si è sottolineato come in determinate ipotesi "*la procedura di affidamento di servizi sociali disciplinata dal diritto interno non è soggetta alla regolazione di origine euro-unitaria. Ciò accade allorché … la procedura disciplinata dal diritto interno … miri sì all'affidamento ad un ente di diritto privato di un servizio sociale che, tuttavia, l'ente affidatario svolgerà a titolo integralmente gratuito*", il che si giustifica essenzialmente per il fatto che il diritto europeo degli appalti si interessa dei soli affidamenti onerosi.

16.2. La questione si trasferisce, quindi, sul piano della definizione giuridica del concetto di gratuità, ossia di uno degli elementi costitutivi della possibilità di utilizzare le procedure di affidamento disciplinate dal Codice de terzo settore e di sottrarsi, quindi, all'applicazione delle norme unionali in materia di appalti pubblici e al Codice dei contratti che di quelle costituiscono recepimento.

In tale prospettiva, il concetto di gratuità si identifica nel conseguimento di un aumento patrimoniale da parte della collettività, cui corrisponde la diminuzione patrimoniale di altro soggetto, ossia il prestatore del servizio.

Sotto questo profilo, si precisa, "*la effettiva gratuità si risolve contenutisticamente in non economicità del servizio poiché gestito, sotto un profilo di comparazione di costi e benefici, necessariamente in perdita per il prestatore*" (pag. 14 del parere cit.). Il che significa che deve escludersi qualsiasi forma di remunerazione, anche indiretta, dei fattori produttivi (lavoro, capitale), potendo ammettersi unicamente il rimborso delle spese ("*le documentate spese vive, correnti e non di investimento, incontrate dall'ente*": pag. 21 del parere).

In tale ottica si inscrive pertanto il dettato dell'art. 56 comma 2 del d.lgs. 117 del 2017, secondo cui "*Le convenzioni di cui al comma 1 possono prevedere esclusivamente il rimborso alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale delle spese effettivamente sostenute e documentate*"».

[58] Sul tema, si v. C. TORRIGIANI, *Co-programmazione, co-progettazione e valutazione delle politiche sociali*, in *Rassegna italiana di valutazione*, V. 29, Fasc. 91, 2025, 30 ss.; B. GILIBERTI, *L'amministrazione condivisa: co-programmazione e co-progettazione nel Terzo settore tra autonoma iniziativa delle formazioni sociali e poteri delle pubbliche amministrazioni*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, V. 14, Fasc. 1, 417 ss.; V. MANZETTI, *La co-programmazione e la co-progettazione tra PA e Enti del Terzo Settore: dal ritrovarsi nel mezzo del cammin per una selva oscura, che la diritta via era smarrita … ai raggi del 'nuovo' pianeta dei Contratti pubblici*, in *Nuove Autonomie*, V. 32, Fasc. 2, 2023, 603 ss. Sul punto, è stato osservato che «l'art. 55 c.t.s. nel promuovere il coinvolgimento attivo degli e.t.s. ad opera delle amministrazioni, non scandisce un regime procedimentale, mostrando una certa genericità sulle modalità concrete di realizzazione. I dubbi in ordine alle regole procedurali dell'istituto solo in parte sono stati risolti dalle Linee guida ministeriali, lasciando ampio margine all'autonomia regionale. Rimangono i tratti qualificanti della co-progettazione: la gratuità e il carattere non lucrativo dell'ente affidatario, caratteri imposti "dall'alto", elaborati per sottrazione rispetto al regime degli appalti. Utile ai fini di evidenziare la disarmonia tra realtà pratica ed

Anche la forma del partenariato è aperta alla discrezionalità dell'amministrazione mediante accreditamento, previa definizione, da parte della stessa 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*.

La Corte Costituzionale, con sentenza 26 giugno 2020, n. 131, ha avuto modo di precisare che, sulla base dell'art. 55 CTS, si instaura un canale di amministrazione condivisa alternativa a quella del mercato, un sistema, come già rilevato, non fondato sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, bensì sulla «convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti ad elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico»[59].

Il recente Codice dei contratti pubblici (D. Lgs. n. 36/2023) dispone dal canto suo che (art. 6) «*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*»[60].

---

elaborazioni scientifica, legislativa e giurisprudenziale è il diritto vivente, essendo questo capace di far emergere le implicazioni effettive che realizza l'inquadramento così imposto alla co-progettazione», si v. V. GIANNINI, *L'amministrazione condivisa tra controprestazione e apporto. Indicazioni dal diritto vivente*, in *www.labsus.org*. Con riguardo, invece, alle modalità operative si v. Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo Settore negli artt. 55 – 57 del d.lgs. 117/2017, D.M. 31 marzo 2021 n. 72.

[59] Si v. TAR LIGURIA, Genova, sez. I, 3 maggio 2024, n. 310, secondo cui «il modello di condivisione della funzione pubblica prefigurato dall'art. 55 è riservato in via esclusiva agli Enti del Terzo Settore i quali perseguono, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi (art. 4 del d.lgs. n. 117/2017)».

[60] Come visto, l'art. 6 richiama in chiusura il principio del risultato. Sui rapporti si v. F. GIGLIONI, *L'amministrazione condivisa nel nuovo Codice dei contratti pubblici*, in *www.labsus.org*, secondo cui «Come pesi il principio del risultato nel giudizio dei modelli di amministrazione condivisa è meno certo. Stando all'art. 1 del Codice dei contratti pubblici, che cita il principio del risultato, emergono due versioni. Il primo è contenuto nel comma 3, ma – come dice la stessa disposizione – è riferito proprio al settore dei contratti pubblici. Essendo l'amministrazione condivisa fuori dal Codice dei contratti pubblici, sembrerebbe che occorra guardare allora al comma 4 dell'art. 1, che recita che il principio del risultato è il criterio attraverso cui si stabilisce l'esercizio del potere discrezionale e l'individuazione della regola da applicare al caso concreto al fine di valutare la responsabilità del personale e l'attribuzione degli incentivi secondo la contrattazione collettiva. Se questa lettura trovasse conferma, il principio del risultato si attaglia benissimo all'esperienza dell'amministrazione condivisa che, come è noto, è innanzitutto esercizio creativo di autonomie che si incontrano, quella amministrativa e quella sociale, e che ricercano la regola da applicare non in astratto o in modo predefinito ma nel concreto. Tale garanzia del risultato ha un potenziale significativo in termini di responsabilità dei funzionari pubblici, che possono così motivare e spiegare il ricorso alla soluzione concreta di amministrazione condivisa, senza dover per forza

Orbene, l'intero nuovo impianto concernente gli Enti del Terzo Settore non poteva non coinvolgere il comparto sanitario, in considerazione del fatto che la salute è un bene comune e, in quanto tale, la *governance* non può essere né esclusivamente privata, né pubblica[61], ma, come osservato dalla Corte Costituzionale, necessita un nuovo rapporto pubblico – privato atto a interpretare la strategia pubblica ottimale per la gestione del comparto sanitario.

Peraltro, come si è rilevato, il diritto alla salute, nel corso degli anni, è andato ad affiancarsi ai servizi di assistenza, assumendo una inedita conformazione "integrata", che non si esaurisce nella mera garanzia delle prestazioni mediche.

Da qui, il Terzo settore ricopre un ruolo fondamentale per la costituzione di un sistema sanitario c.d. di prossimità, attento ai bisogni del territorio e soprattutto capace di intercettare ed affrontare situazioni di fragilità e vulnerabilità[62].

Il concetto di prossimità, quindi, assume una doppia conformazione: la prima di natura fisico – geografica, da intendentesi come vicinanza del servizio sanitario rispetto al territorio (in questo senso, assumono rilievo, ad esempio, le case di comunità e tutti quegli strumenti che sottendono un servizio di vicinanza agli utenti); la seconda invece attiene ad una prossimità morale (di aiuto, anche affettivo).

Il terzo settore è un sistema, forse l'unico possibile, capace di compendiare e sintetizzare entrambe le dimensioni della prossimità; da un lato offrendo vicinanza fisica all'utente, dall'altro, soprattutto il volontariato, garantendo la necessaria prossimità alle esigenze di altra natura, non ultima quella psichica, dei soggetti fragili e vulnerabili.

È così che, in definitiva, si rende possibile realizzare quella efficace integrazione sociosanitaria[63] richiesta dal PNRR.

---

ricercare l'appiglio specifico legislativo a cui ancorare la scelta. Il principio del risultato può esaltare l'amministrazione responsabile a scapito di quella difensiva, senza naturalmente violare la legalità. Siamo ancora agli inizi e ai primi commenti di queste norme e non esistono ancora casistiche, ma c'è tutto lo spazio per dire che l'art. 6 del Codice dei contratti pubblici costituisce un potenziale enorme per il radicamento e il rafforzamento dell'amministrazione condivisa».

[61] Sul punto, si v. G. SESSA, V. COLMEGNA, *La Casa della Comunità, cit. Secondo S. Zamagni, La lezione e il monito della pandemia da Covid-19,* in AA.VV., *Pandemia e resilienza,* Roma, 2020, laddove affermano che, a pag. 37, che «non c'è alternativa alla *welfare society*. Ciò è massimamente vero in sanità, come l'esperienza di questo tempo ci indica. Si tenga presente che la salute è un bene comune, né un bene privato né un bene pubblico. Ne deriva che la sua *governance* non può essere né privatistica né pubblicistica».

[62] Il tema della fragilità e vulnerabilità in ambito sanitario è divenuta ancor più evidente durante la pandemia da Covid 19, laddove è emerso un indice di povertà non solo economica ma anche sociale. Sul punto, ad esempio Papa Francesco ha osservato che *"La sanità di ispirazione cristiana ha il dovere di difendere il diritto alla cura soprattutto delle fasce più deboli della società, privilegiando i luoghi dove le persone sono più sofferenti e meno curate, anche se questo può richiedere la riconversione di servizi esistenti verso nuove realtà. Ogni persona malata è per definizione fragile, povera, bisognosa di aiuto, e a volte chi è ricco si trova più solo e abbandonato di chi è povero. Però è evidente che oggi ci sono opportunità diverse di accesso alle cure per coloro che hanno disponibilità economiche rispetto alle persone più indigenti»*, https://www.aogoi.it/notiziario/papa-diritto-salute/.

[63] Sul punto, si v. R. BALDUZZI, *L'integrazione sociosanitaria si fa a partire dalla comunità,* in https://www.avvenire.it/idee-e-commenti/lintegrazione-sociosanitaria-si-fa-a-partire-dalle comunita_45494,

ISSN 2036-7821

Un nuovo legame tra Terzo settore e sanità aveva mosso i primi passi sin dagli anni '80 dello scorso secolo[64], ma solo di recente esso ha assunto una conformazione persino istituzionale.

In seguito, durante il periodo pandemico, molti Enti del Terzo Settore avevano dimostrato la loro capacità di essere essenziali nella cura dei bisogni sociali e sanitari.

Nella medesima prospettiva, il PNRR ha evidenziato uno stretto collegamento tra la Missione 5 (inclusione sociale) e la Missione 6 (salute), dimostrando che un sistema congiunto è capace di «superare l'attuale frammentazione dei sistemi di *welfare* locale»[65].

Dalla lettura delle norme del comparto sanitario e di quelle concernenti gli Enti del Terzo Settore emerge la volontà del legislatore di valorizzare quest'ultimo, prendendone e perfezionando le sue capacità sino ad ergerlo a fattore centrale non solo per la prestazione di servizi ma, soprattutto, quale strumento utile ad intercettare tutti i bisogni della comunità in cui opera, come dimostra, peraltro, la legge di bilancio per il 2025 (l. n. 207 del 30 dicembre 2024), che, in attuazione del Codice degli enti per il terzo settore, all'art. 1, comma 294[66] ha istituito il Registro

---

secondo cui «*Dobbiamo però intenderci bene sulla nozione di integrazione, e in particolare comprendere che le vere sfide non attengono tanto a quelle tra le professioni (integrazione professionale) o tra i sistemi (integrazione gestionale), e neppure all'integrazione tra diversi Comuni (integrazione orizzontale) o tra Comuni, Province e Regioni (integrazione verticale), quanto piuttosto alla costruzione di una vera e propria rete che veda enti territoriali, enti funzionali, professionisti e volontariato-Terzo settore realizzare un'autentica integrazione comunitaria*».

[64] G. PISANI, J. DECORTE, *L'integrazione sociosanitaria come asse di un nuovo modello di assistenza. Il possibile ruolo del terzo settore, Euricse Working Paper Series*, 128/23, 9, secondo cui «Le esperienze di attivazione "dal basso", negli anni '80, includono associazioni di volontariato, i gruppi a difesa dei diritti dei pazienti e dei soggetti più vulnerabili, i movimenti per la de-istituzionalizzazione, ecc. Queste hanno permesso il riconoscimento di diritti di categorie di persone fino a quel momento escluse dal dibattito pubblico. Negli anni successivi, molte di queste esperienze si sono strutturate entro forme imprenditoriali e cooperative più stabili, che hanno trovato spazio soprattutto all'interno dei sistemi di *welfare mix* che si sono andati sviluppando a livello locale, lavorando in sinergia con le pubbliche amministrazioni».

[65] G. PISANI, J. DECORTE, *L'integrazione sociosanitaria come asse di un nuovo modello di assistenza. Il possibile ruolo del terzo settore, op. cit.*, evidenziano che «Le missioni 5 e 6 del PNRR mirano a superare l'attuale frammentazione dei sistemi di *welfare* locale, assumendo l'integrazione sociosanitaria come fattore in grado di favorire una riarticolazione dei servizi e una maggiore collaborazione fra gli attori impegnati sul fronte dell'assistenza. C'è però la necessità di tradurre i dettati normativi, spesso enunciati per lo più in forma di principi generali, entro politiche mirate e interventi strutturali, che abbiano ricadute anche sui concreti modelli di organizzazione dei servizi sociosanitari».

[66] La norma dispone che «Per l'attuazione del comma 293 è istituito il Registro unico delle associazioni della salute (RUAS), gestito dal Ministero della salute, consultabile in uno specifico sito *internet*, raggiungibile anche dal sito istituzionale del Ministero medesimo, in cui sono iscritte le associazioni per le finalità di cui ai commi da 293 a 296. Il RUAS è suddiviso in aree tematiche. Possono essere iscritte al RUAS, su richiesta da presentare al Ministero della salute, le associazioni che possiedono i seguenti requisiti: a) sono costituite da almeno dieci anni;

b) sono iscritte nel Registro unico nazionale del Terzo settore, istituito dall'articolo 45 del Codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, o in un altro albo ufficialmente riconosciuto; c) adottano l'approccio secondo le dimensioni di qualità previste dalla scheda 14 del Patto per la salute, di cui all'intesa del 18 dicembre 2019 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. atti n. 209/CSR); d) applicano i criteri di trasparenza e di rendicontazione

ISSN 2036-7821

Unico delle associazioni della salute (RUAS)[67], gestito dal Ministero della Salute.
Interessante è la prospettiva offerta dalla normativa, giacché, da un lato, è sintomatica dell'intenzione di voler affrontare con serietà il tema dell'associazionismo relativo al comparto salute e, dall'altro, è finalizzata a garantire un coinvolgimento e una partecipazione efficace nelle materie di loro competenza[68].
Se allora pare verosimile che in un siffatto contesto sociale e normativo, gli Enti del Terzo Settore costituiscono una risorsa integrativa importante per il comparto sanitario (senza pretendere di sostituirsi totalmente allo Stato), privilegiando piuttosto percorsi di co-gestione e co-amministrazione[69], si avverte però come ineludibile la necessità di tradurre i dettati normativi, spesso enunciati per lo più in forma di principi generali, entro politiche mirate e interventi strutturali, che abbiano ricadute anche sui concreti modelli di organizzazione dei servizi sociosanitari.

6. Esperienze operative di nuove forme di gestione.

Appare a tal punto di interesse analizzare alcune delle principali esperienze regionali e locali che istituiscono talune forme di collaborazione tra soggetti istituzionali pubblici e soggetti del Terzo settore nella gestione della sanità territoriale.
La legge lombarda n. 23 del 2020 riconosce espressamente il ruolo del Terzo Settore

previsti per l'attività di interesse pubblico; e) rappresentano e promuovono, nell'ambito della propria attività, le istanze di cittadini, pazienti e caregiver in ambito sanitario».
Allo stato, tuttavia, non sono stati ancora emanati i decreti attuativi, ex art. 1, comma 293.

[67] A. SANTUARI, *Le associazioni di tutela dei diritti dei pazienti: il Ministero della Salute istituisce il Registro unico delle associazioni della salute* (RUAS). *Sanità Pubblica E Privata*, 3, 2025, 10 ss.

[68] Sul punto si v. art. 1, comma 295 secondo cui «Il Ministero della salute è tenuto ad inserire un rappresentante delle associazioni iscritte al RUAS all'interno degli organismi costituiti presso il Ministero medesimo, quali comitati, tavoli di lavoro, osservatori e gruppi di lavoro, in base all'oggetto specifico e ai percorsi istituzionali specificamente attivi, individuati dallo stesso Ministero. Il coinvolgimento del rappresentante di cui al presente comma riguarda i provvedimenti, i piani e i programmi individuati dal Ministero della salute e tutte le fasi, dall'istruttoria all'adozione finale dell'atto, del provvedimento o della decisione, nonché i percorsi decisionali sui farmaci individuati dalla Commissione scientifica ed economica dell'AIFA. Il rappresentante di cui al presente comma è nominato dalle associazioni iscritte al RUAS che siano rilevanti e significative rispetto all'oggetto in discussione, con riferimento alla specifica patologia. Il rappresentante nominato sottoscrive una dichiarazione con la quale esclude l'esistenza di conflitti di interessi personali. Della nomina del rappresentante è data notizia mediante pubblicazione nel sito internet del RUAS di cui al comma 294. Il rappresentante non ha diritto a compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati».

[69] A. RIPEPI, *Enti del Terzo Settore e tutela della salute nel contesto post-pandemico: analisi della normativa regionale in materia. Verso un'amministrazione condivisa in ambito sanitario* (?), in *Corti Supreme e salute*, 3, 2024, 972 osserva che «Il privato sociale, infatti, costituisce una risorsa importantissima nell'ambito del sistema assistenziale, con particolare riferimento al complesso e delicato mondo ospedaliero, grazie alla presenza di numerose associazioni che operano a tutti i livelli e in diversi settori, incluse le attività di informazione e promozione della salute. Il Terzo Settore, dunque, in ambito sanitario non aspira a sostituirsi alle strutture pubbliche, né potrebbe farlo, ma tende a integrarsi con queste ultime nell'assicurare supporto in ambito ospedaliero e nella fase di de-ospedalizzazione, di cruciale importanza. Il tutto nel contesto dell'ampio concetto di amministrazione condivisa, che, come di recente ben evidenziato, "è più ampio di quello di co-amministrazione e coprogettazione e si attua anche esso attraverso procedure aperte, trasparenti e tracciate"».

ISSN 2036-7821

come componente essenziale nel sistema di prevenzione e contrasto delle dipendenze, includendo sia quelle da sostanze sia quelle comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico e le cosiddette nuove dipendenze[70].
È stato istituito un Comitato tecnico, ovvero un coordinamento tecnico in area dipendenze, costituito da una rappresentanza delle ATS locali e degli enti accreditati per le dipendenze (pubblico e privato sociale accreditato)[71]. Gli Enti del Terzo Settore, che abbiano conseguito uno specifico accreditamento, assumono un ruolo centrale nei progetti di prevenzione, cura e reinserimento.
Non si prevede tuttavia una disciplina volta ad attività di co-programmazione o co-progettazione, carenza che potrebbe invero costituire un fattore fortemente limitante alla portata innovativa dell'intervento, che, almeno allo stato, resta ancorato a forme di collaborazione in una fase prevalentemente esecutiva.
La legge regionale Abruzzo n. 37 del 2020, pur muovendosi nel medesimo solco, amplia notevolmente la nozione di "dipendenze patologiche", includendo patologie comportamentali nuove[72]. Il provvedimento legislativo prevede concessioni «di contributi, patrocini o altre agevolazioni, anche non onerose, al fine della realizzazione di progetti volti a promuovere interventi di prevenzione, assistenza e reinserimento sociale di persone affette da dipendenze patologiche, nonché di supporto delle rispettive famiglie».
Anche in questo caso, tuttavia, il rapporto tra pubblica amministrazione e Terzo Settore resta fondato su un modello convenzionale tradizionale, incentrato su forme di erogazione di servizi più che sulla loro co-progettazione.
Un diverso approccio emerge nella legge pugliese n. 9 del 2023, la quale introduce i Percorsi terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI), finanziati attraverso il *budget*-salute, quale strumento di co-programmazione e cogestione tra soggetti pubblici, Terzo Settore, utenti e famiglie.
In particolare, l'art. 1, comma 2, della legge pugliese dispone che la Regione «[…] nel rispetto del principio di sussidiarietà solidale e di complementarità tra gli erogatori dei servizi, promuove la centralità e la partecipazione dei cittadini attraverso "Percorsi terapeutico riabilitativi individuali" (PTRI), con forme di cogestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati».

---

[70] Art. 1, comma 3, quanto all'ambito di applicazione rileva che il provvedimento si riferisce sia alla dipendenza derivata da uso di sostanze, sia alla dipendenza derivata da comportamenti patologici quali il gioco d'azzardo patologico e le cosiddette nuove dipendenze.

[71] Cfr. art. 3

[72] Si v. art. 1, comma 2, in cui sono inclusi a) il disturbo da gioco d'azzardo; b) le dipendenze da sostanze (bevande alcoliche, tabacco, sostanze psicotrope e stupefacenti, "nuove sostanze", antidolorifici); c) le dipendenze tecnologiche (*Internet*, reti sociali, *smartphone*, videogiochi, video-pornografia, ecc.) e altre dipendenze comportamentali, come da DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali; d) *shopping* compulsivo; e) ipersessualità" (

Il riferimento ai principi di sussidiarietà solidale e di partecipazione attiva rappresenta un chiaro segno di inversione del tradizionale modello, espressivo di un sistema integrato di presa in carico personalizzata rispetto alle esigenze degli utenti. Tuttavia, anche in questo caso, l'assenza di una disciplina attuativa sui rapporti con gli enti non profit rinvia, di fatto, all'applicazione del quadro generale del Codice del Terzo Settore, con il rischio di lasciare irrisolte le modalità concrete di attuazione della co-gestione sanitaria[73].

Un esempio di regolamentazione coerente con la logica dell'amministrazione condivisa si rinviene nel "Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato approvato dall'Azienda Tutela Salute della Sardegna" (oggi ARES Sardegna), deliberazione n. 122 del 2020.

Ebbene, diversamente da quanto è stato rilevato con le esperienze passate in rassegna, il regolamento sardo definisce in modo dettagliato i requisiti di accesso, le modalità di stipula delle convenzioni e le procedure operative per la collaborazione con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale. Proprio su tali basi, il regolamento riconosce esplicitamente il valore delle associazioni di volontariato e degli ETS come espressione di partecipazione e solidarietà, prevedendo la stipula di convenzioni in regime di sussidiarietà.

L'esperienza sarda, dunque, si distingue per il grado di precisione e per la chiarezza della disciplina, rappresentando un significativo passo avanti verso una effettiva amministrazione sanitaria condivisa, nella quale la cooperazione con il Terzo Settore non si limiti a un coinvolgimento formale, ma si traduca in un sistema chiaro e coerente, capace di orientare in modo univoco l'azione amministrativa e di massimizzare (e non solo valorizzare) il contributo civico alla tutela della salute.

Interessante è la legge della Regione Calabria n. 8 del 2024 (*Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia e della elettrosensibilità e istituzione dei servizi regionali*), la quale, tra l'altro, dispone che gli ambulatori multidisciplinari possano essere coadiuvati da sportelli delle associazioni di volontariato (che si occupano per l'appunto di fibromialgia e di elettrosensibilità)[74].

---

[73] A. RIPEPI, *Enti del Terzo Settore e tutela della salute nel contesto post-pandemico: analisi della normativa regionale in materia. Verso un'amministrazione condivisa in ambito sanitario* (?), in *Corti Supreme e salute*, 3, 2024, 982.

[74] La legge n. 8 del 2024 è stata impugnata innanzi alla Corte Costituzionale. Per quel che qui interessa, gli art. 1, comma 3, 3 comma 1 e 7, comma 1 lett. c «nel prevedere forme di collaborazione istituzionale soltanto con le associazioni di volontariato e altre associazioni, si porrebbero in contrasto con le norme statali contenute nel decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante «Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera ***b***), della legge 6 giugno 2016, n. 106», che prevedono che tutti gli Enti del Terzo Settore – d'ora in avanti: ETS – (compresi quelli non qualificati come organizzazioni di volontariato o non costituiti in forma di associazione) possano svolgere, ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettere ***b***) e ***c***), prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e avvalersi dell'apporto di volontari». La Corte Costituzionale con sentenza n. 201/2024 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1 comma 2 ma ha dichiarato non fondate quelle relative artt. 1, comma 3, 3, comma 1, e 7, comma 1, lettera ***c***) affermando in particolare che nell'ottica del «coinvolgimento attivo degli ETS nella programmazione, nella progettazione e nell'organizzazione degli interventi e dei servizi, nei settori di attività di interesse generale definiti dall'art. 5 del medesimo CTS» (sentenza n. 131 del 2020), può concludersi, quindi, che il

Come anticipato, oltre agli esempi normativi, l'*humus* del tema è costituito da esperienze locali, le quali – ancora una volta – dimostrano la capacità, delle Amministrazioni più prossime ai cittadini, di anticipare la costruzione di un sistema innovativo.

In questo senso, il Comune di Reggio Emilia ha pubblicato un avviso per co-progettazione e la realizzazione di un partenariato per il "Sostegno e supporto ai *caregiver* e percorsi di miglioramento della qualità della vita"[75]. In particolare, l'avviso ha ad oggetto azioni finalizzate al sostegno alla domiciliarità e al benessere di persone con disabilità e persone anziane comprese persone con Alzheimer e altre sindromi dementigene.

L'avviso è interessante perché propone una innovata concezione dei beneficiari dell'azione; nello specifico, nel documento progettuale si legge che vi sono dei beneficiari diretti «persone con Alzheimer o sindromi dementigene correlate e i loro familiari, che beneficeranno direttamente delle attività di supporto, socializzazione e formazione previste dal progetto», nonché beneficiari indiretti cioè i volontari, gli operatori e «la comunità nel suo insieme, che sarà coinvolta attraverso eventi e iniziative volte a promuovere una cultura accogliente».

L'innovatività dell'avviso risiede proprio nel fatto di considerare l'intera comunità come beneficiario indiretto dell'azione, dal momento che – proprio in forza della partecipazione alle attività – promuove nuove forme di socialità. In questo caso, inoltre, è altrettanto evidente che l'avviso intende sviluppare quella moderna concezione della sanità integrata, intervenendo sia dal punto di vista medico che sociale.

Un altro esempio di questo modello è costituito dall'esperienza della ASL BARI[76], la quale, nel 2024, ha pubblicato un avviso per la manifestazione di interesse finalizzata all'individuazione di Enti del Terzo Settore disponibili a partecipare a un tavolo di co-progettazione e alla successiva Definizione e realizzazione di interventi sociosanitari nell'ambito del Piano Nazionale Equità nella Salute 2021-2027. Nello specifico, l'avviso è finalizzato al potenziamento della medicina di prossimità rispetto alla individuazione dei bisogni di salute della "popolazione in vulnerabilità

---

legislatore regionale – con riguardo alle attività di collaborazione presso gli ambulatori multidisciplinari, nonché, più in generale, di supporto e aiuto ai pazienti, oltre che di informazione e di sensibilizzazione sulle indicate patologie – ha richiamato solo alcuni tipi di ETS, peraltro in maniera poco accurata e disomogenea, senza tuttavia aver assegnato a tali espressioni significati preclusivi, bensì meramente esemplificativi. Né il riferimento ricorrente al «volontariato», pur rivelando un *favor* nei confronti degli enti che si avvalgono di volontari, assume alcuna valenza discriminatoria, considerato che, ai sensi dell'art. 17 cod. terzo settore, tutti gli ETS possono avvalersi di volontari senza limitazioni, previste solo per l'impresa sociale, non a caso esclusa dall'imputazione di tali attività di interesse generale.

[75] https://www.comune.reggioemilia.it/amministrazione/documenti-e-dati/avvisi-e-bandi/altri-bandi/avviso-pubblico-caregiver

[76] https://www.sanita.puglia.it/documents/46923/821120/Avviso+BURP_ASL_BA.pdf/a9340009-22d1-f0c5-8197-c639720f3cd6?t=1751215105327

socio-economica" (i c.d. *hard to reach*).
L'avviso, oltre a prevedere una collaborazione con tutte le articolazioni territoriali (ETS, parrocchie, servizi sociali dei Comuni), è finalizzato a soddisfarne i bisogni di «cura all'interno di percorsi clinico-assistenziali e prevedendo, qualora necessaria, l'erogazione di medicinali e dispositivi i cui costi sono a carico del paziente e, ove necessario, il *referral* verso le strutture della medicina territoriale o ospedaliere».
In questo caso, gli ETS avranno la funzione di facilitare "l'ingaggio e compliance delle persone in povertà sanitaria", di fornire supporto alle aziende sanitarie per l'individuazione e qualificazione dei bisogni, nonché di facilitare la presa in carico degli utenti.
Merita di essere richiamato, altresì, l'avviso di «istruttoria pubblica per l'individuazione dei soggetti disponibili a partecipare al procedimento di co-progettazione delle attività, dei progetti e degli interventi relativi alle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria» dell'azienda sanitaria del Friuli Occidentale[77].
In particolare, la finalità dell'avviso è quello di attivare percorsi di co-programmazione e di co- progettazione al fine di «individuare risposte innovative ai bisogni di persone non autosufficienti, puntando a rafforzare il sistema di cure territoriali e di prossimità attraverso il coinvolgimento delle realtà del terzo settore attive sul territorio, integrando ed ampliando la gamma di interventi già garantiti dal sistema di *welfare* locale sociale e sociosanitario» (art. 2). In tale evenienza, l'Azienda sanitaria intende creare una rete di prossimità capace non solo di garantire un efficace diritto alla salute ma anche di intercettare i bisogni dei soggetti più vulnerabili.
Le esperienze normative e amministrative sin qui illustrate in linea di massima dimostrano comunque come il terzo settore rappresenti una scelta ineludibile per la gestione integrata del diritto alla salute, un legame tra sanità e terzo settore destinato quindi a crescere nel futuro prossimo.

7. Il terzo settore e il Codice dei contratti pubblici (d.lgs. n. 36/2023).
Si è già fatto cenno all'innovativa disciplina dei contratti pubblici per i soggetti del terzo settore, di cui al D.lgs. n. 36/2023, normativa che sostanzialmente recepisce le indicazioni della sentenza della Corte Costituzionale n. 131/2020.
Come opportunamente osservato in dottrina, la *ratio* delle disposizioni del Codice dei contratti pubblici (art. 6) non ha una funzione «[…] *di guida nell'interpretazione delle previsioni di dettaglio contenute nel d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36 […] ma di "recinto", risultando finalizzata a tracciare i confini entro cui gli articoli del Codice trovano*

[77]https://asfo.sanita.fvg.it/export/sites/aas5/it/azienda_informa/_docs/avviso-pubblico-coprogettazione.pdf

applicazione»[78].

L'art. 6 del D. Lgs. n. 36/2023 prevede la "coesistenza" di due modelli organizzativi di affidamento dei servizi sociali: il primo fondato sulla concorrenza e il secondo, invece, sulla solidarietà e sussidiarietà orizzontale[79].

Con particolare riferimento al settore dei servizi sociali, il Codice dei contratti pubblici prevede una disciplina specifica agli articoli 127 e 128 definendo regole *ad hoc* per il comparto della contrattazione pubblica in materia di servizi sociali e assimilati.

Dal punto di vista classificatorio[80], gli articoli suddetti si riferiscono all'affidamento

[78] Così, L. GALLI, *Commento art. 6,* in R. VILLATA, M. RAMAJOLI, *Commentario al Codice dei contratti pubblici*, 2024, 29.

[79] Sul punto, è interessante la prospettiva della Relazione agli articoli e agli allegati del Consiglio di Stato, 7 dicembre 2022, la quale, pag. 18, ricorda che: "L'articolo recepisce la sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale, che ha sancito la coesistenza di due modelli organizzativi alternativi per l'affidamento dei servizi sociali, l'uno fondato sulla concorrenza, l'altro sulla solidarietà e sulla sussidiarietà orizzontale. Il secondo tipo di affidamenti (diretti) riguarda in particolare i servizi sociali di interesse generale erogati dagli Enti del Terzo Settore (ETS) e non rappresenta una deroga, da interpretare restrittivamente, al modello generale basato sulla concorrenza, bensì uno schema a sua volta generale da coordinare con il primo. […] Il modello proposto intende apportare benefici alla collettività in termini di efficacia, efficienza e qualità dei servizi, promuovendo la capacità di intervento dei privati, spesso più rapida di quella delle amministrazioni. A tal fine si prevede che gli enti affidatari dei servizi debbano essere scelti nel rispetto dei principi di non discriminazione, trasparenza ed effettività (e sempre in base al principio del risultato). In tal modo, si attribuisce portata generale a quanto già previsto dagli artt. 55 e 57 del Codice del Terzo settore (d.lgs. n. 117 del 2017), chiarendo il rapporto di non conflittualità tra le norme considerate e il Codice dei contratti pubblici.

Si supera così il parere n. 2052 del 20 agosto 2018 con cui il Consiglio di Stato aveva dubitato della compatibilità con il diritto eurounitario delle modalità di affidamento dei servizi sociali previste dal Codice del Terzo settore, affermando che "in considerazione della primazia del diritto euro-unitario la disciplina recata dal Codice dei contratti pubblici prevale in ogni caso sulle differenti previsioni del Codice del terzo settore, ove queste non possano in alcun modo essere interpretate in conformità al diritto euro – unitario: troverà, in tali casi, applicazione il meccanismo della disapplicazione normativa, costituente un dovere sia per il Giudice sia per le Amministrazioni". Il superamento del rapporto di conflittualità tra il Codice del Terzo settore e il Codice dei contratti pubblici è già stato messo in evidenza dal parere n. 802 del 3 maggio 2022 del Consiglio di Stato, secondo cui "La Sezione osserva che sia in sede legislativa che in sede di interpretazione giurisprudenziale emerge chiaramente una linea evolutiva della disciplina degli affidamenti dei servizi sociali che, rispetto a una fase iniziale di forte attrazione nel sistema della concorrenza e del mercato, sembra ormai chiaramente orientata nella direzione del riconoscimento di ampi spazi di sottrazione a quell'ambito di disciplina"», in https://*www.giustizia-amministrativa.it*/documents/20142/17550825/3_CODICE+CONTRATTI+RELAZIONE.pdf/d3223534-d548-1fdc-4be4-e9632c641eb8?t=1670936691000.

[80] Sempre dal punto di vista, si v. Comunicazione della Commissione Europea, Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea, del 24 aprile 2006, pag. 4: «Che cosa s'intende per servizi sociali nell'Unione europea? Oltre ai servizi sanitari propriamente detti, che non rientrano nella sfera della presente comunicazione, esistono due grandi categorie: – i regimi obbligatori previsti dalla legge e i regimi complementari di protezione sociale, con vari tipi di organizzazioni (mutue o regimi professionali), che coprono i rischi fondamentali dell'esistenza, quali quelli connessi alla salute, alla vecchiaia, agli infortuni sul lavoro, alla disoccupazione, al pensionamento e alla disabilità; – gli altri servizi essenziali prestati direttamente al cittadino. Questi servizi, che svolgono un ruolo preventivo e di coesione sociale, forniscono un aiuto personalizzato per facilitare l'inclusione nella società e garantire il godimento dei diritti fondamentali. Essi comprendono, in primo luogo, l'assistenza ai cittadini confrontati a difficoltà personali o a momenti di crisi (ad esempio indebitamento, disoccupazione, tossicodipendenza, disgregazione del nucleo familiare). In secondo luogo, comprendono attività miranti a garantire che gli interessati possano essere completamente reinseriti nella

dei servizi sociali e dei servizi assimilati previsti dall'allegato XIV alla Direttiva 2014/24/UE[81], ovvero ad una serie di servizi che riguardano, tra gli altri, anche quelli sanitari[82] e che sinteticamente possono raggrupparsi in tutti quei servizi che intervengono in una situazione di bisogno[83].

Ebbene, l'art. 127[84] reca, in apertura, un coordinamento con il Codice del terzo settore (anche in continuità con l'art. 6), laddove, in ragione dell'espressione "fermo

società (riqualificazione e formazione linguistica per gli immigrati) e in particolare nel mercato del lavoro (formazione e reinserimento professionale). Questi servizi completano e sostengono il ruolo delle famiglie nelle cure destinate in particolare ai giovanissimi e agli anziani. In terzo luogo, rientrano nell'ambito di questi servizi le attività che favoriscono l'integrazione delle persone con esigenze a lungo termine a motivo di una disabilità o di un problema sanitario. Infine, in quarto luogo, sono compresi anche gli alloggi popolari, che permettono alle persone socialmente svantaggiate o meno avvantaggiate di ottenere un alloggio. Alcuni servizi possono ovviamente comprendere tutte e quattro le dimensioni».

[81] https://www.supportoappalti.com/wp-content/uploads/2024/06/Allegato-XIV-direttiva-2014-24-ue-165-166.pdf Nella relazione del Consiglio di Stato, p. 180, si legge che: «Sotto il profilo terminologico, si è preferito sostituire, fin dalla rubrica della disposizione, l'espressione 'altri servizi specifici' (contenuta nell'attuale art. 140) ovvero 'altri servizi' (contenuta nella rubrica dell'attuale Capo II della Sezione IV) con quella, meno generica e più espressiva, di 'servizi assimilati' ai servizi sociali, che dà conto della uniformità della relativa disciplina pur nella eterogeneità dei settori di riferimento. Peraltro, il catalogo dei servizi in questione è ancora affidato, con un complessivo richiamo *per relationem*, all'allegato XIV alla direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014. Ciò in ragione dell'assunto che il comune regime si fonda, in base alle vincolanti prescrizioni della direttiva, su una logica di mera 'assimilazione', giustificata dal più circoscritto e limitato interesse transfrontaliero».

[82] L'art. 128 del D.lgs. n. 112 del 31 marzo 1998, al comma 2, dispone che «per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».

[83] È stato osservato che «Laddove si volesse, comunque, in via di estrema approssimazione, operare un tentativo, nei "servizi sociali" rientrano tutte le attività che intervengono su una situazione di bisogno», così S. MARLAZZI, *I servizi sociali e i servizi assimilati*, in G.F. CARTEI, D. IARIA (a cura di), *Commentario al Codice dei Contratti pubblici*, 2025, 1391.

[84] Articolo 127:

Norme applicabili ai servizi sociali e assimilati

1. Fermo quanto previsto dall'articolo 6 del Codice, per l'affidamento dei servizi sociali e degli altri servizi assimilati di cui all'allegato XIV alla direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, per valori pari o superiori alla soglia di cui all'articolo 14, comma 1 lettera d), le stazioni appaltanti procedono alternativamente:

a) mediante bando o avviso di gara che comprende le informazioni di cui all'allegato II. 6, Parte I, lettera E;

b) mediante avviso di pre-informazione, pubblicato con cadenza continuativa per periodi non superiori a ventiquattro mesi, recante le informazioni di cui allegato II. 6, Parte I, lettera F, con l'avvertenza che l'aggiudicazione avverrà senza ulteriore pubblicazione di un avviso di indizione di gara.

2. Le disposizioni del comma 1 non si applicano quando è utilizzata, in presenza dei presupposti previsti dall'articolo 76, una procedura negoziata senza pubblicazione di bando.

3. L'avvenuto affidamento del servizio è reso noto mediante la pubblicazione di avviso di aggiudicazione di cui all'allegato II. 6, Parte I, lettera G. È possibile raggruppare gli avvisi su base trimestrale, nel qual caso essi sono inviati cumulativamente al più tardi trenta giorni dopo la fine di ogni trimestre.

4. I bandi e gli avvisi di gara per gli affidamenti nei settori speciali di cui all'articolo 173 contengono le informazioni di cui all'allegato II. 6, Parte III, conformemente ai modelli di formulari stabiliti dalla Commissione europea mediante atti di esecuzione.

5. Gli avvisi di cui al presente articolo sono pubblicati conformemente all'articolo 164.

quanto previsto dall'art. 6", intende affermare che per l'affidamento di servizi con una "spiccata valenza sociale", sostanzialmente privi di sinallagma, non trova applicazione il Codice dei Contratti.

La norma, in sostanza, dispone che per l'affidamento dei servizi sociali e di quelli assimilati, per valori pari o superiori alla soglia prevista dall'art. 14, comma 1, lett. d)[85], la stazione appaltante procede alternativamente: a) mediante bando o avviso di gara; b) mediante avviso di pre-informazione, pubblicato con cadenza continuativa per periodi non superiori a 24 mesi[86], ovvero, ricorrendone i presupposti dell'art. 76, con una procedura negoziata senza la pubblicazione di bando (art. 127 comma 2).

Una delle novità introdotte dal nuovo Codice è quella relativa alla disciplina dei servizi alla persona, *ex* art. 128.

I "servizi alla persona"[87] sono espressamente indicati nel comma 2 dell'art. 128, nell'ambito dei quali esiste una relazione con l'utenza finale[88] e segnatamente: a) servizi sanitari, servizi sociali e servizi connessi; b) servizi di prestazioni sociali; c) altri servizi pubblici, sociali e personali, inclusi i servizi forniti da associazioni sindacali, da organizzazioni politiche, da associazioni giovanili e altri servizi di organizzazioni associative.

Dal punto di vista normativo, la disciplina si apre con il rinvio all'art. 127 rendendo, di fatto, «applicabili le relative disposizioni in tema di pubblicità degli affidamenti, a dimostrazione del rapporto di genere a specie tra i servizi sociali e assimilati e i servizi alla persona»[89].

Al terzo comma[90], la norma, richiamando i principi dell'art. 76, par. 2, dir. 2014/24,

---

[85] d) euro 750.000 per gli appalti di servizi sociali e assimilati elencati all'allegato XIV alla direttiva 2014/24/UE.

[86] L. GALLI, *Commento art. 127,* in R. VILLATA, M. RAMAJOLI, *Commentario al Codice dei contratti pubblici,* 2024, 652 osserva che «[…] in relazione agli appalti sopra soglia (sempre € 750,000 per i settori ordinari ed € 1.000.000 per i settori speciali), per i servizi individuati nell'allegato XIV della direttiva UE 2014/24 si conferma sostanzialmente il previgente regime di pubblicità delle gare e dei relativi esiti. Nello specifico, si ripropone l'alternatività tra bandi o avvisi di gara (art. 127, co. 1, lett. a) e avvisi di pre-informazione (art. 127, co. 1, lett. b), con questi ultimi che integrano una sorta di *standing list* cui le amministrazioni possono attingere in maniera continuativa, con gli operatori economici, che alla luce dell'avviso, sono tenuti a manifestare il proprio interesse secondo uno schema analogo a quello della procedura ristretta».

Con riguardo all'art. 127, occorre evidenziare che si prevede che per l'affidamento dei servizi sociali o assimilati, le stazioni appaltanti possano procedere, alternativamente, mediante bando o avviso di gara ovvero mediante pre-informazione, con l'indicazione che l'aggiudicazione avverrà senza ulteriore pubblicazione di avviso di indizione di gara.

[87] Assoggettati al regime semplificato, in base al considerando 6 della Direttiva 2014/24.

[88] S. MARLAZZI, *I servizi sociali e i servizi assimilati*, in G.F. CARTEI, D. IARIA (a cura di), op. cit., 1393.

[89] L. GALLI, *Commento art. 127*, in R. VILLATA, M. RAMAJOLI, *Commentario al Codice dei contratti pubblici*, *op. cit.*, 656.

[90] Dal punto di vista giurisprudenziale, si v. Cons. Giust. Amm. Sicilia, 24 febbraio 2025, n. 108, secondo cui «Seppure l'art. 128 del D.lgs. n. 36/2023 (Codice appalti) inerente ai servizi alla persona "non richiama le regole "generali degli affidamenti sotto-soglia di cui agli artt. 48" ciò non esonera l'ente affidatario dall'obbligo di motivare adeguatamente circa la modalità di affidamento prescelta, che deve rispettare anche gli speciali principi di cui al c. 3 dell'art. 128. Se è vero che il principio di rotazione trova comunque ingresso nella disciplina degli affidamenti inerenti ai servizi sociali sotto soglia a prescindere da un espresso richiamo in forza della previsione

ISSN 2036-7821

richiede espressamente che l'affidamento del servizio sia tenuto a garantire la qualità, la continuità, l'accessibilità, la disponibilità e la completezza dei servizi, tenendo conto, altresì, «delle esigenze specifiche delle diverse categorie di utenti, compresi i gruppi svantaggiati e promuovendo il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli utenti»[91].

L'art. 128 al quarto comma prescrive che le stazioni appaltanti approvano, richiamando l'art. 37, gli strumenti di programmazione ai sensi della normativa statale e regionale di settore; in questo segmento assume, quindi, particolare rilevanza la co-programmazione *ex* art. 55 Codice del Terzo settore, nonché tutti gli strumenti di pianificazione settoriale (piani regionali, piani di zona, Carta Comunale dei servizi sociali)[92].

Il sesto comma dell'art. 128 dispone un vero e proprio regime "alleggerito" per i servizi alla persona, prevedendo – in concreto – l'applicabilità delle seguenti procedure di aggiudicazione: art. 32 (sistemi dinamici di acquisizione), art. 33 (aste elettroniche), art. 34 (cataloghi elettronici), art. 59 (accordi quadro), art. 71 (procedura aperta), art. 72 (procedura ristretta), art. 73 (procedura competitiva con negoziazione); art. 74 (dialogo competitivo); art. 75 (partenariato per l'innovazione); art. 76 (procedura negoziata senza pubblicazione di un bando). Al 7° comma, il Codice richiama delle norme, le quali devono essere applicate agli affidamenti, specificando, al contempo, che le S.A. devono adottare "il criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior

generale di cui all'art. 49, c. 1 del Codice appalti, è, altresì, vero che gli affidamenti relativi ai servizi alla persona sotto soglia soggiacciono ad una regolamentazione composita come risultante dalla combinazione della disciplina di carattere generale, comprensiva anche del principio di rotazione, e di quella di carattere speciale, contenuta nell'art. 128 del Codice. Pertanto, l'interpretazione logico-sistematica del c. 8 dell'art. 128 impone che per l'affidamento e l'esecuzione di servizi alla persona di importo inferiore alla soglia europea, l'Amministrazione ben può derogare al principio generale di rotazione, previa adeguata motivazione, al fine di osservare i principi e i criteri di cui al c. 3 sopra menzionati. Inoltre, ciò che costituisce 'urgenza' in una fattispecie concreta non 'necessariamente' si deve considerare tale nel reiterarsi nel tempo dell'affidamento e che - in via generale ed astratta - l'obbligo di motivazione nell'ipotesi di affidamento diretto, anche in deroga al principio di rotazione, con riferimento ai parametri indicati nel c. 3 dell'art. 128 cit., è teso ad evitare la reiterazione *ad nutum* dell'affidamento diretto al medesimo operatore, in violazione del principio generale dell'accesso al mercato di cui all'art. 3 del D.lgs. n. 36/2023».

[91] Con riguardo alla consistenza di questi principi, si rinvia alle Linee Guida ANAC n. 17 del 22 luglio 2022, applicabili secondo L. GALLI, *op. cit*., 656, stante l'identicità dei principi anche al vigente Codice.

[92] Cfr. Linee Guida ANAC n. 17/2022, 7, «Le amministrazioni procedono ad un'adeguata programmazione delle risorse e degli interventi sociali, al fine di addivenire, in via preventiva, alla corretta individuazione e quantificazione delle risorse disponibili, dei bisogni da soddisfare, degli interventi all'uopo necessari e delle modalità di realizzazione degli stessi, anche mediante il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore ai sensi dell'articolo 55 del CTS. 5.3 L'individuazione del fabbisogno di servizi sociali è effettuata partendo dall'analisi storica della domanda del servizio, integrata da proiezioni sui possibili fabbisogni futuri, incluse possibili linee di azione per rispondere a situazioni di urgenza/emergenza. 5.4 I piani regionali degli interventi e dei servizi sociali sono realizzati dalle Regioni d'intesa con i Comuni interessati. 5.5 I Comuni, associati negli ambiti territoriali individuati dalla legislazione regionale, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, definiscono il piano di zona dei servizi sociali secondo le indicazioni del piano regionale nell'ambito
delle risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari».

rapporto qualità/prezzo".

In realtà, la vera novità introdotta dal Codice del 2023 è costituita dal comma 8, il quale dispone che per l'affidamento e l'esecuzione dei servizi alla persona di importo inferiore alla soglia comunitaria *ex* art. 14, comma 1, lett. d), si applicano i principi e i criteri previsti dall'art. 128 comma 3, ovvero di qualità, continuità, accessibilità, disponibilità, completezza e coinvolgimento[93].

Sul punto, è interessante la posizione espressa dal Consiglio di Stato, il quale nella Relazione di accompagnamento al testo del Codice evidenzia che « per la sua attitudine innovativa, la previsione del comma 8, con la quale – relativamente agli affidamenti di servizi alla persona inferiori alla soglia europea – si è scelto di non richiamare, in prospettiva liberalizzante, la disciplina generale degli appalti sotto soglia, ma di imporre (attraverso il richiamo al comma 3) esclusivamente il rispetto dei principi (generali) di qualità, continuità, accessibilità, disponibilità e completezza, e gli obblighi di tenere conto delle esigenze specifiche delle diverse categorie di utenti, compresi i gruppi svantaggiati, e di promuovere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli utenti. Si è inteso, con ciò, recepire le diffuse istanze degli operatori del settore, con particolare riferimento alla obiettiva criticità dell'attuazione, nei settori in questione, del principio di rotazione»[94].

Infine, il sistema suddetto si completa con l'art. 129 appalti riservati, a mente del quale le stazioni appaltanti hanno facoltà, con un bando predisposto ai sensi del medesimo articolo, di riservare ad alcuni enti (indicati nel comma 2) il "diritto di

[93] Per un raffronto con la disciplina previgente, serve osservare che il legislatore ha sostituito l'espressione "altri sevizi specifici" (contenuta nel previgente art. 140) ovvero "altri servizi" con quella più generica di servizi assimilati ai servizi sociali. Nel comma 3, è stato sostituito il riferimento all'aggiudicazione degli appalti con il termine, maggiormente comprensivo, di affidamento del servizio: ciò per escludere il ricorso allo strumento della concessione. Sicché, in tal modo, la normativa in questione, per questa parte, è da ritenere di carattere generale e autosufficiente rispetto a quella delle concessioni. Occorre, altresì, evidenziare che il previgente art. 141 è stato espunto, con la scelta di riservare nell'apposita *sedes materiae* la disciplina dei concorsi di co-progettazione e di idee.

[94] Relazione, 181. Si segnala altresì l'osservazione delle Commissioni di Camera e Senato sui lavori pubblici formulate in sede di approvazione dei pareri parlamentari sullo schema di decreto legislativo approvato in via preliminare e non accolte in sede di stesura del testo definitivo, che hanno invitato il Governo a valutare "l'opportunità in tema di servizi alla persona di inserire un'apposita disciplina sulle concessioni dei servizi sociali", ponendo in carico alle amministrazioni aggiudicatrici o agli enti aggiudicatori che "intendono aggiudicare una concessione per servizi sociali di rendere nota l'intenzione di aggiudicare la prevista concessione mediante pubblicazione di un avviso di pre-informazione". (Comm. spec., parere n. 2052 del 20 agosto 2018).

Con riguardo al principio di rotazione si segnala che nelle linee guida ANAC si legge che, pag. 12, "Nell'ambito dei servizi sociali possono sussistere particolari ragioni per derogare al principio della rotazione, che dipendono dalla natura del servizio offerto oppure dalla situazione di svantaggio in cui versano i beneficiari del servizio o i prestatori dello stesso".

Sul punto, cfr. T.A.R. Abruzzo Pescara, Sez. I, 7/12/2024, n. 365, secondo cui «Nel contesto degli affidamenti di servizi sociali di importo inferiore alla soglia comunitaria, il principio di rotazione si applica in via generale anche in assenza di un espresso richiamo all'interno dell'art. 128, comma 8, del D.lgs. n. 36 del 2023. Tale principio, che mira ad evitare rendite di posizione in capo all'operatore uscente, può essere derogato solo con motivazione rafforzata che tenga conto della qualità, continuità, accessibilità, disponibilità e completezza dei servizi, come previsto dal comma 3 del suddetto articolo (da leggere in combinato disposto con l'art. 49, comma 4).».

partecipare alle procedure per l'affidamento dei servizi sanitari, sociali e culturali" sempre indicati nell'allegato XIV già menzionato.

Ebbene, tale disciplina replica il contenuto della direttiva 2014/24 (art. 77) e della direttiva 2014/25 (art. 94), le quali consentono agli Stati di prevedere procedure riservate per l'affidamento di servizi sanitari, sociali e culturali[95]. La *ratio* della norma la si può rinvenire, quindi, nella valorizzazione del principio solidaristico dell'operatore economico.

In sostanza, la norma consente alle amministrazioni di riservare gli affidamenti suddetti ad enti sostanzialmente privi di scopo di lucro che rispettino però i requisiti previsti dal comma 2, ovvero «a) gli enti riservatari devono avere come obiettivo statutario il perseguimento di una missione di servizio pubblico legata alla prestazione dei servizi di cui al comma 1; b) deve essere previsto un vincolo di reinvestimento dei profitti, per il conseguimento degli obiettivi statutari o, comunque, una distribuzione o redistribuzione fondata su considerazioni partecipative; c) le strutture di gestione o proprietà degli enti devono essere basate su principi partecipativi o di azionariato dei dipendenti, ovvero richiedere la partecipazione attiva di dipendenti, utenti o soggetti interessati»[96].

Tuttavia, il comma 3 prescrive un'esclusione della riserva a favore degli enti che, nei tre anni precedenti all'affidamento, siano stati aggiudicatari di un appalto o di una concessione per i servizi indicati nel comma 1, "disposti a norma del presente articolo". Infine, il comma 4 stabilisce che la durata massima del contratto, così affidato, non può superare i tre anni.

Ebbene, dall'analisi degli articoli 127, 128 e 129 emerge la volontà di proporre un sistema definito "ad alleggerimento progressivo", ovvero un sistema a "cerchi concentrici"[97] che si apre con l'art, 127 e si chiude con il 129. In particolare, in questo sistema concentrico, l'art. 127 contiene una disciplina specifica per i servizi sociali e quelli assimilati, prevedendo – al contempo – una deroga al regime ordinario degli affidamenti; l'art. 128 si occupa dell'affidamento dei servizi alla persona e, infine, l'art. 129[98] dispone un ulteriore alleggerimento normativo, riservando – sostanzialmente – l'affidamento agli enti che soddisfano le condizioni previste nel

[95] Si veda anche C. Giust. UE, 11 dicembre 2014, C113/13.

[96] L. ANTONINI, G. QUARNETI, M, DE NES, *Servizi sociali*, in *Trattato sui contratti pubblici*, diretto da M.A. SANDULLI e R. DE NICTOLIS, Milano, 2019, 740.

[97] In tal senso, si v. M. L. FERRETTI, *Gli appalti riservati per servizi sanitari, sociali e culturali*, in G.F. CARTEI, D. IARIA (a cura di), *op. cit.*, 1407; P. CORRADINO, *Il regime semplificato e la disciplina "a cerchi concentrici" negli appalti di servizi*, in M. CORRADINO, S. STICCHI DAMIANI (a cura di), *I nuovi appalti pubblici – Commento al Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 36/2023) con i nuovi orientamenti giurisprudenziali*, Milano, 2025, 865.

[98] Secondo parte della dottrina (R. GAROFALI, G. FERRARI, *Manuale dei Contratti pubblici*, III edizione, 2023, 577) la disciplina dell'art. 129 risulta, invero, sostanzialmente immutata rispetto a quella previgente, contenuta nell'art. 143 del vecchio Codice. Occorre segnalare che la nuova formulazione risulta corretta in relazione alla possibilità che l'affidamento si realizzi anche per il tramite di un contratto di concessione. Si precisa, inoltre, che la scelta di individuare i settori interessati mediante il rinvio all'allegato XIV della direttiva 2014/24/UE.

comma 2.

Dall'analisi complessiva del sistema delineato dal d.lgs. 36/2023 emerge la chiara volontà del legislatore di conciliare due modelli di gestione dei servizi sociali e alla persona: quello concorrenziale, proprio della logica del mercato e delle gare pubbliche, e quello solidaristico, fondato sui principi di sussidiarietà orizzontale e di collaborazione con gli Enti del Terzo Settore.[99]

Il nuovo Codice dei contratti pubblici non si limita, quindi, a recepire formalmente le direttive europee o le indicazioni della giurisprudenza, ma elabora un impianto sistemico innovativo, capace di valorizzare la specificità dei servizi sociali e alla persona. In questa logica, l'art. 6 assume una funzione di "recinto" interpretativo, volto a tracciare i confini entro i quali si muove la disciplina codicistica, riconoscendo che i servizi a spiccata valenza sociale, in quanto privi di sinallagma, "esulano" dal tradizionale schema dell'appalto pubblico.

E, pertanto, attraverso gli articoli 127, 128 e 129, il Codice dei contratti pubblici crea un sistema "a cerchi concentrici" o "ad alleggerimento progressivo", in cui le regole della contrattualistica pubblica si modulano in funzione della natura e della finalità sociale del servizio[100]. Nel loro insieme, queste disposizioni compongono un quadro coerente e innovativo, volto a coniugare efficienza amministrativa e valori sociali, in cui la pubblica amministrazione assume un ruolo di "regia collaborativa" piuttosto che di "mera controparte contrattuale".

Il D.lgs. 36/2023 segna un passaggio cruciale verso una vera e propria "amministrazione di comunità", fondata su fiducia reciproca, responsabilità condivisa e valorizzazione delle reti sociali locali.

Si tratta di un modello amministrativo che, tentando di superare la mera logica competitiva, abbraccia una visione integrata dell'intervento pubblico, in cui l'obiettivo non è solo l'efficienza economica, ma anche la promozione del bene comune, la tutela della dignità umana e la realizzazione effettiva del principio costituzionale di solidarietà.

---

[99] I Trattati europei, pur non attribuendo all'Unione, una competenza specifica in materia di enti no profit, in ragione della prossimità delle attività tra le attività di questi enti e i sistemi di *welfare,* incidono, per il tramite della concorrenza, sull'applicabilità delle regole di evidenza pubblica agli Enti del Terzo Settore nella misura in cui l'attività di questi enti venga a qualificarsi in termini di attività d'impresa. In tale prospettiva, ai fini del diritto euro-unitario, l'impresa assume una valenza sostanziale riferibile a qualsiasi attività di intrinseco rilievo economico da cui vengono espunte le fattispecie escluse e quelle estranee, che fuoriescono dal perimetro operativo del Codice. (In tal senso, già Cons. Stato, comm. spec., 10 maggio 2018, n. 1241).

[100] In effetti, l'art. 127 introduce la disciplina generale per i servizi sociali e assimilati, definendo il perimetro di applicazione del Codice e riconoscendo, nei casi di prestazioni prive di sinallagma, la possibilità di applicare strumenti di collaborazione non concorrenziale. L'art. 128, invece, specifica la disciplina dei servizi alla persona, valorizzando i principi di qualità, continuità e partecipazione dell'utenza, e introducendo un regime più flessibile, soprattutto per gli affidamenti sotto-soglia. Infine, l'art. 129 completa il sistema prevedendo gli appalti riservati a enti senza scopo di lucro che perseguano finalità solidaristiche, consolidando così il principio di sussidiarietà e la funzione sociale dell'azione amministrativa.

ISSN 2036-7821

8. Talune considerazioni conclusive: il Terzo Settore è ancora un "loose and baggy monster"? No, ma la riforma non è a costo zero.

Il terzo settore è stato paragonato ad un *loose and baggy monster*[101] (mostro sciolto e largo), in considerazione della notevole difficoltà definitoria del fenomeno.

È ancora valida questa affermazione?

Come rilevato, il d.lgs. 117/2017 ha definito, almeno in linea generale, il terzo settore e, soprattutto, ha avuto il merito non solo di aver codificato uno dei fenomeni sociali più costanti e duraturi nel tempo ma, allo stesso tempo, ha impresso una forte spinta alla riorganizzazione e unificazione il sistema[102] .

Come rilevato, la sanità costituisce uno dei terreni privilegiati per l'applicazione del paradigma collaborativo, poiché consente di tradurre in prassi amministrativa il principio costituzionale della tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Cost.).

La promozione del Terzo Settore in ambito sanitario, nel solco delle direttrici fissate dai sopravvenuti apparati normativi, non solo rafforza l'effettività di tale diritto, ma realizza anche una sintesi tra valori costituzionali complementari: la funzione sociale dell'iniziativa economica privata (art. 41 Cost.) e la valorizzazione della cooperazione e della mutualità (art. 45 Cost.). In tal modo, l'azione sanitaria diviene espressione di un'economia, meglio di un sistema civile fondato sulla solidarietà e sulla partecipazione, in cui l'impresa sociale e le organizzazioni del Terzo Settore possono assumere un ruolo di mediazione tra il decisore pubblico e la comunità di riferimento, superando la logica meramente prestazionale del servizio sanitario, per

---

[101] J. KENDALL, M. KNAPP, *A Loose and Baggy Monster. Boundaries, Definition and Typologies*, in J.D. SMITH-C. ROCHESTER-R. HEDLEY (eds.), Londra, 1995, 66 ss.

[102] Sul punto tra le più recenti cfr. Corte Costituzionale n. 201/2024 secondo la quale "Questa Corte ha già avuto occasione di riconoscere la «funzione unificante» svolta dal Codice del terzo settore, «diretta a ordinare e a riportare a coerenza la disciplina degli ETS, superando le precedenti frammentazioni e sovrapposizioni» e dettando una «definizione unitaria di ETS» (sentenza n. 72 del 2022). Tale definizione è contenuta nell'art. 4 cod. terzo settore che tiene insieme, pur senza operare una loro «indistinta omologazione» (sentenza n. 72 del 2022), tutti «gli enti che rientrano in specifiche forme organizzative tipizzate (le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le società di mutuo soccorso, le reti associative, le imprese sociali e le cooperative sociali) e gli altri enti "atipici" (le associazioni riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di diritto privato diversi dalle società) che perseguono, "senza scopo di lucro, […] finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi", e che risultano "iscritti nel Registro Unico Nazionale del Terzo settore" (sentenza n. 131 del 2020)» (sentenza n. 72 del 2022).

Si tratta di soggetti privati – la cui disciplina, pertanto, quanto a conformazione, organizzazione, ma anche alle regole essenziali di correlazione con le autorità pubbliche, ricade «tipicamente nella competenza statale [relativa alla] materia "ordinamento civile"» (sentenza n. 152 del 2024) – che sono «rappresentativi della "società solidale"» (sentenze n. 52 del 2021 e n. 131 del 2020). Essi compongono il sistema degli ETS, radicato «in una dimensione che attiene ai principi fondamentali della nostra Costituzione, in quanto espressione di un pluralismo sociale rivolto a perseguire la solidarietà che l'art. 2 Cost. pone "tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico" (sentenza n. 75 del 1992) e a concorrere all'"eguaglianza sostanziale che consente lo sviluppo della personalità, cui si riferisce il secondo comma dell'art. 3 della Costituzione" (sentenza n. 500 del 1993)» (sentenza n. 72 del 2022).

ISSN 2036-7821

orientarlo verso una visione integrata nella quale la salute si configura come bene comune e la relativa responsabilità come un'equa condivisione di compiti tra Stato, enti territoriali e società civile organizzata, per una maggiore umanizzazione dei rapporti. Insomma, un contesto di "cure sanitarie e sociali" per i cittadini[103].

La collaborazione tra Amministrazione e cittadinanza (anche per il tramite degli ETS) offre l'opportunità di rimediare, fattivamente, alla povertà sanitaria o, comunque, ai *gap* territoriali.

La gestione integrata rappresenta, come indicato dalle disposizioni del PNRR, una nuova strategia al fine «di conseguire *standard* qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario»[104], capace di garantire un diritto alla salute non solo "prossimo" ma anche "equo".

Superata la logica competitiva, si entra in una visione integrata dell'intervento pubblico, ove l'obiettivo non è solo economico né di efficienza gestionale, ma anche di riconoscimento della sussistenza di un bene comune al quale tutti si è chiamati a concorrere, con la prioritaria esigenza di tutela della persona e della sua dignità, in una logica di realizzazione del principio costituzionale di solidarietà, non più connessa ad uno spontaneismo individualistico, ma in una rete di intervento co-programmato e condiviso secondo le circostanze.

Fin qui il quadro normativo e gli auspici.

C'è da chiedersi se davvero il sistema è pronto a tanto.

Si tratta di una vera rivoluzione innanzitutto culturale, che per trovare attuazione, necessita poi di risorse, non trattandosi di certo di una riforma che possa essere attuata a costo zero.

Occorrono innanzitutto risorse umane: medici e infermieri, il cui numero è ampiamente al di sotto delle esigenze di organico[105]: finora non si registrano adeguati incentivi economici né organizzativi per il personale in questione, che continua infatti a rivolgersi all'estero ove non è difficile rinvenire condizioni di esercizio della professione molto più attraenti.

Ma vi è di più: la riforma sanitaria territoriale tocca profondamente i ruoli degli operatori del settore e non soltanto di quelli sanitari. Per costruire un ambito positivo tra tutte le componenti, necessita consapevolezza alla quale si può addivenire solo attraverso un ampio programma di formazione che responsabilizzi tutti i soggetti impegnati, chiarendo a ciascuno di essi ambiti e tipologia del rispettivo contributo che in ogni caso deve essere improntato a logiche collaborative. In mancanza di ciò

[103] Su tali profili si rinvia all'interessante, recente lavoro monografico di B.N. ROMANO, *Sussidiarietà orizzontale e nuovi modelli di cooperazione*, Napoli, 2025.

[104] Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 227.

[105] Si stima una carenza attuale, in Italia, di ben 30.000 medici e di 70.000 infermieri.

non pare difficile prospettare una scarsa efficacia dei nuovi disposti normativi, organizzativi e funzionali.

ISSN 2036-7821