



Alma Mater Studiorum - Università
di Bologna

Dipartimento di Scienze
Giuridiche

Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione
Pubblica

CSDS

CENTRO STUDI DI
DIRITTO SANITARIO

SPISA

CENTRO STUDI DI DIRITTO SANITARIO - SPISA

NUOVA SANITA' TERRITORIALE E RISORSE UMANE

A cura di MARCELLA GOLA E CLAUDIA TUBERTINI



**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA**

**Dipartimento di scienze giuridiche
Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica**

Centro Studi di Diritto Sanitario

Nuova sanità territoriale e risorse umane

a cura di Marcella Gola e Claudia Tubertini

SOMMARIO

Presentazione

Marco Dugato

Introduzione

Marcella Gola e Claudia Tubertini

La territorializzazione della sanità: efficienza, sostenibilità e Stato di diritto

Loredana Giani

I numeri del personale del Servizio Sanitario Nazionale: una lettura d'insieme

Lorena Martini

Dirigenza e sanità territoriale

Gianluca Gardini

Assistenza territoriale e medici di medicina generale

Fabio Giglioni

Sanitari 'privati' e sinergia col SSN

Martina Conticelli

La formazione del personale sanitario sul territorio

Roberta Lombardi

Gli amministratori straordinari e la sanità territoriale

Nicola Gullo

Assistenza territoriale e sussidiarietà orizzontale

Mario Spasiano

Le risorse sul territorio: il personale sanitario di area non medica

Sandro Mainardi

Gli autori

ISBN: 9788854972377

DOI: <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/8981>

Il presente volume e tutti i contributi sono rilasciati sotto licenza Creative Commons Attribution 4.0. Ogni altro diritto rimane in capo ai singoli autori.

Presentazione

di Marco Dugato

Che il territorio e la sanità, intesa come governo dei processi di tutela della salute, siano concetti vicini ed in parte addirittura coincidenti è considerazione che non stupisce. In fondo, le competenze legislative regionali, la territorialità degli enti pubblici chiamati a garantire la tutela del diritto alla salute, il diffondersi dei modelli aggregativi della medicina di base e persino l'articolazione degli studi e delle campagne di prevenzione in un sistema che sta rapidamente transitando dalla medicina standardizzata a quella di precisione altro non sono che prova di quella relazione.

È però vero che l'affermazione, certo da tutti data per vera, non ha costituito oggetto di lavori sistematici ed è vero che la dimensione territoriale non è stata letta, quanto meno dal 1992 in avanti, come denominatore comune dei differenti ambiti d'indagine. L'organizzazione dei servizi, la garanzia dei livelli assistenziali, la dirigenza ed il reclutamento del personale, l'integrazione degli operatori accreditati nel modello regionale sono temi ben consolidati nell'analisi scientifica e nella valutazione dell'efficienza dei sistemi ma il territorio è venuto in considerazione più come base di aggregazione di dati ed esperienze che non come elemento costitutivo della tutela e, al contempo, come fine ultimo della stessa.

Si tratta di un'ottica che se un tempo si sarebbe potuta definire solo parziale, oggi è divenuta errata e certamente distopica. Come ben chiariscono Marcella Gola e Claudia Tubertini, la salute della popolazione è un fattore fortemente incidente sull'economia globale, sia come elemento di costo sia, ed è meno scontato, come condizione di sviluppo. L'economia globale è in parte dominata da costanti indipendenti dai luoghi ma è, in misura maggiore, il prodotto di economie locali; territoriali, appunto. In quest'ottica, il collegamento dell'organizzazione della sanità ed i suoi strumenti di azione con il territorio diviene condizione essenziale per definire l'efficienza dei diversi sistemi territoriali e, per sommatoria, del sistema globale.

Il volume curato da Marcella Gola e Claudia Tubertini è dunque ispirato a questa moderna chiave, in cui il territorio non è il luogo di ricaduta delle prestazioni o il limite nell'esercizio delle funzioni, per divenire elemento costitutivo dell'azione a tutela della salute, come presupposto e fine, come appare nelle splendide pagine di Loredana Giani e come ben illustra Mario Spasiano nel tratteggiare il collegamento tra assistenza territoriale e sussidiarietà orizzontale. Del resto, da tutti gli apporti di taglio più specifico degli altri importanti autori emerge con chiarezza il *leitmotiv* tracciato, che consente di leggere istituti e temi classici in una prospettiva nuova e sincretica.

Introduzione

di Marcella Gola e Claudia Tubertini

Le riflessioni qui raccolte – frutto di due seminari di studi organizzati dal Centro Studi di diritto sanitario della SPISA, nell’ambito del Progetto di ricerca di rilevante interesse nazionale “La nuova sanità fra territorialità, domiciliarità e telemedicina” - è testimonianza della rinnovata e rafforzata attenzione che - potremmo aggiungere, finalmente - l'organizzazione dei servizi sanitari ha ricevuto nel particolare contesto storico attuale, caratterizzato dalla recente esperienza della pandemia diffusasi nel 2020. È da questa circostanza, infatti, che è emersa con tutta evidenza la fragilità di un modello organizzativo in cui, già in condizioni ordinarie, la domanda di assistenza era ben superiore all'offerta. In quello stesso momento si è presa coscienza – fatto, questo, anch’esso relativamente nuovo rispetto al tradizionale approccio al settore - dell'incidenza diretta che la salute della popolazione ha sull'economia globale, non solo come fattore di costo, bensì come condizione ed opportunità di sviluppo.

Di qui la storia è nota: il tema acquisisce un interesse globale, e si attiva l’ordinamento sovranazionale con una concentrazione straordinaria di risorse dedicate a fronteggiare le conseguenze della crisi in via di superamento. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza nazionale, nella prospettiva del dell'economia in senso ampio, individua fondi da utilizzare, tra le priorità indicate, per l'efficientamento della pubblica amministrazione, considerata come struttura potenzialmente trainante e ‘di servizio’, potremmo dire, ed in particolare al rafforzamento del sistema pubblico finalizzato da tutela della salute.

La trasformazione del PNRR, e dei progetti in esso tracciati, in un nuovo stabile modello organizzativo, come anche il mercato chiede, è tracciata dal Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, quadro di riferimento per la sanità territoriale (il decreto parla di “reti di prossimità”, qualificazione che ne sintetizza meglio l’obiettivo), immaginando la costruzione, o il completamento a seconda dei contesti regionali, di una rete di servizi il più possibile estesa, volta a realizzare quell'obiettivo, apparentemente indeterminato, ma non per questo meno concreto, rappresentato dalla elevata qualità di vita di tutta la popolazione.

La sanità, del resto, si presta da sempre per le sue caratteristiche (intrinseche ed estrinseche, personali e strutturali) a rappresentare una ‘palestra’ per le riforme amministrative che, avviate e sperimentate in questo settore, si estendono poi all'intero ambito dell'azione amministrativa, come nel caso della dimensione aziendalistica dell’organizzazione, della definizione dei LEA, comunemente, non a caso ancora così chiamati nonostante la loro generalizzazione a LEP, dall’assistenza ad ogni prestazione volta a soddisfare diritti civili e politici qualificati.

Il rinnovamento, specie organizzativo, di cui la sanità è spesso apripista con ragionevole probabilità è dovuto al fatto che la risposta al bisogno di salute – sempre più diffuso e sviluppato - è uno dei parametri più evidenti per la misurazione del grado di soddisfazione dei cittadini nei confronti della pubblica amministrazione e dei propri rappresentanti, proprio in ragione della dimensione individuale e collettiva, che ne rende agevolmente percepita la sintonia tra bisogni emersi e adeguatezza delle risposte.

Il nuovo assetto delineato dal PNRR - ricordando che questo atto prevede risorse straordinarie: è un piano di rilancio, non 'di assestamento' - di fatto, è connesso anche alla ridefinizione del ruolo dell'ospedale, struttura non superata, naturalmente, e non fungibile con altre, bensì da integrare con una più ampia e articolata realtà organizzativa che lo affianca e completa.

L'ospedale, si ricorda, è stato già oggetto di riforma con il precedente DM 70 del 2015.

La riforma complessiva della sanità di cui si discute ne vuole evidenziare la funzione di struttura assistenziale da riservare alle prestazioni più complesse, passando attraverso il ridisegno e il rafforzamento della sanità di prossimità o sanità territoriale, caratterizzata dall'avvicinamento dei presidi ai cittadini, in una logica corrispondente, nell'ottica amministrativa, al modello della sussidiarietà verticale, che concentra nel Comune in via tendenziale le funzioni amministrative a vantaggio della collettività di riferimento proprio in ragione della sua natura di istituzione (esponenziale, in quel caso) più prossima ai rappresentati.

Questo processo di progressivo rafforzamento della vicinanza come requisito di apprezzamento delle prestazioni si accompagna alla garanzia del rispetto di parametri qualitativi e quantitativi finalizzati a rendere effettiva l'unitarietà del sistema, da declinare quindi nel senso della uniformità del servizio sul piano nazionale.

Il progetto di ricerca di interesse nazionale in cui si inseriscono questi contributi, partendo dalle principali problematiche attuative, ha preso in esame molteplici profili della riforma in corso di definizione, suddividendo operativamente tra le tre unità (rispettivamente: Perugia, Roma Tre, e Bologna) l'approfondimento delle cure domiciliari (la casa come primo luogo di cura), della telemedicina (come modalità di erogazione delle prestazioni, relativamente senza articolazione del territorio), e della sanità territoriale in senso stretto (modelli organizzativi, relazioni istituzionali, integrazione con il sociale, partecipazione).

Da questo studio è emerso in tutta la sua rilevanza il tema delle risorse, da intendersi non solo finanziarie – presupposto, queste ultime, dell'intera costruzione del sistema e della definizione in concreto del servizio sanitario nel suo complesso – e neppure solo strumentali, ma soprattutto umane.

Il personale, e in particolare quello sanitario professionale - senza nulla togliere alla dirigenza amministrativa, data la complessità dell'organizzazione - è al tempo stesso attore e vittima principale di un sistema caratterizzato da un quadro normativo non più adeguato alla complessità del sistema stesso, e alla valorizzazione che merita. Il nuovo disegno organizzativo coinvolge, peraltro, numerose altre figure – infermieri, psicologi, personale addetto alle cure domiciliari, volontari ed altri soggetti operanti nel terzo settore – che si vanno ad aggiungere alla tradizionale partizione tra personale dipendente, personale convenzionato, personale libero professionista, personale accreditato, la cui attività necessita di essere organizzata e programmata in un'ottica di coordinamento e collaborazione a rete. Si tratta di un obiettivo cruciale, senza il quale la nuova sanità territoriale rischia di rimanere una mera dichiarazione d'intenti.

Al ruolo di tutte le diverse figure coinvolte nel nuovo disegno dell'assistenza sanitaria sono, per l'appunto, dedicate le relazioni qui raccolte. Dopo il quadro d'insieme del nuovo disegno organizzativo (L. Giani), e della distribuzione complessiva del personale (L. Martini), si affronterà il ruolo della dirigenza (G. Gardini), dei medici di medicina generale (F. Giglioni), del personale impiegato nella sanità privata (M. Conticelli), del personale sanitario di area non medica (S. Mainardi), senza trascurare il contributo offerto dai soggetti della sussidiarietà orizzontale (M. Spasiano), e temi trasversali come la formazione del personale sanitario (R.

Lombardi) e della gestione del personale nelle regioni soggette ad amministrazione straordinaria (N. Gullo).

L'auspicio è, naturalmente, quello di arricchire con queste riflessioni, specificamente dedicate alle persone che prestano, a vario titolo, il proprio servizio a tutela del benessere individuale e collettivo, il quadro, già oggetto di numerose ricerche e pubblicazioni, della nuova sanità pubblica, nello scenario attuale e nel prossimo futuro.

La territorializzazione della sanità: efficienza, sostenibilità e Stato di diritto

di Loredana Giani

1. Il paradigma dell'appropriatezza nella sanità territoriale

Il binomio localizzazione/efficienza rappresenta oggi uno dei nodi centrali della riflessione sulla sanità territoriale¹: la localizzazione si pone come presupposto strutturale del modello, mentre l'efficienza - declinata, come si dirà nel prosieguo in termini di appropriatezza della prestazione erogata - ne rappresenta la promessa. Si tratta di un binomio che, sotto il primo profilo, costituisce il cardine della sanità territoriale, e, sotto il secondo, ne esprime il risultato teoricamente atteso, della localizzazione in termini di servizio.

Le tensioni intrinseche al rapporto emergono soprattutto nel passaggio dal piano teorico a quello applicativo, dove si intrecciano organizzazione del servizio sanitario, rapporto centro-periferia e vincoli finanziari che, evidentemente, condizionano gli investimenti sull'organizzazione, condizionando il risultato atteso.

In via preliminare, per cogliere la natura di tali tensioni, occorre fare qualche precisazione proprio con riferimento al concetto di efficienza, parametro che ha ispirato i numerosi interventi che hanno interessato il settore e che, nella prospettiva che si vuole proporre va rapportato a una dimensione che supera il solo profilo economico risultando essenziale assumere una prospettiva "sostanziale" riferita alla natura della prestazione. Si tratta di una questione affrontata da tempo dalla dottrina, sin dalle prime riflessioni sul decentramento amministrativo e sulla decantazione del principio di sussidiarietà nelle sue molteplici declinazioni, orizzontale, verticale e financo circolare².

Si tratta di una dimensione sostanziale che presenta in astratto elementi positivi, in quanto riconosce un imprescindibile legame tra percezione del bisogno ed erogazione delle prestazioni che quel bisogno mirano a soddisfare, nonché tra territorio e diritti che su quel territorio in astratto dovrebbero atterrare. E la centralità di questa diversa dimensione emerge soprattutto alla luce della natura multifattoriale del bisogno, ancor più evidente quando si fa

¹ Sul punto cfr. V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *Ceridap*, 2, 2025, 36 ss.; Aa. Vv., *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, Firenze University Press, 2025; Aa. Vv., *La nuova via della sanità territoriale. PNRR, Decreto 77/2022, Legge 33/2023, Riforma del Terzo settore*, Maggioli, 2023; UPB, *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, Focus 2/2023, L. Busatta, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenza di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi*, 26, 2023, 18 ss.; L. Oberisker, L. Sacchetti, *Architetture resilienti per la sanità territoriale. Linee guida per la progettazione: un nuovo modello di Ospedale di Comunità*, Franco Angeli, 2022; C. Bottari, P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, 2016.

² Per un inquadramento sistematico del principio di sussidiarietà nelle sue diverse declinazioni cfr. G. U. Rescigno, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. Pubb.*, 1, 2002, 5 ss.; A. Albanese, *Il principio di sussidiarietà orizzontale; autonomia sociale e compiti pubblici*, in *Dir. Pubb.*, 1, 2002, 51 ss.; A. D'Atena, *Costituzione e principio di sussidiarietà*, in *Quaderni costituzionali*, 1, 2002, 13 ss. In relazione alla dimensione circolare della sussidiarietà, cfr. S. Zamagni, *Sussidiarietà circolare e welfare di comunità*, in *Nuova Atlantide*, 8, 2023; Id., *Qualità medica e governo delle strutture sanitarie: l'alleanza pubblico-privato-civile*, in *Recenti progressi in medicina*, 10, 2023, 605 ss.

riferimento alla cura come pilastro su cui poggia lo stesso “progetto di vita”³ (che si pone in linea con la prospettiva “paziente al centro del cambiamento”), che supera la dimensione riferita alla singola prestazione. Un orientamento sostanzialistico che evidenzia la diversa dimensione in cui la “efficienza” della prestazione viene intesa che va a sovrapporsi, concettualmente con quell’amministrazione di risultato⁴, cui si tornerà tra breve, che mira a garantire la appropriatezza dell’azione e dell’organizzazione amministrativa. E, muovendo da questo contesto, nel passaggio dal costruito teorico alla declinazione concreta intervengono molteplici di fattori che possono allontanare “l’idea” dal risultato. È in questo spazio, come detto, che si colloca il tema dell’appropriatezza, intesa come criterio idoneo a coniugare efficienza, organizzazione e tutela sostanziale del diritto alla salute⁵. Ciò risulta particolarmente evidente nella sanità territoriale, dove le criticità che allontanano la territorializzazione dal risultato atteso (appropriato) possono essere ricondotte in via schematica, a due ordini di fattori: da un lato vengono in rilievo i profili inerenti all’organizzazione, intesa nella sua dimensione macro (del servizio sanitario sul territorio), e micro (rispetto alla singola struttura); dall’altro il complesso, e tutt’ora irrisolto, rapporto

³ La nozione di “progetto di vita” ha conosciuto una progressiva evoluzione nel diritto pubblico italiano, passando da una espressione di matrice prevalentemente socioassistenziale, riferita alla personalizzazione degli interventi in ambito sociosanitario, a categoria giuridica rilevante sul piano costituzionale, quale parametro di effettività dei diritti sociali e di integrazione tra prestazioni sanitarie, sociali e educative. In origine connessa alla disciplina della disabilità e alla logica della presa in carico individualizzata (v. l. n. 328/2000), la nozione ha assunto progressivamente una dimensione sistemica, trovando un significativo consolidamento nella giurisprudenza costituzionale – in particolare con la sentenza n. 275/2016 – che ha valorizzato il carattere personalizzato e non comprimibile delle prestazioni funzionali alla dignità della persona. Più di recente, il concetto è stato ulteriormente rafforzato nel quadro della riforma della disabilità (l. n. 227/2021) e nel dialogo con il diritto internazionale ed europeo, specie alla luce della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che pone al centro l’autonomia, l’inclusione e la piena partecipazione sociale. In dottrina, sul punto, cfr. C. Giaconi, N. Del Bianco, I. D’Angelo, L. Borsini, *Il Progetto di Vita nella cornice della Qualità di Vita: riflessioni critiche e prospettive di ricerca*, in *Education Sciences & Society*, 2/2025, 33 ss.; M. V. Zamponi, M. Albore, M. Ottaviani, F. Spadazzi, R. La Russa, G. Volonnino, G. Bolino, *Il nuovo panorama italiano nella tutela della disabilità alla luce del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62: innovazioni, criticità e prospettive future*, in *Rivista italiana di Medicina legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 3, 2025, 731 ss.; E. W. Di Mauro, *Il progetto di vita confluisce nella “legge” a tutela delle persone disabili. Prime riflessioni sulle criticità e potenzialità dell’istituto*, in *Diritto di Famiglia e delle Persone*, 1, 2025, 207 ss.; R. Zamperini, *Il decreto disabilità: una prima valutazione alla luce degli standard internazionali di tutela dei diritti umani*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 6, 2024, 2085 ss.

⁴ Sul punto sia consentito rinviare all’analisi svolta in L. Giani, *L’amministrazione tra appropriatezza dell’organizzazione e risultato: spunti per una rilettura del dialogo tra territorio, autorità e diritti*, in *Nuove autonomie*, 3, 2021, 551 ss. e in particolare, in relazione alla rilevanza della dimensione organizzativa, 564 ss. ove si rileva che la logica della appropriatezza «si contrappone a quella della consequenzialità in cui “preferenze” e “aspettative” sono gli elementi che guidano i comportamenti e, dunque, inducono e legittimano una valutazione circa la razionalità degli stessi. In questo contesto, un dato centrale è rappresentato dalla garanzia di una “congruenza” della scelta con il dato sociale (...) la logica della appropriatezza da un lato presuppone che si abbiano sempre presenti i diritti e i doveri connessi alle relazioni di ruolo, dall’altro che si implementi la “consapevolezza” dei destinatari di queste azioni, del quadro valoriale e dei diritti di riferimento, ponendo, così, le basi per la costruzione di processi organizzativi e decisionali non improntati alla sola logica del calcolo costi/benefici che diviene uno degli elementi del contesto, ma non il determinante del contesto, che impone l’adozione di logiche diverse, quali la co-progettazione. Si tratta, evidentemente, di una visione che proietta la stessa organizzazione in una prospettiva diversa di garante dell’ordine istituzionale, ma anche della stabilità e prevedibilità dell’azione, senza pregiudicare quel naturale adattamento evolutivo anche dello stesso sistema. (...) In questa dimensione, dunque, l’organizzazione, intesa nella sua duplice accezione riferita al profilo strutturale e a quello delle competenze, distinte e allocate in ragione della complessità del sistema, è il riflesso di un condizionamento sistemico, in quanto frutto delle interazioni tra i diversi sistemi, «tra economia e scienza, tra politica e diritto, tra famiglie e religione», e si pone quale principale garante dello stesso superamento dei paradossi dei principi di libertà e uguaglianza, in quanto garante del pieno espletamento delle relative capacità inclusive», Id., *Dalla multilevel governance alla governance reticolare. Esigenze dei territori, capability e appropriatezza degli interventi*, in Aa.Vv., *Scritti in onore di Aldo Carosi*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021, 463 ss.

⁵ In linea con questa impostazione cfr. A. Pioggia, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del federalismo*, 1, 2020, 37 ss. la quale osserva «organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia» (40) sicché, nei diritti a prestazione, l’organizzazione non incide solo sulle modalità di godimento del diritto, ma sulla sua stessa configurazione.

conflittuale, già menzionata, tra dimensione finanziaria dell'amministrazione, che si colloca nel perimetro tradizionale dell'efficienza, e dimensione sostanziale della stessa.

L'analisi che segue non intende ricostruire in modo sistematico il quadro normativo, quanto piuttosto mettere in luce le tensioni strutturali tra localizzazione, efficienza, appropriatezza organizzativa e, dunque, risultato (servizio di cura) appropriato alla luce delle più recenti riforme, cercando di riflettere su alcuni nodi problematici derivanti dalla stratificazione di opzioni legislative ispirate a logiche divergenti, soprattutto con riferimento al rapporto centro-periferia e alla tensione strutturale tra vincoli finanziari e dimensione sostanziale del diritto alla salute.

La focalizzazione sul parametro dell'efficienza, generalmente e tradizionalmente riferito alla "attività", intesa come capacità di una struttura di raggiungere obiettivi prefissati, utilizzando le risorse disponibili in modo ottimale, cioè come capacità di raggiungere obiettivi prefissati attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili, secondo una logica costi-benefici, ha fatto sì che le scelte, strategiche e organizzative fossero dominate dal dato economico. Ma, e in questo la riflessione dottrinale lo ha ampiamente dimostrato nel corso degli anni di post-aziendalizzazione⁶, la visione della dimensione meramente economica dell'efficienza è certamente valida, ma inevitabilmente parziale, e rischia, come è stato, di far perdere di vista quegli elementi della "complessità" dell'azione amministrativa, tra i quali anche la presupposta dimensione organizzativa, sacrificata sull'altare della riduzione della spesa. Elementi che certamente hanno una valenza condizionante la stessa efficienza, palesando come essa non possa assurgere in via esclusiva a parametro dominante nel contesto di una organizzazione il cui output è la soddisfazione di un bisogno (complesso). Infatti, elementi quali l'organizzazione, la formazione del personale, la leadership, la cultura istituzionale e la partecipazione dei cittadini incidono direttamente sulla capacità dei sistemi sanitari di produrre risultati in termini di salute.

Senza entrare nel dettaglio delle evoluzioni e involuzioni dogmatiche del concetto di efficienza, in questa sede sia consentito effettuare dei rapidi richiami al suo conflittuale rapporto con la dimensione del risultato, che a mio avviso va declinato nella dimensione della appropriatezza che si pone in una prospettiva complessiva che lega, anche in termini di doverosità, l'imprescindibile legame esistente tra azione e organizzazione, vera condizionalità della prima; basti pensare, ad esempio, alla formazione del personale, alla leadership e alla cultura organizzativa, alla partecipazione dei cittadini, e l'elenco, come è ben chiaro, potrebbe proseguire. Si tratta di una dimensione che trova nella riflessione dottrinale, basti pensare alle riflessioni sul buon andamento, e giurisprudenziali solidi punti di ancoraggio. A tal fine, è sufficiente rammentare che la giurisprudenza costituzionale ha più volte chiarito che l'efficienza non può essere valutata esclusivamente in termini economico-finanziari, stabilendo quel legame sostanziale con la effettività del diritto, rimarcando quel tratto di doverosità che lega l'azione pubblica alla garanzia del nucleo essenziale del diritto alla salute⁷. Si tratta di elementi che impongono una rilettura secondo un quadro concettuale strutturato in modo da dar conto e cogliere gli input che derivano dalla complessità. E in questo contesto l'appropriatezza si pone non come un semplice obiettivo finale, ma un vero e

⁶ La soluzione originariamente proposta dalla l. n. 111/1991 è stata successivamente confermata dalla l. n. 421/92 e dal d.lgs. 502/92 che, come noto ha avuto deboli effetti. Sul punto cfr. A. Pioggia, *L'impatto dell'aziendalizzazione sulla dimensione territoriale della sanità. Un arretramento senza ritorno?*, in *Le regioni*, 4-5, 2025, 743 ss.

⁷ Sul nucleo essenziale del diritto alla salute e sui limiti ai vincoli finanziari cfr. Corte cost., sent. n. 80/2010; n. 275/2016 nella quale si sottolinea, come noto, che la garanzia dei diritti incompressibili non può essere subordinata a esigenze di bilancio.

proprio *modus operandi* dell'azione pubblica⁸, in modo da assicurare, nello specifico del sistema sanitario, non solo la cura migliore che quella organizzazione può offrire in quel momento storico (appropriatezza assistenziale), ma la migliore organizzazione possibile per garantire la migliore prestazione possibile, secondo un rapporto biunivoco che lega le condizioni personali del paziente alle acquisizioni scientifiche del momento e l'organizzazione, evitando che il valore programmatico e precettivo della sostenibilità e i limiti di una organizzazione inadeguata sfumino, fino a farli scomparire, i valori dello Stato di diritto⁹. In questo quadro, l'appropriatezza va collocata in una prospettiva binaria che correla le due dimensioni dell'*output*: quella legata all'organizzazione, e quella legata all'azione, con la conseguenza per cui può parlarsi di appropriatezza (di risultato appropriato) se e nella misura in cui l'azione, la prestazione concretamente erogata (per la cura, nel contesto del progetto di vita), sia frutto non solo della migliore azione ma anche della migliore organizzazione. Organizzazione che emerge come precondizione dell'azione¹⁰ in quanto essa consente di sviluppare l'appropriatezza in termini di processo che, implica la definizione della situazione concreta, l'individuazione del ruolo da adempiere degli obblighi inerenti al ruolo in quella determinata situazione, individuando, conseguentemente, la migliore organizzazione possibile per la definizione della struttura migliore alla luce delle risorse (umane e finanziarie) disponibili, per la soddisfazione del bisogno. Essa presuppone che si abbiano sempre presenti i diritti e i doveri connessi alle relazioni di ruolo e che si implementi la consapevolezza di queste azioni, ponendo le basi per la costruzione di processi organizzativi e decisionali che non siano improntati alla sola logica costi/benefici dominati dalla dimensione finanziaria (dell'organizzazione e dell'interesse) considerando la stessa organizzazione in una dimensione primigenia, come garante dell'ordine istituzionale, garante del superamento del paradosso dei principi di libertà ed eguaglianza, emergendo in una valenza servente rispetto alla società, sì da imporre una dinamica per cui anche le condizionalità finanziarie non dovrebbero determinare una inerzia adattiva, ma, al contrario, dovrebbero sollecitare quella intelligenza organizzativa che dovrebbe fungere da motore anche per l'acquisizione degli elementi valutativi necessari a circoscrivere, rendendoli finiti, i valori di riferimento, rendendo visibile, e dando concretezza, allo Stato di diritto inteso nella dimensione complessiva che impone, come ormai sottolineato anche nelle sedi UE, agli Stati membri di agire «entro i limiti fissati dalla legge, in linea con i valori della democrazia, e nel rispetto dei diritti fondamentali quali stabiliti dalla Carta europea dei diritti fondamentali (...) e negli altri strumenti applicabili, sotto il controllo di organi giurisdizionali indipendenti e imparziali»¹¹.

In questo contesto, la stessa dimensione della complessità impone che si sposti l'attenzione su una prospettiva diversa, riferita a un sistema decisionale inclusivo della stessa organizzazione, non potendo, tra l'altro, l'organizzazione, e il suo stesso agire razionale, per

⁸ In questa prospettiva, l'azione amministrativa sanitaria può essere letta secondo il paradigma della "cura" intesa non come mera erogazione di prestazioni, ma come criterio ordinatore dell'organizzazione e dell'agire pubblico, che implica responsabilità relazionale e attenzione alla concretezza del bisogno. Sul punto cfr. A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2022, spec. capp. I-II.

⁹ Sull'appropriatezza clinica quale parametro tecnico-scientifico della prestazione sanitaria, cfr. Ministero della Salute, *Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa*; A. S. Di Girolamo, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 3/4/2007, 481 ss.

¹⁰ La centralità dell'organizzazione quale condizione della effettività dei diritti è stata efficacemente ricostruita in dottrina, sottolineandone la funzione di garanzia dell'ordine istituzionale e del bilanciamento tra libertà ed eguaglianza. Sul punto sia consentito rinviare al fondamentale studio di G. Berti, *Organizzazione amministrativa*, Cedam, Padova, 1968.

¹¹ Sebbene non esista una gerarchia tra i valori, il rispetto dello Stato di diritto è essenziale per la tutela degli altri valori su cui si fonda l'unione europea: libertà, democrazia, uguaglianza il rispetto dei diritti umani. Il rispetto dello Stato di diritto è intrinsecamente connesso, dunque, al rispetto dei diritti fondamentali. In tal senso sia consentito fare riferimento già solo al considerando numero 6 del Regolamento (UE) 2020/2092 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2020 relativo a un regime generale di condizionalità per la protezione del bilancio dell'Unione; art. 2, lett. a).

essere valutati limitatamente a una prospettiva della sola soddisfazione dell'interesse pubblico per di più limitato o soggiogato dall'interesse finanziario¹².

Non è certo questa la sede in cui soffermarsi analiticamente sulla complessità del bisogno e sulla multifattorialità della salute individuale, risultante di una molteplicità di componenti tra cui, ad esempio, *status* personali (genere, età, disabilità), livello di istruzione, attività lavorativa, livello reddituale complessivo, ma certamente è indubbio che nella dimensione della appropriatezza sono elementi che non possono essere pretermessi, soprattutto nella dimensione del "progetto di vita". Ne consegue che anche il profilo organizzativo non può, oramai, esimersi dal considerare questi profili che impongono una rilettura degli schemi di riferimento, a partire proprio dalla dimensione territoriale.

In tale prospettiva, l'appropriatezza assume una valenza organizzativa e procedurale, fungendo da criterio ordinatore dell'organizzazione e dell'azione amministrativa sanitaria, presupponendo processi decisionali e organizzativi coerenti con il ruolo istituzionale dell'amministrazione sanitaria quale garante dell'ordine costituzionale e del bilanciamento tra libertà ed eguaglianza, superando la riduzione dell'azione amministrativa alla sola razionalità economica, in favore di una prospettiva che prediliga soluzioni anche organizzativamente appropriate, considerate tali non secondo meccanismi formali. Una prospettiva che si fa ancor più delicata nella dimensione della territorialità.

2. Vincoli finanziari e diseguaglianze territoriali

La dimensione finanziaria assume un rilievo particolarmente significativo nel settore sanitario, le cui riforme hanno spesso privilegiato, come noto, il contenimento della spesa sanitaria indicato come garanzia del buon andamento. Ciò ha inciso profondamente sull'assetto organizzativo complessivo delle entità operanti nel settore, implementando modelli che contano una diversa rappresentazione dei territori e delle modalità di soddisfazione dei bisogni che essi esprimono, incidendo considerevolmente sul profilo della appropriatezza e, dunque, della effettiva soddisfazione delle istanze correlate ai diritti fondamentali. Le profonde fratture strutturali che hanno caratterizzato i sistemi sanitari nel tempo non sono state colmate e in molti casi hanno ulteriormente incrementato le diseguaglianze locali¹³ rispetto alle quali l'autonomia si è spesso tradotta in isolamento aumentato dal disegno organizzativo che si è gradualmente affermato. Un disegno organizzativo il cui baricentro è stato spostato su una dimensione territoriale estesa in senso orizzontale alle diverse entità, anche private, operanti sul territorio.

Tale percorso che ha trovato un approdo normativo nella c.d. riforma Balduzzi (d.l. 13/9/12, n. 158 e l. 189/2012)¹⁴ che ha perseguito l'obiettivo della parziale de-ospedalizzazione attraverso una valorizzazione del ruolo delle autonomie locali e dei soggetti privati, nonché attraverso una migliore integrazione dei servizi sociosanitari, anche grazie all'espansione di alcune forme di assistenza territoriale. E così, lo sviluppo di un sistema di *welfare* territoriale non ha seguito un percorso omogeneo, rimanendo vittima di scelte politiche locali, alcune dettate essenzialmente dalla esigenza di garantire l'interesse finanziario della sostenibilità

¹² Dia una chiara correlazione tra il rispetto dello Stato di diritto e l'esecuzione efficiente del bilancio dell'Unione in conformità dei principi di sana gestione finanziaria. In tal senso si vede al considerando numero 18.

¹³ In termini analoghi, A. Pioggia, *Il diritto alla salute*, cit., la quale sottolinea come l'attenzione esclusiva alla performance prestazionale rischi di occultare diseguaglianze più profonde, legate alla diversa configurazione del diritto alla salute nei sistemi regionali (in particolare 49).

¹⁴ D.l. 13 settembre 2012, n. 158, conv. in l. 8 novembre 2012, n. 189.

economica dei sistemi territoriali; e spesso dai vincoli imposti dai piani di rientro. Questi ultimi prevalentemente orientati al riequilibrio finanziario, hanno spesso inciso a scapito di quella dimensione sostanziale che mira alla soddisfazione del bene salute. Una riforma ispirata a un concetto di efficienza prevalentemente orientato al dato economico, rapportato al raggiungimento degli obiettivi in relazione alle risorse, economiche e professionali, disponibili e impiegate. Tale impostazione ha contribuito a legittimare la compartecipazione dei pazienti alla spesa sanitaria e a introdurre limitazioni e condizionamenti nell'accesso alle prestazioni a tutela del diritto alla salute. Si sono così progressivamente consolidate disomogeneità territoriali, manifestatesi in tutta la loro portata proprio nel periodo pandemico che ha finito per incrementare le disparità esistenti sul territorio nazionale.

In questo contesto la stessa garanzia dei LEA è risultata ipotecata dalla dimensione organizzativa, seguendo quel circolo che è gradualmente diventato vizioso e che passa dalla dimensione finanziaria e, dunque, da fattori quali i contenuti dei Piani di rientro nei quali gli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del SSR sono analizzati in una dimensione parziale mirante al (tiranno) obiettivo dell'equilibrio (pareggio) di bilancio, adagiandosi sullo standard nazionale dei LEA. Una conferma in tal senso può certamente essere rintracciata in alcune decisioni del giudice costituzionale¹⁵ in tema di piani di rientro e limiti alla spesa sanitaria regionale nelle quali si precisa che «*l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie*»¹⁶.

Si considerino, ad esempio, le conseguenze derivanti dalla mancata definizione (adeguamento) degli standard strutturali e delle conseguenze che questo ha avuto sulla effettività dei LEA nei diversi territori, soprattutto a seguito della emanazione del DPCM del 2017, non seguito da una rivisitazione del DM 70/2015 che comunque spingeva verso il territorio.

3. Il PNRR e la riorganizzazione infrastrutturale della sanità territoriale

È questo il contesto nel quale si inserisce la riforma della assistenza sanitaria territoriale, individuata quale passaggio cruciale per la riqualificazione del SSN e per il riordino del sistema di prevenzione, che in molte Regioni, soprattutto quelle del centro-sud, sottoposte a Piani di rientro, non ha trovato spazio per una effettiva attuazione, con la conseguenza che le strutture intermedie sulle quali il processo di trasformazione poggia, raramente sono diventate effettivi punti di riferimento per i cittadini, risultando di fatto frustrati quegli elementi che mirano a potenziare le tre dimensioni della medicina territoriale: *preventiva*, la cui rilevanza è riconosciuta anche a livello normativo, basti pensare all'art. 168 TFUE o all'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali, o ancora, con riferimento al nostro sistema, all'art. 301 del Codice dell'ambiente; *terapeutica*; e *riabilitativa*. E la stessa promozione della continuità di cura attraverso quei presidi intermedi che basano la loro efficacia su elementi quali la

¹⁵ Corte cost. decisioni nn. 161, 242 del 2022

¹⁶ Il principio per cui i piani di rientro non possono comprimere il contenuto essenziale dei LEA al di sotto della soglia minima nazionale ha trovato un significativo riconoscimento anche nella giurisprudenza amministrativa. In particolare, TAR Basilicata, II, 14 giugno 2023, n. 228 ha precisato che le Regioni assoggettate a piano di rientro non possono erogare prestazioni che eccedano i LEA, ma simmetricamente – non possono nemmeno scendere al di sotto di essi: il vincolo finanziario opera in entrambe le direzioni e l'equilibrio di bilancio non può giustificare una compressione delle prestazioni essenziali al di sotto dello standard nazionale. Si conferma, in questa prospettiva, il carattere «invalicabile» del nucleo dei LEA quale soglia normativamente determinata di tutela del diritto alla salute.

capillarità di diffusione sul territorio, la prossimità ai cittadini, l'apertura al quartiere, l'indipendenza funzionale e la collaborazione con altre realtà sanitarie nell'organizzazione, gestione dei pazienti, umanizzazione degli spazi di cura si è rivelata debole. La pandemia da Covid-19 ha costituito una significativa prova di tenuta di tale assetto¹⁷, evidenziando come la disomogeneità organizzativa territoriale incida direttamente sull'effettività dei LEA¹⁸.

È in questo contesto di vincoli finanziari e di diseguaglianze territoriali che si colloca la spinta riformatrice del PNRR le cui Missioni 5 e 6 mirano a promuovere lo sviluppo dell'inclusione e della coesione sociale e a migliorare la tutela della salute tramite una programmazione-pianificazione unitaria e coerente, ponendo, assieme al d.l. 34/2020 e al d.m. 77/2022, le basi per un riordino dell'assistenza sanitaria imperniata sulle strutture territoriali, a discapito di quella ospedaliera, depotenziata. Tale percorso riscontra, tuttavia, ostacoli, non da ultimo il depotenziamento operato in sede di revisione economico-finanziaria del piano operata con il PNRR *quater*¹⁹.

Il d.m. 23 maggio 2022, n. 77 rappresenta il principale snodo attuativo della Missione 6, in quanto introduce modelli organizzativi standardizzati della sanità territoriale.

Sul piano normativo, la struttura del d.m. 77/2022 merita una più puntuale ricognizione, anche perché la sua articolazione interna chiarisce il grado di vincolatività degli standard imposti alle Regioni. L'art. 1 del decreto stabilisce che «il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto». La distinzione tra le due classi di disposizioni è di rilievo non secondario: l'Allegato 1 illustra la cornice teorica e organizzativa del modello, mentre l'Allegato 2 fissa parametri vincolanti — relativi a dotazioni di personale, requisiti strutturali e tecnologici, standard quantitativi (1 Casa della Comunità ogni 40.000-50.000 abitanti; 1 Ospedale di Comunità con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti; 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti; presa in carico domiciliare del 10% della popolazione over 65) — che costituiscono il parametro di legittimità degli atti regionali di programmazione e di organizzazione della rete territoriale. Sempre l'art. 1 dispone, infatti, che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano «provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR», così precisando la natura conformativa dell'obbligo posto a carico del livello regionale.

Il decreto, peraltro, non opera in un vuoto normativo: si innesta su una preesistente architettura del SSN, che pure deve essere ricostruita in dialogo con esso, perché ne condiziona profondamente le possibilità attuative. Sul versante del rapporto convenzionale, l'art. 8 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 — non modificato dal d.m. 77/2022 — continua a disciplinare il rapporto tra SSN, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta come rapporto convenzionale di durata triennale, conformato dagli accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative; lo stesso art. 8 individua le forme

¹⁷ M. Gola, *Sanità pubblica ed esigenze di riforma tra crisi finanziaria e pandemia*, in *Dalla emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica*, (Vol. 4, 199, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022).

¹⁸ Sul punto sia consentito rinviare a A. Pioggia, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, 385 ss.;

¹⁹ Per una analisi critica si rinvia alle riflessioni di A. Pioggia, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Giorn. Dir. Amm.*, 2, 2022; Aa. Vv., *La programmazione del personale sanitario in ambito territoriale: una revisione sistematica della letteratura e analisi del contesto italiano in base al PNRR e DM 77/2022*, Franco Angeli, 2022.

organizzative attraverso cui la medicina convenzionata si raccorda con la struttura distrettuale, ossia le aggregazioni funzionali territoriali (AFT, di natura monoprofessionale) e le unità complesse di cure primarie (UCCP, multiprofessionali e finanziate a budget). È in queste forme — e nelle convenzioni che le governano — che si gioca, in concreto, il margine di "trazione" che il d.m. 77/2022 può esercitare sulla medicina di prossimità: ed è precisamente in questo punto che si misura l'ampiezza del rinvio alla contrattazione collettiva, come riserva di disciplina pattizia. La giurisprudenza amministrativa ha già avuto modo di affermare che le modifiche organizzative incidenti sull'attività dei medici convenzionati non possono essere imposte unilateralmente dalle ASL, ma richiedono il rispetto delle forme negoziali previste dall'art. 8 cit. (TAR Lombardia, sez. V, 18 giugno 2024, n. 1854): un principio destinato a riflettersi anche sull'attuazione concreta delle Case della Comunità, là dove il loro funzionamento presupponga un coinvolgimento attivo della medicina generale convenzionata in modalità organizzative non già previste dagli accordi collettivi vigenti.

Sul versante del livello distrettuale di governo, la disciplina di riferimento resta quella del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, che, agli artt. 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies, definisce funzioni, governance e ambito territoriale del Distretto, individuandolo come articolazione organizzativa fondamentale dell'azienda sanitaria. L'art. 3-quinquies — disposizione tuttora pienamente vigente — affida al Distretto la garanzia di «a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta (...); c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione», nonché l'assistenza specialistica ambulatoriale, le attività e i servizi per disabili e anziani e l'assistenza domiciliare integrata. Il d.m. 77/2022 si sovrappone a questo impianto ridisegnandolo nelle dimensioni quantitative — bacino di utenza distrettuale di circa 100.000 abitanti, articolato in una Casa della Comunità hub e in una pluralità di Case della Comunità spoke — ma senza modificare la struttura delle funzioni distrettuali, che restano governate dal d.lgs. 229/1999. Ne risulta un quadro a "doppia gradinata": le funzioni distrettuali sono individuate da una norma di rango primario, pienamente vigente; gli standard organizzativi e quantitativi entro cui quelle funzioni devono essere esercitate sono fissati da una fonte regolamentare (il d.m. 77/2022) di rango secondario, il cui valore prescrittivo opera nei confronti delle Regioni in forza dell'art. 1 sopra richiamato.

Questa particolare stratificazione delle fonti — primaria per le funzioni, secondaria per gli standard — non è irrilevante sul piano del controllo giurisdizionale. Da un lato, ne discende che il sindacato di legittimità sugli atti regionali di attuazione del d.m. 77/2022 si svolge anche alla luce della loro coerenza con gli artt. 3-quater ss. d.lgs. 229/1999 e con l'art. 8 d.lgs. 502/1992, il cui rispetto rappresenta il presupposto di tenuta del nuovo impianto territoriale. Dall'altro, ne deriva che eventuali tensioni tra il modello prescrittivo del d.m. 77/2022 e l'autonomia regionale di organizzazione del servizio sanitario (art. 117, comma 3, Cost.) — già potenzialmente latenti nella scelta di affidare a un decreto ministeriale la fissazione di standard così pervasivi — saranno destinate a riemergere nel contenzioso costituzionale dei prossimi anni, soprattutto quando le Regioni dovranno procedere alla rimodulazione delle proprie reti distrettuali in chiave di adeguamento agli standard prescrittivi sopra richiamati. Nell'impianto del PNRR, il rafforzamento della sanità territoriale sarebbe dovuto passare attraverso tre direttrici principali:

- (i) la creazione di nuove strutture locali;

- (ii) la promozione dell'utilizzo della telemedicina; e
- (iii) lo sviluppo di servizi maggiormente integrati.

Con riferimento ai 3 ambiti, la Componente 1 è dedicata a “reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale”.

Il disegno riformatore ha trovato una parziale attuazione con il Decreto rilancio (d.l. 34/2020) e con il decreto attuativo d.m. 77/2022 che introducono specifici modelli organizzativi assistenziali: (i) le case di comunità, differenziate in *hub* e *spoke* in ragione di alcuni parametri quantitativi e qualitativi (standard organizzativi, caratteristiche strutturali e funzionali delle sedi operative); accanto a questo «*luogo fisico e di facile individuazioni, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento*» (all. 1, § 5, d.m. 77/2022) si pongono (ii) gli ospedali di comunità finalizzati a rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia tra il domicilio e il ricovero, sempre nella prospettiva della de-ospedalizzazione; (iii) i Cot (Centri Operativi Territoriali) il cui fine dovrebbe essere quello di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi, garantendo il collegamento con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

Si tratta di un sistema assai articolato e complesso che ha suscitato, sin dalla sua elaborazione, critiche in ordine alla sostenibilità degli obiettivi prefissati nel medio-lungo periodo, giudicati come eccessivamente impegnativi e di dubbia sostenibilità – in ragione delle potenzialità territoriali - rispetto al momento successivo a quello del finanziamento.

Il disegno riformatore ha toccato anche i distretti sanitari, ora a servizio di un'area territoriale di circa 100.000 abitanti con al suo interno almeno una Casa di comunità *hub* (ogni 40/50.000 abitanti) e una pluralità di Case di comunità *spoke* con l'ausilio degli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di un infermiere di famiglia e di comunità ogni 3.000 abitanti, di una unità speciale di continuità assistenziale (un medico e un infermiere) ogni 100.000 abitanti.

L'obiettivo dichiarato era la costruzione di un sistema integrato in grado di garantire ai cittadini l'erogazione di prestazioni coerenti con i nuovi LEA.

4. Attuazione del PNRR e fragilità strutturali del sistema territoriale

Il ricorso al condizionale quando si valuta l'efficacia del sistema disegnato nel PNRR appare necessario, poiché i target fissati di fatto non risultano integralmente raggiunti. I dati attuativi evidenziano, infatti, significativi scostamenti rispetto agli obiettivi programmati. Con riferimento alle Case di Comunità, il target originale di 1350 unità è stato ridotto a 1038, con il ricorso a fonti di finanziamento alternative, tra cui le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 l. 67/1988 e le risorse aggiuntive del Fondo opere indifferibili istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali e provinciali. Analoga sorte è toccata alle Case di comunità che dalle 1421 unità da attivare nel 2026, ne risultano attivate meno del 10%, tra l'altro non sempre con standard completi, con una grossa forbice regionale che oscilla tra il 66% di attivazioni in Lombardia, e il 3% della Liguria o l'1% della Sicilia, per azzerarsi in Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Puglia, Sardegna, Umbria, Val d'Aosta e nelle Province di Trento e Bolzano. Analoga criticità emerge con riferimento alle COT che rispetto alle 611 attivazioni previste per il 2024 ne risultano attivate solo 416 di cui solo 362 pienamente funzionanti con numeri positivi in Abruzzo, Marche, Bolzano, Umbria e Val

d'Aosta, che raggiungono il 100% della realizzazione, a fronte di numerose regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Molise, Puglia e la Provincia di Trento) che non hanno dichiarato nessuna attivazione; e per gli Ospedali di comunità che, rispetto ai 429 da attivare entro il 2026 allo stato contano solo 56 attivazioni. I dati più recenti confermano la parzialità dell'attuazione: al 30 giugno 2025 solo il 21% delle Case della Comunità risulta dichiarato con tutti i servizi attivi, ma di queste appena il 4,4% è effettivamente dotato di personale medico e infermieristico; inoltre, il 63,6% presenta l'attivazione di almeno un servizio, segnalando un'attuazione ancora parziale²⁰. Anche per gli Ospedali di Comunità, il 49,8% risulta dichiarato attivo, includendo però strutture con servizi operativi in sedi provvisorie²¹.

Tale attuazione, peraltro, si distribuisce in modo radicalmente disomogeneo sul territorio nazionale: a fronte di Regioni in cui il modello territoriale risulta ormai consolidato — segnatamente l'Emilia-Romagna, dove 140 delle 187 Case della Comunità programmate hanno attivato almeno un servizio, e la Lombardia, con 142 su 204 — vi sono Regioni in cui la riforma è ancora del tutto sulla carta: in Abruzzo, Basilicata, Provincia autonoma di Bolzano e Campania nessuna delle Case della Comunità programmate (rispettivamente 42, 19, 10 e 191) risulta avere attivato anche un solo servizio²². È pertanto sintomatico che, dei 153 Ospedali di Comunità dichiarati attivi al 30 giugno 2025, soltanto il 75,2% garantisca la presenza medica di almeno 4,5 ore al giorno per sei giorni su sette: un dato che restituisce, in cifre, lo iato tra l'attivazione formale della struttura e la sua effettiva operatività clinica.

Quanto alle Centrali Operative Territoriali, lo scenario è di segno diverso: al 30 giugno 2025 risultano pienamente funzionanti e certificate 638 strutture su 651 programmate (il 98% del totale), con il solo ritardo di Sardegna e Campania²³. La differente performance tra le COT — strutture di coordinamento la cui operatività è essenzialmente organizzativa — e le Case e gli Ospedali di Comunità — strutture di erogazione la cui operatività richiede invece la mobilitazione di personale clinico — è già di per sé indicativa di come il limite della riforma non risieda nella capacità dell'amministrazione di realizzare l'infrastruttura, bensì nella sua capacità di animarla con risorse umane e organizzative adeguate. Si conferma, in altri termini, quanto già rilevato in dottrina: il PNRR finanzia «*spese e costi non consolidabili (...) ma non attinenti al personale*», e proprio in questo divario tra investimento infrastrutturale e spesa corrente per il personale si gioca la differenza tra una territorializzazione formale e una territorializzazione sostantiva.

Allo scarto tra programmazione e attuazione strutturale si somma uno scarto altrettanto rivelatore tra rispetto formale dei target e spesa effettivamente sostenuta. La Relazione della Corte dei conti sullo stato di attuazione del PNRR del maggio 2025 documenta che, al 31 dicembre 2024, la spesa effettiva della Missione Salute ammonta a € 2.816 milioni, pari al 18% delle risorse assegnate (13,1% per la Componente 1, 22,9% per la Componente 2): per completare l'attuazione finanziaria nel biennio 2025-2026 sarebbe necessario raggiungere tassi di avanzamento annuale della spesa oltre sette volte superiori rispetto a quelli del triennio

²⁰ Sul punto cfr. 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, ottobre 2025, 13. Per una lettura critica cfr. L. Di Giovanni, *Il PNRR e la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: continuità o discontinuità nella gestione del servizio pubblico?*, in *DeS*, 4, 2023, 707 ss.

²¹ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 13

²² Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali — Agenas, VI Report Nazionale di sintesi dei risultati del Monitoraggio DM 77/2022. I semestre 2025, Roma, 23 settembre 2025, dati al 30 giugno 2025; ripreso nell'8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, ottobre 2025, p. 216, tab. 8.11.

²³ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, ottobre 2025, p. 217, tab. 8.12, su dati Agenas al 30 giugno 2025.

2022-2024²⁴. Si conferma, in tal modo, la dissociazione tra l'incasso formale delle rate europee — che presidia il rispetto delle milestone qualitative — e la concreta esecuzione dei progetti, ovvero la consegna delle strutture e l'erogazione dei servizi che dovrebbero tradursi in un effettivo miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Lo scostamento rispetto agli obiettivi programmati non incide soltanto sull'efficienza organizzativa del sistema, ma impatta direttamente sulla capacità di garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sull'intero territorio nazionale.

Il divario potrebbe ampliarsi ulteriormente nel passaggio dalla fase di "conclusione" dei contratti di appalto necessari per la realizzazione delle infrastrutture alla fase esecutiva degli stessi, che rappresenta il vero banco di prova dell'effettiva realizzazione delle infrastrutture.

Al di là delle difficoltà organizzative che hanno rallentato l'esecuzione degli interventi, i risultati appaiono fortemente condizionati dal contesto territoriale, risultando le differenze correlate alla presenza di modelli organizzativi già strutturati o, al contrario, limitati alla sola assistenza ambulatoriale dei medici di medicina generale.

Le criticità risultano ancor più evidenti se si considera che il PNRR riguarda *«spese e costi non consolidabili, concernenti la realizzazione di strutture operative e l'acquisto di beni strumentali all'erogazione dei servizi, ma non attinenti al personale»*. Pertanto, in concreto, l'innesto di nuove infrastrutture rischia di tradursi nella creazione di strutture potenzialmente efficienti, senza avere, però, qualcuno che la faccia funzionare, ponendo problemi organizzativi di non di poco conto per gli stessi distretti sanitari che già presentano enormi differenze in termini di cure prestate.

Il rischio più evidente è quello di costruire un sistema infrastrutturalmente avanzato, ma organizzativamente fragile²⁵, nel quale la distanza tra standard formalmente previsti e tutela della effettività rischia di tradursi in una compressione dei livelli essenziali, soprattutto operando in assenza delle risorse umane necessarie a garantirne il funzionamento effettivo, aggravando le diseguaglianze territoriali già esistenti, oltre che peggiorarne le condizioni "economiche" dei sistemi sanitari regionali, incidendo sui deficit strutturali dei sistemi sanitari regionali²⁶.

All'analisi delle fragilità strutturali del modello territoriale conviene affiancare un breve cenno al versante della responsabilità civile, perché proprio qui la "fragilità organizzativa" denunciata nel testo si traduce, in concreto, in un'esposizione crescente delle ASL al rischio risarcitorio. Il quadro normativo è oggi cristallizzato dall'art. 7 della L. 8 marzo 2017, n. 24 (legge Gelli-Bianco), il quale dispone che la struttura sanitaria pubblica o privata «che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose», estendendo espressamente la disciplina alle prestazioni rese «in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale» (co. 2). La norma codifica un orientamento

²⁴ Corte dei conti, Relazione sullo stato di attuazione del PNRR, maggio 2025; ripreso nell'8° Rapporto GIMBE, cit., pp. 213-214, tab. 8.9.

²⁵ Risulta così evidente che la mera predisposizione di strutture non è sufficiente in assenza di un'organizzazione capace di attivare relazioni, competenze e responsabilità: la cura, come paradigma amministrativo, presuppone un'intelligenza organizzativa e non può essere ridotta a dimensione infrastrutturale. Sul punto A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, cit.

²⁶ Si conferma, così, che le scelte organizzative possono incidere sulla stessa forma del diritto, determinando non soltanto inefficienze, ma una diversa concezione della persona malata e del rapporto di cura. Sul punto cfr., anche l'analisi di A. Pioggia, *Il diritto alla salute...*, cit., ove si sottolinea che «non è più tanto e solo questione di 21 servizi sanitari diversi, ma forse di 21 diritti alla salute differenti» (50).

già consolidato della Cassazione: con la sentenza-cardine n. 6243/2015²⁷, la Corte ha affermato che «*l’A.S.L. è responsabile ex art. 1228 c.c. del fatto illecito commesso dal medico generico, con essa convenzionato, nell’esecuzione di prestazioni curative che siano comprese tra quelle assicurate e garantite dal Servizio sanitario nazionale in base ai livelli stabiliti dalla legge*», qualificando il medico convenzionato come ausiliario della ASL nell’adempimento dell’obbligazione ex lege di erogare l’assistenza medico-generica. Il principio è stato di recente ulteriormente esteso dall’ordinanza n. 5673/2025²⁸, che ha riconosciuto la responsabilità della ASL anche per le prestazioni rese dal medico convenzionato in favore di cittadini temporaneamente fuori residenza (art. 19, co. 4, L. 833/1978), gravando sulla struttura — e non sul danneggiato — l’onere di provare la natura libero-professionale dell’intervento. Nei rapporti interni tra struttura e medico vige invece la presunzione di divisione paritaria della responsabilità solidale²⁹, superabile soltanto con la prova di una «devianza del sanitario dal programma terapeutico del tutto eccezionale, imprevedibile e improbabile»³⁰. Ne discende un dato di sistema che si riallaccia al filo argomentativo del saggio: più la riforma territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT) intensifica l’integrazione e la direzione organizzativa del personale convenzionato, più il perimetro della responsabilità della ASL si estende, includendo non solo l’operato dell’ausiliario ma anche le carenze organizzative proprie ex art. 1218 c.c. La fragilità organizzativa segnalata nei paragrafi precedenti — strutture nuove ma non adeguatamente presidiate da personale, governance non consolidata, debole integrazione tra setting — è dunque destinata a riverberarsi, con un naturale effetto di amplificazione, sul contenzioso civile in materia di responsabilità sanitaria. Il limite della rivalsa al triplo della retribuzione (art. 9 L. 24/2017), pensato come presidio del professionista, finisce per concentrare definitivamente il costo del fallimento organizzativo sulla struttura — e dunque sul SSR.

A tali criticità si aggiunge la carenza strutturale di medici di medicina generale: al 1° gennaio 2024 risultano in servizio 37.260 MMG con quasi 51,2 milioni di assistiti, pari a una media di 1.374 assistiti per medico. Assumendo come parametro ottimale 1 MMG ogni 1.200 assistiti, la carenza stimata è di 5.575 unità, con situazioni particolarmente critiche in Lombardia (−1.525), Veneto (−785), Campania (−652), Emilia-Romagna (−536) e Piemonte (−431)³¹. Analogamente, per i pediatri di libera scelta si stima una carenza di 502 unità, con forti squilibri regionali³².

Il quadro si aggrava se si considera la dinamica del ricambio generazionale: tra il 2024 e il 2027 ben 7.345 MMG raggiungeranno l’età pensionabile, mentre nel concorso 2024 sono rimaste scoperte 383 delle 2.623 borse di studio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (−15%), con scoperture concentrate proprio nelle Regioni più carenti — Lombardia (−45%), Veneto (−41%), Provincia autonoma di Bolzano (−57%), Marche (−68%) — a confermare la perdita di attrattività della professione³³.

Né meno critico è il fabbisogno di personale infermieristico necessario ad animare le nuove strutture. Il d.m. 77/2022 individua nell’Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) uno dei pilastri del nuovo modello territoriale, con uno standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti; Agenas, rivedendo le proprie stime alla luce della rimodulazione del PNRR, ha quantificato

²⁷ Cass. civ., sez. III, 27 marzo 2015, n. 6243.

²⁸ Cass. civ., sez. III, 4 marzo 2025, n. 5673.

²⁹ Cass. civ., sez. III, 5 luglio 2017, n. 16488.

³⁰ Cass. civ., sez. III, 26 aprile 2022, n. 12965.

³¹ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 12.

³² 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 12.

³³ 8° Rapporto GIMBE, cit., pp. 177-178, tab. 7.10 e fig. 7.18, su dati Ministero della Salute; dati FIMMG per i pensionamenti 2024-2027.

il fabbisogno complessivo per le strutture programmate (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, Unità di Continuità Assistenziale, ADI) tra 16.135 e 21.861 IFoC³⁴. Tale fabbisogno si scontra con la carenza strutturale di personale infermieristico nel SSN, che ha impedito alle Regioni di utilizzare integralmente le risorse stabili assegnate dal d.l. 34/2020, con il progressivo calo delle domande di iscrizione ai Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e con l'aumento delle cancellazioni dagli albi e delle dimissioni volontarie dal SSN. A ciò si aggiunge la marcata contrazione delle risorse complessivamente destinate al personale convenzionato, la cui quota sulla spesa sanitaria pubblica è passata dal 6,2% del 2012 al 5,3% del 2024, con una sottrazione cumulata, parametrata al livello del 2012, pari a circa € 4,96 miliardi nel dodicennio, di cui € 3,67 miliardi concentrati negli anni 2020-2024³⁵.

Questi dati evidenziano come la medicina di prossimità, pilastro della presa in carico territoriale, sia strutturalmente indebolita proprio nel momento in cui dovrebbe essere potenziata per gestire cronicità e invecchiamento demografico.

Il quadro finanziario contribuisce ad aggravare tali criticità e pone un interrogativo ulteriore: se il finanziamento costituisca parametro di determinazione dei livelli di tutela o, viceversa, debba essere conformato all'esigenza di garantire l'effettività dei diritti sociali. Nonostante l'incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale a € 136,5 miliardi nel 2025, l'incidenza sul PIL si è attestata al 6,1% nel biennio 2024-2025, in calo rispetto al 6,3% del 2022, con una riduzione complessiva equivalente a € 13,1 miliardi nel triennio 2023-2025³⁶. Il ridimensionamento relativo delle risorse incide direttamente sulla capacità di rafforzare l'assistenza di prossimità, che richiede investimenti strutturali in personale, organizzazione e integrazione sociosanitaria.

Le diseguaglianze territoriali rimangono profonde, evidenziando come l'organizzazione regionale della sanità, in assenza di meccanismi effettivi di riequilibrio, possa tradursi in una differenziazione concreta della intensità della tutela e, dunque, della garanzia di effettività del diritto. Nel 2023 solo 13 Regioni risultano adempienti rispetto al Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, con una persistente "frattura strutturale" tra Nord e Sud³⁷. La mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto nel 2022 un valore di € 5.037 milioni, con quasi il 70% riferito ai ricoveri ospedalieri e flussi economici prevalentemente diretti dal Mezzogiorno verso Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, che concentrano il 94,1% del saldo attivo³⁸.

Il dato che più direttamente interpella il tema della sanità territoriale è la distribuzione delle inadempienze per area: nell'anno 2023, su tre aree di valutazione (prevenzione, distrettuale, ospedaliera), l'area dell'assistenza ospedaliera registra una sola Regione inadempiente, mentre l'area distrettuale e quella della prevenzione contano cinque Regioni ciascuna sotto la soglia di adempimento. I punteggi più critici nell'area distrettuale toccano la Valle d'Aosta (35), la Calabria (40), la Sicilia (44), l'Abruzzo (45) e la Basilicata (52)³⁹. Si tratta di un dato che ribalta la prospettiva tradizionale: la frattura nazionale dei LEA non si gioca più tanto sulla rete ospedaliera, dove la garanzia minima è ormai pressoché uniforme, quanto sulla rete territoriale e sulla prevenzione, vale a dire proprio sulle dimensioni di servizio che la riforma del PNRR avrebbe dovuto rafforzare e riequilibrare.

³⁴ Agenas, Linee di indirizzo: infermiere di famiglia o di comunità, novembre 2023; stima ripresa nell'8° Rapporto GIMBE, cit., p. 233, tab. 8.17.

³⁵ 8° Rapporto GIMBE, cit., pp. 194-195, figg. 7.35 e 7.36, su elaborazione GIMBE di dati ISTAT.

³⁶ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 7.

³⁷ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 10.

³⁸ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 10.

³⁹ Dati pubblicati dal Ministero della Salute il 4 agosto 2025, ripresi nell'8° Rapporto GIMBE, cit., p. 117, tab. 5.4

Questo fenomeno non è solo indice di differenze qualitative nell'offerta ospedaliera, ma riflette anche l'insufficiente capacità dei servizi territoriali di garantire continuità assistenziale e presa in carico appropriata.

Parallelamente, l'indebolimento del territorio si traduce in un crescente impatto economico sui cittadini: la spesa sanitaria out-of-pocket ha raggiunto € 41.299 milioni nel 2024⁴⁰, mentre 5,84 milioni di persone (9,9% della popolazione) hanno dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie, di cui 3,1 milioni per motivi economici e 4 milioni per i lunghi tempi di attesa⁴¹. Tali rinunce risultano più frequenti nel Mezzogiorno, in un contesto in cui la povertà assoluta coinvolge quasi 2,2 milioni di famiglie (8,4%)⁴², aggravando ulteriormente le disuguaglianze di salute.

Nel complesso, questi dati dimostrano che la riforma della sanità territoriale non può esaurirsi nella costruzione di nuove strutture, ma richiede un intervento sistemico su finanziamento, capitale umano, integrazione sociosanitaria e governance multilivello. Senza un rafforzamento reale della medicina generale, dell'assistenza domiciliare e delle reti territoriali integrate, il SSN rischia di evolvere verso un sistema duale, in cui la tutela della salute dipende sempre più dal reddito e dal luogo di residenza, compromettendo i principi costituzionali di universalità, uguaglianza ed equità su cui esso è fondato.

5. LEP, autonomia differenziata e rischio di frammentazione dell'universalismo

Senza affrontare in modo esaustivo il disegno riformatore, occorre evidenziare come il quadro di riferimento per la realizzazione della sanità territoriale presenti ulteriori ostacoli a carattere sostanziale. In questa sede si richiamano alcune criticità riconducibili, in particolare alla disciplina dei LEP⁴³ e al regionalismo differenziato. L'analisi della struttura e dei contenuti

⁴⁰ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 9.

⁴¹ 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 9.

⁴² 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 9.

⁴³ La categoria dei livelli essenziali di assistenza (LEA) si inserisce nel più ampio quadro dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) di cui all'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost., introdotto con la riforma del Titolo V del 2001 quale strumento volto a garantire l'uniforme tutela dei diritti civili e sociali sull'intero territorio nazionale. In ambito sanitario, la nozione trova un antecedente già nel d.lgs. n. 502/1992, ma assume una valenza costituzionale esplicita dopo il 2001, quale limite alla differenziazione regionale e presidio dell'eguaglianza sostanziale ex art. 3, comma 2, Cost. La giurisprudenza costituzionale ha progressivamente chiarito che i LEA costituiscono il "nucleo indefettibile" del diritto alla salute ex art. 32 Cost. (Corte cost., sentt. nn. 282/2002; 134/2006; 80/2010; 275/2016), non comprimibile oltre la soglia della tutela essenziale.

Parallelamente, si è sviluppato un vivace dibattito dottrinale circa la natura dei livelli essenziali: se essi debbano essere intesi come standard minimi finanziariamente compatibili, dunque suscettibili di modulazione in funzione delle risorse disponibili, ovvero come livelli essenziali di tutela dei diritti, ontologicamente connessi alla dimensione sostanziale dei diritti sociali e non riducibili a meri parametri di spesa. La tensione tra queste due letture – livelli minimi versus livelli essenziali – riflette il più ampio conflitto tra vincoli di finanza pubblica e garanzia effettiva dei diritti fondamentali, riemerso con particolare intensità nel contesto dei piani di rientro e, più recentemente, nel dibattito sul regionalismo differenziato. In tale prospettiva, la qualificazione dei LEA/LEP assume rilievo decisivo ai fini della tenuta del modello universalistico del Servizio sanitario nazionale e della stessa configurazione dello Stato sociale costituzionale. Sul punto la dottrina è assai ampia. Sia consentito richiamare, tra i numerosi autori che in diversa prospettiva si sono occupati del tema, M. D'Orsogna, *Povertà sanitaria e welfare generativo: nuovi orizzonti e nuove sfide per la tutela della salute*, in *Dir. Amm.*, 4, 2024, 923 ss.; A. Pioggia, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Dir. Amm.*, 3, 2024, 721 ss.; F. Pallante, *Diritto alla salute e spesa sanitaria*, in *Dir. Amm.*, 3, 2024, 703 ss.; R. Cavallo Perin, *L'interesse delle collettività alla tutela della salute*, in *Dir. Amm.*, 3, 2024, 745 ss.; A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, Bologna, Il Mulino, 2024; M. Luciani, *Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato*, 2022, EPRS, Servizio Ricerca del Parlamento europeo; Id., *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *AIC*, 2, 2020, 109 ss.; D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, Giuffrè, 2002, cap. I: La duplice natura del diritto alla salute: diritto di libertà e diritto a prestazioni, 1 ss.; L. Carlassare, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in *L'amministrazione sanitaria*, a cura di R. Alessi, Vicenza, Neri Pozza, 1967, 103 ss. Sul dibattito tra "livelli minimi" e

della l. 86/2024 consente di individuare elementi suscettibili di incidere sull'assetto dello Stato sociale e sulla stessa appropriatezza del sistema territoriale che deve garantire lo Stato di diritto, cioè deve risultare coerente con il quadro valoriale di riferimento che è unico per il territorio nazionale. Basti pensare all'art. 3 che disciplina il procedimento di determinazione dei LEP e dei relativi fabbisogni e costi standard, cui viene subordinato il trasferimento delle funzioni relative alle «*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia*» nelle materie espressamente elencate al c. 3, la cui lettera f) riguarda proprio la tutela della salute. La principale questione riguarda il mancato chiarimento del rapporto tra interesse finanziario e diritto alla prestazione sociosanitaria appropriata. In nessuna parte dell'articolato normativo si precisa la natura dei LEP e, anche alla luce della successiva decisione della Corte costituzionale⁴⁴, si ripropone imperante la distinzione tra standard minimi rispetto ai quali riemergono i condizionamenti finanziari; oppure standard da parametrare alla dimensione sostanziale, e cioè alla esigenza di soddisfare in modo effettivo i bisogni di salute. Il nodo centrale risiede proprio nel mancato scioglimento di questa alternativa tra “minimo” ed “essenziale”⁴⁵, vale a dire tra uno standard parametrato alle risorse disponibili e uno ancorato alla effettività del diritto⁴⁶. E l'assenza di una chiara qualificazione dei LEP come livelli essenziali di tutela dei diritti sociali rischia di ridurli a meri standard minimi finanziariamente compatibili⁴⁷ e ciò a dispetto dei “paletti” posti in precedenti decisioni anche dalla stessa Corte costituzionale, in particolare attraverso il richiamo alla spesa costituzionalmente necessaria⁴⁸. Sul punto non si possono non richiamare alcune contraddizioni concettuali rintracciabili nel quadro normativo che spingono nell'uno o nell'altro senso, nella consapevolezza della inconciliabilità delle due dimensioni. Un elemento di ambiguità emerge già dall'art. 1, comma 791 della legge di Bilancio per il 2023 ai sensi del quale «*ai fini della completa attuazione dell'articolo 116, comma 3, Cost. e del pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni, il presente comma e i commi da 792 a 798 disciplinano la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (...) quale soglia di*

“livelli essenziali”, v. S. Aru, “*Livelli minimi*” (di garanzia), “*livelli essenziali*” (delle prestazioni) e “*nucleo irriducibile*” (dei diritti): concetti giuridici distinguibili?, in *Federalismi*, 2025; M. Gola, P. Acri, D. Donati, C. Tubertini, *Diritto e amministrazione della sanità-Approfondimenti aa 2020-2021*, SPISA – C.R.I.F.S.P. Bologna, 2022.

⁴⁴ Corte cost. n.192/2024.

⁴⁵ La riduzione dei livelli essenziali a soglie finanziariamente compatibili segnala il passaggio da una amministrazione di cura a una amministrazione di mera gestione, con possibile alterazione della funzione garantista dell'organizzazione pubblica. In tal senso anche A. Pioggia, *Cura a pubblica amministrazione*, cit., nel quale analizza in chiave critica il rapporto tra organizzazione e diritti.

⁴⁶ In questo senso, dunque, è chiaro che se la differenziazione non è adeguatamente governata il rischio è quello di definire “diversi diritti alla salute”, con effetti ben più gravi di una mera diseguaglianza gestionale. Così A. Pioggia, *Il diritto alla salute*, cit. la quale sottolinea in particolare che il rischio è che «accanto a diversi sistemi sanitari regionali, si definiscano diversi diritti alla salute» (37).

⁴⁷ Corte cost., sent. n. 80/2010; n. 168/2021; n. 40/2022.

⁴⁸ Sul punto la dottrina è assai ampia. Tra i numerosi autori che hanno affrontato il L. Antonini, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria*, in *Federalismi*, 2017, n. 22; anche in *Recenti Prog. Med.* 2023, 114 ss.; M. Bergo, *E pur si muove... ma come? Le sfide al Diritto costituzionale nella nuova governance economica e della contabilità accrual*, in *Bilancio, comunità, persona*, 2, 2024, 82; C. Di Martino, *I novi spunti della giurisprudenza costituzionale sul carattere differenziato della c.d. spesa costituzionalmente necessaria*, in *Bilancio, comunità, persona*, 2025, 171 ss.; G. Fares, *Amministrazione pubblica e spesa costituzionalmente necessaria: lo stato dell'arte*, in *amministrativ@mente*, 1, 2025; F.R. Grisostolo, I. Rivera, *I diritti sociali alla prova egli equilibri di finanza pubblica statale e regionale. Un difficile rapporto di reciproca condizionalità*, in *Ianus. Diritto e Finanza*, 15-16, 2017, 133 ss.; Aa. Vv., *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, a cura di E. Cavasino, G. Scala e G. Verde, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013. Il rischio “regressivo” dei LEP a livelli minimi trova un argine nella più recente giurisprudenza amministrativa, che potrebbe essere citata a contrappeso: TAR Campania-Salerno, sez. III, n. 2086/2024 (illegittimità della delibera ASL che fissava limiti orari massimi alle terapie ABA per minori autistici, in quanto deroga in peius ai LEA); TAR Reggio Calabria, sez. I, n. 552/2024 (obbligo di presa in carico e rimborso delle spese sostenute privatamente in caso di inerzia ASL); Cons. St., sez. III, n. 262/2025 (estensione del regime LEA alle prestazioni strumentali, come il trasporto disabili); Cass. SS.UU., ord. n. 1781/2022 (giurisdizione esclusiva del GA sulle controversie in materia di diritto a prestazioni LEA).

spesa costituzionalmente necessaria che costituisce il nucleo invalicabile per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, per assicurare uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie territoriali, per favorire un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al PNRR (...) e il pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni inerenti ai diritti civili e sociali e quale condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni» che, prosegue la norma, «è consentita subordinatamente alla determinazione dei relativi livelli essenziali delle prestazioni». Una norma che sembra andare nel senso della prevalenza della dimensione “sostanziale” dei diritti, salvo però “scontrarsi” ad esempio con l’operato della Cabina di regia costituita ai sensi del comma successivo. Infatti, se una parte del comma 791 richiama una dimensione puramente sostanziale, facendo riferimento al “nucleo invalicabile”, che rimanda alla notissima sentenza della Corte costituzionale n. 80/2010 che delinea un quadro teorico di riferimento individuando i LEP quale soglia invalicabile di tutela dei diritti sociali, basta andare oltre la virgola per cogliere la rilevanza che il legislatore ha dato alla dimensione finanziaria; rilevanza che poi, nel comma successivo, assume valore condizionante, limitante l’operato della Cabina di regia. Si legge, infatti, al comma 793, che la Cabina di regia «*nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e in coerenza con i relativi obiettivi programmati (...) d) determina, nel rispetto dell’art. 17 della l. 196/2009 (e cioè nel rispetto della copertura finanziaria), e comunque nell’ambito degli stanziamenti di bilancio a legislazione vigente, i LEP sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard*». Ne deriva una tensione interna tra affermazione della dimensione sostanziale dei diritti e condizionamento finanziario della loro concreta definizione. Si configura, dunque, un condizionamento finanziario che rischia di trasformare i LEP da “livelli essenziali”, in meri “livelli minimi” finanziariamente compatibili⁴⁹.

⁴⁹ Sull’intricato dibattito sulla distinzione concettuale tra livelli minimi e livelli essenziali delle prestazioni, cfr. D. Messineo, *La garanzia del “contenuto essenziale” dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Giappichelli, Torino 2012; C. Pinelli, *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” (art. 117, co. 2, lett. m, Cost., in Dir. Pubbl., 3, 2002, 881 ss.; C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bonomia University Press, Bologna, 2008; Id., *L’assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 3, 2024, 393 ss.; S. Aru, *op. cit.*, 40 ss. Il rischio di una progressiva regressione dei LEP/LEA da “livelli essenziali” a “livelli minimi finanziariamente compatibili”, denunciato nel testo, ha trovato un argine significativo proprio nella più recente giurisprudenza amministrativa, che vale richiamare brevemente in chiave sistematica. Particolarmente rilevante è TAR Campania, sez. staccata di Salerno, sez. III, 5 novembre 2024, n. 2086, che ha annullato una delibera ASL che aveva fissato rigidi limiti orari massimi di terapia ABA per minori con disturbi dello spettro autistico, ritenendo che «la definizione di livelli massimi di prestazioni determina una non consentita deroga *in peius* ai livelli essenziali delle prestazioni, incompatibile con i principi costituzionali. Un atto di natura generale non può consumare integralmente la discrezionalità tecnica propria dei competenti organi operativi delle ASL, imponendo limiti orari che pretendono di porsi come vincolanti per le aziende sanitarie e che sono incompatibili con i LEA definiti in materia di disturbi dello spettro autistico». Il TAR richiama coerentemente la giurisprudenza costituzionale (Corte cost. nn. 91/2012, 72 e 91/2020, 115/2012) per affermare che la discrezionalità regionale e aziendale attiene alla programmazione “a monte” e all’organizzazione del servizio, ma deve lasciare intatta la possibilità di adattare il piano individualizzato al singolo paziente nella fase “a valle”. In senso convergente, TAR Calabria, sez. staccata di Reggio Calabria, sez. I, 30 agosto 2024, n. 552 ha condannato l’ASP territorialmente competente alla presa in carico diretta del minore (20 ore settimanali di ABA), al rimborso delle spese sostenute privatamente dalla famiglia (€ 16.396,00) e al risarcimento del danno non patrimoniale e del danno da perdita di chance, ricostruendo analiticamente il quadro normativo che radica il diritto alla prestazione (art. 1 d.lgs. 502/1992, art. 26 L. 833/1978, L. 134/2015, art. 60 DPCM 12 gennaio 2017). Il Consiglio di Stato, sez. III, 14 gennaio 2025, n. 262 ha esteso il regime obbligatorio dei LEA anche alle prestazioni strumentali alla loro erogazione — nella specie, il servizio di trasporto degli utenti disabili presso i centri socio-riabilitativi — qualificando l’inattuazione come «colpa di apparato» e configurando responsabilità risarcitoria della ASL. Sul piano del riparto di giurisdizione, le Sezioni Unite della Cassazione (Cass. SS.UU., ord. n. 1781/2022) hanno definitivamente attribuito al giudice amministrativo, in sede di giurisdizione esclusiva ex art. 133, co. 1, lett. c) c.p.a., la cognizione delle controversie relative all’accertamento del diritto del paziente a specifici trattamenti terapeutici a carico del SSN, là dove l’attività dell’amministrazione sanitaria abbia carattere discrezionale, sia amministrativo che tecnico. Da questo corpus giurisprudenziale, ancora in fase di consolidamento, si ricavano alcuni principi operativi che corroborano l’argomentazione del saggio: (i) i LEA costituiscono diritti soggettivi pieni e incondizionati dell’utente; (ii) il vincolo*

Senza entrare nel merito dell'ampio dibattito che si è registrato sul tema, seguendo alcuni spunti richiamati in precedenza, non si può non sottolineare la dubbia compatibilità di questa disposizione con la tutela dello Stato di diritto così come definito proprio dal Regolamento 2020/2092 che pone l'accento proprio sulla dimensione sostanziale. Analoghe criticità sorgono con riferimento al comma 7 dell'art. 3 della legge 86/2024 ai sensi del quale «*i LEP possono essere aggiornati periodicamente in coerenza e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, anche al fine di tenere conto della necessità di adeguamenti tecnici prodotta dal mutamento del contesto socioeconomico o dall'evoluzione della tecnologia*» contestualmente «*all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziavano le occorrenti risorse finanziarie*». Anche in questo caso, il parametro finanziario precede quello sostanziale. Dunque, il D.P.C.M. di aggiornamento presumibilmente, se la sistematica delle fonti non è mutata, dovrà adeguarsi alle disposizioni finanziarie secondo lo schema dei livelli minimi, cioè parametrati non al bisogno ma alle risorse riportando in vita una prospettiva che consideravamo superata dagli anni '90.

La situazione sin qui descritta trova ulteriori elementi di complicazione. In senso inverso rispetto a quello appena considerato se si guarda alla dimensione procedurale e organizzativa. Avuto riguardo al primo profilo, la disciplina contenuta nella legge 86/2024 prevede, in linea con la centralizzazione che caratterizza gli interventi del PNRR, una marginalizzazione del ruolo della Conferenza unificata, rispetto alla quale non è più richiesta l'intesa, ma si ritiene sia sufficiente l'acquisizione di un parere, dunque un ruolo certamente più marginale che depotenzia quella «leale collaborazione» che sino ad ora aveva sorretto l'intero impianto e ciò in quanto, sottolineava la Corte costituzionale, solo attraverso la «*leale collaborazione orientata al bene comune che il modello pluralistico riconosciuto dalla Costituzione può (...) svilupparsi in una "prospettiva generativa"*»⁵⁰, verso la migliore tutela del diritto alla salute»⁵¹. E ciò nonostante la Corte abbia sottolineato che quando «*il legislatore delegato si accinge a riformare istituti che incidono su competenze statali e regionali, inestricabilmente connesse, sorge la necessità del ricorso all'intesa*»⁵² e devono essere individuati «*meccanismi per il superamento delle divergenze, basati sulla reiterazione delle trattative o su specifici strumenti di mediazione*» che, però, non sono necessari per un parere che, per *incidens*, non è neanche previsto come vincolante. Quella stessa intesa che la Corte costituzionale nella nota sentenza n. 134/2006 aveva ritenuto adeguato strumento per bilanciare l'esigenza dello Stato di portare i livelli di fissazione degli standard oltre la dimensione prestazionale, intercettando anche quei parametri oggettivi per la garanzia dell'appropriatezza, come definiti dall'art. 1, comma 169, l. 311/2004⁵³ e cioè «*standard qualitativi, strutturali e tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi*». Cioè standard che intercettano anche la dimensione organizzativa nei limiti necessari a garantire l'uniformità di trattamento⁵⁴ e in presenza di «*imperiose necessità sociali*»⁵⁵.

finanziario non può svuotare il nucleo minimo garantito; (iii) le delibere regionali o aziendali non possono predeterminare limiti massimi standardizzati che impediscano la valutazione caso per caso del bisogno individuale; (iv) l'inadempimento genera responsabilità risarcitoria piena, comprensiva del rimborso delle spese sostenute privatamente in caso di inerzia della ASL. È un orientamento che, sul piano della tutela giurisdizionale, conferma la lettura "sostanziale" dei LEA proposta nel testo e si oppone, di fatto, alla loro derubricazione a meri standard di compatibilità finanziaria.

⁵⁰ Corte cost., sent. n. 168/2021.

⁵¹ Corte cost. 168/2021 e 40/2022.

⁵² Corte cost., n. 251/2016

⁵³ L'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004, n. 311, ha previsto la definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e di processo, superando una concezione meramente prestazionale dei LEA.

⁵⁴ Corte cost., nn. 88/2003; 371/2008; 192/2017.

⁵⁵ Corte cost., nn. 125/2015, 192/2017 e 213/2017 nella quale si precisa che «la deroga alla competenza legislativa delle Regioni (...) è ammessa nei limiti necessari ad evitare che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato».

Il quadro relativo alla attuazione della sanità territoriale si complica ulteriormente se si considera il disegno organizzativo previsto nel PNRR che, come rilevato in precedenza, andrà ad innestarsi su realtà organizzative differenziate a livello regionale che, come sottolineato dalla dottrina, si sono caratterizzati in maniera diversa rispecchiando le diverse concezioni assunte a base della riforma tanto del regionalismo quanto della stessa organizzazione sanitaria nella sua dimensione funzionale e strutturale e, non di minore rilievo, dei piani di rientro, e delle richieste avanzate, già prima del Covid, ai sensi dell'art. 116, comma 3, Cost.

Un ulteriore rischio, che certamente non può essere sottaciuto, è rappresentato dalla attuazione della l. 86/2024 sotto altro profilo e, dunque, dalla implementazione di nuove forme di autonomia che si inseriscono in questo quadro segnato da un ampio divario economico-sociale e dalla arretratezza infrastrutturale. È sì vero che fa riferimento alla «*attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, relative a materie o ambiti di materie riferibili ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*», utilizzando così una definizione che lascia pensare che l'autonomia non riguardi blocchi di materie, ma funzioni specifiche, ma è altrettanto vero che un "elenco" è contenuto all'art. 3, comma 3, e che gli emendamenti presentati per introdurre limiti a garanzia dei principi di equità e universalità sono stati respinti e che subordina il trasferimento di funzioni alla determinazione dei LEP, senza chiarirne la natura: standard minimi condizionati dalle risorse disponibili o livelli essenziali di tutela dei diritti. Il richiamo ai vincoli di finanza pubblica – già presente nella legge di bilancio 2023 – sembra orientare i LEP verso una dimensione finanziariamente compatibile, piuttosto che sostanziale, con il rischio di una regressione rispetto ai principi affermati dalla Corte costituzionale.

E certamente non può essere sottaciuto anche il contenuto dell'art. 11 della legge 86/2024 che espressamente prevede che «*l'esame degli atti di iniziativa delle Regioni già presentati al Governo, di cui sia stato avviato il confronto congiunto tra il Governo e la Regione interessata prima della entrata in vigore della presente legge, sono esaminati secondo quanto previsto dalle pertinenti disposizioni della presente legge*» (Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna). La disposizione presenta profili di ambiguità interpretativa, ed è ragionevole presumere che, rispetto al procedimento contemplato all'art. 2 l'accelerazione vada nel senso di non ritenere necessaria la delibera del Consiglio regionale e il parere degli enti locali, con una evidente marginalizzazione del processo democratico regionale, fino a ritenere valido lo schema di intesa definito nel 2018-2019 che riguardava la governance dei SSR, la formazione, la cui disciplina unitaria è a garanzia di un livello adeguato di preparazione professionale come condizione minima di sicurezza rispetto all'attività di cura (sottacendo i profili di compatibilità con il diritto europeo⁵⁶), contratti e attività libero professionale, la rimozione dei vincoli alla spesa sanitaria, in particolare per il personale, e la compartecipazione e il sistema tariffario, con evidenti conseguenze sulla tenuta dell'universalismo e della gratuità del sistema sanitario; il finanziamento del SSR prevedendo nuove forme di finanziamento tramite fondi sanitari integrativi che, saltato il vincolo dell'art. 9 del d.lgs. 502/1992 potrebbero essere strutturati come veri e propri fondi sostitutivi, cioè tali da ricomprendere prestazioni incluse nei LEA ed extra LEA; la politica del farmaco, ovvero la possibilità di definire l'equivalenza terapeutica per principi attivi uguali; la programmazione degli investimenti nel patrimonio edilizio e tecnologico pubblico.

Dunque, è concreto il rischio che si arrivi a una decostruzione del modello Beveridge, con un sicuro incremento della spesa sanitaria oltre che dei divari. Ovviamente non tutte le proposte sono negative. Si pensi alla programmazione dei posti della specializzazione e comunque

⁵⁶ Corte cost., nn. 112/2023, 106/2022 e 36 e 179/2023.

quelle proposte che tendono a rinsaldare il rapporto con il territorio, intervenendo anche nelle aree disagiate, ma certo occorrerebbe una più ampia riflessione sulla rete.

E in questo se si considerano le realtà regionali e le percentuali di adempimento dei LEA, dati emergenti già dalla Griglia dei LEA pubblicata prima che venisse sostituita con i dati disponibili nel Nuovo sistema informativo Sanitario, rispetto al periodo 2010-2019 un sostanziale adempimento dei LEA era garantito soltanto in 5 Regioni (con un valore superiore all'86%); mentre in 4 Regioni e 1 Provincia autonoma il grado di soddisfazione era tra il 78,8% e l'85,9%; in 5 dal 76% al 68,0%; le rimanenti 5 Regioni e la Provincia autonoma di Bolzano presentavano un grado di adempimento dei LEA tra il 67,5% e il 56,3%. Dati cui corrispondono, in maniera inversamente proporzionale, le percentuali di mobilità sanitaria. Criticità che sono sostanzialmente confermate anche nel Nuovo sistema che, come noto, si prefigge di misurare le prestazioni che rientrano nei LEA secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza calcolate sulla base di 88 indicatori per una valutazione multidimensionale, in cui rientra anche l'appropriatezza organizzativa.

I dati del Nuovo Sistema di Garanzia confermano la persistenza di forti diseguaglianze territoriali, in particolare nell'area distrettuale, con una correlazione inversa rispetto alla mobilità sanitaria. Le Regioni storicamente critiche continuano a presentare livelli insufficienti soprattutto nelle aree della prevenzione e dell'assistenza distrettuale, con una correlazione inversa rispetto ai flussi di mobilità sanitaria.

Senza entrare nel dettaglio delle metodologie di calcolo, le Regioni che nel precedente sistema presentavano criticità, le riconfermano nel Nuovo Sistema e per una gran parte risultano inadempienti rispetto ai 3 profili considerati (prevenzione, distrettuale e ospedaliera), con una significativa variabilità delle performance tra le tre aree considerate per alcune Regioni.

In questa situazione, in cui obiettivamente a 20 anni di LEA non sono ridotte le diseguaglianze regionali, è indubbio che il processo di regionalismo differenziato non potrà considerarsi neutrale, soprattutto se si considerano gli impatti sui pilastri della medicina territoriale. Tali criticità risultano particolarmente evidenti se lette alla luce della *value based healthcare* (VBHC)⁵⁷ che misura il valore in termini di rapporto tra *outcome* di salute e costi sostenuti, e il *value for money* è il ritorno in termini di salute e di risorse investite. E così risulta subito evidente come vi sia da un lato un sovra utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci; un sottoutilizzo dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari; un inadeguato coordinamento dell'assistenza; oltre ad acquisti eccessivi. Elementi che esprimono l'esistenza di profonde fratture strutturali che generano solo un indebolimento dei sistemi regionali.

Il quadro delineato segnala il rischio concreto di una frammentazione del modello universalistico, con una progressiva erosione del modello Beveridge.

La sanità territoriale può costituire una reale opportunità solo se accompagnata da un rafforzamento strutturale dell'organizzazione, una visione della appropriatezza come criterio guida, un finanziamento coerente con la dimensione sostanziale con la dimensione sostanziale dei diritti. In assenza di tali condizioni, il combinato disposto di PNRR e regionalismo

⁵⁷ M. E. Porter, E.O. Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006. Sul VBHC nel contesto italiano cfr. Cergas-Bocconi, *Rapporto OASI*, ult. ed.

differenziato⁵⁸ rischia di accentuare le diseguaglianze, compromettendo l'effettività del diritto alla salute su base nazionale.

6. *Appropriatezza, organizzazione e unità del sistema sanitario*

Alla luce delle brevi riflessioni esposte nelle pagine precedenti risulta chiaro come la territorializzazione della sanità non possa essere letta esclusivamente come un processo di riorganizzazione amministrativa o come una mera redistribuzione di funzioni tra centro e periferia. Essa rappresenta, più profondamente, un banco di prova della tenuta costituzionale del Servizio sanitario nazionale e della sua capacità di coniugare efficienza, sostenibilità e tutela effettiva del diritto alla salute e, dunque, universalità. Infatti, se la territorializzazione trova nella localizzazione il suo presupposto strutturale, essa deve trovare nell'appropriatezza il proprio criterio ordinatore. Una appropriatezza che, però, deve superare lo stretto ambito riferito alla "singola cura", per allargare la prospettiva al "servizio" offerto dalla stessa struttura (amministrazione).

Seguendo tale linea di approfondimento si coglie come la stessa efficienza, tradizionalmente declinata secondo la logica costi-benefici, non è di per sé incompatibile con la tutela dei diritti fondamentali; diviene problematica quando assume carattere esclusivo e assorbente, riducendo l'organizzazione sanitaria a strumento di razionalizzazione finanziaria. In questa prospettiva, l'appropriatezza emerge come categoria capace di ricomporre la frattura tra organizzazione e azione, tra struttura e prestazione, tra vincolo finanziario e dimensione sostanziale del diritto alla salute.

L'appropriatezza, infatti, non coincide con la sola correttezza clinica della prestazione, ma implica una valutazione complessiva del contesto organizzativo che rende possibile quella prestazione, la migliore prestazione possibile in quel territorio. Essa richiede che l'azione sanitaria sia il risultato non solo della migliore scelta terapeutica disponibile, ma anche della migliore organizzazione possibile in relazione alle risorse date. In tal senso, l'organizzazione non è un elemento neutro o meramente tecnico, bensì una condizione costituzionalmente rilevante per la garanzia effettiva dei diritti sociali⁵⁹.

Su questo sfondo teorico si è innestata l'analisi dei vincoli finanziari che hanno progressivamente inciso sulla configurazione del sistema sanitario. I piani di rientro, le politiche di contenimento della spesa, la centralità dell'equilibrio di bilancio hanno contribuito a plasmare modelli territoriali fortemente differenziati⁶⁰, accentuando disomogeneità preesistenti. La pandemia ha rappresentato uno stress test che ha reso visibili

⁵⁸ Sul punto cfr. l'analisi di M. D'Angelosante, *I sistemi sanitari regionali alla prova del regionalismo differenziato*, in *AIC*, 1, 2024, 129 ss.; A. Pitino, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia nella materia della salute*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024, 731 ss.

⁵⁹ Il dato imprescindibile per una analisi coerente dei sistemi, tesa a garantire la reale appropriatezza, è rappresentato appunto dalla corretta considerazione della relazione tra autonomia organizzativa ed eguaglianza, prospettiva ancor più rilevante proprio nel godimento dei diritti fondamentali. In senso analogo a quello rappresentato nel testo cfr. A. Pioggia, *Il diritto alla salute...*, cit., la quale evidenzia come il rapporto tra autonomia organizzativa ed eguaglianza nel godimento dei diritti fondamentali costituisca la chiave per comprendere l'incidenza delle scelte regionali sulla consistenza del diritto alla salute (41). Cfr. anche A. Pioggia, *Il "riconoscimento dell'altro" e la pubblica amministrazione. Una prospettiva nell'orizzonte costituzionale della cura*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2025, 51 ss., in particolare 66-67, ove si evidenzia come le pratiche amministrative concrete – anche minute e organizzative – incidano sull'effettività dei diritti e debbano essere lette alla luce dell'art. 3, comma 2, Cost., nella prospettiva della legalità costituzionale.

⁶⁰ Il rischio di una amministrazione sanitaria orientata prevalentemente alla razionalità economica, con compressione della dimensione relazionale e personalistica della cura, è stato evidenziato in dottrina come effetto della progressiva finanziarizzazione dell'azione pubblica. Sul punto sia consentito rinviare alle riflessioni di A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, cit.

tali fratture, mostrando come la debolezza della medicina territoriale non fosse il frutto di contingenze eccezionali, ma il risultato di scelte stratificate nel tempo.

Il PNRR ha tentato di imprimere una svolta, introducendo un disegno organizzativo ambizioso fondato su reti di prossimità, strutture intermedie e integrazione sociosanitaria. Tuttavia, l'analisi dei dati attuativi ha evidenziato uno scarto significativo tra progettazione e realizzazione. La creazione di infrastrutture, pur necessaria, non si è accompagnata a un parallelo rafforzamento del capitale umano e della governance territoriale. La carenza di medici di medicina generale, le diseguaglianze regionali nell'attivazione delle Case di comunità, la persistente mobilità sanitaria interregionale dimostrano che la dimensione organizzativa non può essere ridotta alla sola componente edilizia o tecnologica.

Ne deriva il rischio di una territorializzazione meramente formale, infrastrutturalmente visibile ma sostanzialmente fragile, incapace di incidere sulle dinamiche di presa in carico, continuità assistenziale e integrazione dei servizi. In tale scenario, l'appropriatezza organizzativa rimane un obiettivo dichiarato ma non pienamente realizzato.

La questione assume un rilievo ancora più delicato se collocata nel quadro del regionalismo differenziato e della disciplina dei LEP. Il nodo irrisolto riguarda la natura stessa dei livelli essenziali: se essi debbano essere intesi come soglia minima finanziariamente compatibile o come nucleo invalicabile di tutela dei diritti sociali. La subordinazione della determinazione e dell'aggiornamento dei LEP ai vincoli di finanza pubblica rischia di spostare il baricentro dalla effettività del diritto alla disponibilità delle risorse, invertendo la logica costituzionale che dovrebbe, invece, orientare la programmazione finanziaria alla garanzia dei diritti fondamentali.

In questo contesto, l'eventuale ampliamento delle forme di autonomia differenziata⁶¹ in materia sanitaria non può essere considerato neutrale. Se non accompagnato da una chiara qualificazione sostanziale dei LEP e da meccanismi effettivi di leale collaborazione, esso potrebbe accentuare le diseguaglianze territoriali e favorire una progressiva frammentazione dell'universalismo sanitario. Il rischio non è soltanto quello di una differenziazione organizzativa, fisiologica in un sistema regionale, ma di una differenziazione nell'intensità e nella qualità della tutela del diritto alla salute.

Il combinato disposto tra vincoli finanziari, attuazione parziale del PNRR e autonomia differenziata pone dunque una questione di fondo: quale modello di Servizio sanitario nazionale si intenda preservare. Se il modello Beveridge, fondato su universalità, equità e gratuità tendenziale delle prestazioni, debba essere reinterpretato alla luce delle trasformazioni socioeconomiche, tale reinterpretazione non può tradursi in una regressione rispetto ai principi costituzionali.

La territorializzazione della sanità può rappresentare una straordinaria opportunità di rafforzamento del sistema, a condizione che sia accompagnata da una visione integrata dell'organizzazione, da un investimento strutturale nel capitale umano e da una chiara riaffermazione della natura sostanziale dei diritti sociali. In assenza di tali condizioni, essa rischia di diventare il terreno su cui si consolidano le diseguaglianze, trasformando il luogo di residenza e la capacità economica in fattori determinanti dell'accesso alle cure.

⁶¹ Il tema, come noto, ha dato origine a un ampissimo dibattito. Per tutti sia consentito richiamare le riflessioni di A. Ruggeri, *Autonomia differenziata e unità della Repubblica*, in *Consulta online*, 2019; M. Bordignon, L. Rizzo, G. Turati, *L'autonomia differenziata*, in *Studi e ricerche*, 1, 2023, 287-314; G. Forges Davanzati, *Le basi teoriche dell'autonomia differenziata: una lettura critica*, in *Moneta e Credito*, 77, 2024, 201 ss.; P. Torretta, *La disciplina dei LEP per l'autonomia differenziata (ma non solo) al vaglio della Corte costituzionale. Note a margine della sentenza n. 192/2024*, in *Federalismi*, 13, 2025, 173 ss.; A. Andriopoulou, *Autonomia differenziata e divari di cittadinanza*, in *Federalismi*, 23, 2023.

In definitiva, il tema della sanità territoriale interroga direttamente la capacità dello Stato di diritto di rendere effettivi i propri valori fondativi. L'appropriatezza, intesa come criterio organizzativo e decisionale, può costituire la chiave per ricomporre le tensioni tra efficienza e giustizia, tra sostenibilità e universalità, tra autonomia e unità del sistema. Essa richiede, tuttavia, una scelta di campo chiara: riconoscere che la sostenibilità finanziaria è uno strumento e non un fine, e che l'organizzazione sanitaria, lungi dall'essere un dato neutro, è il luogo in cui si misura concretamente la qualità della democrazia costituzionale⁶².

Solo in questa prospettiva la territorializzazione potrà evolvere da promessa incompiuta a reale strumento di rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, restituendo coerenza tra architettura istituzionale e tutela effettiva del diritto alla salute su tutto il territorio della Repubblica.

⁶² In questa prospettiva, la "cura" diviene categoria capace di collegare organizzazione amministrativa e Stato di diritto, imponendo che l'azione pubblica sia strutturata in modo da rendere effettivi i diritti fondamentali nella concretezza delle relazioni istituzionali. Sul punto cfr. A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, cit.

Il numero del personale del Servizio Sanitario Nazionale: una lettura d'insieme

di Lorena Martini

L'età media della popolazione italiana è una delle più alte al mondo. Gli over 65 oggi ammontano al 24,3% della popolazione totale e si stima che nel 2050 tale percentuale raggiungerà il 34,6%. Gli over 85 potrebbero passare dal 3,9% di oggi al 7,2%. Questo determinerà, certamente, una maggiore incidenza delle patologie cronico-degenerative, con evidenti ricadute negative sullo stato di salute della popolazione e sui costi del Servizio sanitario nazionale (SSN).

In tale contesto affrontare i bisogni sanitari della popolazione assicurando i livelli qualitativi di assistenza definiti dal legislatore non potrà prescindere dalla disponibilità di un congruo numero di medici e di altri professionisti sanitari. La disponibilità di tali risorse umane dovrebbe, inoltre, essere sufficiente ad assicurare i livelli assistenziali definiti anche in circostanze straordinarie come eventi emergenziali. Per disporre di risorse sufficienti, evitando ridondanze che comprometterebbero l'efficienza del sistema in condizioni ordinarie, occorre un'accurata pianificazione volta al corretto bilanciamento delle varie figure professionali, ad una distribuzione territoriale corrispondente a quella della popolazione e una diversificazione proporzionale all'incidenza attesa delle diverse forme nosografiche. Tale pianificazione dovrebbe operare come una leva strategica, che muovendo dalla valutazione numerica del fabbisogno, consideri attentamente e realisticamente la proiezione futura della disponibilità delle varie figure professionali per adottare tempestivamente un sistema di incentivi/disincentivi in grado di influire sullo specifico settore occupazionale. Per questo aspetto, la pianificazione dell'offerta formativa assume un'importanza determinante anche se, come si apprende dall'esperienza di altri paesi europei, per essere efficace deve essere coordinata con l'adozione di un sistema di incentivi in grado di rendere più attrattivi i profili di impiego in cui si prevedono fabbisogni più consistenti.

Negli ultimi due decenni nella maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea (UE) il numero di medici e di infermieri pro-capite è aumentato sostanzialmente. Tuttavia, questo non si è sempre tradotto in una diminuzione delle carenze perché in molti ambiti, nello stesso periodo, si è registrato un incremento del fabbisogno di personale.

Nel 2023 in media nei Paesi dell'UE operavano circa 4,07 medici ogni 1.000 abitanti, rispetto ai 3,1 del 2002 e ai 3,6 del 2012. Nello stesso anno l'Italia ha registrato una media superiore a quella europea, ovvero 5,3 medici ogni 1.000 abitanti. Anche il numero di infermieri è aumentato nella maggior parte dei Paesi dell'UE: nel 2023 in media operavano 8,26 infermieri ogni 1.000 abitanti, rispetto ai 7,3 del 2012. Nel 2023, Irlanda, Finlandia, Germania e Paesi Bassi, hanno registrato il numero più alto di infermieri per 1.000 abitanti. Nel caso della Grecia, che ha registrato il numero più basso di infermieri tra i Paesi dell'UE, bisogna tener presente che i dati disponibili includono solo gli infermieri che lavorano negli ospedali. Nonostante negli ultimi anni si sia registrato un incremento del numero di infermieri anche in Italia, la media per 1000 abitanti, pari a 6,86, continua ad essere inferiore alla media europea di 8,26 infermieri per 1.000 abitanti. Nell'anno 2023 il personale dipendente del SSN ammontava a 701.170 unità di cui 69% donne e 31% uomini. Rispetto all'anno 2019 l'aumento è stato di 51.647 unità di personale (da 649.523 a 701.170), pari al 7,95% del totale.

Questo periodo di espansione ha fatto seguito ad un periodo di progressivo calo che è iniziato nel 2014, raggiungendo un plateau tra il 2016 e il 2019 con una contrazione di circa 30 mila unità. Nella fase di espansione successiva al 2019 si è mantenuta una rimarchevole maggiore presenza delle donne rispetto agli uomini.

Il personale in servizio nel SSN nel decennio 2013-2023



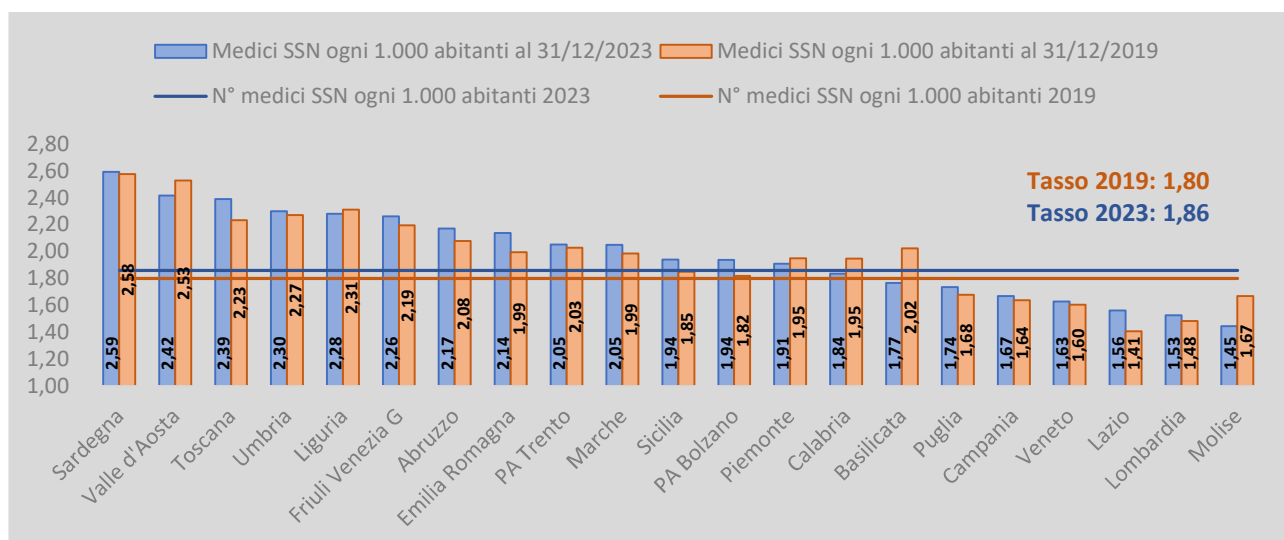
Fonte: Elaborazione Agenas su Conto Annuale (CA) 2013-2023

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) comprende diverse figure professionali suddivise in ruoli: sanitario, tecnico, amministrativo e professionale.

I medici corrispondono a 109.024 unità (46% uomini e 54% donne) mentre gli odontoiatri corrispondono a 152 unità (62% uomini e 38% donne).

Gli infermieri contano 277.138 unità (23% uomini e 77% donne), rappresentando il 39,5% di tutto il personale del SSN.

L'incremento di 51.647 unità di personale del SSN nel quadriennio 2019-2023 include un incremento di 1.980 unità di personale medico. L'analisi dei dati suddivisi per le singole regioni rivela che l'incremento dei medici non si è ripartito omogeneamente. In particolare, si osserva che l'incremento è concentrato nelle regioni più grandi (Lazio, Emilia-Romagna e Toscana) mentre in altre regioni si è registrata una flessione del numero di medici attivi che è risultata particolarmente rilevante nelle regioni più piccole (Molise, Basilicata, Valle d'Aosta) e in Calabria. Nel 2023 il tasso nazionale di medici del SSN per mille abitanti è pari a 1,86 (2019 era 1,80), con un range che varia tra regioni da 1,45 del Molise e 1,53 di Lombardia a 2,59 medici per mille abitanti della Sardegna.



Fonte: Elaborazione Agenas su Conto Annuale (CA) 2023

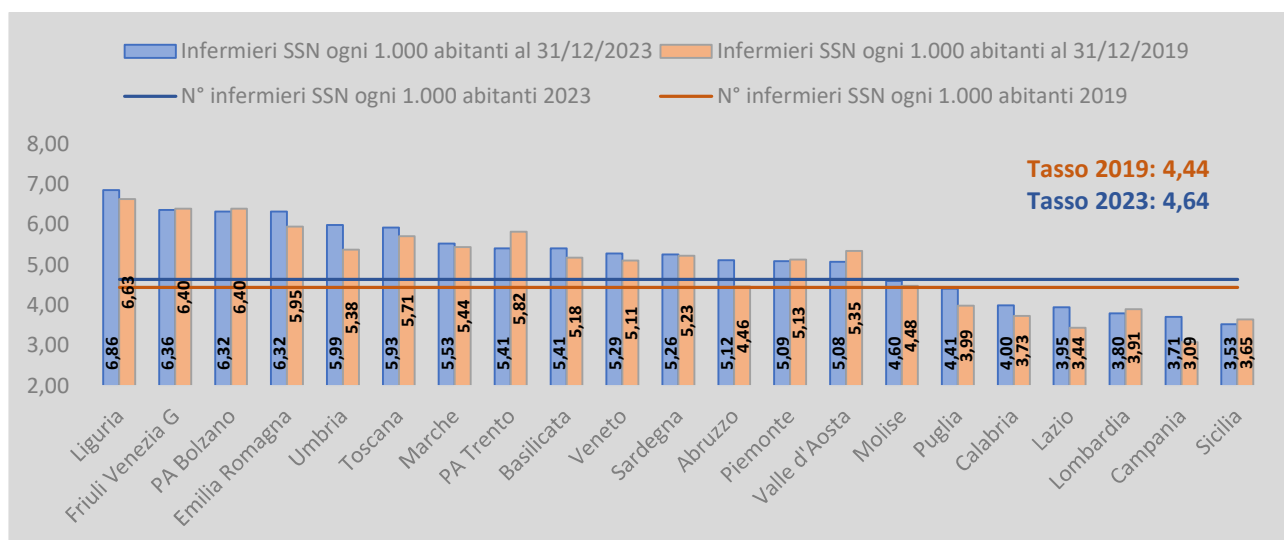
Analizzando la popolazione medica per fasce di età, si osserva che la fascia più “popolata” (15,6% del totale) è quella che va dai 60 ai 64 anni. Questo significa che gli effetti della “gobba pensionistica” sono incombenti. Come sopra ricordato si passerà da circa 870 pensionamenti/anno del biennio 2024-2025 a 2.640 pensionamenti/anno nel triennio 2026-2028 per arrivare a oltre 3.200 pensionamenti/anno nel quadriennio 2029-2033. Ma lo scenario dovrebbe cambiare per effetto della risposta programmatica degli ultimi anni.

In Italia, il numero di laureati in Medicina e Chirurgia rispetto alla popolazione (per 100.000 abitanti) ha già un valore tra i più alti nel confronto europeo: 18.7/100.000, rispetto a 9.9/100.000 di Francia e 12/100.000 di Germania. Il numero di laureati in medicina e chirurgia è andato progressivamente aumentando, passando dai 6.985 laureati del 2014 ai 9.497 dell’anno 2024. Con il Decreto Ministeriale n. 418 del 30-05-2025, recante la disciplina di attuazione delle nuove modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria e Medicina Veterinaria – a.a. 2025-2026, solo dal 13 gennaio 2026 conosceremo il numero esatto degli immatricolati ai corsi di laurea in Medicina e, pertanto, solamente dopo si potranno fare stime in rapporto alla popolazione ed ai futuri laureati disponibili per il sistema sanitario.

Nonostante l’aumento delle borse di specializzazione disponibili, in alcune specialità la saturazione dei posti a disposizione è infatti molto ridotta, prima tra tutti medicina d’emergenza-urgenza (30% dei contratti assegnati), microbiologia l’11% e radioterapia 18%. Considerando che le scuole di specializzazione hanno una durata variabile da 2 a 5 anni, si stima che entro il 2029 i medici specialisti formati che potrebbero restare nel SSN saranno circa 42 mila.

In Italia al 31.12.2023, secondo i dati riportati dal conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, gli infermieri dipendenti del Servizio sanitario nazionale erano 277.138. Tale cifra supera di 8.865 unità gli infermieri presenti nel 2019. L’aumento è concentrato in particolare in Campania, Lazio, Abruzzo, Umbria e Puglia. Al contrario nella Provincia autonoma di Trento, in Sicilia, Lombardia, Piemonte, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia si è registrata una riduzione degli infermieri presenti.

Nel 2023 la media nazionale del numero di infermieri ogni mille abitanti è di 4,64 (nel 2019 era 4,44), con un range che varia da 3,53 della Sicilia a 6,86 della Liguria.



Fonte: Elaborazione Agenas su Conto Annuale (CA) 2023

Il protrarsi del blocco delle assunzioni nelle Regioni in piano di rientro, sinergicamente al tasso di turnover negativo registrato complessivamente nell'ultimo decennio, ha determinato una interruzione dell'alimentazione dei ruoli e di conseguenza un innalzamento dell'età media dei professionisti. Questo fenomeno ha reso disomogenea la distribuzione del personale nelle varie classi di età, determinando una "gobba" della curva del personale che raggiungerà l'età pensionabile. Il fenomeno è ben noto, e indica che nel prossimo decennio vi sarà un drastico depauperamento di personale infermieristico. Questo fenomeno, se non sarà anticipato da efficaci provvedimenti correttivi, determinerà inesorabilmente un ulteriore grave deterioramento della attuale carenza di personale infermieristico.

Considerato che gli infermieri del SSN con più di 55 anni al 31.12.2023 rappresentano il 29,13% del totale, si stima che tra il 2026 e il 2035, saranno circa 78.000 gli infermieri che raggiungeranno l'età pensionabile (considerando come parametro pensionistico 67 anni di età).

Da qualche anno, nonostante l'incremento del numero di posti a bando per i corsi di laurea in Infermieristica, si nota una progressiva riduzione delle domande. Il fenomeno ha toccato l'apice nel 2024 quando si è registrata su base nazionale l'equivalenza fra domande e posti a bando. Il fenomeno ha avuto una distribuzione non uniforme nelle varie aree geografiche del Paese variando da 0,8 domande per posto disponibile nelle Università del Centro-Nord a quasi il doppio nelle Università del Sud. Dal 2013 anche il numero assoluto di laureati in Infermieristica cala costantemente.

La crisi del personale sanitario si inserisce in uno scenario nazionale che risulta complesso sotto più profili. Il primo fattore è rappresentato dall'andamento demografico che non appare favorevole, poiché la percentuale di popolazione di età 0 – 14 risulta fra i più bassi (12,9%) e, pertanto, la popolazione in età lavorativa, al netto della migrazione, si ridurrà ulteriormente fino a raggiungere, nel 2030, l'indice di dipendenza degli anziani più elevato fra i paesi europei.

Dal confronto con le medie EU emerge che attualmente il personale sanitario italiano rapportato alla popolazione è caratterizzato da un numero complessivo di medici superiore alla media europea e da un numero di infermieri insufficiente.

Il protrarsi del blocco delle assunzioni, interrompendo la regolare alimentazione dei ruoli, ha determinato l'innalzamento dell'età media del personale e il conseguente fenomeno della

“gobba pensionistica”. Tale fenomeno, sebbene, riguardi tutto il personale sanitario, appare naturalmente più minaccioso per i profili professionali già carenti ovvero gli infermieri.

L’offerta formativa delle diverse scuole di specializzazione è stata sensibilmente incrementata a partire dal 2018, ma permane un numero elevato di borse non assegnate in specializzazioni di elevata utilità sociale (per es. Medicina Emergenza Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Radioterapia, Microbiologia e Virologia).

Per gli infermieri, nonostante il numero dei posti per i corsi di laurea siano in costante aumento, il numero delle domande di iscrizione decresce di anno in anno, fino al minimo toccato nel 2025 di meno di una domanda di iscrizione per ciascun posto a bando.

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta il fattore produttivo più importante. Un’efficace programmazione delle professioni sanitarie è il tassello fondamentale del sistema, indispensabile per il conseguimento degli obiettivi strategici e funzionali. Trattandosi di una attività cruciale in tutti i sistemi nazionali, da tempo la Commissione Europea finanzia progetti dedicati a questi temi (JAHWF 2013, SEPEN, 2017, HEROES 2023, TASHI 2024, TSI health Hub – workforce 2025) ai quali l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha partecipato e sta partecipando attivamente.

Dirigenza e sanità territoriale

di Gianluca Gardini

1. Alcune premesse necessarie

Nel complesso prisma della dirigenza pubblica, la dirigenza sanitaria gioca un ruolo importante per la tutela del diritto alla salute delle persone, con implicazioni di enorme peso per l'amministrazione e le istituzioni in generale.

La prima premessa da fare, trattando del tema in oggetto, è che la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previsti criteri per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle responsabilità del risultato (art. 15, comma 1, d.lgs. 502/92). La dirigenza sanitaria è disciplinata dal TUPI, salvo quanto previsto dal d.lgs. 502/1992.

Per l'accesso alla dirigenza sanitaria è richiesto il concorso pubblico, sia in dall'art. 97 Cost., che da specifiche disposizioni legislative statali che, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, costituiscono principi fondamentali in materia di tutela della salute (Corte cost. sent.150/2010). In particolare, l'accesso alla dirigenza sanitaria avviene sempre mediante concorso pubblico per titoli ed esami (art. 15, comma 7 del d.lgs. n. 502/1992, che rinvia a quanto prescrive il decreto del Presidente della Repubblica 483/1997). Procedure selettive riservate, che escludano o riducano irragionevolmente la possibilità di accesso dall'esterno, violano il «carattere pubblico» del concorso (Corte cost. n. 34/2004) e, conseguentemente, i principi di imparzialità e buon andamento. Un'eventuale deroga a tale principio è ammessa, secondo la giurisprudenza costituzionale, solo ove sia strettamente funzionale alle esigenze di buon andamento dell'amministrazione (Corte cost. sentt. n. 9/2010 e n. 293/2009).

La seconda premessa da fare è che il dirigente pubblico può essere impiegato anche in ruoli in cui è chiamato ad esprimere essenzialmente la propria professionalità tecnica, anziché la sua capacità gestionale. L'art. 19, comma 1, TUPI riserva in via generale questi compiti (funzioni di studio, ricerca e consulenza) a coloro ai quali non sia affidata la titolarità di uffici dirigenziali, quasi a significare che i compiti del dirigente sono tipicamente quelli gestionali. Questo fenomeno è molto raro nelle amministrazioni tradizionali, dove il dirigente svolge competenze prevalentemente gestionali, mentre è frequente nel settore della sanità, in cui sono considerati dirigenti anche i professionisti responsabili del solo atto medico. «All'atto di prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia» (art. 15, comma 4): ne consegue che tutti i professionisti operanti nella sanità vengono qualificati come dirigenti. Questa scelta radicale è dovuta alla necessità di riconoscere ad essi autonomia operativa e una serie di prerogative, tra cui autodeterminazione e responsabilità delle scelte professionali. Ciò fa sì che nel settore sanitario il numero dei dirigenti sia assolutamente superiore a qualunque altro ambito amministrativo: vi è infatti

sovrapposizione piena tra operatori professionali e dirigenti, con conseguente sovradimensionamento di questi ultimi. Beninteso, non tutti i dirigenti sanitari sono davvero manager, poiché la funzione di direzione e organizzazione delle aziende è riservata ai soli dirigenti medici cui essa viene effettivamente attribuita (art. 15, co. 6 e ss)

La terza premessa da fare è che non tutta l'attività dei dirigenti sanitari è retta da un regime pubblicistico o speciale. Viene qui in rilievo la distinzione tra regime pubblico/privato dell'attività svolta dalla PA, e la clausola residuale di cui all'art. 1, comma 1bis della l. 241/90. Questa distinzione assume particolare rilevanza per la dirigenza sanitaria: nello svolgimento dei «compiti professionali» il dirigente sanitario agisce come organo pubblico, essendo un dipendente del SSN, e come tale deve rispettare le norme di natura pubblicistica che disciplinano l'esercizio delle sue funzioni (accesso per concorso, rispetto principio di legalità, imparzialità, pari trattamento e non discriminazione etc.). Al contrario, nella sua veste di manager, il dirigente sanitario si confronta con la necessità di impiegare le risorse nella maniera più economica ed efficace possibile, e a questo fine si serve di strumenti essenzialmente di tipo privatistico.

2. La struttura della dirigenza sanitaria

Entrando ora *in medias res*, va in primo luogo evidenziato che la scelta della formula aziendalistica avvenuta con il d. lgs. 502/1992 – col passaggio dalle USL alle ASL – segna un distacco rispetto al vecchio “paradigma politico-rappresentativo”: al fine di dare maggiore valore al parametro dell'efficienza, le attività di gestione vengono nettamente separate da quelle di indirizzo politico.

A seguito della modifica introdotta dal d.lgs. 229/1999 (c.d. «decreto Bindi»), le ASL vengono inquadrare come strutture dotate di personalità giuridica pubblica e, allo stesso tempo, di autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato (art. 3). L'azienda sanitaria ha compiti strumentali rispetto agli obiettivi di salute definiti dalla Regione, che attraverso di essa è chiamata a assicurare i livelli essenziali di assistenza.

L'eccesso di politicizzazione delle Unità sanitarie locali, così come disegnate dalla legge n. 833 del 1978, impose una profonda riforma dell'organizzazione della sanità pubblica ispirata ad un modello imprenditoriale ed incentrata sulla primazia del direttore generale. Questa soluzione intendeva dare una caratterizzazione più tecnica al governo territoriale della sanità, sostituendo il precedente modello politico-rappresentativo e valorizzando i principi di efficienza, produttività ed economicità, pertanto viene espressa una opzione a favore di un regime di competitività imprenditoriale applicabile oggi anche al servizio sanitario pubblico.

Al vertice della dirigenza sanitaria si colloca il direttore generale delle aziende sanitarie locali e degli altri enti del SSN. Il d.lgs. 502/92 riserva infatti “tutti i poteri di gestione” al direttore generale, facendone il responsabile della dimensione operativa e gestionale dell'azienda sanitaria di fronte alla Regione, cui sono riservati i compiti di indirizzo (art. 3, comma 6). Fra i poteri di indirizzo politico della Regione rientra la possibilità di indicare “criteri e principi” in materia organizzativa, mentre per il resto la materia è riservata interamente alla competenza del direttore generale, che conforma l'organizzazione della struttura da lui diretta attraverso un “atto aziendale” di diritto privato.

Anche per l'organizzazione, come per l'attività sanitaria, si segnala il peculiare concorso tra fonti pubblicistiche (leggi regionali, atti di indirizzo) e fonti privatistiche (atto aziendale,

regolamenti attuativi). Alle prime spetta l'impostazione del servizio sanitario (macro-organizzazione): distretti, distribuzione dei servizi sul territorio, rapporto aziende sanitarie/ospedaliere, ruolo del dipartimento di prevenzione, composizione del collegio di direzione/comitato dipartimento. Alle seconde spetta la gestione organizzativa, ossia il complessivo funzionamento dell'azienda (micro-organizzazione, dimensione delle strutture, figure responsabili).

In sanità, in definitiva, la distinzione politica/amministrazione si concentra nella figura del direttore generale, cui sono riservati tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'azienda. Vi è tuttavia il riconoscimento di competenze a favore di altri dirigenti: al direttore amministrativo e sanitario compete, rispettivamente, la direzione dei servizi amministrativi e sanitari dell'azienda. Inoltre, la legge riconosce ai direttori di struttura complessa compiti e poteri gestionali in senso proprio (art. 15). Analogamente, poteri di gestione sono riconosciuti anche ai direttori di distretto, di dipartimento, di presidio.

Come si concilia questa distribuzione di competenze con la riserva al direttore generale dell'intera gestione? Attraverso l'atto aziendale (di diritto privato) si rendono disponibile al direttore generale tutte le scelte organizzative sulla distribuzione dei poteri gestionali all'interno dell'azienda, che dunque gli appartengono in maniera solo "astratta".

Posto che il direttore generale deve assegnare agli altri dirigenti quote di potere gestionale, è dunque il caso di soffermarsi ancora, nei limiti qui possibili, sul rapporto che egli ha con la Regione.

3. Il sistema degli incarichi

Per comprendere fino in fondo il modello organizzativo prescelto, occorre approfondire il «sistema degli incarichi» e, più precisamente, le regole sulla scelta del dirigente.

Assai dibattuta è la posizione stessa del direttore generale: nel confronto tra autorevoli studiosi si passa dalla configurazione in termini di «unico esempio di monarchia amministrativa» (Corso, Merusi) a quella di figura di raccordo tra «politica» e «dirigenza» (Pioggia, Boscato). La Corte costituzionale, con la giurisprudenza sul cd. spoils system, sin dal primo decennio degli anni duemila ha via via - non senza contraddizioni - circoscritto il ruolo del direttore generale, negandone il carattere «apicale» (104/2007); successivamente, in una più ampia visuale estesa all'intera dirigenza, ha limitato questo carattere alle sole figure di cui l'organo di governo «si avvale per svolgere l'attività di indirizzo politico» (124/2011), escludendo il loro coinvolgimento nella fase gestionale.

Nell'ultimo quindicennio, si è assistito alla scelta legislativa di procedimentalizzare le modalità di individuazione dei direttori generali, al fine di favorire la pubblicità, la trasparenza, la imparzialità della selezione. Gli interventi legislativi operati con il d.l. 158/2021 (decreto Balduzzi, poi legge 189/2012) e d.lgs. 171/2016 (decreto Madia) sono chiaramente finalizzati a limitare la discrezionalità della Giunta regionale nella scelta del direttore generale, mediante la procedimentalizzazione della selezione e l'aumento dei profili di concorsualità. Questi interventi, inevitabilmente, si pongono in controtendenza rispetto all'aziendalizzazione "radicale" perseguita a suo tempo dalla legge Bindi.

La procedimentalizzazione dei meccanismi di nomina di queste figure induce a domandarsi se essi siano stati modificati a tal punto da poterli oggi ritenere di natura concorsuale, con conseguente assoggettamento delle relative controversie alla giurisdizione amministrativa, ai sensi dell'art. 63, comma 4, del decreto legislativo n. 165 del 2001. Ovvero, se sia ancora

sostenibile — in linea con la giurisprudenza pressoché univoca formatasi sul previgente art. 15-ter — l'idea della non riconducibilità della scelta del direttore generale allo schema della procedura concorsuale. Il d. lgs. 171/2016 si muove nella prospettiva di elevare il livello delle professionalità che governano la sanità e di attenuare il peso delle valutazioni “politiche” nell’assegnazione degli incarichi. Il decreto prevede una vera selezione degli aspiranti che presentino le caratteristiche migliori per svolgere le funzioni richieste. L’intento, ribadito anche nella relazione di accompagnamento al testo normativo, è quello di slegare nomina e revoca degli incarichi dalla “fiducia politica”, per agganciarle «a una valutazione di profilo tecnico finalizzata alla selezione delle professionalità ritenute maggiormente competenti e adeguate a ricoprire l’incarico».

Nella disciplina introdotta dal d. lgs. n. 171/2016 l’elenco degli idonei alla nomina non ha più carattere regionale, ma diviene statale. L’art. 1, comma 2, prevede, infatti, che esso sia istituito presso il Ministero della salute che lo pubblica sul suo sito internet e lo aggiorna ogni due anni. Ai fini della formazione dell’elenco, il Ministro nomina una commissione composta da cinque esperti che durano in carica due anni e non possono essere rinominati (art. 1, comma 4). La commissione è presieduta da un magistrato o avvocato dello Stato individuato dal Ministro, che sceglie anche un altro membro. I restanti componenti sono designati: uno dall’Agenas (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e due dalla Conferenza permanente Stato regioni.

L’aspetto sicuramente più qualificante della nuova disciplina sulle modalità di formazione dell’elenco degli aspiranti direttori generali riguarda il procedimento selettivo e la funzione della commissione. A questa, infatti, non spetta unicamente il compito di verificare l’effettivo possesso dei requisiti richiesti dalla legge. Secondo le attuali previsioni (art. 1, comma 6), la commissione deve procedere ad una vera e propria valutazione dei titoli e dell’esperienza dirigenziale già maturata e assegnare un punteggio alla luce di criteri definiti dall’avviso pubblico, ma a proposito dei quali il decreto fornisce già indicazioni significative. Dalla valutazione di questi aspetti dipende l’assegnazione di un punteggio, e la stessa l’iscrizione all’elenco, possibile unicamente quando la valutazione ottenuta sia superiore a 75 punti.

A livello regionale, poi, è prevista una ulteriore procedura di selezione dei soggetti che possono aspirare alla nomina (art. 2). La Regione rende noto con apposito avviso pubblico l’intento di assegnare un incarico di direttore generale di azienda o di altro ente del servizio sanitario e nomina una commissione di esperti. La procedura, alla quale possono partecipare unicamente gli iscritti nell’elenco nazionale, prevede una valutazione dei titoli da parte della commissione e un colloquio, ad esito dei quali la commissione propone una rosa di candidati. Nell’ambito di questa rosa (tra 3 e 5), infine, la Regione individua il prescelto per l’incarico, motivando le ragioni della nomina in un provvedimento pubblicato nel sito della Regione stessa e dell’azienda. Si assiste così ad una forte limitazione della discrezionalità del vertice politico nella scelta del candidato: di fronte ad un numero di soggetti incaricabili così ristretto, il margine decisionale lasciato alla politica è effettivamente riconducibile alla fisiologica discrezionalità necessaria all’individuazione di quello - fra i candidati tutti egualmente ed altamente qualificati - che appare più rispondente alle esigenze e agli obiettivi indicati dalla programmazione sanitaria di una specifica regione.

4. La scelta dei “direttori” di struttura complessa

La limitazione della politicità della scelta appare ancora maggiore, per non dire assoluta, per quanto concerne i direttori di struttura complessa. Si noti che, fino a qualche anno fa, il

direttore generale godeva di una amplissima discrezionalità nel conferimento e revoca degli incarichi di direzione delle strutture, semplici e complesse. I dirigenti medici — che non sono più responsabili esclusivamente della gestione dell'atto medico, ma amministrano anche il budget per il raggiungimento dell'obiettivo loro assegnato — venivano nominati dal direttore generale al di fuori di una procedura di valutazione comparativa, avendo la giurisprudenza da tempo univocamente affermato che l'art. 15-ter del d.lgs. 502/1992, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, nella sua originaria versione, configurava il provvedimento di conferimento del predetto incarico come atto negoziale, basato su valutazioni fiduciarie e non già su procedura concorsuale. In sostanza, il direttore generale poteva scegliere liberamente attingendo dall'elenco di candidati idonei predisposto (senza attribuzione di punteggi e senza formazione di graduatoria) da un'apposita commissione (da lui stesso nominata!). Secondo l'orientamento giurisprudenziale prevalente, tale procedura non integrava un concorso pubblico e, soprattutto, non pregiudicava la «natura fiduciaria della scelta, fondata sulle capacità professionali e manageriali».

La l. n. 118/2022 rimette completamente in discussione l'effettività del potere di scelta del direttore generale per quanto riguarda gli incarichi di struttura complessa (oggi della durata da 5-7 anni). Con la riforma del 2022, la «scelta del contraente» non è più solo limitata mediante la motivazione, ma è radicalmente esclusa: alla commissione è infatti rimesso il compito di formare una graduatoria di aspiranti, attraverso la valutazione comparativa, e di conseguenza il direttore generale deve «contrattare» l'incarico con chi «ha conseguito il miglior punteggio». (art. 15, comma 7bis). Il risultato è una procedura comparativa, che conduce a una graduatoria di merito basata su un punteggio, ossia una procedura concorsuale a tutti gli effetti. Vista la portata dei cambiamenti, si può quindi arrivare ad affermare che il nuovo comma 7-bis dell'art. 15, d.lgs. n. 502/1992 «sposta» il conferimento dell'incarico di dirigente di struttura complessa dall'ambito privatistico a quello pubblicistico, trasformandolo in concorso pubblico. Con la l. n. 118/2022 si sacrifica il dinamismo organizzativo, voluto per modernizzare l'amministrazione sanitaria, con la finalità di preservare l'imparzialità sul piano «funzionale».

5. Il conferimento di incarichi diversi dalla direzione di struttura complessa (responsabili)

L'impostazione privatistica torna invece a riemergere per gli incarichi «diversi dalla direzione di struttura complessa». Ci si riferisce, in particolare, ai responsabili di struttura semplice, direttori di distretto.

Per i responsabili di struttura semplice, il d.lgs. 502/92 si limita a stabilire la conferibilità dell'incarico «al dirigente con cinque anni di attività con valutazione positiva» (art. 15, comma 4), mentre il contratto collettivo di area, nel regolamentarne il conferimento, impone sia il preliminare avviso pubblico, sia la valutazione comparata dei curricula tanto formativi quanto professionali. Anche qui l'intenzione di limitare la scelta del dirigente è palese, ma occorre guardarsi da facili equivoci: senza una puntuale indicazione normativa, i riferimenti all'avviso pubblico e alla valutazione comparata non sono, in sé, sufficienti ad accantonare il modello privatistico di selezione, per lasciare spazio a quello pubblicistico-autoritativo. Questo perché, secondo la «piana interpretazione» della rt.1, comma 1-bis l. 241/1990, l'operare del regime autoritativo è ammesso solo in presenza di una previsione legislativa espressa, che conferisca all'amministrazione il relativo potere («la PA agisce secondo le norme di diritto privato, salvo che la legge disponga diversamente»). Il fatto per cui la valutazione comparata culmina in «un elenco di meri idonei» non vincola il direttore generale,

il quale, mediante un «atto di conferimento negoziale di diritto privato, esprime una scelta di carattere essenzialmente fiduciario» (da ultima e per tutte, Cass. 4.8.2020, n. 16666).

Si ripropone, sotto questo profilo, il modello del vecchio art. 15-ter del d.lgs.502 del 1992, introdotto dal d. lgs 229/1999, che nella sua originaria versione, configurava il provvedimento di conferimento del predetto incarico come atto negoziale, basato su valutazioni fiduciarie e non già su procedura concorsuale. In sostanza, il direttore generale può scegliere liberamente attingendo dall'elenco di candidati idonei formato da un'apposita commissione (da lui stesso nominata!), conferendo, quindi, l'incarico con scelta di carattere fiduciario affidata alla sua responsabilità manageriale.

6. Il modello di assistenza territoriale

La tanto attesa riforma dell'architettura del servizio sanitario derivante dalla missione 6 "salute" del PNRR (nuove Case ed Ospedali di Comunità; potenziamento dell'assistenza domiciliare; uso della telemedicina; digitalizzazione e interoperabilità dei dati sanitari) è tuttora in mezzo al guado. Comincia ad intravedersi la probabilità che solo le Regioni che potranno destinare proprie risorse aggiuntive alla complessiva riforma dell'assistenza territoriale raggiungeranno risultati realmente innovativi.

Ogni azienda sanitaria ha un proprio territorio di riferimento, rispetto al quale l'offerta di attività sanitarie e sociosanitarie avviene nell'ambito di aree denominate "distretti". Il distretto è individuato dall'atto aziendale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

In particolare, al distretto spetta il compito di coordinare le tre nuove articolazioni dell'assistenza sanitaria territoriale: le Case di comunità, gli Ospedali di comunità e le Centrali operative territoriali. I distretti rispondono pertanto a una concezione funzionale del territorio, essendo sagomati sulla base degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Inoltre, nel contesto distrettuale trova ancoraggio l'integrazione sociosanitaria – spesso invocata dalle norme e poco attuata nella prassi - secondo i principi fondamentali della *community care*, che, anche alla luce della recente riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, rappresenta l'approccio al quale si dovrebbe tendere. Questa impostazione richiede una significativa collaborazione con gli enti locali, con gli altri enti pubblici presenti nel territorio e con i soggetti del terzo settore, considerati parte attiva del sistema di offerta e di presa in carico dei bisogni della comunità.

Come si è osservato «[i]l distretto non è tanto un nuovo livello operativo ma rappresenta un'entità inedita, un "sistema a produzione personalizzata" proprio perché deve adattarsi alle esigenze delle singole persone in un dato ambito. Il concetto di distretto evoca quindi l'idea di una partizione organizzativa non improntata unicamente alla produzione efficiente di servizi, ma anche alla lettura appropriata dei bisogni. Il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale» (art. 3-quater, c. 2).

A capo dell'organizzazione dei distretti si prevede un direttore, nominato dal direttore generale tra "i dirigenti dell'azienda che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e una adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato da almeno dieci anni" (art. 3sexies d.lgs, 502/92). Il direttore del distretto, in

questo quadro, ha il compito di realizzare le indicazioni della direzione aziendale, di garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale, oltre che di gestire le risorse assegnate al distretto, di supportare la direzione generale nelle relazioni con i sindaci dell'area.

In assenza di indicazioni diverse, anche in questo caso si riepanda il potere privatistico di nomina del direttore generale, che può pertanto scegliere il direttore di distretto in modo fiduciario, senza l'osservanza di specifiche procedure di selezione o valutazioni comparative. Anche qui, il provvedimento di conferimento del predetto incarico è considerato come atto negoziale, basato su valutazioni fiduciarie e non già su procedura concorsuale.

7. Alcune brevi (e parziali) conclusioni

A seguito dell'aziendalizzazione e dalla contrattualizzazione dei rapporti di lavoro, il potere di nomina/conferimento all'interno delle aziende sanitarie è considerato una manifestazione di rapporto negoziale tra privati, caratterizzato da libertà nelle scelte. Nella logica della «privatizzazione, il legislatore chiama il dirigente a «fare» l'organizzazione nella sua concretezza gestionale, sulla base degli indirizzi formulati dai vertici politici. Per questo il direttore generale deve essere messo in condizione di esprimersi «liberamente», per poi venire sottoposto a verifica nella sintesi della sua capacità gestionale, ossia negli esiti prodotti. Nell'ultimo quindicennio si è assistito alla scelta legislativa di procedimentalizzare le modalità di individuazione sia del direttore generale che dei dirigenti di struttura complessa, al fine di favorire la pubblicità, la trasparenza, la imparzialità della selezione. Questi interventi si pongono in controtendenza rispetto all'aziendalizzazione «radicale» e si muovono nella prospettiva di elevare il livello delle professionalità che governano la sanità, attenuando il peso delle valutazioni «politiche» nell'assegnazione degli incarichi. Vanno perciò salutati con favore.

A riguardo, tuttavia, si rilevano due evidenti anomalie.

La prima è che anche ai dirigenti con soli incarichi professionali viene estesa una responsabilità di risultato, basata sull'adeguato svolgimento dell'attività professionale. Questa soluzione non appare coerente, vista l'assenza di obiettivi gestionali in capo a questi soggetti.

La seconda riguarda la procedimentalizzazione delle nomine. Gli interventi legislativi del 2012 (decreto Balduzzi) e 2016 (decreto Madia) sono chiaramente finalizzati a limitare la discrezionalità della Giunta regionale nella scelta del direttore generale, mediante la procedimentalizzazione della selezione e l'aumento dei profili di concorsualità. La limitazione della politicità della scelta appare ancora maggiore in riferimento al direttore di struttura complessa, la cui scelta deve necessariamente cadere sul candidato che ottiene il punteggio migliore.

Appare difficile da comprendere, tuttavia, la coerenza complessiva dei cambiamenti introdotti. Mentre è comprensibile e condivisibile la scelta di recuperare i principi dell'evidenza pubblica, imponendo una necessaria distanza tra i vertici politici e il direttore generale, da un lato, e tra il direttore generale e i direttori di struttura complessa, dall'altro, risulta in qualche modo contraddittoria la soluzione di mantenere il modello privatistico – con il corrispondente potere fiduciario di nomina - per le nomine dei direttori di struttura semplice e dei direttori di distretto. E' pur vero che queste figure svolgono attività gestionali di rilevanza marginale rispetto al direttore generale e ai direttori di struttura complessa, ma è

altrettanto vero che risultano centrali per la soddisfazione dei destinatari finali delle prestazioni sanitarie, visto che è su di esse che grava il compito fondamentale di riempire di contenuto la relazione di cura e assistenza con le persone, l'appropriatezza degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

È dunque paradossale che questi dirigenti, che sono in prima linea nel fornire risposte appropriate ai bisogni di cura della popolazione, continuino ad essere scelti fiduciarmente, in base a regole privatistiche. Sembrerebbe anzi logico il contrario: se è comprensibile che la gestione manageriale di strutture sanitarie richieda la mimesi di criteri imprenditoriali, scendendo verso il basso, avvicinandosi cioè ai destinatari –i.e. alle persone - la relazione di cura e assistenza dovrebbe essere assistita da criteri di scelta rigorosamente tecnici e meritocratici. La nomina dei direttori di struttura semplice e dei direttori di distretto, insomma, dovrebbe passare attraverso una valutazione comparativa regolata dal diritto pubblico, per assicurarne la competenza e le capacità, mentre il modello che si è qui cercato sommariamente di descrivere appare radicalmente rovesciato.

Assistenza territoriale e medici di medicina generale

di Fabio Giglioni

1. Introduzione

Tra le categorie professionali che agiscono in convenzione per conto del servizio sanitario nazionale quella dei medici di medicina generale si distingue per essersi caratterizzata sin dall'inizio tanto problematica quanto centrale al funzionamento complessivo dell'organizzazione pubblica. Non è raro assistere a confronti pubblici sempre molto animati tra le rappresentanze dei vari ordini medici circa l'opportunità che i medici di medicina generale siano integrati stabilmente nel servizio sanitario nazionale. Alle tradizionali resistenze dei medici di medicina generale si contrappongono spesso i medici che operano nelle strutture territoriali del servizio sanitario nazionale che lamentano l'assenza di una cultura da servizio pubblico di una componente essenziale del sistema sanitario. Questo antagonismo perenne, fatta eccezione per i primi anni dell'istituzione del servizio sanitario nazionale, è rimasto però a lungo latente, limitato agli operatori e non ha interessato troppo le politiche pubbliche.

Recentemente, però, in occasione della pandemia da Covid-19, il livello di attenzione è tornato a crescere a seguito di un'iniziativa promossa dalle Regioni che hanno posto di nuovo al centro la questione chiedendo al Governo di assumere nuove iniziative legislative al fine di governare meglio le esigenze di coordinamento che si pongono sul territorio. Dopo che durante tutto il 2025 sono trapelate notizie circa un progetto legislativo di ridefinizione dell'inquadramento del ruolo dei medici di medicina generale nell'ambito del servizio sanitario nazionale, il 13 gennaio 2026 il Consiglio dei Ministri ha licenziato un disegno di legge delega che all'art. 2, c. 1, lett. n), prevede il riordino della disciplina al fine di favorire la valorizzazione dell'apporto dei medici di medicina generale nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale. Si tratta, però, di indicazioni oggettivamente indefinite da cui è difficile trarre, come sarebbe dovuto, chiari principi e criteri direttivi che permettano di vedere in quale direzione si andrà.

Di sicuro il tema del ruolo dei medici di medicina generale è tornato all'attenzione del governo nazionale e dei governi regionali, anche se le voci delle forze politiche, a differenza del passato, restano piuttosto afone, collocando così il dibattito a questione "tecnica" anziché pubblica e politica come sarebbe necessario.

2. Sommatoria descrizione del quadro disciplinare e organizzativo

L'alterità tra medici di medicina generale e servizio sanitario nazionale risale, come è noto, all'origine della creazione del sistema pubblico di garanzie della salute, avvenuto nel 1978. A stabilire una delle differenze più profonde tra il sistema sanitario nazionale e il precedente modello organizzativo di assistenza sanitaria è stato certamente l'investimento significativo posto sull'assistenza territoriale. La ramificazione territoriale dei presidi sanitari, iscritti in un

sistema di coordinamento unico, manifestava la chiara intenzione di superare la tradizionale logica di mera assistenza per passare a un'idea globale di salute, che comprendeva anche una politica attiva mirata alla prevenzione e alla riabilitazione per re-attivare quello che ancora oggi l'art. 2, c. 2, l. n. 833 del 1978 individua come obiettivo fondamentale: il contrasto ai disequilibri sociali presenti sul territorio. Di fronte a un progetto così ambizioso l'organizzazione dei servizi dispiegati sul territorio necessitava di un profondo ripensamento.

La soluzione realizzata nella nuova sfida è stata quella di non inquadrare tutti i servizi nell'ambito del sistema pubblico, lasciando fuori - salvo convenzioni - i medici di medicina generale, che costituiscono un tassello molto rilevante per l'assistenza territoriale. Si può dire, pertanto, che al momento di costituire il servizio sanitario nazionale è stato scelto di polarizzare il sistema di assistenza territoriale su due "pilastri" raccordati tramite convenzioni: quello dei distretti territoriali, facenti parte di quelle che sono oggi le aziende sanitarie locali (d'ora in poi, asl), e quello dei liberi professionisti rientranti nella categoria dei medici di medicina generale.

In realtà, a ben vedere, quanto rappresentato è il risultato consolidato di un processo dinamico che ha coinvolto autorità di governo e rappresentanze sindacali, giacché il legislatore del 1978 non aveva optato per un'univoca direzione. Nell'ancora vigente art. 25, c. 3, l. n. 833 del 1978, si legge che l'assistenza medica generica e pediatrica può essere assolta «dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale», lasciando così intendere che il legislatore non si era determinato del tutto. Alla base di questa mancata scelta ha giocato un ruolo fondamentale la sfiducia collettiva e la negativa resa dell'esperienza dei "medici delle mutue", di cui i medici di medicina generale sono i diretti discendenti; lo scontro delle origini tra chi voleva cancellare definitivamente l'esperienza dei medici delle mutue e le rappresentanze sindacali dei medici di famiglia ha determinato il compromesso menzionato.

Tuttavia, ciò che conta davvero è che la disciplina dei medici di medicina generale è stabilmente impiantata su un sistema di grande originalità fondato su una struttura rigida e scalare costituita da accordi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali, convenzioni regionali e convenzioni individuali, secondo una sequenza che non ammette in alcun modo deroghe alla gerarchia delle fonti. Pertanto, si è consolidato nel tempo un sistema di regolazione atipico che copre di fatto quasi tutto lo spazio delle regole che concerne la professione e il rapporto con il servizio sanitario nazionale. Si noti, infatti, che, pur essendo su base negoziale, tale sistema regolativo è in grado di opporre resistenza ai tentativi di innovazione, come fanno bene le regioni che hanno provato ad autorizzare le aziende sanitarie a introdurre riduzione dei compensi per esigenze di contenimento della spesa pubblica e di compatibilità con gli obiettivi di costi.

La relazione giuridica consolidata è quella della parasubordinazione, la cui forza, come ha più volte sottolineato la Corte costituzionale ma anche gli studiosi del diritto del lavoro, è di fatto non dissimile da quella che si registra nei rapporti di dipendenza. Malgrado sia vero che il quadro regolativo lascia ai medici di medicina generale la libera disposizione dei mezzi di produzione, tipica dei lavoratori autonomi, l'esercizio dell'attività è accompagnato da vincoli molto stringenti, che non rendono possibili prestazioni svolte per conto di strutture private e farmacie e che limitano di molto anche la libera professione. La forte relazione che i medici di medicina generale stabiliscono con il servizio sanitario permette che i loro ambulatori e le loro strutture siano considerate a tutti gli effetti presidi funzionali del servizio sanitario nazionale.

A conclusione di questa sommaria descrizione della disciplina si mette in evidenza che i medici di medicina generale rappresentano una delle poche categorie professionali sanitarie il cui legame con gli utenti è fondato sulla fiducia, così che il rapporto è liberamente scelto,

giustificando la ragione per la quale tali medici e i pediatri sono denominati anche “medici di fiducia”.

3. Le principali questioni aperte

Ricordati alcuni punti essenziali dell’attuale disciplina dei medici di medicina generale, risulta utile indicare quali siano le principali questioni da considerare con riferimento a questa categoria professionale per poi verificare se e in che modo le attuali politiche in materia sanitaria attuate in base al PNRR le affrontano. Si indicano in proposito cinque aspetti che appaiono particolarmente critici.

Il primo nodo è la rigidità del modello di regolazione già descritto precedentemente. Aver assegnato tutto lo spazio di regolazione al raggiungimento di accordi e convenzioni senza lasciare praticamente alcun margine all’etero-regolazione significa aver assegnato un potere di condizionamento regolativo alle rappresentanze sindacali della professione, praticamente indissolubile. Ne ha dato prova la riforma Balduzzi del 2012 che, per entrare pienamente in vigore, ha dovuto aspettare l’accordo collettivo nazionale raggiunto solo nel 2024. A parte alcune sperimentazioni regionali, le aggregazioni funzionali territoriali e la costituzione delle unità complesse di cura primaria hanno stentato a trovare concreta attuazione, nonostante le chiare previsioni presenti nel d.l. n. 158 del 2012. Parimenti è da considerare impossibile per le regioni chiedere servizi e prestazioni aggiuntive o rimodulate da parte dei medici di medicina generale senza passare per lo strumento convenzionale. Si tratta di un condizionamento non facilmente rintracciabile per altre categorie.

La seconda questione attiene al tasso di ricoveri inappropriati presso le strutture ospedaliere. A tal proposito esistono dati consolidati che dimostrano come ancora oggi l’accesso agli ospedali non corrisponde adeguatamente alle funzioni che le strutture ospedaliere dovrebbero assolvere. È convinzione comune e diffusa che tra le ragioni di questa distorsione vi è un’inadeguata capacità di filtro sul territorio e uno scarso coordinamento tra i servizi territoriali.

La terza questione è complementare alla seconda: lo scarso coordinamento tra medici di medicina generale e servizi territoriali si misura anche sul piano delle politiche di prevenzione e su quelle di riabilitazione. In merito alle prime, è sufficiente ricordare l’incredibile dispersione del patrimonio informativo dei pazienti che i medici di medicina generale hanno, in nessun modo valorizzato da un collegamento attivo con i servizi del territorio e anche con le amministrazioni locali e regionali. Manca totalmente qualsiasi strumento che metta in connessione le informazioni relative allo stato di salute e alle condizioni familiari e sociali dei pazienti, impreziosite peraltro spesso dalla continuità temporale dell’assistenza, con i servizi presenti sul territorio in capo alle ASL. In aggiunta a queste carenze si deve constatare una certa diffidenza delle rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale verso i distretti sanitari, ritenuti incapaci di assicurare una corretta presa in carico dei pazienti, che spesso li induce anche a suggerire percorsi terapeutici fuori dall’ambito del servizio sanitario nazionale.

La quarta questione riguarda la crisi di vocazione della professione. Negli ultimi dieci si conta una diminuzione del personale professionale pari a diecimila unità e altri settemila e trecento se ne prevedono entro il 2027, a fronte di un fabbisogno stimato di 5500 unità aggiuntive. In alcune regioni il 40% delle borse messe a disposizione per l’avvio dei percorsi di formazione preliminare è andato deserto. Già oggi più della metà dei medici di medicina generale supera

il numero massimale dei pazienti a carico. Alla disaffezione verso la categoria contribuiscono oggettivamente anche i percorsi di professionalizzazione che restituiscono l'immagine di una condizione diseguale rispetto agli altri medici e agli "ospedalieri" in particolare, testimoniata da borse di studio più povere e incompatibili con l'attività professionale, corsi di formazione regionali anziché universitari e procedure di selezione fondate solo su titoli.

Infine, la quinta questione è legata a un'inedita competizione con l'offerta privata che sta andando ben oltre il tradizionale campo dell'assistenza giungendo a interessarsi anche a quello dei servizi primari. Ricorre sempre più di frequente assistere nelle città a un'offerta privata aggressiva, che entra in nuovi territori non più collegati alle sole prestazioni di cura. Tale processo si affianca anche al cambiamento dei costumi sociali con i più giovani che sempre meno passano dal medico di medicina generale per avere un consulto affidandosi a sistemi di automedicina. La stessa telemedicina, che pure potrebbe costituire una risorsa importante, finisce invece per essere un'arma "a doppio taglio".

4. Valutazione delle misure principali in materia sanitaria

Se si confrontano le principali politiche sanitarie in corso con le suddette questioni, si possono desumere le seguenti considerazioni.

Con riferimento all'atipico impianto di regolazione non si registra nessuna iniziativa specifica di revisione. Il disegno di legge approvato a inizio del 2026, di cui si è fatto cenno all'inizio di questo scritto, presenta i limiti di indeterminatezza già sottolineati e allo stato appare pertanto inconsistente rispetto a questo specifico punto. Il problema è che di fronte alla rigidità di questo sistema di regolazione è di fatto esclusa la capacità regolativa delle regioni di adattare al meglio l'impiego di medici di medicina generale rispetto alle esigenze del territorio, salvo raggiungere accordi in sede di convenzione.

Per quanto concerne i ricoveri inappropriati il sistema sanitario è attualmente impegnato all'attivazione delle case di comunità, che dovrebbero permettere quel filtro del territorio idoneo a limitare l'inappropriatezza dei ricoveri. Tuttavia, su questo processo pesano molte incognite. In primo luogo, la consistente riduzione del numero inizialmente programmato, in virtù delle revisioni determinate dal confronto con la Commissione europea in sede di negoziazione dei finanziamenti, non permette di comprendere l'impatto sull'esito finale e l'adeguata diffusione finale di queste strutture. In secondo luogo, molti hanno osservato come la clausola di invarianza finanziaria presente nel d.m. 77 del 2022 produrrà i suoi maggiori effetti quando le risorse PNRR termineranno e si entrerà nella fase operativa delle case di comunità. In terzo luogo, è ancora molto discusso se le nuove strutture sanitarie costituiranno davvero una novità nel panorama delle strutture del servizio sanitario nazionale o se finiranno per replicare dei meri modelli ambulatoriali polivalenti, senza apportare significative novità in termini di presa in carico del territorio dei pazienti con patologie cronicizzate. Il potenziamento del fascicolo sanitario elettronico, pure in corso, non riesce ancora a superare gli ostacoli della protezione dei dati personali e, pertanto, non rappresenta ancora un mezzo davvero utile a compensare le carenze ricordate.

In questo senso sono parziali anche le misure in campo per vincere l'isolamento dei medici di medicina generale dai servizi distrettuali, tanto per le funzioni di prevenzione quanto per i servizi sociosanitari integrativi. Delle prime non si trovano praticamente riscontri, fatta eccezione per qualche limitata campagna regionale di screening, che tuttavia non ha alcun impatto sul piano della riorganizzazione complessiva del rapporto con il servizio sanitario

nazionale. Sull'integrazione con i servizi sociosanitari sono ora impegnate le regioni in sede di attuazione del d.m. n. 77 del 2022. Tuttavia, la disciplina nazionale non è priva di lacune che rendono difficile realizzare gli obiettivi auspicati. Si fa qualche esempio: a) la strutturazione dei medici di medicina generale rilanciata dall'accordo nazionale del 2024 per aggregazioni funzionali territoriali e unità complesse di cure primarie appare del tutto disancorata dalle case di comunità, finendo così o per apparire qualcosa di profondamente alternativo o per stabilire una totale sovrapposizione, ma entrambi gli esiti hanno poco a che vedere con le indicazioni del primo allegato del d.m. 77/2022; b) mancano dettagli giuridici importanti sulla relazione tra medici di medicina generale e case di comunità per cui al momento è solo noto che il collegamento sarà funzionale e fondato su un numero di ore settimanali, ma non è precisato esattamente come tale servizio sarà garantito dai medici di medicina generale. Per quanto è dato constatare, inoltre, al momento molte regioni stanno rinviando le scelte su questo punto, altre delineano soluzioni differenziate assegnando ai medici di medicina generale ora il coordinamento dei servizi domiciliari, ora il coordinamento delle centrali operative territoriali e degli infermieri di famiglia, ora le unità di continuità assistenziale. Malgrado sia presto per esprimere un giudizio definitivo, quel che emerge è però la constatazione che le differenze regionali torneranno a essere replicate pregiudicando uno degli obiettivi principali del ridisegno dell'assistenza territoriale che avrebbe dovuto giungere a una maggiore omogeneità.

Le politiche attualmente in corso non affrontano le serie questioni di disaffezione della categoria professionale. In vista non ci sono provvedimenti che intervengano sui processi di riqualificazione della professione, né adeguamenti del finanziamento delle borse di studio. Le uniche misure straordinarie, avallate anche dalla giurisprudenza costituzionale, sono quelle che hanno riguardato una maggiore flessibilità da parte delle regioni nell'utilizzare il personale medico per fronteggiare le carenze del servizio, con provvedimenti in deroga ai rigidi limiti di incompatibilità. Sono, tuttavia, soluzioni ammesse solo perché temporanee.

Infine, i nuovi rischi derivanti dall'inedita concorrenza dell'offerta strutturata privata e il cambiamento dei costumi sociali sono al momento ignorati nelle politiche pubbliche sanitarie e, per giunta, sono utilizzati proprio dalle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per rivendicare una maggiore autonomia che permetta loro di fronteggiare più adeguatamente tale concorrenza, con un risultato complessivo che non potrebbe che essere di ulteriore allentamento del coordinamento territoriale con il servizio sanitario nazionale.

5. Limiti persistenti e una proposta

Alla luce di questa breve disamina si possono trarre alcune sintetiche conclusioni non troppo confortanti. L'attuale quadro regolativo assegna ai medici di medicina generale una funzione essenziale di servizio pubblico che non appare facilmente superabile nell'assetto attuale, stante la loro capillarità (anche se non sempre garantita) sul territorio e la relazione di fiducia con i pazienti, che costituisce un valore soprattutto per le fasce sociali più deboli. Allo stesso tempo, però, questa struttura organizzativa costituisce un limite significativo per gestire con la necessaria forza gli squilibri territoriali, le differenti urgenze epidemiologiche del territorio, l'integrazione con gli altri servizi e il maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle politiche pubbliche attive territoriali.

Le esigenze di coordinamento con i servizi territoriali continuano a essere considerate solo parzialmente e, comunque, in modo insufficiente rispetto a quelle che sarebbero le reali necessità. Non è delineata nessuna funzione di pivot dei medici di medicina generale, neppure

per i pazienti con patologie cronicizzate, né, tuttavia, appaiono queste le rivendicazioni delle organizzazioni sindacali, che, anzi, sembrano orientate a chiedere ancora più libertà e maggiore autonomia, disancorando il rapporto già tenue esistente con i distretti sanitari. D'altra parte, a controbilanciare tali tendenze mancano iniziative che provino a rilanciare la qualificazione della professione, quantunque sia legittimo anche sospettare che in parte le resistenze provengano dalle stesse organizzazioni sindacali che, ad esempio, esercitano un potere gestionale rilevante nell'ambito dei percorsi regionali di formazione.

Nel complesso, dunque, quanto si sta realizzando è destinato con tutta probabilità a mantenere lo *status quo*, con un aggravante, però: la crisi di vocazione della professione rende sempre più evidenti le carenze fino al punto da considerare a rischio la permanenza attuale dei servizi essenziali, già ora d'altra parte fortemente compromessi come si è ricordato dianzi con riferimento ai dati e alle precedenti sentenze della Corte costituzionale.

Ci si chiede in conclusione se non possa alla fine risultare utile quell'ambiguità dell'attuale assetto legislativo sottolineato all'inizio di questo scritto con riferimento all'art. 25, c. 3, l. n. 833 del 1978. Si potrebbe, cioè, ipotizzare l'introduzione di un regime differenziato e specializzato dei medici di medicina generale che affianchi quello attuale. Si potrebbe prevedere, ad esempio, senza apportare modifiche legislative, che il servizio sanitario nazionale proceda all'assunzione dei medici di medicina generale da impiegare all'interno delle case di comunità, riservando a questi ultimi il compito di definire i piani personalizzati di assistenza per i pazienti con patologie cronicizzate, realizzando l'integrazione con gli altri servizi territoriali e fungendo da canale di comunicazione con i medici di medicina generale convenzionati per sviluppare le politiche attive di prevenzione. L'articolazione della professione su un doppio regime, uno di dipendenza e uno autonomo, sarebbe collegata a esigenze funzionali diverse, entrambe essenziali per il servizio pubblico. L'introduzione di questo "doppio canale" sfrutterebbe anche la diversa disponibilità delle generazioni interessate, dal momento che da rilevazioni delle opinioni sembrerebbe che ci sia una diversa predisposizione delle giovani generazioni alla relazione della dipendenza. La soluzione prospettata permetterebbe ai medici di medicina generali dipendenti di realizzare quella integrazione più stretta con i servizi territoriali attraverso figure stabilmente finalizzate a tale scopo e, allo stesso tempo, l'appartenenza alla comune categoria professionale potrebbe rendere più agevole la comunicazione e il raccordo con i medici generalisti autonomi per lo sviluppo di piani di prevenzione e di assistenza dedicati ai pazienti.

Questo sviluppo, tuttavia, dovrebbe anche affrontare gli attuali limiti che pesano sul prestigio della professione dei medici di medicina generale, superando lo storico disequilibrio con le altre professioni mediche e adeguando anche il livello di retribuzione.

Un'ipotesi di questo tipo risulterebbe ostacolata dalla già citata clausola di invarianza finanziaria, ma d'altra parte è facile controbattere che una reale riforma che voglia affrontare i gravi e urgenti problemi sollevati non ha nessuna possibilità di successo senza un investimento anche di carattere finanziario. Si tratta di scelte politiche, che come tali sono sempre possibili.

Bibliografia essenziale

Balduzzi R., Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni, in *Corti supreme e salute*, 2022, 2, 461 ss.

Bozzao P., Il medico di medicina generale: profili lavoristici, in *Ist. fed.*, 2024, 897 ss.

- Caldirola D., Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territo-riale, in Jus-online, 2022, 161 ss.
- Ciulli I., I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale, in Ist. fed., 2024, 849 ss.
- Conticelli M., I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive, in Ist. fed., 2024, 829 ss.
- Donato G., Quale ruolo per il medico di famiglia nel nuovo assetto delle cure primarie?, in G. Razzano (a cura di), La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive, Napoli, Jovene, 2024, 147 ss.
- Giglioli F., I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale, in Ist. fed., 2024, 875 ss.
- Jorio E., Servetti D., La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazio-ne regionale, in Corti supreme e salute, 2019, 2, 259 ss.
- Mari C., Le convenzioni dei medici di medicina generale: natura giuridica, contenuto e criticità, in Ist. fed., 2024, 925 ss.
- Mete R., Il distretto e la sanità pubblica: prospettive future, in G. Razzano (a cura di), La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive, Napoli, Jovene, 2024, 169 ss.
- Taroni F., Prima e dopo quel difficile dicembre 1978, in Corti supreme e salute, 2018, 3, 539 ss.
- Tubertini C., L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni, in Lavoro e diritto, 2024, 3, 393 ss.
- Vicarelli G., Professioni e Welfare State: i medici generici nel Servizio Sanitario Nazionale, in Stato e mercato, 1985, 93 ss.
- Vicarelli G., Medicus Omnium. La costruzione professionale del Medico di medicina generale (1945-2005), in C. Cipolla, C. Camposanto, W. Tousin, I medici di medicina generale in Italia, Milano, Franco Angeli, 2006, 69 ss.

Sanitari ‘privati’ e sinergia con il Servizio Sanitario Nazionale

di Martina Conticelli

1. Il tema, l’oggetto, i principali interrogativi

Il tema che occupa le pagine di questo capitolo non solo è centrale nella considerazione dell’attuale assetto del servizio sanitario italiano, ma è destinato ad acquisire maggiore rilievo nel prossimo futuro. Il presupposto di questa ipotesi - e di conseguenza la rilevanza dell’oggetto di questo contributo - sono davanti agli occhi di tutti.

Il ricorso di sanità privata è in aumento. Per diffusione, forme ed entità, il fenomeno ha caratterizzato la storia sanitaria dell’ultimo decennio. Ciò avviene sempre più tanto in occasione di una visita specialistica quanto in occasione di un esame diagnostico, quando anche di un intervento chirurgico.

Se il dato può sembrare banale, i termini e il significato lo sono meno, soprattutto nella prospettiva del rapporto – sinergico o meno – rispetto al servizio sanitario pubblico. Quando si parla di sanità privata, infatti, occorre tenere a mente diversi riferimenti. Primo tra tutti è quello solitamente rappresentato dalla spesa cd. privata e dalla domanda di prestazioni rivolta a strutture o professionisti altrettanto privati. Ma la realtà è più complessa.

Se si muove dall’inquadramento generale, quella di cui parliamo oggi è una materia che racchiude un oggetto sconfinato, la cui analisi attraversa molti e diversi ambiti del diritto sanitario e molti e ulteriori del diritto amministrativo, più in generale.

Rispetto a tale ampiezza di contesto e di prospettiva, sarà facile comprendere quanto l’economia del presente lavoro richieda uno sforzo di sintesi per il quale è essenziale procedere dapprima con qualche riflessione preliminare sulle premesse e sulle definizioni, nonché di attenersi, poi, ad alcune scelte in chiave semplificatoria. Quali che siano gli effetti benefici dell’apporto privato, e se quest’ultimo possa risultare in sinergia rispetto al pubblico servizio, è questione – fondamentale – che tuttavia riceverà in questa sede solamente un primo inquadramento, più che una risposta definitiva.

L’operazione complessiva è necessaria anche per un secondo motivo e per altro verso.

Diversamente, infatti, la strada indicata nel titolo del Capitolo rischia anche di trasformare il tema in un oggetto sfuggente: così è soprattutto se si va oltre l’argomento delle relazioni organizzative e si decide, piuttosto, di concentrarsi sulle prestazioni e sulle professioni.

Date queste pur rapide premesse, definizione, ambito e scopo dell’analisi meritano di essere circoscritte sin da principio. Se il primo chiarimento riguarda le figure che rientrano tra i professionisti sanitari, successivamente, occorrerà individuare l’accezione del termine ‘privato’ che considereremo rilevante ai fini del nostro contributo. E tale definizione comporta anche un veloce richiamo alla configurazione generale dei rapporti pubblico-privato nell’ambito del servizio sanitario nazionale, oggi.

Anche sul concetto di sinergia occorrerebbe spendere qualche parola, quanto meno finalizzata a discutere di quando e in che termini si possa adoperare tale concetto, che certamente può

qualificare una relazione il cui esito possa rappresentarsi in termini di complementarità oppure di sussidiarietà se non di residualità – nel nostro caso, dell’offerta privata rispetto al servizio sanitario nazionale.

Nella prospettiva di individuare potenziali sinergie si ritiene utile iniziare con alcuni chiarimenti per circoscrivere i confini e individuare la delimitazione del nostro campo di indagine con riguardo al riferimento ai ‘sanitari privati’ in questo contributo.

Se si muove dall’analisi della prima parte dell’oggetto che ci è stato affidato, i sanitari sono professionisti che forniscono assistenza, cura, diagnosi e riabilitazione a persone, famiglie e comunità, esercitando la propria attività proprio negli ambiti in cui si sviluppano i pilastri per la copertura sanitaria universale.

La categoria include diverse figure. In prima battuta vi rientrano i medici chirurghi, gli odontoiatri, i veterinari, gli psicologi, i biologi, i farmacisti. Sono da considerare, poi le figure professionali disciplinate con l. 1° febbraio 2006, n. 43. Queste si classificano, come è noto, tra professioni tecniche (tra le quali rientrano tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici audiometristi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici di neurofisiopatologia, Igienisti dentali), professioni infermieristiche e ostetriche, professioni di riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, podologi, ortottisti, i terapisti occupazionali), e professioni di prevenzione (quali i tecnici della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro, e in generale gli assistenti sanitari).

A questo insieme di soggetti, da ultimo, si affianca la categoria degli operatori sociosanitari (cd. Oss). A fronte della carenza del personale infermieristico, tali figure professionali sono sempre più chiamate a svolgere un ruolo sussidiario e una funzione di supporto alle cure e all’assistenza dirette ai bisogni primari dei pazienti, rispetto all’attività svolta dagli altri professionisti.

Per riprendere il titolo di questo capitolo, ciascuno dei soggetti citati svolge le proprie funzioni tanto in regime, ambito e funzione privati, quanto nel pubblico.

Proprio su quali declinazioni il “pubblico” e il privato in sanità potrebbe assumere potrebbero stendersi pagine.

Il tema può essere indagato in una prospettiva tesa a verificare il funzionamento di un sistema che raccoglie un insieme molto ampio di persone, organizzazione e relazioni amministrative o contrattuali, che contribuiscono in diversa misura alla integrazione dell’offerta del servizio sanitario pubblico. Oppure, in una prospettiva diversa, che è quella da cui muove questo lavoro, che dedica maggiore attenzione ai servizi privati e al loro inquadramento nel sistema.

Quanto alla prima prospettiva, ci limitiamo, per economia e in relazione al compito assegnato in questo lavoro, a richiamare quanto scritto in altra sede. Nell’indagare la complessa configurazione del servizio sanitario italiano, si osserva che il rapporto tra pubblico e privato può combinarsi secondo schemi complessi. Con riguardo alle diverse e principali interazioni, lo sguardo d’insieme sul nostro servizio sanitario pone in evidenza forme di interazione che coinvolgono i soggetti, le regole e, infine, il finanziamento.

Per iniziare, soggetti formalmente pubblici offrono un servizio a spese della collettività. È il caso delle aziende sanitarie pubbliche che forniscono servizi, quanto dei presidi ospedalieri, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, e di tutti gli altri soggetti pubblici, limitatamente alle prestazioni che rientrano nell’ambito di quelle previste dal servizio sanitario pubblico.

Come è noto, anche soggetti formalmente privati possono offrire lo stesso servizio per conto e a spese del servizio sanitario pubblico: si tratta, dunque di un’offerta “privata” finanziata

con fondi pubblici. Morfologicamente, il privato può assumere sembianze diverse: quale che sia il modello, tuttavia, i diversi soggetti sono collegati al servizio sanitario pubblico attraverso strumenti che li attraggono nell'ambito di quella che può essere definita come un'offerta sostanzialmente pubblica.

Vi è poi un'offerta "pubblica" finanziata con fondi privati: è il caso dell'attività cd. intramoenia, prestazione professionale fornita da pubblici dipendenti attraverso dotazioni appositamente individuate nell'ambito di complessi pubblici. In questa circostanza, il servizio offerto da soggetti formalmente pubblici è interamente a pagamento per l'utente.

In terzo luogo, si dà il caso di strutture e professionisti formalmente privati che offrono un servizio privato, a pagamento per l'utente. È quest'ultimo un ambito che resta, per un verso e sotto un profilo quantitativo, fuori dalla copertura pubblica, e che rappresenta la scelta di quegli utenti per i quali l'offerta cd. pubblica, da un punto di vista qualitativo, non è ritenuta accettabile.

E tale fattore può dipendere, oltre che dalla propensione personale, anche dalle inefficienze del servizio reso dal settore pubblico (si v. il caso delle liste d'attesa), ma anche, e principalmente - si potrebbe sostenere - da una cattiva regolamentazione del rapporto tra il pubblico e il privato.

Rispetto all'intento di delineare il quadro d'insieme, nella prospettiva dell'analisi del pubblico servizio sanitario, con riguardo alle interazioni di cui si è dato conto, maggiore interesse ha suscitato sinora l'aspetto strettamente organizzativo. Con riguardo alle professioni, particolare attenzione è stata dedicata al profilo della formazione della categoria professionale e a quello della responsabilità, profili di cui non si tratterà in questa sede.

Una volta inquadrato l'argomento in termini generali, infatti, il presente contributo si limiterà alla analisi delle interazioni tra le diverse forme di organizzazione rispetto alla posizione al ruolo e alla funzione dei singoli professionisti e delle singole figure nel quadro più ampio del servizio sanitario nazionale.

L'intervento sarà finalizzato a far emergere il rapporto con le potenziali sinergie, portando alla luce temi e problemi originanti proprio dalle suddette interazioni.

Si indagherà pertanto la caratterizzazione 'privata' di strutture e figure - nei limiti di cui si viene a specificare a breve - tanto nell'ambito del servizio sanitario, quanto al di fuori da esso, e in riferimento alla qualifica della loro presenza e al ruolo corrispettivo. In queste circostanze, una valutazione in ordine alle potenziali sinergie richiederà che il ragionamento si sviluppi con riguardo alla collocazione nell'ambito dell'offerta complessiva, degli effetti sul servizio pubblico e in riferimento all'utilità per i pazienti.

Data l'economia del presente contributo non potrà che procedersi attraverso una rappresentazione e un commento di alcuni fenomeni che si sono individuati come particolarmente significativi.

Alla luce di queste premesse, gli ambiti più indicati per la nostra discussione riguardano le prestazioni in regime di libera professione e l'accesso alle prestazioni private per il tramite di finanziamento assicurativo.

In entrambi i casi, infatti, la scelta del paziente ricade su prestazioni offerte da professionisti che, pur inseriti nell'ambito di una struttura pubblica, operano come soggetti privati. In maniera funzionale rispetto alle nostre finalità, l'indagine comprende prestazioni sanitarie rese in ambito pubblico o privato e finanziate con fondi privati (per il tramite di assicurazioni ovvero delle proprie finanze, spesa cd. out of pocket).

L'interrogativo cui preme dare risposta nel nostro contributo può essere formulato nei seguenti termini: come si inquadrano le professionalità di cui si è scritto - e le relative prestazioni - rispetto al servizio offerto dal soggetto formalmente o sostanzialmente pubblico, e quali sono i principali innesti rispetto al servizio sanitario generalmente inteso? In che modo le prestazioni offerte da strutture e professionisti privati possono realizzare sinergie rispetto ai bisogni della collettività generalmente inclusi nel servizio pubblico? Quali problemi possono riscontrarsi dalla interazione tra forme e modelli privati di inserimento nel processo di cura e il servizio pubblico?

Alle questioni individuate – già anch'esse immense per ambito e prospettiva – possono darsi risposte diverse a seconda degli ambiti di riferimento (che si tratti dell'assistenza ospedaliera, di quella territoriale, della visita specialistica o dell'intervento ambulatoriale), sui quali infatti il binomio pubblico privato (e la combinazione dei due elementi dello stesso) incide chiaramente in diverse forme.

Al tempo stesso, le motivazioni per le quali il paziente sceglie prestazioni 'private' sono tra le più varie.

Tali esigenze devono rappresentare fondamentali punti di attenzione: come si è già anticipato, che l'opzione sia orientata prevalentemente dalla preferenza - e quindi da una scala di gradimento del tutto personale - ovvero dalla necessità - e quindi, dalle mancanze del servizio pubblico - sono aspetti che modificano completamente indirizzi ed esiti della indagine.

A scopo indicativo, gli aspetti sui quali riteniamo si debba misurare se la scelta 'privata' nei termini che si sono circoscritti rappresenti una opzione sinergica ovvero una semplice alternativa rispetto al servizio pubblico, sono tre. Essi sono rappresentati dai margini di libera scelta del medico, dalle necessità in termini di tempo di svolgimento della prestazione, e dal costo. Si tratta di fattori fondamentali ai fini della classificazione del rapporto tra pubblico e privato (ancora, in termini di sinergia, complementarità o necessità). La loro rilevanza può variare in presenza di determinate circostanze, quando vi siano esigenze connesse al necessario rapporto di fiducia con un professionista, ovvero all'urgenza della prestazione, così come alla limitata disponibilità di risorse.

Con riguardo a tali profili, il presupposto da cui muove questa indagine è rappresentato dal fatto che nelle circostanze appena menzionate la prestazione sanitaria non risulti sufficientemente garantita dal servizio pubblico: la nostra riflessione in tal senso, evidenzia, dunque, un ambito dove è dato riscontrare sacche di inefficienza del servizio sanitario pubblico.

Rispetto alle aree che si sono individuate, la valutazione della potenziale sinergia deve essere svolta con riguardo alla capacità del 'privato' di svolgere un ruolo in via integrativa o sussidiaria, anche con riferimento agli effetti 'di sistema' e alle potenziali implicazioni rispetto alle categorie di utenti che non abbiano alcuna alternativa di scelta tra l'apertura privata e il servizio pubblico, rappresentati sempre – purtroppo - dagli indigenti e dalle categorie più deboli di bisognosi di cure.

Come già anticipato, questo capitolo si concentrerà sulla libera professione intramuraria e sul ricorso alle assicurazioni private. Con l'obiettivo di evidenziare le principali problematiche in una prospettiva critica, muovendo dalle ultime questioni emerse nella disciplina, nella gestione reale del servizio, nonché – in alcuni casi - dinanzi ai giudici.

2. L'accesso alle prestazioni in libera professione intramuraria

Quella dell'esercizio di attività professionale dentro le "mura" del servizio pubblico rappresenta una storia già ampiamente scritta e narrata.

Naturalmente, essa affonda le proprie origini assieme al pubblico servizio, tanto da ricevere attenzione già nei primi provvedimenti di disciplina degli ospedali, ed è tracciata già nella legge 12 febbraio 1968, n. 132, cd. Mariotti.

La libera professione viene disciplinata proprio nel provvedimento che è considerato propedeutico e preparatorio per la nascita del servizio sanitario nazionale, grazie alla estensione dell'assistenza alla collettività dei destinatari, alla istituzione degli enti ospedalieri, alla presa in carico del finanziamento e della attività di programmazione da parte dei pubblici poteri, e che rappresenta - come è noto - la prima riforma organica del sistema ospedaliero italiano.

La coincidenza alimenta l'ipotesi significativa della interdipendenza tra pubblico e privato ma anche della rilevanza del privato che, peraltro - come è stato scritto in più occasioni - rappresenta le radici della sanità, quanto meno nel nostro ordinamento.

Passando attraverso l'istituzione del servizio sanitario nazionale, con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, e i successivi provvedimenti di modifica degli anni Novanta del secolo scorso, l'attività privata entro le mura pubbliche riceve maggiore attenzione proprio per effetto delle modifiche introdotte con le cd. riforme volute dal Ministro Bindi, per trovare una propria regolamentazione organica nella legge 120/2007, e da ultimo, novella nel d.l. 158/2012.

Come si è anticipato, si tratta di vicende - per origini, sviluppo ed evoluzione - note, ampiamente commentate e sicuramente conosciute. Proprio in considerazione della attenzione che il tema ha ricevuto tanto da parte dei commentatori, quanto nelle discussioni di riforma del servizio sanitario, più che ricostruire il pregresso, interessa concentrare l'analisi su interventi e fatti - più o meno recenti - che si ritengono essere significativi per ulteriori valutazioni non tanto della libera professione in sé, ma del suo rapporto - sinergico o meno - rispetto alle esigenze del servizio pubblico.

In questa prospettiva, il primo provvedimento che si intende esaminare è il decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito in legge 53 del 2023. Per il settore sanitario, il provvedimento, che contiene molte e diverse disposizioni, si concentra su misure destinate a far fronte alla carenza di personale, per mezzo della ottimizzazione delle risorse già impiegate e con l'attenzione rivolta alla valorizzazione del personale pubblico.

Su questo crinale, il provvedimento estende a tutte le professioni del comparto sanitario la possibilità - in precedenza riservata alla dirigenza medica, di esercitare la libera professione anche presso strutture private, senza necessità di autorizzazione specifica dell'azienda di appartenenza, purché al di fuori dell'orario di servizio fino al 31 dicembre 2025 : ciò si realizza mediante la sospensione temporanea del vincolo di esclusività del rapporto di lavoro nell'ambito del servizio sanitario pubblico, che può operare una volta garantito l'assolvimento del debito orario contrattuale.

Nel colmare un disequilibrio tra le diverse professioni del personale sanitario, la soluzione trova inquadramento e ragione nel fine complessivo di produrre un effetto ampliativo sull'offerta delle prestazioni rese da parte delle strutture pubbliche - ancorché di quelle private -. Concepito come soluzione via temporanea, il nuovo regime potrebbe essere prorogato così trasformato in via permanente.

Rispetto ai precedenti interventi, quest'ultimo si rivela particolarmente significativo, poiché, più che limitare e definire l'ambito della libera professione, introduce una misura ampliativa

della presenza ‘privata’ nelle strutture pubbliche (ancorché nella forma dell’attività libero professionale).

Con quali effetti? Quali sono i maggiori punti su cui merita concentrare l’attenzione quando si discute della libera professione dentro al sistema sanitario pubblico?

Trattandosi del primo provvedimento di estensione del regime a tutto il comparto sanitario, possiamo solamente provare a svolgere qualche riflessione, sintetizzando e generalizzando i principali profili emersi nel dibattito nei molti anni trascorsi dalla prima disciplina sino ai giorni nostri, e poi ripresi quanto meno nel dibattito precedente e successivo rispetto ad ogni intervento di riforma. Sicuramente molto opportuna appare la iniziale limitata estensione temporale, ove però finalizzata alla corretta verifica dei risultati.

Dei benefici associati all’attività intramuraria si può avere una percezione molto diversa, a seconda che si prenda in considerazione il punto di vista del sistema pubblico o quello dell’utente privato.

In un’ottica di sistema, è generalmente riconosciuto che la libera professione svolta nell’ambito di una struttura pubblica consenta economie di gestione, aumentando le entrate e riducendo gli oneri di ammortamento degli investimenti, attraverso un migliore più prolungato utilizzo delle apparecchiature. Al personale medico, essa garantisce, invece, una forma di incentivazione e di valorizzazione della professionalità. Sebbene a tariffe generalmente più basse rispetto a quelle che si corrispondono privatamente, infatti, l’attività resta remunerativa tanto per il professionista quanto per la struttura, se si considera che, oltre al compendo dovuto al primo, deve essere assicurata la copertura dei costi diretti ed indiretti per l’amministrazione (costi dell’amministrazione e ammortamenti, costi del libero professionista, dell’équipe, del personale di supporto, ecc.).

A fronte di ciò, la circostanza che infrastrutture, personale e risorse pubbliche siano utilizzate per una prestazione resa al di fuori del servizio pubblico e associate allo sviluppo di un sistema pubblico a pagamento, tuttavia, può nascondere diverse insidie. L’effetto perverso può prodursi per l’operare di diversi fattori, tra cui il possibile conflitto di interessi del singolo medico, la concorrenza sleale, l’inefficienza nell’approntamento o nell’organizzazione delle risorse, umane quanto infrastrutturali.

Certamente l’opzione è vantaggiosa per il paziente solvente, che è sì tenuto a pagare le prestazioni del professionista e dell’équipe e l’utilizzo delle infrastrutture, ma può scegliere il medico da cui farsi curare, programmare la data della prestazione, ottenere un servizio a tariffe comunque calmierate – anche rispetto a quello che richiederebbe il sistema privato –, e ridurre i propri tempi di attesa.

Al contrario, al paziente che non può permettersi una forma di esborso ulteriore rispetto alla compartecipazione alla spesa, resta la percezione che l’attività di libera professione intramuraria sia una opportunità riservata ad altri, che sia svolta grazie a risorse pubbliche che vengono “dirottate”, rispetto allo “spazio” – inteso come concetto ideale - del servizio pubblico.

Di difficile valutazione, invece, l’effetto sulle liste d’attesa, che resta tuttora un aspetto controverso della questione, e di cui si dirà a breve.

Altra misura di cui interessa discutere è rappresentata dalla legge regionale approvata dalla regione Piemonte il 17 luglio 2025, n. 11.

Il provvedimento introduce linee guida per l’attività di libera professione intramuraria e promuove uno schema di regolamento tipo per l’organizzazione dei servizi in tale regime, individuandone i criteri generali. Molti tra questi mirano ad affermare il principio – o anche

semplicemente la convinzione – del rispetto del confine con quanto delle stesse risorse debba essere dedicato al servizio pubblico: ad esempio, la salvaguardia dei fini istituzionali del servizio sanitario regionale, la prevalenza dei volumi orari per lo svolgimento delle attività istituzionali rispetto a quelle in libera professione, la parità di trattamento dei pazienti.

Si tratta di una disciplina armonizzante, che muove dalla acquisita consapevolezza in ordine alla crescente differenziazione di trattamento della attività intramuraria - non solo tra diversi servizi regionali - ma soprattutto tra diversi soggetti all'interno dello stesso servizio sanitario (in questo caso quello offerto dalla regione Piemonte) - che trova spazio attraverso l'adozione di diverse discipline da parte di regolamenti interni, ma anche interpretazioni amministrative e divergenti.

È una misura, peraltro, che potrebbe essere letta tanto come incentivante rispetto alla soluzione libero professionale, quanto delimitante, dal momento che rispetto a questa possibilità, essa mirerebbe ad introdurre limiti, potrebbe agire in funzione di controllo, o di regolamentazione nella forma della introduzione di regole di cd. buona pratica. A conferma di ciò, il provvedimento individua anche controlli e garanzie, quali, ad esempio, la decurtazione delle retribuzioni di risultato per i direttori generali che non adeguino i regolamenti aziendali al modello regionale, e la possibilità per la Regione di esercitare poteri sostitutivi.

Se i due provvedimenti citati a titolo esemplificativo comportino o meno risultati sinergici, come si accennava poc'anzi, è valutazione che va ponderata attentamente alla luce della disciplina sui tempi di attesa dei cittadini utenti del servizio pubblico.

Su questo profilo, è utile citare il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito in legge il 29 luglio 2024, n. 107, che ha disciplinato misure per ridurre i tempi di attesa nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il provvedimento punta sull'introduzione di misure di sostegno per i professionisti e le strutture, senza dimenticare di delineare alcuni confini rispetto ai tempi e ai modi di svolgimento dell'attività libero professionale. Per contenere le liste per l'assegnazione degli appuntamenti per l'erogazione delle prestazioni nell'ambito del servizio sanitario pubblico, si incentiva il personale alla permanenza in servizio oltre il proprio orario di lavoro, ad integrazione della propria attività istituzionale. Sono altresì disciplinati interventi di riorganizzazione delle strutture pubbliche, che si affiancano alla possibilità di ampliamento del volume di attività, diversificazione e aumento delle prestazioni, previsione di nuove convenzioni e riprogrammazione degli orari.

Alle previsioni elencate a titolo esemplificativo - e che potremmo definire facoltizzanti o incentivanti – si accompagnano anche limiti, misure di controllo e conseguenti sanzioni. Quanto ai limiti, alcune specifiche indicazioni riguardano proprio l'attività libero professionale: laddove l'equilibrio tra servizio pubblico e servizio privato nella indicazione dei “confini” tra prestazioni – in termini di ore, risorse e spazi – non sia rispettato, la libera professione viene sostanzialmente equiparata al servizio pubblico, con la conseguenza che la prestazione del pubblico dipendente libero professionista viene remunerata senza oneri aggiuntivi a carico dell'assistito, il quale è tenuto a versare la sola quota di compartecipazione alla spesa, cd. ticket sanitario.

Tra incentivi alla permanenza in servizio e indicazione di limiti alla libera professione, l'intervento lascia intendere che esista una correlazione tra il tempo dedicato all'attività di servizio e quello per la libera professione e che quest'ultima non sempre si traduca in un rapporto sinergico.

Se questo è il quadro giuridico nel quale ci muoviamo, vale la pena segnalare alcuni recenti eventi, che aiutano a comprendere le disfunzioni dovute alla non corretta integrazione tra pubblico e privato, con riguardo in particolare alle liste d'attesa, ma anche all'esercizio della libera professione intramuraria.

Merita iniziare citando quanto riportato tra le notizie dei quotidiani lo scorso autunno, con riguardo al rinvio a giudizio di alcuni medici specializzandi infermieri, dei dirigenti e dei funzionari di una azienda ospedaliera toscana, per i reati di associazione per delinquere, truffa aggravata ai danni dello Stato, accesso abusivo a sistema informatico o telematico, falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative, peculato, falsa attestazione di presenza in servizio, emissione ed utilizzo di fatture per operazioni inesistenti, riciclaggio e autoriciclaggio. I reati si sarebbero consumati per il tramite della manipolazione del sistema informatico e con riferimento alle attribuzioni delle prestazioni e delle remunerazioni tra servizio pubblico e attività a libero professionale.

Con diverso esito, ma con analoga origine, merita, poi, segnalare quanto emerso nel corso dello svolgimento nell'indagine conoscitiva della sezione regionale di controllo della Corte dei conti della regione Emilia-Romagna, con riguardo, ancora una volta, alla gestione delle attività svolte in regime libero-professionale intramurario in una azienda ospedaliera universitaria. Anche in questo caso, tra i diversi rilievi, il riferimento va ad alcune irregolarità nell'inserimento di dati nel sistema di prenotazione e rendicontazione delle prestazioni in libera professione.

Quando anche le vicende citate rappresentino eventi eccezionali rispetto alla normale gestione delle prestazioni sanitarie pubbliche e di quelle libero professionali, esse meritano una riflessione accurata. Soprattutto vale la pena evidenziare che gli accadimenti in questione si verificano nell'ambito di due contesti regionali, il cui servizio sanitario si è tradizionalmente distinto per l'alto livello di qualità delle prestazioni e per l'attenzione al pubblico servizio.

A quanto sinora rilevato, occorre aggiungere almeno altre due considerazioni. In primo luogo, che se ne vogliano evidenziare gli aspetti positivi o esaltarne quelli negativi, è chiaro che l'attività professionale svolta nell'ambito delle "mura" pubbliche richiede comunque controlli adeguati, diretti ad evitare che i servizi forniti in regime di intramoenia siano favoriti rispetto a quelli resi nell'ambito dell'offerta pubblica, sia sotto il profilo dei tempi, sia dal punto di vista della qualità. Occorre, infatti, verificare attentamente che le condizioni stabilite siano pienamente e rigorosamente rispettate. Diversamente, l'attività professionale privata resa all'interno delle strutture pubbliche rischia di diventare un fattore distorsivo, addirittura in conflitto rispetto alle finalità del pubblico servizio, e in generale una causa di inefficienza nel rapporto con il sistema pubblico.

In secondo luogo, le vicende citate ci rammentano che, quali che siano le regole, i tentativi di aggirare i limiti imposti all'attività privata dei medici in servizio presso strutture pubbliche sono molti e sfruttano proprio l'area di confine tra pubblico e privato.

3. Il privato a portata dei pazienti: l'accesso alle prestazioni rese in regime assicurativo diretto e indiretto

Un fenomeno di natura diversa, la cui progressiva e sempre maggiore diffusione ha assunto negli ultimi dieci anni dimensioni decisamente significative, è rappresentato dal ricorso ai fondi assicurativi e/o integrativi per la copertura delle spese sanitarie.

Grazie al progressivo interesse da parte dei privati verso questa forma di contribuzione, le assicurazioni hanno trovato progressivo sviluppo nel settore sanitario.

La fortuna dello strumento assicurativo ha peraltro attirato l'attenzione di numerose aziende, che ne hanno previsto il ricorso come forma di welfare aziendale, prevedendone l'inserimento all'interno dei contratti collettivi di lavoro. Con evidenti implicazioni nel senso della crescente diffusione dei sistemi di assicurazione sanitaria integrativa e con il conseguente ampliamento delle possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie in regime privato per una quota sempre più consistente della popolazione.

Come ulteriore effetto, la diffusione delle assicurazioni private ha prodotto il marcato sviluppo della stessa offerta privata, con la proliferazione di strutture ospedaliere, di poli diagnostici e di laboratori di analisi.

La possibilità di coprire le spese sanitarie in via diretta o indiretta a valere sulle assicurazioni private, infatti, ha incentivato la libera scelta dei pazienti, orientandoli tanto verso l'attività libero professionale intramuraria, quanto - e ancor più - verso i professionisti oppure le strutture private, determinando uno sviluppo proporzionale dell'offerta privata. Di conseguenza, anche quest'ultima ha registrato un incremento, che ha portato anche alla costituzione di nuove strutture e allo sviluppo delle preesistenti. Con esiti che molte voci hanno messo in discussione.

Se per un verso si va sempre più diffondendo una generalizzata e progressiva convinzione circa la necessità quella di integrare, affiancare o sostituire le prestazioni pubbliche con quelle private e dunque di dotarsi di assicurazioni a loro volta private, per la copertura delle relative spese, per l'altro, come è stato notato, tale tendenza rischia di accentuare le disuguaglianze di accesso alla cura, con particolare riguardo a quelle fasce della popolazione che non dispongono dei mezzi per procurarsi una copertura in forma di assicurazione sanitaria integrativa.

A questo tema faremo riferimento con riguardo ad un provvedimento e a qualche evento.

Con delibera di Giunta del 15 settembre scorso, n. XII/4986 la regione Lombardia ha approvato una disciplina specifica per le prestazioni erogate da strutture ed enti pubblici del sistema sociosanitario regionale nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa (fondi, mutue e assicurazioni).

Con quello che i primi commentatori hanno battezzato come "superintramoenia" – si individua il convenzionamento tra le strutture pubbliche e le assicurazioni private. Lo scopo della regolamentazione del fenomeno è quello di inquadrare l'utilizzo dell'assicurazione privata nell'ambito della struttura pubblica. Le misure comprendono forme di premialità, strumenti di incentivazione, meccanismi di coordinamento.

Senza entrare nei dettagli, possiamo limitarci ad interrogarci sulla rilevanza e sugli effetti del convenzionamento tra la struttura pubblica e una assicurazione privata. Tanto per iniziare potremmo chiederci cosa accade quando sia il pubblico a volersi accaparrare quote di remunerazione privata.

L'interrogativo sollevato si presta a letture e risposte differenziate. Per alcuni, l'aumento di peso del ruolo della sanità integrativa nei bilanci degli enti sanitari pubblici può facilmente divenire un elemento di condizionamento delle scelte della direzione. Per altri, il

convenzionamento apre a maggiori servizi a prezzi competitivi, sempre nei limiti di copertura previsti per l'utente.

Volendo fornire un primo commento sul significato e sulla portata del provvedimento della regione Lombardia, per un verso, possiamo immaginare che, in senso positivo, si sia voluto consentire alle strutture pubbliche di guadagnare quote di mercato.

Nel quadro di un rapporto convenzionale tra una struttura e un fondo assicurativo, sicuramente il paziente assicurato guadagna in termini di semplificazione delle procedure, di riduzioni delle tariffe e di diretta remunerazione della prestazione.

Per l'altro verso, anche assumendo questa prospettiva, tuttavia, non potremmo fare a meno di leggere questo provvedimento in maniera differente o semplicemente di segnalare un pericolo. Che sta in ciò che il paziente perde, a fronte dei benefici indicati, e che consiste nel rapporto diretto con la struttura. Quest'ultima infatti tenderà progressivamente a considerare l'assicurazione o il fondo sanitario come principale interlocutore, come è naturale data la triangolazione dei rapporti contrattuali. Ciò potrà avvenire tanto nella modalità di esecuzione del servizio, tanto nella modalità di fatturazione, nei pagamenti e via dicendo.

4. Considerazioni conclusive

Al termine di questa brevissima rassegna, e al di là delle questioni già segnalate nel corso della nostra pur rapida analisi, in attesa dei prossimi provvedimenti, previsti o annunciati, possiamo chiederci quale impatto e quali problematiche stia riscontrando il sempre più massiccio ricorso al sanitario privato da parte degli utenti del servizio pubblico.

Alcuni dati possono fornire la cifra e le implicazioni del maggiore coinvolgimento dei privati.

Per quanto riguarda l'offerta cd. privata, per un verso, iniziano ad allungarsi i tempi di attesa, almeno per quanto riguarda alcuni professionisti e alcune prestazioni. Per l'altro si registra una minore attenzione verso il paziente. Verrebbe da pensare che lo stesso privato sia gravato da crescenti richieste e che a fronte di ciò, vada 'burocratizzando' la propria organizzazione, le procedure e le forme di trattamento della clientela, quasi acquisendo alcuni tra gli elementi negativi del servizio sanitario pubblico, pur senza il peso degli obblighi che gravano sul quest'ultimo.

Con riferimento al settore pubblico, da parte dell'utente si registra uno stato di confusione, di fuga dal servizio, di rinuncia alla cura quando non addirittura di aggressione (tra le professionalità contemplate a vario titolo dei luoghi di cura compaiono sempre più le autorità di sicurezza). Al tempo stesso, la progressiva carenza di personale per le strutture pubbliche di cui abbiamo letto in altri contributi di questo lavoro, è spesso l'effetto della migrazione verso le strutture private, in qualche caso considerate come una opzione preferenziale da parte delle diverse professionalità di cui si è discusso in questo lavoro.

Una valutazione complessiva degli esiti delle interazioni di cui si è scritto richiede riflessioni profonde, che vanno ben oltre l'oggetto che ci è stato affidato di trattare in questo capitolo e riguardano l'architettura complessiva del sistema.

La relazione in termini di sinergia richiederebbe un coordinamento volto a coprire, o quanto meno ad intercettare le mancanze del servizio pubblico, sempre restando nell'ambito di quella che è l'offerta pubblica. Rispetto a questa possibilità - e quindi alla sinergia di cui era stato chiesto di discutere - pesano alcuni fattori.

In primo luogo, manca la convinzione chiara in ordine alla scelta della direzione, con riguardo alla adesione tanto ai principi della nostra Costituzione, tanto alla loro declinazione così come interpretata con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, con riguardo alla universalità del servizio, alla sua gratuità o anche al costo limitato per i meno abbienti.

In secondo luogo, manca una visione d'insieme, proprio riguardo alle diverse interazioni tra il servizio pubblico e l'apporto privato, necessaria se si vuole garantire la sopravvivenza del sistema pubblico, ma anche la convivenza 'ordinata' con l'alternativa privata. Tale necessità non significa necessariamente garanzia di uniformità, nella previsione e nella regolamentazione delle diverse soluzioni praticabili, ma disciplina e collocazione complessive nell'ambito di un quadro d'insieme, con particolare attenzione ai divari territoriali.

Infine, alla sanità servono risorse finanziarie, nella forma di risorse "pubbliche": lo evidenziano le principali conclusioni di diversi istituti di ricerca, ma lo confermano i principali organismi di garanzia.

La formazione del personale sanitario sul territorio

di Roberta Lombardi

*Ogni paziente dovrebbe sentirsi un pò meglio
dopo la visita del medico,
a prescindere dalla natura della sua malattia.*

Warfield Theobald Longcope

La formazione del personale sanitario è tema di grande complessità e delicatezza perché mette al centro della riflessione un rapporto, su cui si innestano tre termini (paziente, medico e relazione di cura) che chiama in causa ognuno di noi, dal momento che l'essere pazienti è un *habitus* che transitoriamente possiamo indossare, ma è – forse più a fondo – un'evenienza che appartiene alla dimensione del nostro vivere, in quanto esseri mortali e per ciò stesso vulnerabili.

In effetti, in un recente articolo apparso di recente su un quotidiano nazionale, un noto psicoanalista notava, in modo assolutamente condivisibile, che «il nostro tempo celebra con devozione la potenza dei numeri, la precisione degli algoritmi, la neutralità delle statistiche. (...) Si tratta di una vera e propria idolatria che tende (...) alla traduzione esaustiva della vita in un formulario anonimo: i vissuti emotivi diventano grafici, i corpi funzioni, i desideri riflessi condizionati, il pensiero intelligenza artificiale. Ogni parte dell'umano può essere misurata, calcolata, tracciata. Ma in questa idolatria si è perduta la dimensione umana della cura, la quale non può essere identificata in una procedura anonima, perché essa è innanzitutto un atto simbolico che riconosce il carattere insostituibile di ogni singolarità. Curare non significa correggere un malfunzionamento o normalizzare una irregolarità, ma ascoltare il soggetto, riconoscere il suo nome proprio e la sua storia»¹.

Con queste premesse diventa cruciale il tema della formazione del personale sanitario, che diventa attore, insieme al paziente, della dimensione umana del percorso di cura, in modo che lo strumentario clinico-terapeutico possa essere messo a disposizione e utilizzato con riferimento a questa postura di fondo.

Prima di entrare in *medias res*, può essere utile mettere brevemente a fuoco il contesto organizzativo disegnato dal DM 77/2022, che ridefinisce il modello dell'assistenza territoriale in Italia².

¹ Il riferimento è all'articolo di M. Recalcati, *Non rinunciamo all'ascolto come cura*, in *La Repubblica*, 17 ottobre 2025, p. 1 e 39.

² Come è noto il DM 77/2022, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario Nazionale*, il Ministero della Salute riscrive la sanità di prossimità in Italia, introducendo nuove strutture come case di Comunità, Ospedali di Comunità e potenziando il ruolo dell'infermiere di famiglia, con l'obiettivo di rendere i servizi più accessibili, integrati e vicini ai cittadini, superando la dipendenza dagli ospedali e sfruttando il servizio di telemedicina. L'intento è quello di creare una rete sanitaria fuori dagli ospedali, garantendo cure continue e personalizzate soprattutto

Sembra chiaro, infatti, che la preparazione (iniziale e continua) del personale sanitario e del medico in particolare dovrà necessariamente tenere conto del ruolo che egli è chiamato a giocare nell'ambito di questo nuovo contesto organizzativo, improntato a rendere le cure accessibili, continue e orientate al principio di prossimità³.

In particolare, sulla base del D.M. 77/2022 il medico del ruolo unico è tenuto a garantire sia attività a ciclo di scelta, sia attività su base oraria, con un impegno crescente nelle Case della Comunità, le quali sono destinate a diventare il luogo di riferimento dell'assistenza territoriale.

Si tratta di strutture fisiche facilmente accessibili e collegate in rete con ospedali di comunità, consultori, ambulatori, farmacie, centrali operative e servizi sociali nelle quali si concretizza il principio della sanità di prossimità, con un'attenzione particolare alla presa in carico delle persone con patologie croniche, fragilità e bisogni sociosanitari complessi.

È importante sottolineare come in tale contesto i medici del ruolo unico, vengano inseriti in *équipe* multiprofessionali, condividendo informazioni e piani di cura attraverso strumenti interoperabili come il Fascicolo Sanitario Elettronico e le piattaforme di telemedicina.

L'obiettivo, infatti è quello di superare la frammentazione tra i vari *setting* assistenziali, garantendo continuità, tempestività e presa in carico proattiva del paziente in collaborazione con infermieri e specialisti⁴, con l'obiettivo di ridurre gli accessi ospedalieri e mantenere l'autonomia delle persone, soprattutto con riferimento a quelle aree "significativamente distanti dai centri di offerta dei servizi essenziali (istruzione, salute e mobilità)"⁵ e per questo soggette ad un processo di de-antropizzazione.

Il perseguimento nella riduzione degli accessi ospedalieri può essere parallelamente previsto nell'impegno rafforzato per il medico di medicina generale nell'attività di prevenzione ed *education* nei confronti dei propri assistiti, sia con riferimento alla promozione di stili di vita sani⁶, sia con riferimento alla sensibilizzazione di campagne vaccinali rilevanti per la prevenzione della salute.

Se è vero che il DM 77/2022, nel ridisegnare questo modello territoriale di sanità, assegna nuovi compiti e funzioni al medico di base nei termini sopra descritti; tuttavia, non interviene direttamente sulla regolamentazione dei percorsi di formazione iniziale dei medici di base

per i pazienti cronici e fragili. L'attuazione del disegno organizzativo è rimessa alle Regioni e Province Autonome che devono adeguare le strutture sanitarie e formare il personale.

³ Lo scorso 9 settembre la Conferenza delle Regioni ha approvato le "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità", in attuazione del DM 77/2022 e dell'ACN 2019-2021 del 4 aprile 2024.

⁴ Con le nuove disposizioni di cui alle Linee guida (cfr. nota 3), tutti i medici che entreranno nel sistema dal 2025 avranno un doppio obbligo: esercitare sia l'attività a ciclo di scelta (ossia per i propri assistiti), sia prestazioni orarie, assegnate dall'Azienda sanitaria di riferimento. La logica è quella di una maggiore flessibilità e di una presenza più capillare sul territorio. I medici saranno presenti: H24, 7 giorni su 7, nelle CdC hub; H12, 6 giorni su 7, nelle CdC spoke. Le attività orarie includono: visite ambulatoriali per bisogni non differibili; gestione della cronicità e della fragilità in *équipe*; interventi di sanità pubblica e promozione della salute; attività di primo livello diagnostico (con strumentazioni fornite dalla CdC); rilascio di certificazioni, prescrizioni e proposte di ricovero; supporto all'assistenza domiciliare e segnalazione ai servizi territoriali; assistenza a turisti, studenti fuori sede, cittadini non residenti. L'organizzazione dei turni sarà di competenza dell'Azienda sanitaria, in collaborazione con i referenti delle AFT, secondo criteri di equità distributiva. Le Linee di indirizzo superano il vecchio concetto di guardia medica, introducendo una continuità dell'assistenza più ampia: non solo notturna e festiva, ma anche diurna e feriale, con presenza programmata dei medici nelle CdC, negli ambulatori e nelle altre sedi territoriali. Oltre all'emergenza e alla gestione del quotidiano, il medico del ruolo unico dovrà svolgere un ruolo chiave nella presa in carico dei pazienti cronici e fragili, in collaborazione con infermieri e specialisti.

⁵ La definizione fa riferimento alle cd. aree interne.

⁶ Per garantire efficacia e qualità, le CdC saranno dotate di: diagnostica di primo livello (es. ECG, ecografi, strumenti per esami rapidi); sistemi informativi compatibili con il FSE; accesso alle banche dati cliniche e ai software applicativi dei diversi setting; dispositivi per teleconsulto e telemedicina.

(medici di medicina generale - MMG), i quali rimangono disciplinati da normative specifiche (es. D.Lgs. 368/99 e successive modifiche) e gestiti a livello regionale in collaborazione con il Ministero della Salute.

Si è comunque propensi a credere che il decreto non possa non portare ad un ripensamento sulla formazione (iniziale e continua) del personale sanitario, anche alla luce delle nuove prestazioni che questi soggetti saranno chiamati a svolgere all'interno delle case di comunità e alla centralità del rapporto di cura con pazienti fragili e malati cronici che dovranno mettere al centro della loro attività assistenziale.

In base ai nuovi standard organizzativi (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità), i medici di medicina generale avranno la necessità di acquisire e sviluppare competenze specifiche legate al lavoro in *équipe* multidisciplinari, alla gestione integrata delle cronicità, alla telemedicina e all'uso di strumenti digitali per la salute.

Da questo punto di vista, ad esempio, le nuove "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità", approvate a settembre scorso dalla Conferenza delle Regioni prevedono, tra l'altro, che i medici siano tenuti a partecipare a corsi di Basic Life Support (BLS-D) e ad attività formative sull'uso delle nuove apparecchiature, secondo quanto previsto e disposto dai rispettivi piani aziendali e regionali.

L'enfasi posta dal DM 77/2022 sull'integrazione socio-sanitaria e sul lavoro di squadra del personale sanitario porta con sé la necessità di individuare percorsi formativi capaci di rafforzare le competenze nell'ambito di una *gestione integrata del paziente* tra i diversi professionisti (infermieri di famiglia/comunità, specialisti, assistenti sociali).

D'altro canto, la necessità di gestire la presa in carico del paziente all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), basati anche sull'utilizzo di sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie per il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni, richiederà un rafforzamento delle *soft skills* relative alla medicina digitale. I medici di medicina generale e gli infermieri di comunità dovranno acquistare consapevolezza e capacità nell'uso di strumenti finalizzati all'erogazione di servizi sanitari a distanza, utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC), per stabilire una *relazione di cura* col paziente quando non si abbia la possibilità di trovarsi fisicamente al suo cospetto.

Occorrerà, dunque, fornire al personale sanitario una specifica preparazione tecnologica per l'erogazione di diversi servizi, quali la televisita (consultazioni complete a distanza), il teleconsulto (collaborazione tra professionisti sanitari), la teleassistenza (supporto continuativo) e il telemonitoraggio (controllo remoto dei parametri vitali).

Certamente questo percorso di allineamento alle nuove competenze potrà essere compiuto nell'ambito degli obblighi di formazione continua del professionista sanitario⁷, programmato ad ogni triennio dalla Commissione Nazionale per la formazione continua. È noto che degli attuali 150 crediti formativi previsti per il triennio 2023/2025, il 40% debba essere assolto

⁷ Per questo cambio di prospettiva si può certamente ragionare sulla formazione continua (ECM), che si colloca nell'ambito degli obblighi del professionista sanitario di curare la propria formazione e competenza nell'interesse della salute individuale e collettiva. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce, ai sensi dell'art. 16-*quater* del D. Lgs. n. 502 del 1992, requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista.

negli eventi di formazione erogati dai provider ⁸, con specifico riferimento a quelli agli obiettivi definiti “di processo e di sistema”⁹.

Ora però io credo che tutto ciò non basti.

Sarebbe importante infatti intervenire direttamente sulla struttura dei corsi di laurea di medicina e delle professioni sanitarie più in generale¹⁰, come si è fatto negli Stati Uniti e nel Regno Unito, nei quali vi è una grande enfasi, assistita da importanti studi scientifici, che dimostrano l'importanza di prevedere attività educative che coinvolgono le arti.

Organizzazioni mediche e accademiche globali, come l'Associazione delle Facoltà di Medicina Americane (AAMC), riconoscono formalmente le MH come componenti essenziali della formazione medica moderna. In Italia, la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e altre società scientifiche ne promuovono l'integrazione nei percorsi formativi, sottolineando come queste discipline siano cruciali per una medicina più umana ed efficace nel contesto territoriale.

L'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022 richiede un approccio che consideri il paziente non solo come portatore di una patologia, ma come persona inserita in un contesto sociale, familiare e culturale, in linea con i *principi di assistenza olistica e centrati sul paziente* promossi anche dal DM 77/2022.

Le MH sviluppano la capacità di comprendere la “storia” del paziente, migliorando l'empatia e la comunicazione.

Teniamo conto che la medicina di comunità si occupa spesso di malattie croniche e di accompagnamento al fine vita.

Le MH offrono strumenti per affrontare gli aspetti emotivi, etici e relazionali legati a queste fasi della vita, migliorando la qualità dell'assistenza, con lo sviluppo dell'empatia e il miglioramento delle abilità comunicative e relazionali dei medici e del personale sanitario¹¹.

⁸ La parte residua del 60% dei crediti può invece essere maturata anche mediante attività di docenza (si intendono inclusi i docenti i relatori e tutor), attività di moderazione e di responsabile scientifico in eventi ECM ovvero mediante le attività di “formazione individuale” (attività di ricerca scientifica, attività di formazione all'estero, attività di autoinformazione).

⁹ Individuabili nelle tre aree: 1) obiettivi formativi tecnico-professionali (si tratta di obiettivi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina); 2) obiettivi formativi di processo (si tratta di obiettivi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione); 3) obiettivi formativi di sistema (si tratta di obiettivi finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali).

¹⁰ Il Dm 2022° non interviene sulla formazione dei corsi di laurea né sulle modalità di accesso alla professione, che sono regolate da normative specifiche.

¹¹ Attraverso l'integrazione nei cv delle Humanities si può:

- Sviluppare l'Empatia: attraverso l'analisi di narrazioni e opere artistiche, i medici possono sviluppare una maggiore intelligenza emotiva e sensibilità verso le esperienze di malattia dei pazienti.
- Prevenire il Burnout: le MH possono aiutare i medici a riflettere sulla propria pratica, a trovare significato nel proprio lavoro e a gestire lo stress e il rischio di burnout, fornendo prospettive più ampie sulla cura.
- Migliorare le Competenze Comunicative: diverse ricerche hanno dimostrato che i programmi di formazione che includono le MH portano a un significativo miglioramento delle abilità comunicative, relazionali ed empatiche dei medici.
- Impattare sull'Empatia: studi specifici hanno rilevato che l'esposizione alle arti narrative e visive può aumentare i livelli di empatia negli studenti di medicina e nei medici in formazione. L'empatia è un pilastro fondamentale per la medicina di prossimità.
- Migliore Comprensione Etica: L'esplorazione dei dilemmi etici attraverso le MH migliora le capacità di ragionamento morale e di presa di decisioni complesse in ambito clinico.

Nel modello *patient centred* vi è uno scambio bidirezionale medico-paziente (comunicazione a due vie); il paziente non è più identificato con la malattia, diventa parte attiva del processo diagnostico e terapeutico ed è lui, non più il medico, considerato l'esperto in quanto vero conoscitore del proprio disagio¹².

Questo perché la letteratura scientifica ci dice che un approccio metodologico al paziente di tipo puramente teorico-intellettuale è insufficiente se disgiunto dall'altrettanto importante componente pratico-emotiva. Alcuni studi in effetti dimostrano che se un paziente è soddisfatto dell'incontro con il medico di medicina generale e stabilirà con lui una certa empatia, ci sarà un importante incentivo alla *compliance* terapeutica.

La relazione medico-paziente è l'attivazione di un processo comunicativo che produce una significativa trasformazione tanto del medico quanto del paziente. Essa, pertanto, ha valore terapeutico proprio in quanto relazione, poiché induce un cambiamento che precede la stessa diagnosi e la conseguente terapia. Né, del resto, il cambiamento si produce solo a carico del paziente, poiché esso investe anche l'identità del medico.

Il rapporto che si stabilisce tra i due ed i processi comunicativi che lo caratterizzano rappresentano per il medico un vero e proprio strumento di lavoro.

L'antico aforisma di tradizione ippocratica *Nullus medicus nisi philosophus* invita il medico ad occuparsi dell'uomo nella sua interezza, senza separare il "livello fisiopatologico", destinatario di conoscenza oggettiva e di prassi terapeutica, dal "livello psicologico esistenziale", destinatario di comprensione intersoggettiva e di prassi simpatetica .

M. Balint, medico psicanalista di origine ungherese che si è a lungo dedicato alla formazione dei medici di famiglia (autore del libro *Medico, Paziente e Malattia*, 1957) sosteneva che il medico non deve curare la malattia, ma il malato, e che pertanto deve avere una certa base di comprensione della struttura psichica del paziente, per essere in grado di far valere la propria influenza dal punto di vista terapeutico, ma anche della propria, poiché solo colui che conosce se stesso può evitare il pericolo di dire al paziente cose che, sebbene dette in buona fede, possono dar luogo a malintesi.

La relazione di cura che si viene a creare con il paziente, continua Balint, consiste in un dialogo, nel quale il medico deve negoziare e trovare un compromesso con il suo paziente.

Si tratta di un contratto tra medico e paziente. Nel corso di questo dialogo, deve dare prova di un "ascolto attivo" che è parte attiva della guarigione del paziente.

Nasce così il concetto di "medico-rimedio" che Balint chiama "funzione apostolica" del medico: egli rappresenta il primo farmaco per il paziente e perciò capace di suscitare "effetti collaterali", proprio come le sostanze attive contenute in un preparato chimico.

Inoltre, egli afferma, «il farmaco più usato in medicina è proprio il medico, ma al riguardo non esiste ancora un'adeguata farmacologia».

A partire dagli anni '80 - con lo studioso Engel - si afferma un approccio al paziente noto come modello bio-psicosociale, con il quale si cerca di integrare tre sistemi funzionali: il sistema biologico, che esprime il substrato anatomico, strutturale e molecolare della malattia;

¹² Da molti anni ormai si parla del rapporto medico-paziente e di come questo influisca su alcune variabili eterogenee tra loro, quali la compliance, la soddisfazione del paziente, oltre che la visibilità del Sistema Sanitario e la qualità percepita di esso.

Molti utenti hanno la tendenza a diventare sempre meno "pazienti" e subire continuamente l'influenza dei media e di internet. Aumenta in essi il loro bisogno di "benessere", di eterna giovinezza e rincorrono medici, medicine e accertamenti pensando di soddisfare in tal modo i loro bisogni. Questo può portare ad una spirale diabolica di richiesta, prescrizione, induzione di nuovi bisogni, altre richieste, altre prescrizioni. Il cerchio si chiude, generalmente, con un'insoddisfazione da entrambe le parti.

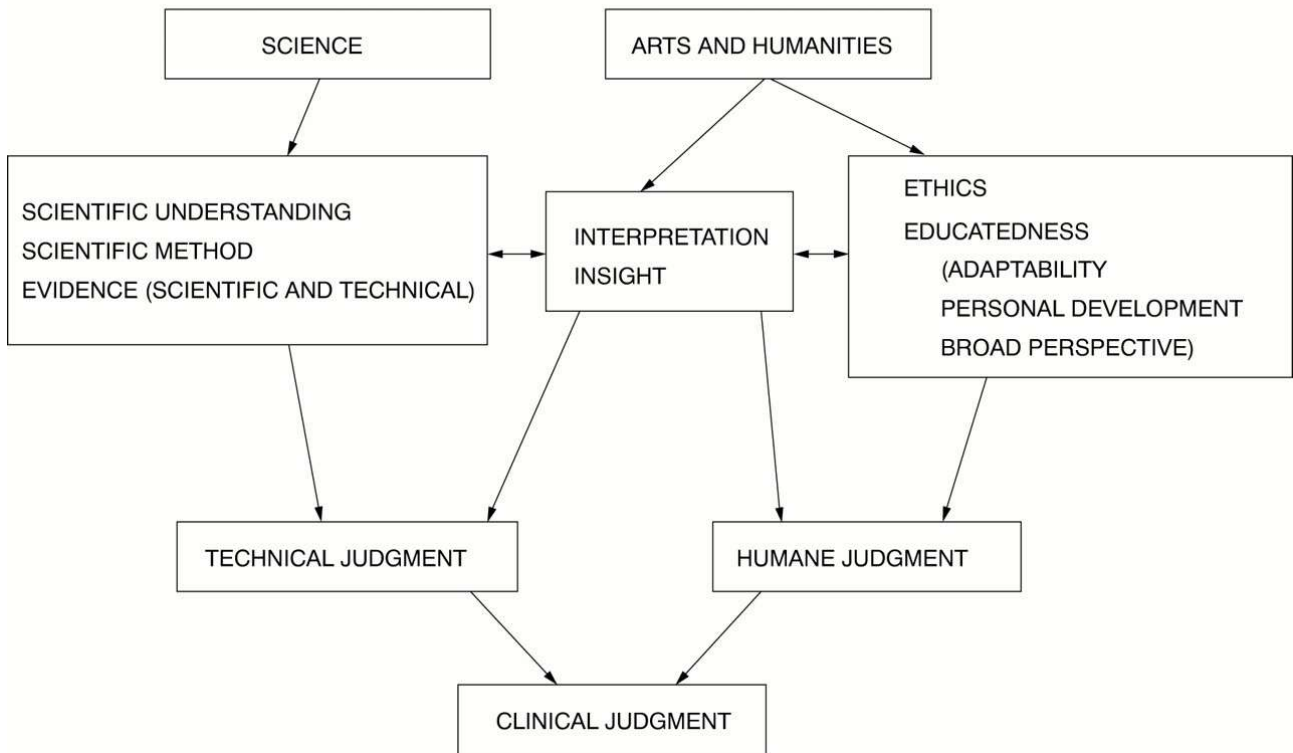
il sistema psicologico, che evidenzia gli effetti dei fattori psicodinamici, delle motivazioni e della personalità del paziente nel momento della malattia; il sistema sociale, che sottolinea le influenze culturali, ambientali e familiari sull'esperienza di malattia.

Si afferma in tal modo una visione dell'uomo inteso come struttura vivente in relazione continua con l'ambiente in cui vive, ed un concetto di salute inteso come stato in cui tutte le funzioni del corpo, metaboliche, neurologiche, neurovegetative e psichiche, concorrono con pari dignità all'equilibrio e all'omeostasi.

Si segna “il passaggio dal paradigma puramente biomedico, in cui alberga la malattia in senso biologico, al paradigma bio-psico-sociale in cui trova spazio l'essere umano e il suo ambiente”.

Chiudo ricordando le parole del Dr. Richard Levin, Presidente e Amministratore Delegato dell'Arnold P. Gold Foundation, che nel suo discorso alla comunità medica allargata (agosto 2017), affermava “*Only when we care for the clinicians themselves—when the whole health team is healthy stessourselves—can we care for the patient optimally*”: “Solo quando ci prendiamo cura dei clinici stessi—quando l'intero team sanitario stesso è in salute—possiamo prenderci cura del paziente in modo ottimale”.

Attributes of the good doctor



Gli amministratori straordinari e la sanità territoriale

di Nicola Gullo

La disciplina che regola il ruolo degli amministratori straordinari presenta più di un profilo controverso - e di non semplice ricomposizione - nella prospettiva dell'implementazione della sanità territoriale, giacché è possibile scorgere due esigenze differenti, se non del tutto opposte, nella normativa di riferimento. Da un lato, si può cogliere, nella più recente legislazione sanitaria di matrice statale, una generale tendenza all'accentramento organizzativo che deriva dalla constatazione di un'inefficienza amministrativa e finanziaria delle regioni, in grado di giustificare misure di carattere politico-sanitario destinate a comprimere anche l'autonomia politica regionale; dall'altro lato, viene promossa una nuova direzione di marcia che mira al radicamento territoriale dell'offerta sanitaria e, quindi, esalta la responsabilità delle istituzioni locali¹.

Con il PNRR², che ha rappresentato il volano per una trasformazione generale del servizio sanitario nazionale, come ha sottolineato la professoressa Pioggia³, non c'è dubbio che, dopo anni di scarso investimento per gli interventi rivolti a potenziare la sanità territoriale, finalmente vengono previste adeguate risorse finanziarie per la creazione di una rete di carattere territoriale. È stata, quindi, delineata una strategia complessiva che si muove lungo diverse direttrici segnalate chiaramente dalle due componenti che caratterizzano la Missione Sei del PNRR⁴: soprattutto viene in rilievo la Componente Uno che promuove la riqualificazione delle prestazioni sanitarie, in particolar modo delle cure domiciliari, che dovrebbero diventare la modalità ordinaria con cui l'organizzazione sanitaria prende in carico le persone che non hanno patologie acute, ma si trovano in una situazione di disagio o di cronicità che richiede un supporto assistenziale continuativo⁵.

¹ La tensione che caratterizza tutte le riforme del sistema sanitario – e quindi anche le più recenti – è illustrata da M. Gola, *Sanità pubblica ed esigenze di riforma tra crisi finanziaria e pandemia*, in A. Balestrino, M. Bernasconi, S. Campostrini, G. Colombini, M. Degni, P. Ferro, P.P. Italia, V. Manzetti (a cura di), *Dalla emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica*, Napoli, 2022, p. 199. In questo senso, si vedano anche le considerazioni A. Pioggia, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario nazionale?*, in *Diritto amministrativo*, 2024, 4, p. 721 ss.

² L'Italia è stata la prima beneficiaria in valore assoluto del Recovery Fund e le risorse disponibili del Next Generation EU sono pari a 191,5 miliardi: le risorse complessive a disposizione, tenendo conto di altri canali di finanziamento, ammontano a 235,14 miliardi.

³ Per una ricostruzione del rilievo del PNRR sulle prospettive di revisione e ammodernamento del sistema sanitario si veda A. Pioggia, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza*, in G.P. Dolso (a cura di), *Governare la ripresa. La Pubblica Amministrazione alla prova del Recovery Plan*, Edizioni universitarie di Trieste, 2022, p. 113 ss., che sottolinea anche come il PNRR sia stato l'occasione, dopo gli interventi estemporanei attuati durante l'emergenza sanitaria, per un primo ripensamento strutturale del sistema sanitario.

⁴ La Missione 6 relativa alla Salute, può contare su una dotazione complessiva di 15,63 miliardi e si articola in due Componenti: la prima riguarda le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza sanitaria; territoriale; la seconda attiene all'innovazione, alla ricerca e alla digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Per un inquadramento generale, cfr. C. Cacciavillani, *Linee evolutive del Servizio sanitario pubblico*, in *Studi in onore di Filippo Salvia*, Napoli, 2023, p. 163 ss.

⁵ Questo nuovo modello dovrebbe essere in grado di affrontare anche l'emergenza della povertà sanitaria: per una riflessione più ampia cfr. M. D'Orsogna, *Povertà sanitaria e welfare generativo: nuovi orizzonti e nuove sfide per la tutela della salute*, in *Diritto amministrativo*, 2024, 4, p. 923 ss.

In quest'ottica, la sanità territoriale⁶ diventa veramente il paradigma innovativo per la riqualificazione del sistema sanitario, dato che la sua implementazione non soltanto comporta un innalzamento della qualità delle prestazioni sanitarie, ma impone, come è stato ancora una volta rimarcato, uno sforzo organizzativo molto complesso⁷ per introdurre presidi territoriali più efficienti⁸, già prefigurati nella legislazione previgente⁹ e poi ridefiniti in termini più articolati con il DM n. 77/2022¹⁰.

Si tratta, allora, di comprendere in quale misura la prospettiva della sanità territoriale possa essere intercettata dall'istituto del Commissario straordinario. In questo senso, è opportuno provare a riformulare il titolo in termini diversi: in che modo il sistema di commissariamento della sanità regionale può incidere sull'attuazione del modello della sanità territoriale? Alla luce della complessa disciplina che presiede ai poteri sostitutivi dello Stato nell'ordinamento della sanità, quali sono i presupposti e le condizioni per legittimare e ammettere un intervento specifico del Commissario straordinario nella prospettiva di una riorganizzazione della sanità territoriale?

Occorre, in sostanza, valutare se questo strumento di alterazione eccezionale dell'assetto delle competenze amministrative (nonché legislative) in ambito sanitario possa avere ulteriori sviluppi e potenzialità applicative persino in questo particolare settore, in qualche misura accompagnando il processo di trasformazione del sistema sanitario.

Il problema si presenta per la disomogenea attuazione regionale¹¹ del nuovo modello della sanità di prossimità¹². Anche se tutte le Regioni si sono formalmente attivate, nel senso che hanno approvato una legislazione di base che si sintonizza con la nuova articolazione¹³ che

⁶ N. Geraci, G. Turat, *Come cambia la sanità territoriale?*, in *OCPI – Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani*, 18 marzo 2025, p. 1 ss.

⁷ S. Gabriele, *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, in *Ufficio parlamentare di bilancio*, focus tematico n. 2, 13 marzo 2023, p. 1 ss., evidenzia la rilevanza e l'importanza del processo di trasformazione organizzativa richiesta dal nuovo modello sanitario.

⁸ B. Gagliardi, *Il modello a rete come principio d'organizzazione per l'adeguatezza in sanità*, in *Diritto amministrativo*, 2024, 4, p. 761 ss. Questa prospettiva, peraltro, è stata riproposta con forza dopo la pandemia da COVID-19 che ha fatto emergere tutte le criticità del modello precedente, chiamato ad affrontare l'emergenza sanitaria con poche risorse: così, C. Ciardo, *Le normative nazionali e le scelte regionali all'origine ruolo (mancato) dell'assistenza territoriale davanti alla pandemia del Covid-19*, in <https://www.dirittoesalute.org/2019/12/30>, p. 36 ss.; sul caso Lombardia cfr. D. Marino, *Sanità territoriale e gestione della crisi da Covid-19: le regioni italiane e il caso Lombardia*, in *EyesReg*, 5, Settembre 2020, p. 1 ss.

⁹ C. Tubertini, *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, p. 641 ss. Sulle precedenti sperimentazioni organizzative si veda C. Clemente, *Le forme organizzative dei distretti nella sanità territoriale*, in G. Bertin e C. Cipolla (a cura di), *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2013, p. 118 ss.

¹⁰ Per un'ampia valutazione della portata del DM n. 77/2022 si rimanda a M. D'Arienzo, *La sanità in trasformazione: dalla legge n. 833 del 1978 al DM 77/2022*, in *PA – Persona e Amministrazione*, 2023, 1, p. 391 ss.; Id., *Verso un sistema di unità sanitaria? Luci e ombre del DM 77/2022*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 309 ss.

¹¹ Si tratta, in ogni caso, di una questione che dipende, in termini generali, dall'articolazione regionale del sistema sanitario, che promuove, entro una certa misura, un differente livello di prestazioni sanitarie: si rinvia, *ex multis*, a F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in [https://www.treccani.it/enciclopedia/sanita-e-regioni-in-un-servizio-sanitario-nazionale-salute_\(L'Italia-e-le-sue-Regioni\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/sanita-e-regioni-in-un-servizio-sanitario-nazionale-salute_(L'Italia-e-le-sue-Regioni)/); G.G. Carboni, *Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale*, in *federalismi.it*, 2020, 8, p. 272 ss.; A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2020, p. 77 ss. Anche alla luce del dibattito sull'attuazione del regionalismo differenziato la dialettica tra uniformità e pluralismo nella tutela della salute si ripropone con forza: in termini generali, A. Pioggia, *L'uguaglianza in salute: fra uniformità necessaria e autonomia possibile*, in *Astrid Rassegna*, 2026, 2, p. 1 ss.;

¹² Per alcune considerazioni critiche si veda G. Turati, *Che cosa blocca l'attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 325 ss.; L. Busatta, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, 2023, 26, p. 18 ss.

¹³ I tre pilastri dell'organizzazione dei servizi erogati sul territorio sono: Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Assistenza Domiciliare Integrata.

caratterizza la sanità territoriale¹⁴, non si può non rilevare, alla luce del rapporto di AGENAS relativo al primo semestre 2025 che fornisce una serie di dati aggregati¹⁵, come la fase operativa risulti ancora in ritardo, dato che l'implementazione di queste nuove strutture è rimasta per ora su un piano meramente normativo e progettuale. Infatti, se si tiene conto dei numeri effettivi e degli sviluppi della programmazione regionale, sono ancora poche le strutture operative: per esempio, con riguardo alle Case della Comunità¹⁶, si prevedono l'attivazione di 1723 strutture, ma di queste finora soltanto 600 sono state dichiarate attive. Peraltro, secondo AGENAS, quelle che hanno in realtà attivato tutti i servizi obbligatori che sono previsti dal DM n. 77/2022 e, quindi, riguardano le diverse modalità dell'assistenza territoriale, in Italia sono soltanto 46. Pertanto, siamo di fronte a un processo ancora significativo, di forte valore simbolico e di grande rilievo politico, ma che fatica ad affermarsi, vuoi per problemi di ordine finanziario, vuoi perché mancano anche quelle risorse professionali¹⁷ adeguate a garantire l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie¹⁸.

Probabilmente anche il legislatore regionale non ha ancora elaborato un assetto giuridico istituzionale adeguato giacché il DM n. 77/2022, in ossequio al principio di autonomia degli enti territoriali e in relazione al riparto delle competenze nel campo della tutela della salute, riconosce un ampio margine di manovra in fase attuativa, prevedendo una necessaria *interpositio* delle autorità regionali nell'adeguamento della propria organizzazione ai nuovi standard relativi all'assistenza territoriale¹⁹. Peraltro, è stata anche in qualche misura stigmatizzata la carenza di una normativa statale in grado di offrire modelli organizzativi più chiari alle regioni, per garantire il coordinamento degli interventi di sviluppo di questo sistema

¹⁴ Per un confronto generale tra i diversi livelli organizzativi regionali si veda L.A. Gigio, D. Alampi, E. Maltese, E. Sceresini, *L'assistenza sanitaria territoriale in Italia: un confronto tra macroaree*, in *Questioni di Economia e Finanza*, 867, luglio 2024, p. 1 ss. Per quanto concerne le differenti esperienze regionali in materia di sanità territoriale si possono richiamare, *ex multis*, i contributi di F. Scuto, *Il sistema sanitario lombardo di fronte al PNRR e alle sfide della "nuova" sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 1 ss.; F.F. Tuccari, M. Benvenuto, *La situazione della Regione Puglia*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 411 ss.; F.F. Tuccari, M. Benvenuto, *La situazione della Regione Basilicata*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, p. 653 ss.; S.R. Vinceti, *Il servizio sanitario emiliano-romagnolo*, in *Le Regioni*, 4-5. 2025, p. 845 ss.

¹⁵ I dati si possono evincere da AGENAS, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022. I semestre 2025*, 12 novembre 2025, in <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2644-report-dm-77-2022-%E2%80%93-i-semestre-2025-dati-al-30-06-2025>; nonché da AGENAS, *Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022, 12 novembre 2025*, in <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2644-report-dm-77-2022-%E2%80%93-i-semestre-2025-dati-al-30-06-2025>. Il documento ha fornito una visione aggregata sullo stato di avanzamento del potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, come previsto dal decreto ministeriale. L'indagine, condotta tramite una piattaforma informatizzata, si è concentrata sulle strutture formalmente individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome. Queste informazioni possono poi essere completate alla luce dai dati dell'ISTAT: cfr. ISTAT, *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie*, 1° gennaio 2024, in www.istat.it

¹⁶ Sulle modalità attuative di questo modello organizzativo rilevanti sono le indicazioni contenute in AGENAS, *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub*, 05.04.2024, in <https://www.agenas.gov.it/>.

¹⁷ Per un'analisi di questo punto si rinvia a F. Giglioni, *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2024, 4, p. 875 ss. In una prospettiva più generale, F. Giglioni, *Una ricerca sui medici di medicina generale dal punto di vista giuridico*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2024, 4, p. 821 ss.

¹⁸ Sui ritardi nell'attuazione della sanità territoriale cfr. anche V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *CERIDAP*, 2025, 2, p. 36 ss.

¹⁹ L'art. 1, co. 2, DM n. 77/2022 ha previsto che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dovevano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale per l'attuazione della nuova disciplina. Peraltro, ai sensi del comma 3, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano erano tenute anche ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard indicati nel decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR.

territoriale²⁰. Invece, le regioni procedono in ordine sparso, con esiti anche fortemente differenziati, nonché con una eterogenea qualità delle misure che riguardano la sanità territoriale²¹.

Orbene, sullo sfondo di questa difficile transizione sanitaria, si staglia il convitato di pietra dell'amministrazione straordinaria, che bisogna provare a inquadrare sinteticamente. Si tratta di una dimensione dell'intervento sostitutivo sicuramente molto complessa e articolata, in quanto manca una legislazione organica e generale; piuttosto si sono sovrapposti diversi interventi legislativi, dando luogo a differenti sperimentazioni e modelli giuridici, ma assicurando sempre la prevalenza dell'azione sostitutiva dello Stato nei confronti delle Regioni, qualora emerga un rilevante disavanzo sanitario o si manifesti un'inadeguatezza nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere effettivamente garantite dall'amministrazione regionale. In via preliminare, va chiarito che la figura dell'amministratore straordinario o del commissario straordinario viene richiamata, nell'ordinamento sanitario, da una pluralità di fattispecie normative presenti nella legislazione statale, presentandosi, nel complesso, come un istituto ad applicazione ampia ed eterogenea.

L'ipotesi principale è senza dubbio quella del commissariamento che può essere collegato all'attuazione dei piani di rientro dal disavanzo sanitario²². Non bisogna, peraltro, dimenticare che esistono anche diverse previsioni nella legislazione regionale che consentono la sostituzione dei direttori generali delle Asl per irregolarità o cattiva gestione²³. E, inoltre, come ipotesi residuale, ma certamente non meno importante, soprattutto per la pervasività della criminalità italiana, si deve ricordare quanto disposto dagli articoli 143, 144 e 146 del Testo unico sull'ordinamento degli enti locali²⁴, che regolano lo scioglimento dei consigli comunali e provinciali per infiltrazioni mafiose²⁵, estendendo tale misura pure agli organi

²⁰ R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2022, 2, p. 461 ss.; F.G. Cuttaia, *La riforma dell'Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *federalismi.it*, 2022, 23, p. 72 ss.

²¹ Certamente un profilo delicato e complesso riguarda la dotazione di personale da riservare alla sanità territoriale: L. Martini, L. Apuzzo, D. Pandolfi, I. Gabutti, D. Mantoan, *La programmazione del personale sanitario in ambito territoriale: una revisione sistematica della letteratura e analisi del contesto italiano in base al PNRR e al DM77/2022*, in *MECOSAN – Management ed economia sanitaria*, 2022, p. 7 ss.; C. Bottari, P. De Angelis, P. D'Onofrio, F. Laus, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, in *federalismi.it*, 10 agosto 2022, p. 2 ss.

²² I piani di rientro, istituiti dalla l. n. 311/2004 (legge finanziaria 2005), contengono sia misure di rimodulazione dei livelli essenziali di assistenza, per renderli conformi con la programmazione nazionale e con il vigente DPCM (12 gennaio 2017), sia le misure per il ripristino dell'equilibrio di bilancio sanitario. Per un inquadramento generale cfr. G. Rivosecchi, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in *Italian papers on Federalism*, n. 2/2023, p. 1 ss. Lo scopo dei piani è quello di garantire, al contempo, la sostenibilità economica del servizio sanitario e il rispetto dei LEA. Peraltro, la legislazione sanitaria statale conosce ulteriori forme di intervento sostitutivo: per esempio, l'art. 19 sexies, d.lgs. n. 502/1992, prevede che, nei casi di accertate e gravi inadempienze della Regione nella realizzazione degli obiettivi previsti in atti di programmazione aventi rilievo e applicazione nazionale o interregionale, adottati con le procedure dell'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di Conferenza unificata, il Ministro della sanità, previo confronto con la Regione interessata, può proporre al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di commissario ad acta.

²³ Si tratta della legislazione regionale di attuazione del d.lgs. n. 502/1992 e di altri provvedimenti legislativi statali: si può richiamare, a titolo esemplificativo, la L.r. Sicilia 3 novembre 1993, n. 30, *Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali*, che, nell'art. 11, stabilisce che "qualora gli organi delle aziende unità sanitarie locali o delle aziende ospedaliere omettano di compiere un atto obbligatorio per legge, l'Assessore regionale per la sanità, previa diffida con assegnazione di un termine per provvedere, nomina un commissario ad acta".

²⁴ Per una breve disamina di tali disposizioni si vedano le osservazioni contenute in R. Cavallo Perin, A. Romano, *Commentario breve al testo unico sulle autonomie locali*, Padova, 2006, p. 760 ss.

²⁵ Lo scioglimento dei consigli comunali e provinciali comporta la cessazione dalla carica di consigliere, sindaco (o presidente della provincia) e di componente della giunta: ex multis, cfr. T. Groppi, *Lo scioglimento dei consigli comunali e provinciali per collegamenti mafiosi*, in *Giorn. dir. amm.*, 3, 2000, 250 ss.

delle aziende sanitarie locali (ora ASP), così da introdurre un'ulteriore possibilità di commissariamento su presupposti, però, del tutto specifici²⁶.

Quella che preme prendere in considerazione in questa sede è soprattutto la prima forma di commissariamento che, per il suo carattere dirompente, ha stimolato un contenzioso costituzionale particolarmente significativo. Le indicazioni che emergono dagli indirizzi giurisprudenziali della Corte costituzionale²⁷ sono state puntualmente analizzate nella letteratura giuridica²⁸ e confermano, sia pure ponendo alcuni limiti, la legittimità di questa attività sostitutiva dello Stato: in particolare, risulta centrale - per la perimetrazione dell'istituto - la precisazione che l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, che presuppone un accordo tra lo Stato e la regione interessata²⁹, possa comportare la necessaria adozione di alcune specifiche misure, come i piani attuativi, con la conseguenza che un'eventuale inadempimento, ovvero un ritardo dell'amministrazione regionale nell'assunzione delle iniziative previste e nel conseguimento degli obiettivi programmati (finanziari e sanitari), può giustificare l'introduzione di un Commissario *ad acta* da parte del governo che subentra del tutto nella gestione dell'amministrazione sanitaria, sostituendosi addirittura agli organi politici della regione³⁰. E ormai sono molteplici le disposizioni legislative che hanno individuato, definito e ampliato la gamma dei poteri che possono essere esercitati dai commissari straordinari³¹, con un effetto sostitutivo integrale che alcuni studiosi³² hanno considerato come un grave vulnus per le condizioni di autonomia che devono essere assicurate, in base alle disposizioni costituzionali, alle Regioni, perfino in situazioni di crisi. La Corte costituzionale, invece, accoglie l'orientamento del deficit sanitario e gravi inefficienze per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie, può giustificare una sovrapposizione così ampia che determina una sostituzione non solo in via amministrativa, ma anche sul piano legislativo³³. Difatti, la realizzazione degli obiettivi del sistema sanitario

²⁶ G. Marotta, *Le infiltrazioni della criminalità organizzata nelle aziende sanitarie e ospedaliere*, in *Corti supreme e salute 2019*, 2, p. 289 ss.

Un'altra forma di intervento sostitutivo statale è quello previsto dal Decreto Liste di attesa (DL 73/2024, convertito in Legge 107/2024) che mira a ridurre i tempi per visite ed esami sanitari tramite la creazione di una piattaforma nazionale presso AGENAS, CUP unici regionali obbligatori per pubblico e privato, e un organismo di controllo: sul tema si veda la relazione presentata da Alessia Monica, *Liste di attesa e intervento sostitutivo*, al Convegno di Palermo, "Poteri sostitutivi e ordinamento della sanità", 20-21 giugno 2025.

²⁷ Si possono richiamare, a titolo esemplificativo, di questa lunga giurisprudenza costituzionale, le sentenze n. 43/2004; n. 168/2021.

²⁸ Più recentemente si veda G.A. Primerano, *Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale*, in *Nuove autonomie*, 2023, 2, p. 667 ss.

²⁹ Per conseguire il duplice obiettivo della sostenibilità delle finanze pubbliche e della tutela del diritto alla salute, Stato e Regioni sottoscrivono accordi al cui rispetto da parte della Regione è subordinato il trasferimento dei finanziamenti previsti da parte dello Stato: questi accordi prevedono un programma dettagliato di rientro dal *deficit*.

³⁰ Il commissariamento presuppone l'omessa realizzazione degli obiettivi prefigurati nel piano di rientro dal disavanzo sanitario e richiede un accertamento, affidato al Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, sul perdurante inadempimento regionale: il Governo, allora, potrebbe nominare un commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro.

³¹ Il ruolo e i poteri del Commissario ad acta per la sanità non derivano direttamente dal DM n. 77/2022, ma da un insieme di norme legislative che disciplinano, in termini generali, il commissariamento delle Regioni per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari o particolari interventi sostitutivi: si possono richiamare il d.l. n. 159/2007, in cui si prevede, tra l'altro, che il CdM può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale; il d.l. n. 150/2020, che contiene "Misure urgenti per il rilancio del servizio sanitario della regione Calabria e per il rinnovo degli organi elettivi delle regioni a statuto ordinari", in cui tra l'altro, si stabilisce che il Commissario ad acta provvede anche alla nomina di un Commissario straordinario per ogni ente o anche per più enti del servizio sanitario regionale.

³² In merito al caso Calabria, con riguardo al d.l. n. 35/2019, si vedano le osservazioni di S. Villamena, *Il Commissariamento della sanità regionale. Conflittualità ed approdi recenti anche con riferimento al c.d. decreto Calabria*, in *www.federalismi.it (osservatorio di diritto sanitario)*, 2019, 17 ss.

³³ Corte cost. n. 168/2021, secondo cui "l'intervento del potere statale ... può spingersi fino a esautorare, per determinate materie e nel rispetto del principio di leale collaborazione, anche gli organi democraticamente eletti".

nazionale rientra tra le politiche pubbliche fondamentali che devono essere garantite dalla Repubblica, sicché una carente o inadeguata iniziativa legislativa regionale pone le premesse per un'azione sostitutiva dello Stato che trova la propria specifica copertura non soltanto nel secondo comma dell'articolo 120 della Costituzione, il quale consacra l'esigenza di preservare l'unità economica e giuridica del nostro ordinamento³⁴ o di evitare forme di responsabilità dello Stato italiano nei confronti dell'Unione europea, ma anche nell'art. 117, co. 2, lett m), con riguardo al compito del legislatore italiano di determinare i livelli essenziali delle prestazioni, o nel combinato disposto del terzo comma dell'articolo 117 e dell'articolo 119, in ordine alla definizione statale dei principi di coordinamento della finanza pubblica³⁵. Quindi, si può registrare un quadro costituzionale che fornisce una base ampia e convergente per questa rilevante sovrapposizione dello Stato, che può culminare nella nomina di un Commissario *ad acta*, dotato di poteri di gestione amministrativa pervasivi ed efficaci, giacché condizionano profondamente il funzionamento del sistema sanitario regionale, prevedendo anche la nomina di commissari straordinari delle aziende sanitarie locali, per definire la programmazione sanitaria che rientra nella competenza delle Regioni. Peraltro, occorre sottolineare come la Corte costituzionale abbia cercato di preservare proprio l'effettività di queste misure che vengono adottate dal Commissario *ad acta* e dai Commissari straordinari, nel momento in cui ha chiarito che non è ammissibile nessuna forma di interferenza regionale, nemmeno da parte del legislatore, neanche per prevedere servizi aggiuntivi o comunque introdurre misure di potenziamento dell'offerta sanitaria che possono comportare costi ulteriori per il sistema sanitario regionale, così da compromettere la strategia di contenimento della spesa sanitaria che è alla base dell'introduzione dei piani³⁶.

Il piano di rientro - ed eventualmente la nomina del Commissario *ad acta* - si inserisce, quindi, in un contesto giuridico generale che consente di radicare saldamente il potere sostitutivo dello Stato, che trova - giova ribadirlo - il suo principale riferimento nel secondo comma dell'articolo 120 della Costituzione e si differenzia dal modello di allocazione delle funzioni amministrative ai sensi del primo comma dell'articolo 118 della Costituzione: in questo secondo caso, si può configurare una sostituzione ordinaria che riguarda sostanzialmente l'individuazione del livello amministrativo più idoneo all'esercizio, in modo unitario, di una particolare funzione amministrativa³⁷. Invece, la prospettiva offerta dall'amministrazione straordinaria in ambito sanitario è basata sul presupposto che sia emersa una carenza nell'offerta dei LEA o un mancato rispetto dei vincoli finanziari che riguardano la spesa sanitaria regionale, legittimando una sostituzione di tipo straordinario.

³⁴ Non vi è dubbio che l'intervento sostitutivo è imposto dalla necessità di assicurare l'unità giuridica ed economica della Repubblica, di cui costituiscono esplicitazione i livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto fondamentale alla salute: per un'interpretazione dell'art. 120 Cost. cfr. C Mainardis, *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, Milano 2007, 1 ss.; spec. 63-65.

³⁵ In questo senso, anche G.A. Primerano, *Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale*, cit., 676, che sottolinea come nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, ad essere compromesso è "il buon andamento rafforzato, nella prospettiva della sana gestione finanziaria, dall'introduzione - ad opera della l. cost. 20 aprile 2012, n. 1, che ha novellato gli artt. 81, 97 117 e 119 Cost.32 - dell'obbligo di equilibrio di bilancio declinato in ambito sanitario".

³⁶ In questo senso, Corte cost. n. 123/2011, che ha dichiarato l'illegittimità di una legge della Regione Molise che, interamente a carico del fondo sanitario regionale (in luogo della misura del 70 per cento in origine prevista) i costi per gli interventi di riabilitazione a ciclo diurno e di riabilitazione residenziale, ha disatteso gli impegni assunti dalla Regione in sede di accordo concluso con il Presidente del Consiglio dei ministri per il rientro dal disavanzo sanitario, violando i principi di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione di cui agli artt. 3 e 97, nonché art. 117, co. 3 Cost. in tema di coordinamento della finanza pubblica.

³⁷ Sul principio di sussidiarietà e le sue molteplici implicazioni si veda, *ex multis*, O. Chessa, *La sussidiarietà verticale come "precetto di ottimizzazione" e come criterio ordinatore*, in *Riv. dir. pubbl. comp.*, 4/2002, p. 1442 ss.; Id., *Sussidiarietà ed esigenze unitarie: modelli giurisprudenziali e modelli teorici a confronto*, in *Le Regioni*, 4/2004, p. 941 ss.

A questo punto, si pone il problema dell'attuazione del disegno organizzativo che caratterizza la sanità territoriale e del ruolo che può assumere, al riguardo, un intervento di carattere sostitutivo. Come può operare in questa prospettiva la figura dell'amministratore straordinario, sub specie anche del Commissario *ad acta*? L'ampia gamma di poteri di cui è dotato, per effetto di una convergente serie di provvedimenti legislativi, comporta anche la possibilità di adottare misure strumentali alla implementazione di quel modello organizzativo e, quindi dei presidi di sanità territoriale?

Ebbene, la risposta non può che essere positiva, proprio perché la disciplina statale riconosce al Commissario *ad acta* tutti i poteri necessari per la piena attuazione del Piano di rientro, compresi quelli di programmazione, organizzazione e gestione del Servizio sanitario regionale, senza quindi potere escludere gli interventi finalizzati all'attivazione della sanità territoriale. Ciò trova conferma, per esempio, nel Piano Operativo Regionale degli Investimenti per la Regione Calabria approvato nel 2022³⁸, in cui si definiscono gli obiettivi che dovranno essere garantiti, nel contesto del PNRR, anche attraverso l'attività del Commissario *ad acta* e riguardano proprio l'istituzione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle altre strutture che ruotano intorno a questo nuovo sistema sanitario, preordinato a costituire una relazione di prossimità delle istituzioni sanitarie con i pazienti in modo differente rispetto alla mera spedalizzazione³⁹.

Alla luce di questa sintetica ricognizione, si può ritenere che, nel rispetto del mandato commissariale e delle priorità individuate nel Piano di Rientro, il Commissario *ad acta* può essere considerato come il soggetto attuatore di quegli obiettivi e, pertanto, di quella esigenza di trasformazione organizzativa che deriva dal DM n. 77/2022. Se questa è una opzione ammissibile, indubbiamente ancorata agli attuali indici normativi, nonché ai presupposti di ordine costituzionale, bisogna, però chiedersi se questa eventualità, oltre alle potenzialità in precedenza evidenziate, non possa avere anche risvolti di ordine negativo. Si devono, in particolare, richiamare tutte quelle critiche che hanno accompagnato la vicenda dei piani di rientro e dei commissariamenti, che non sempre hanno permesso di conseguire in modo effettivo gli obiettivi perseguiti. Rispetto a questa duplice finalità - equilibrio finanziario, da un lato, e garanzia dei livelli essenziali di assistenza, dall'altro, per assicurare l'esercizio del diritto della salute -⁴⁰ se si esamina la prassi amministrativa e normativa, al di là delle previsioni legislative generali, quello che emerge è una prevalenza dell'interesse di ordine finanziario, dato che la strategia principale del commissariamento è stata prevalentemente orientata al contenimento della spesa sanitaria, con la conseguenza di non favorire, in tutte le esperienze commissariali, anche un miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie⁴¹. Le ricerche che hanno esaminato l'impatto dell'intervento sostitutivo sul sistema sanitario regionale hanno evidenziato questa eterogeneità dei fini⁴². In altri termini, l'esperienza del commissariamento, se si protrae nel lungo periodo e comporta la prosecuzione di un assetto

³⁸ Tale piano (POR-PNRR), che costituisce parte integrante del Contratto Istituzionale di Sviluppo, è stato sottoscritto in data 30 maggio 2022 ad opera del Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Calabria in qualità di commissario *ad acta* per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario.

³⁹ Tra le undici linee di intervento vi rientrano la creazione e l'avvio di n. 61 case della comunità; la realizzazione di n. 21 centrali operative territoriali; la realizzazione e l'avvio di n. 20 ospedali di comunità.

⁴⁰ Cfr. S. Calzolaio, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi.it*, n. 23/2014, pp. 13 ss.

⁴¹ In questo senso, cfr. G. Rivosecchi, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, cit., p. 12, che osserva come "i piani di rientro dal disavanzo sanitario, quale espressione dei poteri sostitutivi straordinari, abbiano progressivamente deviato dalla loro prospettiva originaria funzionale all'erogazione dei livelli essenziali segnando, invece, la netta prevalenza dell'interesse finanziario".

⁴² Per una ricognizione generale dell'impatto dei poteri sostitutivi, si veda S. Pajno, *Un bilancio dei poteri sostitutivi straordinari a vent'anni dalla entrata in vigore della legge cost. n. 3 del 2001, con qualche modesta proposta*, in *federalismi.it*, 20/2022, p. 102 ss.

normativo e amministrativo che altera l'ordine costituzionale delle competenze, deve dimostrare, in ogni caso di sapere coniugare la capacità di contenimento della spesa sanitaria con un innalzamento significativo del livello dei LEA.

Si potrebbe, però, da un altro punto di vista, ritenere che, alla luce dell'ampia prospettiva offerta dal secondo comma dell'articolo 120 Cost. e di quanto previsto dalla legislazione di attuazione anche in campo sanitario, sarebbero auspicabili ulteriori forme di amministrazione straordinaria che prescindano dall'attuazione dei piani di rientro e contribuiscano, invece, ad accompagnare e assicurare in modo diretto l'implementazione di questo nuovo modello organizzativo. Orbene, il contenuto così rilevante che presenta il quadro costituzionale relativo all'intervento sostitutivo dello Stato, è certamente in grado di offrire una copertura anche per ennesime sperimentazioni sul versante dell'amministrazione commissariale, con la possibilità di intravedere modalità più dirette di azione statale, così da indurre le Regioni ad una stringente ed efficace implementazione del modello della sanità territoriale.

Tuttavia, è possibile anche osservare come, in fondo, la costruzione di questa complessa articolazione dell'amministrazione sanitaria, che deve gestire una profonda riqualificazione dell'attività sanitaria, implica necessariamente anche valutazioni di ordine politico-amministrativo sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione delle strutture di prossimità, in presenza anche di presupposti normativi statali piuttosto flessibili, o comunque non particolarmente rigorosi; sicché, un'estensione del modello commissariale potrebbe – da un'angolazione attenta a custodire le autonomie territoriali – riproporre il rischio di un'invasione nella sfera di autonomia politica delle Regioni, poco giustificabile anche rispetto a un prioritario obiettivo di politica sanitaria.

In fondo, la Corte costituzionale, pur ammettendo la possibilità di interventi e soluzioni molto diversificate per quanto concerne i modelli di sostituzione statale all'amministrazione regionale, ha sempre ribadito il carattere eccezionale di tali misure⁴³ e la necessità che le criticità del sistema sanitario regionale non vengano risolte prioritariamente con rimodulazioni di tipo straordinario.

In realtà, la strategia che deve essere promossa è, ancora una volta, quella della collaborazione tra Stato e Regioni, in modo da incoraggiare - grazie anche a eventuali sostegni finanziari integrativi - la capacità delle istituzioni regionali di realizzare l'assetto organizzativo definitivo della sanità territoriale, senza ricorrere al commissariamento straordinario.

⁴³ Anche se la giurisprudenza costituzionale ribadisce, in maniera molto ampia, l'ammissibilità dell'intervento sostitutivo e del commissariamento straordinario in sanità, subordina la previsione di queste misure ai principi di ragionevolezza, proporzionalità, uguaglianza e leale collaborazione (Corte cost. n. 168/2021).

Assistenza territoriale e sussidiarietà orizzontale

di Mario R. Spasiano

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.

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 variegata forme di mutuo soccorso socio-assistenziale promosse da minoranze presenti in altri Paesi europei², 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 della progressiva emancipazione del principio di sussidiarietà, è in misura crescente assunto (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

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.

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.

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 normativo³, ancora ad inizio del XX secolo si registrava una forte frammentarietà e disomogeneità dell'intervento del sistema sanitario: da un 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, prevede 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

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

ospedaliera 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 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 indigenti⁴: una vera e propria rivoluzione dello stato sociale che la nascente Repubblica si proponeva di realizzare⁵.

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 titolare⁶.

Invero nel vivace dibattito che aveva accompagnato i lavori della Costituente⁷ sino all'approvazione dell'art. 32 Cost., era emerso un innovativo profilo, di estremo interesse

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 sanità*, in S. Rodotà, 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.; 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 sanità 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 beneficiarie 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. Cilion, G. Gasparro, E. Guarnieri, M.L. Giannella, *Diritto sanitario: profili costituzionali, legislativi e amministrativi; ripartizione delle competenze istituzionali; organizzazione, prestazioni e funzionamento del servizio pubblico; ruolo dei soggetti sanitari privati; disciplina delle professioni e del sistema delle responsabilità*, Santarcangelo di Romagna, 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

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'enfaticizzazione 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 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 territoriale⁸.

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 Paese⁹: 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

ridistribuzione equa delle ricchezze ai fini della risposta ai bisogni della persona". A.M. Cavallotti, intervento in Assemblea costituente, 22 aprile 1947.

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.

prevalentemente universalistica e solidaristica¹⁰, 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 diveniva fondamento organizzativo della sanità pubblica¹¹, chiamata in concreto a garantire l'accesso generalizzato alle cure a prescindere dal livello di reddito, nell'ambito dell'intero territorio nazionale¹²: quelle stesse cure sarebbero gravate prevalentemente a carico dei fondi pubblici¹³ secondo una logica di diffusione delle politiche di *Welfare State* e di estensione universale¹⁴ 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.

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 sanità territoriale attualmente ancora *in fieri*, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

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.

Le crescenti difficoltà economiche degli anni Novanta, infatti, determinate dall'esplosione della spesa pubblica e dal concomitante intervento calmierante delle 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 sanitario¹⁵.

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

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".

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 persona¹⁶.

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 disponibili¹⁷, rendendo necessari ulteriori interventi legislativi volti a standardizzare i costi e razionalizzare la spesa sanitaria (come si evince chiaramente dalle riforme sul federalismo fiscale¹⁸ 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 negoziati 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 della Corte Costituzionale emesse in materia continuano a richiamare ad esigenze di equo bilanciamento di contrapposti interessi di efficienza del sistema e di equità¹⁹.

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.

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.

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.

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 sostenibile²⁰, segnato da forti diseguaglianze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e da differenze significative tra le legislazioni regionali in materia di spesa sanitaria²¹. Disparità, già presenti prima dell'emergenza sanitaria, in contrasto con i principi costituzionali di uguaglianza e universalità nell'accesso alle cure.

Dunque, la pandemia²² non ha fatto altro che acuire le tensioni fra centri e periferie – 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 competitivo²³.

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 contraddittorio 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 fallire²⁴.

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 capacità di riadattamento e a una notevole resilienza di tutti coloro che vi erano a diverso titolo coinvolti, in prima linea o nelle retrovie.

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. Più nello specifico, nel nostro ordinamento, il dies a quo è 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 sanità, con ogni probabilità non rivedrà più.

Tutto ciò ha evidentemente consentito di far fronte alle necessità 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 difficoltà 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*. Così, 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 necessità di cure più intensive o specialistiche si è avvertita, per la prima volta in tutta la sua drammaticità. Di conseguenza, anche a partire da tali carenze si è scelto di ricostruire la sanità post-pandemica grazie ai finanziamenti per la ripresa".

²³ A. Pioggia, *La sanità 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

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. 77²⁷, adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, rappresenta l'attuazione normativa delle riforme previste dal PNRR²⁸.

L'onere realizzativo della riforma viene assegnato agli enti territoriali, per i quali è stato previsto il termine di sei mesi dall'entrata in vigore del provvedimento per la programmazione

168.7 del TFUE, agli Stati membri spetta l'organizzazione interna dei sistemi sanitari, nonché ogni decisione concernente le prestazioni da garantire, la tipologia di assistenza sanitaria da assicurare alle persone presenti sui loro territori e il finanziamento della sanità, 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 indubabilmente rientranti nelle attribuzioni europee, l'UE è 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 è stata fatta propria dalle istituzioni ed è 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 protezione dei dati personali n. 2016/679, alla Direttiva sulla mobilità 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 sanità 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.

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 Settore²⁹.

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 Comunità³¹, Ospedali di Comunità³² e Centrali Operative Territoriali³³ per lo sviluppo della rete di prevenzione e monitoraggio ambientale e climatico.

La realizzazione delle Case della Comunità³⁴, in misura particolare, concretizza in astratto l'idea di un'assistenza integrata e multidisciplinare, basata sulla collaborazione strutturata tra

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 Nobile, 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-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

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 primari³⁵, 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 servizi³⁶, nonché la 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

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.

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 Comunità³⁷ 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 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 diffusa³⁹.

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.

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

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 sanità 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 necessità di rafforzare le capacità del territorio, secondo quello che è stato denominato in più sedi il nuovo *“archetipo antropocentrico”*⁴⁰.

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 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 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

Non mancano tuttavia criticità⁴¹ e rischi connessi all'ampliamento dell'assistenza domiciliare⁴². 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 ricovero⁴³: problema di non facile soluzione.

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 recepite 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>.

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 sanità 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'UMPNNR 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

Per di più, la diversità dei modelli organizzativi regionali⁴⁴ mostra l'ampiamiento delle disuguaglianze già esistenti⁴⁵: 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 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 domiciliare⁴⁶. Pertanto, per garantire equità ed efficacia, è indispensabile

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 elaborare 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.

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*

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 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 condizionato⁴⁸.

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,

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".

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.

economico e occupazionale, dell'attività assistenziale⁵¹ 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 legislativo⁵² sul comparto nella sua dimensione complessiva⁵³.

Allo stato, gli Enti del Terzo Settore sono ormai espressamente riconosciuti come rappresentativi della c.d. società solidale⁵⁴, ovvero quella particolare rete capillare di

⁵¹ Sull'impatto economico – occupazione si rinvia a Aa.Vv., *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 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. Il 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.

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».

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 Sociali⁵⁶.

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). 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

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 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 precedente, 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 definiti⁵⁸.

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.

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 del 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 iscrive 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*

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.

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 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 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

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 pubblica⁶¹, 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 vulnerabilità⁶².

Il concetto di prossimità, quindi, assume una doppia conformazione: la prima di natura fisico – geografica, da intendersi 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 sociosanitaria⁶³ richiesta dal PNRR.

Un nuovo legame tra Terzo settore e sanità aveva mosso i primi passi sin dagli anni '80 dello scorso secolo⁶⁴, ma solo di recente esso ha assunto una conformazione persino istituzionale.

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, 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».

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 294⁶⁶ ha istituito il Registro 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 competenza⁶⁸.

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

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 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».

e co-amministrazione⁶⁹, 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 socio-sanitari.

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 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 dipendenze⁷⁰.

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 nuove⁷². 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».

⁶⁹ A. Ripèpi, *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"».

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" (

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».

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 sanitaria⁷³.

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

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 BARI⁷⁶, 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 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 ospedaliera».

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 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

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 Occidentale⁷⁷.

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 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 orizzontale⁷⁹.

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

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

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 classificatorio⁸⁰, gli articoli suddetti si riferiscono all'affidamento dei servizi sociali e dei servizi assimilati previsti dall'allegato XIV alla Direttiva 2014/24/UE⁸¹, ovvero ad una serie di servizi che riguardano, tra gli altri, anche quelli sanitari⁸² e che sinteticamente possono raggrupparsi in tutti quei servizi che intervengono in una situazione di bisogno⁸³.

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

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 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. Marrazzi, *I servizi sociali e i servizi assimilati*, in G.F. Carlei, D. Iaria (a cura di), *Commentario al Codice dei Contratti pubblici*, 2025, 1391.

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)⁸⁴, 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 mesi⁸⁵, 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”⁸⁶ sono espressamente indicati nel comma 2 dell'art. 128, nell'ambito dei quali esiste una relazione con l'utenza finale⁸⁷ 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»⁸⁸.

Al terzo comma⁸⁹, la norma, richiamando i principi dell'art. 76, par. 2, dir. 2014/24, 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

⁸⁴ d) euro 750.000 per gli appalti di servizi sociali e assimilati elencati all'allegato XIV alla direttiva 2014/24/UE.

⁸⁵ L. GALLI, *Commento art. 127*, in R. Villata, M. Ramajoli, *Commentario al Codice dei contratti pubblici*, cit., p. 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.

⁸⁶ Assoggettati al regime semplificato, in base al considerando 6 della Direttiva 2014/24.

⁸⁷ S. Marlazzi, *I servizi sociali e i servizi assimilati*, in G.F. Cartei, D. Iaria (a cura di), op. cit., 1393.

⁸⁸ L. Galli, *Commento art. 127*, cit., p. 656.

⁸⁹ 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 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».

esigenze specifiche delle diverse categorie di utenti, compresi i gruppi svantaggiati e promuovendo il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli utenti»⁹⁰.

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)⁹¹.

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 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 coinvolgimento⁹².

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

⁹⁰ Con riguardo alla consistenza di questi principi, si rinvia alle Linee Guida ANAC n. 17 del 22 luglio 2022, applicabili secondo L. GALLI, *Commento art. 127*, 656, stante l'identità dei principi anche al vigente Codice.

⁹¹ 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».

⁹² Per un raffronto con la disciplina previgente, serve osservare che il legislatore ha sostituito l'espressione "altri servizi 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.

operatori del settore, con particolare riferimento alla obiettiva criticità dell'attuazione, nei settori in questione, del principio di rotazione»⁹³.

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 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 culturali⁹⁴. 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»⁹⁵.

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”⁹⁶ 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

⁹³ 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)».

⁹⁴ Si veda anche C. Giust. UE, 11 dicembre 2014, C113/13.

⁹⁵ L. Antonini, G. Quarneti, M. De Nes, *Servizi sociali*, in *Trattato sui contratti pubblici*, diretto da M.A. Sandulli, R. De Nictolis, Milano, 2019, 740.

⁹⁶ 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.

dell'affidamento dei servizi alla persona e, infine, l'art. 129⁹⁷ dispone un ulteriore alleggerimento normativo, riservando – sostanzialmente – l'affidamento agli enti che soddisfano le condizioni previste nel 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.⁹⁸

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 servizio⁹⁹. 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.

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

⁹⁷ 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.

⁹⁸ 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).

⁹⁹ 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.

Il terzo settore è stato paragonato ad un *loose and baggy monster*¹⁰⁰ (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 sistema¹⁰¹.

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 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 cittadini¹⁰².

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.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ 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).

¹⁰² Su tali profili si rinvia all'interessante, recente lavoro monografico di B.N. Romano, *Sussidiarietà orizzontale e nuovi modelli di cooperazione*, Napoli, 2025.

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»¹⁰³, 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 organico¹⁰⁴: 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 non pare difficile prospettare una scarsa efficacia dei nuovi disposti normativi, organizzativi e funzionali.

¹⁰³ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 227.

¹⁰⁴ Si stima una carenza attuale, in Italia, di ben 30.000 medici e di 70.000 infermieri.

Gestione del personale sanitario e modelli organizzativi

di Sandro Mainardi

1. Introduzione

Tra le prospettive della Sanità del futuro c'è di certo quella del ridisegno dei “confini dell'impresa” nel mondo sanitario, cioè l'analisi di cosa è bene “tenere dentro” l'organizzazione (le funzioni fondamentali per rispondere agli obiettivi istituzionali) e cosa è possibile “portare fuori” (outsourcing) gestendolo attraverso il contratto. In realtà è tema di attualità dal momento in cui è risultato indispensabile trovare il punto di equilibrio tra il dover rispondere a bisogni assistenziali della popolazione, sempre crescenti e in mutamento a causa dei cambiamenti demografici e sociali, e la necessità di garantire la sostenibilità del sistema, caratterizzato da costi sempre crescenti.

Se da un lato occorre spostare il baricentro dei servizi sul territorio, per garantire la presa in carico dell'intero percorso di cura del paziente, sempre più anziano, fragile e pluripatologico, dall'altro l'evoluzione scientifica induce continui investimenti in tecnologie ad alto costo, in grado di assicurare nuove terapie, ampliando quindi la platea dei destinatari dei servizi sanitari e determinando l'aumento dei costi a carico del sistema.

Garantire la sostenibilità del sistema obbliga quindi i decisori politici ad affrontare il tema della riconfigurazione dell'intera catena dei servizi, individuando soluzioni che permettano di governare l'intero processo di cura, garantendo continuità (e condivisione) degli investimenti.

Dopo anni di esperienze di fusioni tra ospedali, prima negli USA e poi in Europa, ora la tendenza è di integrare “verticalmente” i diversi livelli di assistenza (le cure primarie e l'assistenza ospedaliera), puntando allo sviluppo di sistemi di cura place-based, che cercano di contenere in un'unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione.

Se pensiamo alla recente emergenza sanitaria determinata dal COVID-19, l'importanza della integrazione tra Sanità Pubblica, e sistemi di cure territoriali ed ospedaliere si è resa ancora più evidente, portando alla luce l'inadeguatezza di sistemi fortemente ospedalocentrici che si sono trovati impreparati nella presa in carico del paziente sul territorio e nella relazione con la sanità pubblica, titolare dei processi di prevenzione.

Le profonde trasformazioni in atto nei servizi sanitari propongono poi nuove domande alla ricerca e comportano l'acquisizione di nuove e diverse competenze professionali per gli operatori che richiedono più avanzate forme di collaborazione fra i Servizi sanitari regionali e le Università di riferimento, anzitutto territoriale. A questo scopo, occorre valutare modelli utili a realizzare il concorso delle rispettive autonomie e finalità istituzionali, nell'ambito dei diversi strumenti di integrazione, al fine di una programmazione congiunta che consenta di mettere in coerenza a livello locale le scelte strategiche assunte a livello regionale. Ciò anche in considerazione dei significativi cambiamenti normativi, istituzionali, ed organizzativi che hanno interessato e tutt'ora interessano il Servizio sanitario regionale (la costituzione di nuovi

IRCCS, la costituzione di nuove Aziende unificate, la territorializzazione del sistema, il riordino ospedaliero) e le Università.

Infine, si vanno sempre più affermando forme di collaborazione istituzionale fra soggetti della sanità pubblica e privata, con ciò intendendosi anche quelli del settore pubblico allargato (società partecipate da enti pubblici), per il perseguimento di interessi comuni sia di natura assistenziale che di ricerca.

La sfida è quindi – ancora – quella di trovare la soluzione organizzativa ottimale per la gestione del percorso di cura, in una filiera tanto forte e strutturata per garantire i benefici di sistema, quanto flessibile e pronta a reggere a scosse e cambiamenti.

Occorre quindi individuare oggi, e per il futuro più prossimo, forme di integrazione che portino vantaggi in termini di gestione dei processi aziendali: governare in modo unitario sistemi e risorse garantisce infatti l'efficacia dell'assistenza, nei momenti in cui il sistema è maggiormente stressato da eventi complessi ed imprevisti.

Ora, sul piano dell'organizzazione, queste forme di integrazione hanno conosciuto nel nostro Paese una evoluzione abbastanza diffusa, seppure con esperienze geografiche differenziate: le motivazioni inizialmente più diffuse di tale fenomeno possono essere ricercate nelle aspettative di risparmio e di maggiore efficienza. Spesso le integrazioni hanno costituito la risposta organizzativa al blocco del turnover che ha caratterizzato gli ultimi anni del SSN, e alle indicazioni normative sulla riduzione dei posti letto e delle strutture complesse (d.l. n. 95/2012, c.d. "spending review" e d.m. n. 70/2015).

Per rispondere alla necessità di ridurre i costi dell'assistenza ospedaliera da un lato, e migliorare la qualità dei servizi dall'altro, il d.m. n. 70/2015 ha poi promosso l'organizzazione a Rete, stabilendo che le regioni dovessero «assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, [...]; articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia [...]; adottare il modello denominato hub & spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica».

Questa indicazione ha determinato, di fatto, una spinta verso l'aggregazione delle strutture ospedaliere, che concentrandosi divengono di grandi dimensioni, focalizzate sull'alta specialità e in grado di garantire volumi e qualità delle prestazioni di alto livello assistenziale.

Il riordino della rete ospedaliera, in un SSN fatto di tanti SSR, è avvenuto però come dicevo in modo diverso a seconda delle Regioni, che – esercitando un ruolo potremmo dire di "capogruppo" delle Aziende Sanitarie che insistono sul territorio della regione, hanno ridefinito in modo autonomo l'articolazione territoriale delle ASL e ridisegnato i confini sia delle Aziende Ospedaliere sia delle Ospedaliere-Universitarie.

Le prime ondate di fusioni hanno interessato intere Aziende USL (passate da 228 nel 2005 a 120 nel 2017), divenute sempre più grandi fino a coprire il territorio provinciale ed una popolazione media di riferimento aumentata del +72% rispetto al 1995.

In alcune Regioni la fusione ha interessato l'intero territorio regionale: primo caso nelle Marche, che nel 2003 ha unificato le tredici ASL in un'unica Azienda Sanitaria Unica Regionale, seguite dalla Sardegna, che nel 2017 ha unificato le ASL in una unica Azienda di Tutela della Salute, con funzioni di programmazione e controllo, fino ad interessare altre realtà di limitata estensione e/o a bassa densità abitativa (Trento, Bolzano, Molise).

Anche il numero delle Aziende Ospedaliere non Universitarie si è ridotto, dopo una serie di fusioni e/o l'incorporazione nelle ASL di riferimento territoriale, come avvenuto ad esempio in Lombardia.

Solo in Friuli è avvenuta l'unificazione tra Aziende territoriali e Azienda Ospedaliero-Universitaria, in quanto gode dello status di regione autonoma, potendo quindi derogare alla preclusione prevista dalla normativa nazionale.

Alcune regioni hanno scelto, infine, di esercitare un vero e proprio ruolo di "holding", concentrando a livello regionale le funzioni di governo, programmazione e controllo e – in taluni casi –, anche di gestione dei processi sanitari e tecnico-amministrativi, attraverso l'istituzione di Aziende "capofila" o Aziende 0. Si tratta di Enti sovraziendali che, esercitando il governo delle strategie di sistema, gestiscono i macroprocessi amministrativi.

Se, quindi, l'integrazione orizzontale è la risposta alla necessità di concentrare funzioni altamente complesse, creando ospedali altamente specializzati, l'integrazione verticale risponde alla necessità di governare le risorse lungo l'intera catena di servizi, favorendo così la presa in carico dell'intero processo di cura del paziente.

Osserviamo poi che questa tendenza sistemica riguarda anche l'ambito, potremmo dire micro-organizzativo, di soggetti istituzionali, che, unità operativa per unità operativa, struttura per struttura, ricercano maggiore funzionalità ed economicità dei servizi assistenziali ed amministrativi erogati, attraverso accordi di gestione unificata o congiunta di attività sanitarie e/o amministrative, ancora una volta attraverso atti negoziali che individuano un soggetto capofila su cui far confluire, nella regolamentazione negoziale, la titolarità del servizio pur svolto attraverso risorse provenienti da altri soggetti del sistema.

2. Processi di integrazione dei servizi sanitari e gestione delle risorse umane

Non è naturalmente mio compito e soprattutto mia competenza dare conto dei modelli e dell'esito di questi processi di integrazione che hanno seguito percorsi come detto diversificati, in ragione delle scelte di governo regionale e territoriale, della ampiezza del fenomeno, della tipologia di servizi destinati alla gestione unificata, del grado di integrazione funzionale prescelto, degli spazi istituzionali concessi.

In taluni casi tali processi sono stati realizzati sulla base di atti normativi di rango legislativo regionale, ovvero sub forma di sperimentazioni gestionali ai sensi dell'art. 9-bis, d.lgs. n. 502/1992.

Non è revocabile in dubbio però che il tema della afferenza e gestione del personale nell'ambito dei percorsi di integrazione costituisca allo stesso tempo snodo decisivo e fattore di criticità nell'ambito di strategie che abbisognano di alta flessibilità nella gestione delle risorse, sia dal punto di vista delle assegnazioni funzionali e territoriali, che sotto il profilo della pianificazione e direzione; non dimenticando, naturalmente, l'impatto economico, derivato dalle modalità di trattamento sulla base dei fondi aziendali destinati alle erogazioni previste dai contratti collettivi aziendali per il personale di comparto e di area dirigenziale.

È probabile che tali criticità diffuse siano anzitutto dovute alla rigidità e forse alla anzianità di servizio dei modelli organizzativi proposti dal D.Lgs. n. 502/1992, disposto normativo che mostra allo stato tutta l'inadeguatezza ad ospitare varianti organizzative e flessibilità gestionali, che poi comunque dovranno fare i conti con gli istituti e l'identificazione delle strutture da parte delle norme di legge, che al pari delle norme regionali di riferimento

costituiscono inevitabilmente il quadro giuridico normativo nel quale collocare i fenomeni di cui stiamo parlando. Queste norme spesso non consentono di accogliere, a partire dalla Governance dell'Ente, strutture ed organi che invece consentirebbero vuoi una migliore organizzazione in ragione della missione istituzionale, vuoi una più fedele espressione delle presenze istituzionali necessarie ad un migliore governo dell'ente, vuoi una migliore organizzazione, macro e micro, delle realtà integrate.

In particolare, laddove si è manifestata a livello istituzionale (o sindacale) l'opportunità di percorrere modelli che abbiano quale riferimento una modalità di gestione comune delle attività e dei servizi, la quale tuttavia mantenga, anche solo provvisoriamente, la pluralità dei soggetti istituzionali (e datoriali) coinvolti, e quindi la titolarità formale delle attività/funzioni in capo alle Aziende interessate, le soluzioni hanno dovuto confrontarsi con vincoli ordinamentali di non poco momento, probabilmente tali da compromettere l'efficacia dei percorsi di integrazione sperimentati.

Anche laddove è risultato possibile assegnare funzionalmente il personale alla gestione svolta da altra Azienda individuata quale datore, il permanente incardinamento dei professionisti presso le Aziende originarie determina curve di inefficienza, specie sotto il profilo della valutazione, dei trattamenti economici accessori, della sicurezza sul lavoro, dei circuiti di responsabilità datoriale e dei dipendenti.

Ed in effetti, sotto tale profilo – quello della gestione unificata dei servizi con titolarità formale dei rapporti di lavoro mantenuta in capo alle rispettive aziende –, l'ordinamento lavoristico appare storicamente sprovvisto di soluzioni, stretto tra la disciplina degli appalti e del divieto di intermediazione, ma, ancora prima, dalla prospettazione contrattuale del rapporto di lavoro subordinato, basata sulla sostanziale unicità della figura datoriale quale centro di imputazione di poteri, obblighi e responsabilità. Il principio della sostanziale coincidenza tra titolarità di esercizio dell'attività (sulla base di diversi titoli giuridici) e titolarità dei rapporti di lavoro sul versante datoriale si presenta generalmente come inderogabile ed indisponibile, proprio per scongiurare fenomeni di carattere interpositorio.

Pertanto, modelli legali che prevedano lo svolgimento di prestazioni a favore di soggetti diversi da quello cui è formalmente imputata la titolarità del rapporto, pur nell'interesse di quest'ultimo, trovano nell'ordinamento del lavoro fattispecie circoscritte e comunque rigidamente regolamentate, sotto il profilo giustificativo, temporale e sanzionatorio (somministrazione, appalti labour intensive, distacchi); fattispecie peraltro non sempre esportabili al lavoro pubblico privatizzato.

Appare dunque utile procedere verso una breve ricognizione dei modelli che, dal punto di vista dell'organizzazione e gestione delle risorse umane, possono accompagnare i fenomeni di cui trattasi.

3. Cessione di rami di attività ad Azienda cessionaria esistente

Sotto il profilo lavoristico, l'ipotesi di più solida tenuta verso la soluzione di effettiva integrazione dei servizi è quella delineata dalla cessione di rami di attività – quelle strategicamente individuate come destinate ad un governo unitario più penetrante da parte delle Aziende interessate – verso altro soggetto giuridico, che può ben essere individuato, anzitutto e secondo una prima declinazione, in capo ad una delle Aziende partecipanti all'integrazione. In questi casi, infatti, si realizza piena coincidenza tra titolarità formale e sostanziale del servizio e titolarità dei rapporti di lavoro, con la più ampia flessibilità di

gestione e governo del personale, data appunto dalla identificazione di un unico centro di imputazione di poteri e responsabilità.

La fattispecie così delineata identifica e realizza un'ipotesi certa di trasferimento di attività tra amministrazioni: si tratta infatti di attività/servizi svolti da amministrazioni pubbliche (le aziende interessate all'integrazione) che vengono trasferite ad altra amministrazione pubblica (l'Azienda prescelta per l'imputazione dei servizi), la quale assume la titolarità integrale delle attività che appunto confluiscono nelle strutture integrate. L'ipotesi trova come noto una disciplina di carattere generale nella disposizione dell'art. 31 del d.lgs. 31 marzo 2001, n. 165, norma di notevolissima ampiezza applicativa, destinata a regolare, almeno in linea tendenziale, tutte le situazioni nelle quali appunto si realizzi il passaggio di una attività da un soggetto pubblico ad un altro, pubblico o privato che sia, con sostanziale mutamento nella titolarità dell'attività prima svolta da parte dell'amministrazione cedente. La norma, come noto, trova applicazione in assenza di un diverso regime dotato di specialità, il quale potrebbe essere rinvenuto, oltre che in norme di legge nazionale e regionale, anche in previsioni provvedimentali o convenzionali, sempre che tali previsioni non si collochino ad un livello di garanzia inferiore rispetto a quello riconosciuto dall'art. 31, operato con il rinvio alla disciplina privatistica del trasferimento di azienda ex art. 2112 c.c.

Pare dunque possibile, nel rispetto del criterio di specialità, come peraltro avvenuto in una pluralità di settori e di occasioni, dare corso ad una regolamentazione specifica della vicenda traslativa, la quale avrebbe effetto prevalente rispetto alla disciplina generale dell'art. 31, con la formazione di una più adeguata e idonea regolazione degli effetti del trasferimento di attività e della gestione integrata degli stessi da parte degli organi di governo e sovra-governo delle Aziende sanitarie interessate. Per effetto della sua universalità, il regime dell'art. 31 trova applicazione nei riguardi di qualsiasi vicenda traslativa riguardante un'attività svolta originariamente da un ente pubblico, indipendentemente dallo strumento tecnico-giuridico utilizzato e dalla natura del cessionario – che potrebbe essere anche soggetto privato -, mentre, sul piano oggettivo il regime dell'art. 31 denuncia una consistente tendenza alla onnipervasività regolativa, come emerge dall'uso di espressioni – «trasferimento» e «conferimento» – volte ad attrarre nel proprio campo applicativo ogni fenomeno traslativo riguardante un'attività svolta dal soggetto pubblico.

La questione è di estrema rilevanza anche ai fini della identificazione della fattispecie di unificazione di attività, in quanto solo il trasferimento di attività conduce, sotto il profilo oggettivo, al passaggio del personale all'amministrazione cessionaria, con le garanzie previste dalla normativa civilistica dell'art. 2112 c.c.; inoltre, la possibilità di configurare il trasferimento di attività incide in modo decisivo, sulla irrilevanza giuridica del consenso del lavoratore al passaggio verso il nuovo ente datore di lavoro, il quale avviene appunto del tutto automaticamente, e solo, per effetto del trasferimento di attività, senza che sia necessaria alcuna manifestazione di volontà da parte del professionista interessato e soprattutto senza la possibilità di opporsi al passaggio verso la nuova azienda.

Diversamente dalla nozione dell'art. 2112 c.c., nessun particolare requisito di origine, circa l'architettura o la natura dell'attività da trasferire, si rinviene nell'art. 31 al fine della propria operatività, dovendosi quindi estendere ad ogni riorganizzazione di apparati amministrativi che comporti una redistribuzione di compiti tra enti diversi, ovvero ogni vicenda traslativa riguardante un'attività svolta originariamente da un soggetto pubblico. Di talché potrà trattarsi di funzioni od attività materiali, anche se va dato conto, al fine di orientare la concreta definizione dei contenuti delle attività da trasferire, della posizione assunta dalla giurisprudenza di legittimità proprio con riguardo all'art. 31 del d.lgs. n. 165/2001, la quale mostra qualche resistenza verso il completo affrancamento dal modello privatistico,

manifestando favore per l'estensione della disciplina del settore pubblico solo a fronte del trasferimento di entità dotate di una qualche autonomia ed unitaria organizzazione, quindi nel segno di contiguità tra il regime pubblico e quello privato.

Secondo tal interpretazione più restrittiva, sarà configurabile un trasferimento di attività ai sensi dell'art. 31 solo qualora il processo coinvolga un'entità dotata di autonoma ed unitaria organizzazione, fermo restando che, in punto di quantum di attività suscettibile di integrare la fattispecie sussunta nella norma si potrà trattare anche del trasferimento o conferimento di una sola attività o funzione aziendale, dovendo comunque trattarsi di funzioni dotate di un'apprezzabile consistenza ed autonomia, in relazione ai fini istituzionali dell'ente ed alla sua struttura organizzativa.

Diversamente dall'ipotesi dell'assegnazione temporanea, nel caso della cessione di rami di attività/servizi, il personale passa integralmente alle dipendenze dell'Azienda cessionaria, perciò stesso sottoposto all'esercizio dei poteri datoriali da parte della medesima, senza alcuna dissociazione invece tipica dei modelli di assegnazione temporanea. Ciò va indubbiamente a semplificare la gestione, dal momento del reclutamento a quello della direzione/valutazione/remunerazione delle attività, tutti confluiti nel sistema aziendale cessionario.

Pacifico quindi che i trattamenti economici di tale personale insisteranno sui fondi della medesima Azienda cessionaria alimentati dal medesimo sistema di valutazione; si insinua qui un rilevante problema applicativo relativo alla conservazione dei trattamenti contrattuali in godimento.

Sul punto occorre anzitutto tenere fermo il principio ripetutamente affermato dalla giurisprudenza della Cassazione, per il quale il dipendente trasferito a seguito di cessione di azienda e ramo di azienda non ha diritto al mantenimento ultrattivo dei trattamenti derivanti dai contratti collettivi applicati presso il cedente, se appunto vi sono contratti collettivi applicabili al cessionario, che producono l'effetto sostitutivo ex lege; in tale evenienza, fermo ovviamente il diritto al trattamento per i diritti già entrati nel patrimonio giuridico del lavoratore per l'attività (già) svolta, il dirigente o dipendente trasferito non ha diritto al mantenimento del trattamento contrattuale collettivo più favorevole, ma ad "un" trattamento contrattuale, quale che esso sia, a prescindere dunque dal fatto che disponga in senso migliorativo o equivalente al precedente goduto presso l'Ente cedente l'attività (Cass., sez. lav., 30 settembre 2020, n. 20918; Cass., sez. lav., 15 marzo 2021, n. 7221; Cass., sez. lav., 15 aprile 2024, n. 10120).

Se non sussistono problemi per i trattamenti derivanti dai CCNL (di comparto e di area) almeno per quanto riguarda i trasferimenti di attività tra enti ed aziende del comparto/area Sanità, si incontrano invece sovente criticità per quando riguarda i trattamenti relativi ai contratti integrativi, che possono differire sensibilmente tra azienda cedente e azienda cessionario l'attività (ad esempio con trattamenti di posizione per i dirigenti assai differenziati). E' qui possibile provvedere tramite contrattazione collettiva di ingresso (quella che può accompagnare il processo di cessione nella interlocuzione con le Oo.Ss.) ove sarà possibile valorizzare il trattamento del personale incardinato sui servizi ceduti, così come la loro mobilità tra le strutture.

Va ricordato infatti, a tale proposito, che per effettuare legittimamente la cessione occorre rispettare la procedura sindacale di informazione ed esame congiunto di cui all'art. 47, l. n. 428/1990, sì come richiamata dall'art. 31 del d.lgs. n. 165/2001; ed in questa sede è senz'altro possibile realizzare accordi che favoriscano e appunto valorizzino il graduale inserimento dei dipendenti trasferiti per effetto della cessione.

Le criticità del modello risiedono anzitutto nella circostanza per cui il personale trasferito per passaggio di attività/servizi andrà inevitabilmente a saturare gli organici dell'Azienda cessionaria. Se questo può essere affrontato, anche tramite intervento normativo regionale, in termini di incremento degli organici e dei fondi, resterà complesso il trattamento differenziato da riservare al personale che ha effettuato il passaggio, imponendo di fatto una sostanziale e importante revisione degli assetti contrattuali e dei sistemi di gestione in essere presso la stessa Azienda cessionaria.

Si prospetta poi complessa la dismissione di U.O. o di porzioni di U.O. da parte delle Aziende, tale da determinare una revisione degli assetti anche nelle Aziende cedenti.

4. Cessione di attività per costituzione di nuova Azienda

Naturalmente, quanto sopra indicato per la cessione di rami di attività/servizi ex art. 31 D.Lgs. n. 165/2001, ha da valere anche nella prospettiva della creazione di un nuovo soggetto giuridico, per il quale appare senz'altro necessario intervento normativo regionale.

Si ha qui la costituzione di una nuova Azienda, cui è demandata la direzione e gestione delle attività/servizi ceduti dalle aziende partecipate; attività e servizi di cui la nuova azienda assume, ancora una volta, titolarità formale e sostanziale.

Di nuovo, insieme al passaggio dell'attività ceduta da parte delle Aziende cessionarie, si avrebbe il passaggio alla nuova azienda del personale già addetto alle Unità Operative (o porzioni di UO) cedute, sì come selezionate sulla base delle esigenze di integrazione e quindi anche sulla base di processo di trasferimento che potrebbe essere graduale: si determina così la piena assunzione della titolarità dei rapporti di lavoro e dei relativi poteri di gestione da parte del nuovo soggetto giuridico, nei termini già indicati.

Vantaggi del modello: la costituzione di un nuovo soggetto giuridico permette di indirizzare da subito l'assemblaggio e l'attività dei Dipartimenti, senza possibili contaminazioni date da strutture esistenti (dipartimentali e U.O.).

La gestione del personale, che approda a soggetto giuridico datoriale privo di contrattazione collettiva (già) applicata, sotto il profilo economico e normativo nonché dell'attribuzione di incarichi appare più lineare: si costituirebbe nuovo fondo per la contrattazione, con nuovo sistema di pesatura degli incarichi e delle strutture; la valutazione del personale e delle strutture seguirebbe percorso specifico conformato alla particolare caratterizzazione dell'Azienda e dell'attività dei Dipartimenti e delle UO ad essi afferenti.

Le assunzioni di personale da parte della nuova azienda sarebbe già proiettata sulle attività individuate, evitando anche qui contaminazioni tra strutture che svolgono altre funzioni nella programmazione territoriale.

5. Ipotesi di assegnazione temporanea di personale tra amministrazioni previste per il perseguimento di obiettivi comuni

In diversa prospettiva, ed a geometria istituzionale che potrebbe restare sostanzialmente invariata (quindi senza la necessaria previsione di costituzione di nuovi soggetti giuridici), è possibile immaginare forme più dense e significative di coinvolgimento dei lavoratori già in

forza alle Aziende sanitarie, rispetto ad attività destinate a forme di collaborazione sovra-aziendale tra amministrazioni, sia sanitaria, che tecnica, che amministrativa.

Modelli del genere sopra indicati esistono anche riguardo alle forme di esercizio comune di attività fra amministrazioni pubbliche. Il riferimento è in particolare ai consorzi tra enti locali e, in via più generale, all'15 della l. n. 241/1990 («Accordi tra pubbliche amministrazioni»), ove si prevede che «le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune», matrice regolativa successivamente raccolta e messa a sistema del pubblico impiego, come diremo, per il tramite dell'art. 23-bis del d.lgs. n. 165/2001, il quale regola appunto ipotesi di mobilità del personale oltre che tra amministrazioni, anche tra soggetti pubblici e privati.

Anche le discipline di legge regionale, quando si tratta di rapporti fra pubbliche amministrazioni, offrono ulteriori modelli e soluzioni praticabili, purché ci si muova appunto nella dimensione della temporaneità della «esternalizzazione», senza definitiva cessione della titolarità dei servizi, quindi del tutto al di fuori della fattispecie regolata dall'art. 31 del D.Lgs. n. 165/2001.

Per quanto riguarda ad esempio la Regione Emilia Romagna, la norma di riferimento può essere attualmente individuata nell'articolo 22 ter della Legge Regionale 26 novembre 2001, n. 43 («Testo unico in materia di rapporti di lavoro nella Regione Emilia Romagna»), introdotto dall'art. 5 della L.R. 20 dicembre 2013, n. 26, e dunque in ambito temporale – la circostanza pare significativa – coerente con l'avvio tra gli Enti che fanno parte del Sistema delle amministrazioni regionali, tra cui quelli del SSN, di processi organizzativi di integrazione ed unificazione che richiedono forte flessibilità nell'utilizzo del personale, sotto il profilo della più ampia mobilità delle risorse umane.

A differenza di quanto previsto per il trasferimento di attività ex art. 31 D.Lgs. n. 165/2001, lasciando inalterato il rapporto originario, l'assegnazione temporanea fa sì che si instauri un rapporto di utilizzo del prestatore di lavoro assegnato, che può modificarsi anche sensibilmente, posto che il dipendente è inserito, sia sotto il profilo organizzativo-funzionale, che sotto quello gerarchico-disciplinare, nell'ambito dell'amministrazione di destinazione.

Il fatto che vi sia un interesse comune delle amministrazioni all'utilizzo di dipendenti da parte di una queste, delegata delle funzioni, potrebbe ingenerare il dubbio di una forma di somministrazione (irregolare) da parte delle amministrazioni assegnanti il personale, con gli effetti, anche sanzionatori, previsti dalle leggi sul lavoro (in particolare il D.Lgs. n. 81/2015, applicabile in parte qua anche alle pp.aa.). Tale forma di illegittimo utilizzo del personale è tuttavia da escludersi proprio in forza delle norme di Legge, nazionale o regionale, che creano una fattispecie lecita di interposizione nel rapporto, autorizzando l'amministrazione delegata alle funzioni, all'utilizzo del personale assegnato, senza assumere la relativa titolarità del rapporto di lavoro.

È invece necessaria la temporaneità, (che ben si presta a regolare il periodo di sperimentazione del progetto) richiamata come requisito di legittimità dell'atto di gestione del personale dall'art. 22 ter comma 4 di cui si tratta. Tuttavia, a fronte della necessaria temporaneità dell'assegnazione dei dipendenti interessati, la «gestione di attività di comune interesse» può essere «stabile» e dunque rispondere ad un interesse permanente delle Aziende.

In ogni caso, esiste una seconda disposizione senz'altro utile a costituire riferimento normativo per la delega di funzioni di cui si tratta sotto il profilo della gestione del personale: si tratta della disposizione dell'art. 4, comma 2 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 (c.d. decreto Madia), conv. in Legge 11 agosto 2014, n. 114 che ha modificato l'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001.

Con testo modificato in sede di conversione rispetto all'originaria formulazione del Decreto 90/2014, si prevede all'art. 4 («Mobilità obbligatoria e volontaria»), comma 2, quanto segue: «2. Nell'ambito dei rapporti di lavoro di cui all'articolo 2, comma 2, i dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione o, previo accordo tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti. Ai fini del presente comma non si applica il terzo periodo del primo comma dell'articolo 2103 del codice civile. Con decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione previa consultazione con le confederazioni sindacali rappresentative e previa intesa, ove necessario, in sede di conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, possono essere fissati criteri per realizzare i processi di cui al presente comma, anche con passaggi diretti di personale tra amministrazioni senza preventivo accordo, per garantire l'esercizio delle funzioni istituzionali da parte delle amministrazioni che presentano carenze di organico. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano ai dipendenti con figli di età inferiore a tre anni, che hanno diritto al congedo parentale, e ai soggetti di cui all'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, con il consenso degli stessi alla prestazione della propria attività lavorativa in un'altra sede».

La norma introduce, rispetto alla fattispecie generale del passaggio diretto di cui al 1° comma, una inedita forma di mobilità obbligatoria (d'ufficio) all'interno e, soprattutto, tra amministrazioni diverse, che, per volontà del legislatore, assume carattere inderogabile per la via negoziale, stante la previsione del successivo comma 2.2., per il quale «Sono nulli gli accordi, gli atti o le clausole dei contratti collettivi in contrasto con le disposizioni di cui ai commi 1 e 2».

Si assume in sostanza l'amministrazione pubblica, in tutte le sue articolazioni oggettive di cui al richiamato art. 1, comma 2 del D.Lgs. n. 165/2001 (cioè Amministrazioni pubbliche diverse per natura, appartenenza di comparto, soggettività giuridica, ecc.), come una sorta di unico grande datore di lavoro, all'interno del quale è possibile, con il limite spaziale descritto dall'ambito comunale, o dalla distanza di 50 Km, la piena mobilità dei dipendenti, accompagnata, come subito si dirà, da esigui presupposti legittimanti e dunque da straordinaria flessibilità organizzativa a favore del datore di lavoro pubblico.

Se, dunque, nella sua materialità, si tratta di uno spostamento di sede del lavoratore, nel caso di accordo tra amministrazioni, questo trasferimento si arricchisce nella sostanza dei contenuti propri di una assegnazione temporanea, in quanto l'accordo tra enti assume la funzione di rendere possibile l'utilizzo del lavoratore trasferito da parte di diverso datore di lavoro (l'amministrazione di destinazione), con la relativa dotazione dei poteri che rendono possibile la gestione del personale interessato. Ancora una volta pare trattarsi di un'ipotesi (lecita, perché autorizzata dalla legge) di “fornitura/somministrazione di manodopera” da un'amministrazione ad un'altra, nella manifestazione di interessi reciproci che verranno tradotti nell'accordo.

Queste forme di attività realizzate in convenzione individuano dunque un'Azienda o Ente capofila, che assume la qualità di datore di lavoro attraverso il proprio personale con qualifica dirigenziale, il quale assume responsabilità di esercizio del potere direttivo. Il personale viene assegnato temporaneamente da parte delle Aziende convenzionate perché appunto, senza modifica della titolarità del rapporto e dei trattamenti economico-normativi di appartenenza, svolga la propria attività sanitaria, tecnica o amministrativa

Ciò rende la norma di particolare interesse per il caso della delega di funzioni che si andranno a concordare tra Aziende sanitarie che insistono sul medesimo territorio: in presenza dell'accordo di delega sarà possibile trasferire i lavoratori verso l'Azienda delegata alle funzioni unificate, per l'esercizio stesse, con dislocazione dei poteri datoriali in capo a quest'ultima anche nei confronti dei dipendenti trasferiti dalle altre Aziende.

Per quanto detto, la norma si presta bene ad accompagnare i processi di unificazione delle funzioni delegate di cui si discute, introducendo una forte dose di flessibilità organizzativa con riguardo alla dotazione di personale necessaria per lo svolgimento delle funzioni delegate in capo ad Azienda capofila, specie nelle ipotesi in cui non è possibile ottenere il consenso del lavoratore all'assegnazione: nei limiti dei 50 km ed al di fuori delle ipotesi in cui il consenso è previsto come necessario (dipendenti con figli di età inferiore a tre anni), sarà possibile disporre l'assegnazione anche in assenza di accordo da parte del dipendente o dirigente interessato.

7. Il modello della convenzione "quadro"

Nell'ipotesi della unificazione gestionale non sono riscontrabili vincoli di legge con riguardo allo strumento tecnico-giuridico attraverso il quale realizzare il trasferimento delle funzioni, e con esse, dei lavoratori in capo all'Azienda che assume la titolarità del servizio in base a convenzione.

La convenzione intersoggettiva tra amministrazioni può quindi rappresentare lo strumento più duttile ed efficace per realizzare la complessa operazione di unificazione di servizi e funzioni. Intesa come accordo negoziale fra due o più soggetti pubblici, va rilevato che il limite (ma anche il pregio sotto i profili che qui interessano) della convenzione, risiede nel fatto che essa non dà vita né ad un soggetto di diritto né ad una struttura separata dagli enti partecipanti: essa serve quindi a realizzare il coordinamento di gestioni separate, ovvero, come nel caso che qui interessa, una gestione per conto delle amministrazioni coinvolte, svolta da uno dei contraenti, sia pure con il concorso finanziario e nel rispetto degli indirizzi di tutti.

La convenzione sarà dunque l'atto idoneo a selezionare i servizi delegati e quindi ad individuare motivazione ed oggetto dell'unificazione gestionale, con eventuale soppressione parziale/totale dei servizi svolti in proprio da ciascuna azienda, ripartendo altresì gli oneri e quindi regolando, in parte qua, i rapporti tra i soggetti convenzionati.

È possibile prevedere una convenzione quadro generale, atta a definire profili di regolamentazione appunto generale e comune dal punto di vista organizzativo, gestionale e finanziario a tutto il processo di unificazione; per poi allegare, anche in diversa sequenza temporale, convenzioni specifiche per ciascun ambito di servizio operativo delegato, con richiamo alla convenzione quadro e regolamentazione di dettaglio appunto del servizio o funzione delegata. Si crea così, in ragione della convenzione quadro, una struttura regolativa "aperta" della gestione comune del servizio tra le due Aziende, alla quale può essere in ogni momento collegata la decisione di trasferire nuove funzioni o servizi.

La convenzione, stante il suo contenuto eminentemente negoziale, si presta anche a rappresentare l'«accordo tra amministrazioni interessate» ex art. 4, c. 2 DL 90/2014 in base al quale effettuare il trasferimento per assegnazione temporanea dei lavoratori interessati, essendo la convenzione l'atto giuridico che giustifica, legittima, e regola, sotto ogni profilo della gestione, la dislocazione dei poteri datoriali (direttivo, di controllo e disciplinare) in capo all'Azienda chiamata ad esercitare i servizi delegati e quindi unificati tra le Aziende .

Tuttavia, proprio queste sperimentazioni, che occasionalmente hanno riguardato anche attività e servizi di carattere sanitario, fanno emergere alcuni possibili profili di criticità dei quali mi interessa rappresentare quello più rilevante anche rispetto alle esperienze regionali svolte.

L'esperienza più recente con riguardo ad ipotesi di unificazioni aziendali di servizi di tipo sanitario, spiega che il modello della convenzione fra enti e dell'assegnazione di personale fra le amministrazioni interessate, fatica a trovare una utile corrispondenza nelle rigidità normative predisposte appunto per l'organizzazione delle strutture sanitarie, nella nomenclatura, ma soprattutto negli schemi (senz'altro "datati") del D.Lgs. n. 502/1992 (Dipartimenti, Strutture complesse, Strutture semplici dipartimentali, Strutture semplici, ecc.). Ciò, soprattutto, se tali schemi organizzativi vengono rapportati a funzioni svolte da un Azienda anche per delega di altra e diversa Azienda e, soprattutto, con personale di quest'ultima. Nella fattispecie, poi, la questione introduce ulteriori elementi di complessità dati a volte dalla componente universitaria laddove partecipi Azienda Ospedaliero-Universitaria, e dai relativi modelli di riferimento per attività didattiche, di ricerca e di formazione universitaria svolte in ambito ospedaliero, debitamente regolate tramite convenzione.

Sono problematiche che possono senz'altro trovare una soluzione dal punto di vista tecnico su temi particolarmente delicati (governo clinico, responsabilità assicurative, privacy dei pazienti, gestione del personale medico ed infermieristico ecc.); ma che impongono qualche curvatura importante (ed occorre verificare quanto compatibile) sia con la fattispecie previste dalle norme di legge regionale o nazionale che, e soprattutto, con le discipline di legge dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Per tutte le questioni sopra solo proposte appare di fondamentale importanza, oltre all'acquisizione di tutto il materiale normativo e contrattuale attinente, l'individuazione della tipologia di servizi che verranno destinati alla gestione unificata per il periodo della sperimentazione. Proprio con riguardo alle attività e servizi sanitari, è infatti possibile che si renda necessaria, per i motivi anzidetti, una differenziazione degli schemi e delle discipline di riferimento, anche in ragione delle specifiche esigenze di governo e di produzione del servizio.

8. Assegnazione temporanea ex art. 23 bis D.Lgs. n. 165/2001

La messa a disposizione di dipendenti tra aziende ed enti del SSN può avvenire anche per il tramite dell'art. 23 bis del D.Lgs. n. 165/2001, norma di carattere generale la quale regola appunto ipotesi di mobilità del personale non solo tra soggetti pubblici ma anche tra soggetti pubblici e privati.

In particolare, il comma 7 della norma, senza distinguere tra personale pubblico in base al possesso o meno della qualifica dirigenziale, dispone che:

«Sulla base di appositi protocolli di intesa tra le parti, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, possono disporre, per singoli progetti di interesse specifico dell'amministrazione e con il consenso dell'interessato, l'assegnazione temporanea di personale presso altre pubbliche amministrazioni o imprese private. I protocolli disciplinano le funzioni, le modalità di inserimento, l'onere per la corresponsione del trattamento economico da porre a carico delle imprese destinatarie. Nel caso di assegnazione temporanea presso imprese private i predetti protocolli possono prevedere l'eventuale attribuzione di un compenso aggiuntivo, con oneri a carico delle imprese medesime.»

Tale tipologia di mobilità tra soggetti pubblici e tra soggetti pubblici e privati, appunto consente di assegnare temporaneamente unità di personale alla disponibilità dei soggetti partecipanti, perché questi possano utilizzare le risorse spendendo, in particolare, i poteri datoriali di direzione e controllo. In sostanza, e ancora una volta, la previsione di legge, e la ricorrenza dei relativi presupposti, impediscono di riconoscere in tale forma di mobilità ipotesi di interposizione illecita o di fornitura irregolare di manodopera, la quale avviene appunto ed è resa possibile sulla base dell'interesse comune tra soggetti coinvolti, sì come espresso nel protocollo di intesa.

Tale forma di assegnazione temporanea può naturalmente riguardare professionisti dirigenti, personale del comparto, ed anche direttori di unità operativa, che vengono temporaneamente assegnati alla direzione di strutture dell'Azienda o soggetto privato assegnatario, così investiti di obiettivi, poteri e responsabilità di gestione nell'ambito dei servizi di titolarità.

Pur scontando una certa complessità organizzativa e nella gestione del rapporto di lavoro dell'interessato, è tecnicamente possibile configurare, nell'ambito dei protocolli di intesa, anche forme di assegnazione temporanea parziale dei professionisti e dei direttori di struttura, con previsione di svolgimento delle attività in parte a favore dell'Ente di appartenenza in parte a favore del soggetto assegnatario, per le attività che fanno capo al programma di integrazione. L'eventuale prospettazione di un potenziale conflitto di interessi per attività svolte a favore dei due soggetti giuridici è appunto scongiurata dalle previsioni del Programma e del protocollo di intesa, le quali giustificano la prestazione "a scavalco" proprio sulla base dell'interesse comune e degli obiettivi definiti nei programmi/protocolli di intesa e come tali condivisi dalle direzioni aziendali.

Lo strumento indicato dalla norma – il protocollo di intesa – è appunto destinato a regolare dal punto di vista normativo ed economico tale forma di assegnazione temporanea, dove la temporaneità è garantita ed è coerente con la durata del Programma.

Il protocollo di intesa ex art. 23 bis, c. 7 D.Lgs. n. 165/2001 può naturalmente identificarsi con Accordi Quadro di Programma sui quali andranno poi ad innestarsi le singole convenzioni relative alle strutture, ai progetti ed ai percorsi clinico-assistenziali o tecnico-amministrativi nei quali vengono definiti nel dettaglio, in relazione alle tipologie ed ai modelli adottati, gli aspetti relativi alle tipologie di incarico, agli obiettivi specifici, alle responsabilità, agli oneri finanziari derivanti dalle regolamentazioni aziendali in essere e dalle disposizioni dei contratti nazionali ed integrativi applicati.

La norma dell'art. 23 bis inequivocabilmente identifica nel consenso del lavoratore interessato presupposto indefettibile di legittimità della assegnazione temporanea, la quale peraltro non incontra limiti di carattere spaziale/geografico se non quelli definiti nell'ambito dei protocolli di intesa e delle convenzioni attuative: occorrerà dunque acquisire il preventivo consenso dell'interessato alla assegnazione temporanea, alle condizioni stabilite dalle suddette regolamentazioni, in guisa di modifica e integrazione (temporanea) del contratto di lavoro subordinato con l'Ente o Azienda di riferimento.

Per quanto invece riguarda la messa a disposizione di professionisti da parte dei soggetti privati, anche qui nei termini di utilizzo da parte di Enti e Aziende del SSN, l'istituto giuridico applicabile appare quello del distacco, sì come regolato dall'art. 30 del D.Lgs. n. 276/2003.

La norma è direttamente applicabile ai soggetti privati, anche laddove si parli di società a controllo pubblico, in forza della disposizione dell'art. 19, c. 1 del D.Lgs. n. 175/2016 e contempla l'ipotesi per cui un datore di lavoro (distaccante), per soddisfare un proprio interesse, pone temporaneamente uno o più lavoratori a disposizione di altro soggetto (distaccatario) per l'esecuzione di una determinata attività lavorativa.

Il datore di lavoro distaccatario può pertanto lecitamente avvalersi di fatto dell'attività lavorativa del lavoratore distaccato, in presenza di un interesse concreto del datore di lavoro distaccante, e della temporaneità del mutamento del datore di lavoro utilizzatore della prestazione. In concreto l'interesse del distaccante determina quindi la legittimità del distacco e deve sussistere al momento dell'adozione del provvedimento e per tutta la durata del distacco. In assenza dei requisiti di legittimità, ancora una volta, si sostanzia un'ipotesi di elusione del divieto di interposizione fittizia di manodopera, concretantesi in una somministrazione di lavoro irregolare, con sanzione di legge.

Ora, nulla esclude che il datore "distaccatario", non a caso qui appunto generalmente identificato come "datore" e non come "impresa" o "azienda", possa essere una amministrazione pubblica, alla condizione/presupposto, prevista dalla norma, che sussista il requisito di temporaneità del distacco (ancora una volta ben identificabile sulla base del Protocollo e del relativo Accordo/convenzione specifica), e soprattutto l'interesse del "distaccante" al distacco dei propri dipendenti (dirigenti e non), perché vengano utilizzati presso le strutture e sotto la direzione del distaccatario.

Anche la regolamentazione del distacco, come quella della assegnazione ex art. 23 bis D.Lgs. n. 165/2001, può pacificamente conoscere forme di "distacco parziale", con utilizzo condiviso della prestazione da parte delle due aziende. Ed anche il distacco può consentire l'attribuzione di incarico di direzione di struttura da parte delle aziende, con l'attribuzione delle relative responsabilità di obiettivo.

In parte diversa è invece la regolamentazione relativa alla acquisizione del consenso dell'interessato al distacco, che la legge impone solo nel caso di sostanziale mutamento di mansioni presso il distaccatario (fermo ovviamente il divieto di dequalificazione), ovvero di utilizzo in unità produttive site a più di 50 km da quella di adibizione del lavoratore.

9. Conclusioni

L'assenza di ostacoli tra i diversi livelli di assistenza (ospedaliera e territoriale), la centralità delle cure intermedie e l'unitarietà della governance sono elementi essenziali del successo della gestione dei percorsi di cura.

Le relazioni che si instaurano tra le aziende sono ovviamente più o meno intense a seconda degli obiettivi e del contesto. È necessario quindi scegliere quale tipo di integrazione è più adatta allo scopo che ci si prefigge. Le evidenze dimostrano che, invece di procedere ad una fusione orizzontale nell'ambito dello stesso livello di assistenza (es: tra ospedali), è meglio privilegiare l'integrazione verticale tra i diversi livelli di assistenza.

In caso non sia possibile procedere ad una unificazione tra aziende, come nel caso di AUSL con AOU, occorre promuovere una strategia di “sovranità condivisa” per l’attribuzione di risorse orientate ad obiettivi comuni e la verifica dei risultati in itinere.

Dimensioni “ottimali” delle integrazioni permettono di condividere le buone prassi e le tecnologie, senza generare diseconomie organizzative che sono generate dal “gigantismo”.

Il punto di equilibrio andrà ricercato tenendo insieme, ad esempio, i soggetti che condividono tecnologie ad alto costo o che condividono gli stessi obiettivi istituzionali.

Per garantire la sostenibilità di questo nuovo Sistema, occorrerà ripensare le funzioni della tecnostruttura e dei primi livelli Dirigenziali (Direttori di Dipartimenti Interaziendali e Direttori di Distretto), che assumono un ruolo di tensore dell’organizzazione, indispensabile per governare le risorse e orientare l’organizzazione al raggiungimento degli obiettivi comuni. Tali figure dovranno essere dotate delle necessarie leve di gestione del personale per generare senso di appartenenza alla nuova organizzazione: tuttavia l’attuale quadro normativo della legislazione nazionale e regionale non fornisce allo stato strumenti e modelli immediatamente adattabili a tali esigenze, imponendo forti interventi e curvature sul piano delle convenzioni e degli accordi tra Aziende ed Enti interessati, specie, per quanto detto, con riguardo alla gestione del personale dipendente.

Si crede che tali forme di evoluzione del sistema sanitario debbano essere accompagnate da una ampia partecipazione di tutti gli attori, dalle governance aziendali alle rappresentanze sindacali, che mettano al centro del sistema la valorizzazione delle risorse umane e la tutela delle professionalità espresse dal sistema sanitario pubblico e privato, le quali devono essere espressione di valore pubblico e di benessere organizzativo, nelle organizzazioni plurali della sanità del futuro.

Gli autori

Martina Conticelli è Professoressa ordinaria di diritto amministrativo presso l'Università di Roma Tor Vergata

Marco Dugato è Direttore della Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica – SPISA e Professore ordinario di diritto amministrativo presso l'Università di Bologna

Gianluca Gardini è Professore ordinario di diritto amministrativo presso l'Università di Bologna

Loredana Giani è Professoressa ordinaria di diritto amministrativo presso l'Università Europea di Roma

Fabio Giglioni è Professore ordinario di diritto amministrativo presso l'Università Sapienza di Roma

Marcella Gola è Professoressa ordinaria di diritto amministrativo presso l'Università di Bologna

Nicola Gullo è Professore associato di diritto amministrativo presso l'Università di Palermo

Roberta Lombardi è Professoressa ordinaria di diritto amministrativo presso l'Università del Piemonte Orientale

Sandro Mainardi è Professore ordinario di diritto del lavoro presso l'Università di Bologna

Lorena Martini è Direttrice della UOC Formazione ECM di AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Mario Rosario Spasiano è Professore ordinario di diritto amministrativo presso l'Università degli studi della Campania L. Vanvitelli

Claudia Tubertini è Professoressa associata di diritto amministrativo presso l'Università di Ferrara