

La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro e sul coinvolgimento degli Enti del Terzo settore, tra (parziali) novità e conferme. Note a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 201 del 2024*

[Corte cost., sent. 30 ottobre - 17 dicembre 2024, n. 201, red. Sciarrone Alibrandi]

Lorenzo Maspero**

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. I Piani di rientro dai disavanzi sanitari e la loro vincolatività per il legislatore regionale fra disciplina normativa e giurisprudenza della Corte. – 3. Il copioso filone giurisprudenziale sul divieto di LEA aggiuntivi per le Regioni in Piano di rientro. Alcuni recenti profili di novità. – 4. Prestazioni *extra*-LEA e incremento della spesa sanitaria regionale: il solito dilemma per la Corte. – 5. «Comunque previste e finanziate dallo Stato»: la parziale discontinuità in merito alle prestazioni di diagnosi e cura della fibromialgia. – 5.1. Un’annotazione a margine: la sollecitazione e l’auspicio della Corte. – 6. La giurisprudenza costituzionale sul Codice del Terzo settore: la necessaria rilettura della sentenza n. 131 del 2020 come premessa sistematica. – 7. I richiami «meramente esemplificativi» solo

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottorando di ricerca in Studi Europei nell’Università di Genova, curriculum “governance multilivello e diritti fondamentali”, lorenzo.maspero@edu.unige.it

ad alcune tipologie di ETS nella legislazione regionale: la soluzione interpretativa della Corte e l'infondatezza delle questioni. – 8. Società solidale e territorio. – 9. Considerazioni conclusive.

ABSTRACT:

Con la sentenza n. 201 del 2024, avente ad oggetto alcune disposizioni della L.R. Calabria n. 8 del 2024, la Corte costituzionale è tornata ad occuparsi della materia dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario, riconoscendo alla Regione Calabria la possibilità di erogare le prestazioni di diagnosi e cura della fibromialgia, anche se essa non è ricompresa fra i Livelli essenziali di assistenza, elencati nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Ciò in quanto la loro attuazione è posta a carico esclusivo del bilancio dello Stato, in forza di uno specifico fondo istituito nel 2021. Inoltre, la Corte ha dichiarato infondate le questioni di legittimità costituzionale relative alle previsioni concernenti l'attività di collaborazione presso gli ambulatori multidisciplinari, nonché, più in generale, di supporto e aiuto ai pazienti, con gli Enti del Terzo settore, ritenendo meramente esemplificativi i richiami del legislatore regionale alle sole associazioni di volontariato e altre associazioni.

With the Judgement no. 201 of 2024, concerning some provisions of Calabria Regional Law no. 8 of 2024, the Italian Constitutional Court once again dealt with the matter of the health recovery plans. The Court allowed Calabria Region to provide diagnosis and medical treatment for fibromyalgia, even though it is not included among the essential healthcare levels established by d.P.C.M. 12th of January 2017. This is due to the fact fibromyalgia-related services are fully financed by a 2021 government fund. Furthermore, the Court rejected the questions regarding the constitutionality of the cooperation with the Third Sector Entities in multidisciplinary clinics, as well as everything that concerns the assistance and the help to the patients. The Court deemed the references to the voluntary organizations contained in the Calabrian law to be purely illustrative.

1. Premessa

La sentenza n. 201 del 2024 della Corte costituzionale ha ad oggetto le disposizioni della legge della Regione Calabria 14 marzo 2024, n. 8 («Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale della fibromialgia e della elettrosensibilità e istituzione dei relativi registri regionali»), che mirano a promuovere l'istituzione, a livello sia ospedaliero che territoriale, di ambulatori specializzati nella diagnosi e cura della fibromialgia e della elettrosensibilità, con il coinvolgimento del Terzo settore.

Le censure prospettate nel ricorso promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri¹ si riferiscono a due distinte questioni già più volte esaminate dal Giudice delle leggi, l'una concernente il carattere vincolante dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario sulla legislazione regionale², l'altra riguardante la funzione unificante e l'attuazione del principio di

¹ Ricorso del 15 maggio 2024, n. 17.

² *Ex plurimis*, Corte cost., sentt. nn. 100 e 141 del 2010; sentt. nn. 91 e 131 del 2012; sentt. nn. 79 e 104 del 2013; sent. n. 110 del 2014; sentt. nn. 125 e 227 del 2015; sent. n. 266 del 2016; sentt. nn. 14 e 106 del 2017; sent. n. 117 del 2018;

sussidiarietà orizzontale realizzate dalla disciplina giuridica del Terzo settore contenuta nel d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (c.d. Codice del Terzo settore)³.

Su questi temi, pur muovendosi nel solco dell'orientamento interpretativo già adottato in passato dalla Corte costituzionale, la decisione in commento presenta molteplici profili di interesse.

Con riferimento alla prima questione, si nota una parziale discontinuità, segnatamente rispetto a quel filone di pronunce con cui la Corte ha vietato alle Regioni sottoposte a Piano di rientro, come la Regione Calabria, di introdurre livelli di assistenza ulteriori a quelli previsti dallo Stato, in quanto ciò determinerebbe una palese incongruenza della legislazione regionale con gli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria e di garanzia delle prestazioni essenziali⁴.

Quanto invece alla seconda questione, si conferma la scelta della Corte di evitare rigide interpretazioni formalistiche della perimetrazione degli Enti del Terzo settore (ETS) di cui all'art. 4 del Codice del Terzo settore (CTS), nella misura in cui il legislatore regionale, pur impiegando un linguaggio generico e impreciso, abbia inteso declinare puntualmente l'amministrazione condivisa nei settori di attività di interesse generale definiti dall'art. 5 del medesimo CTS, senza discriminazioni fra gli ETS⁵.

La struttura del presente commento segue il duplice binario lungo il quale si snoda la sentenza.

La prima parte si soffermerà sulla vincolatività, per il legislatore regionale, del Piano di rientro sottoscritto con lo Stato, esaminando sia il quadro normativo di riferimento sia la lettura fornita dalla giurisprudenza costituzionale⁶ (paragrafo 2), ulteriormente arricchita dalla pronuncia in commento (paragrafo 3). L'analisi proseguirà poi con un approfondimento della peculiare valutazione dell'effettiva portata normativa delle disposizioni regio-

sent. n. 130 del 2020; sentt. nn. 142 e 168 del 2021; sentt. nn. 161 e 190 del 2022; sent. n. 134 del 2023.

³ Si vedano, su tutte, Corte cost., sentt. nn. 131 del 2020 e 72 del 2022.

⁴ Per una ricostruzione dettagliata dei diversi filoni di pronunce della giurisprudenza costituzionale in materia di Piani di rientro dal disavanzo sanitario, si v. G. RIVOCCHI, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in *Italian Papers On Federalism*, 2023, n. 3, pp. 1 ss.

⁵ Su questa impostazione della Corte costituzionale, cfr. sent. n. 52 del 2021, p.to 7.2. del *considerato in diritto*.

⁶ Sulla evoluzione della legislazione sui Piani di rientro verso una maggiore vincolatività e sulla interpretazione della giurisprudenza della Corte costituzionale, si v. A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, II ed., Pisa, Pacini, 2024, pp. 5 ss. Cfr. altresì, ex multis, R. BALDUZZI, *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in *Monitor*, 2011, n. 27, pp. 3 ss.; E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista A.I.C.*, 2012, n. 3, pp. 1 ss.; T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista A.I.C.*, 2013, n. 4, pp. 1 ss.; D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei Piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 2014, nn. 1-2, pp. 203 ss.; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi.it*, 2014, n. 23, pp. 13 ss.; I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Diritti regionali*, 2021, n. 1, pp. 40 ss.

nali compiuta dalla Corte⁷ (paragrafo 4), che ha ammesso la possibilità per una Regione in Piano di rientro di erogare prestazioni extra-LEA, a condizione che siano previste e finanziate esclusivamente dallo Stato⁸ (paragrafo 5). Quindi, la riflessione si dedicherà alla sollecitazione e all'auspicio formulati dalla Corte in ordine rispettivamente all'attuazione, a livello regionale, delle misure di diagnosi e cura della fibromialgia e all'aggiornamento, a livello statale, dei LEA⁹ (paragrafo 5.1).

La seconda parte, invece – richiamate le finalità della riforma del Terzo settore¹⁰ – si concentrerà sull'ampia ricostruzione costituzionalistica dell'amministrazione condivisa, già contenuta nella fondamentale sentenza n. 131 del 2020 e sostanzialmente riconfermata dalla pronuncia in commento¹¹ (paragrafo 6). In particolare, nella sentenza in esame, la Corte, attraverso una lettura sistematica delle disposizioni regionali, ha ritenuto che il legislatore regionale calabrese – con riguardo alla collaborazione per il supporto ai pazienti e la sensibilizzazione sulla fibromialgia ed elettrosensibilità – abbia correttamente fatto riferimento a qualunque ETS annoverato nell'art. 5 del CTS¹² (paragrafo 7). Infine, muovendo dalla conferma da parte della Corte del ruolo della società solidale nella lettura dei bisogni sociali emergenti sul territorio, la disamina si concluderà esplorando, in chiave propositiva, l'assetto collaborativo in questione ai fini dell'efficace attuazione della riforma della sanità territoriale nella Regione Calabria¹³ (paragrafo 8).

⁷ Cfr. p.to 2.2.1. del *considerato in diritto* della sentenza in commento.

⁸ Così la Corte cost. al p.to 2.3. del *considerato in diritto*.

⁹ Cfr. p.to 2.5. del *considerato in diritto*.

¹⁰ Tra gli studi dedicati alla riforma del Terzo settore, si veda, su tutti, P. CONSORTI, L. GORI, E. ROSSI, *Diritto del Terzo settore*, II ed., Bologna, Il Mulino, 2021, pp. 1 ss. Cfr. altresì M. GORGONI (a cura di), *Il codice del Terzo settore. Commento al D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117*, II ed., Pisa, Pacini, 2021, pp. 9 ss.

¹¹ Per un commento alla sentenza n. 131 del 2020 della Corte cost., si v. E. ROSSI, *Il fondamento del Terzo settore è nella Costituzione. Prime osservazioni sulla sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2020, n. 3, pp. 49 ss.; L. GORI, *Gli effetti giuridici «a lungo raggio» della sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, in *Impresa sociale*, 2020, n. 3, pp. 89 ss.; G. ARENA, *L'amministrazione condivisa ed i suoi sviluppi nel rapporto con cittadini ed enti del Terzo settore*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2020, n. 3, pp. 1349 ss. Cfr. altresì G. AMATO, *La rivoluzione del ruolo del Terzo settore nella sentenza 131/2020*, [Podcast], in Corte costituzionale (a cura di), *Sentenze che ci hanno cambiato la vita*, febbraio 2022.

¹² Così la Corte cost. al p.to 3.1.2. del *considerato in diritto* della sentenza in commento.

¹³ Per una ricostruzione sullo stato della sanità nella Regione Calabria e sul quadro degli interventi previsti, C. PANZERA, *La riforma della sanità territoriale in Calabria fra diagnosi, prognosi e terapia*, in *questa Rivista*, 2023, n. 2, pp. 371 ss. Per un approfondimento sul ruolo del Terzo settore e della comunità nella nuova strategia sanitaria, si vedano, *ex multis*, E. ROSSI, *Le «Case della comunità» del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *questa Rivista*, 2021, n. 2, pp. 361 ss.; D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus-Online*, 2022, n. 5, pp. 161 ss.; M. PETRACHI, *Welfare sussidiario, salute e inclusione sociale. Il contributo del Terzo settore*, in *Federalismi.it*, 2023, n. 1, pp. 177 ss.

2. I Piani di rientro dai disavanzi sanitari e la loro vincolatività per il legislatore regionale fra disciplina normativa e giurisprudenza della Corte

L'analisi delle prime censure sottoposte all'attenzione della Corte costituzionale esige di ripercorrere succintamente l'evoluzione del quadro normativo in materia di Piani di rientro sanitari, nonché l'interpretazione che ne è stata data dal Giudice delle leggi nei molteplici casi in cui è stato chiamato a pronunciarsi sulla legittimità costituzionale delle leggi regionali in conflitto con i Piani medesimi.

I Piani di rientro in sanità – introdotti nell'ordinamento italiano dall'art. 1, co. 180, della l. n. 311 del 2004 – rappresentano lo strumento legislativo con cui, da oltre un quindicennio, viene affrontato il persistente problema del bilancio sanitario in *deficit* di un numero piuttosto elevato di Regioni¹⁴.

La suddetta disposizione della legge finanziaria per il 2005 ha, infatti, previsto una procedura finalizzata all'elaborazione di un «programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale» (il c.d. Piano di rientro), quale parte integrante dell'Accordo da sottoscrivere fra la Regione in disavanzo e lo Stato. L'obiettivo di tale procedura riguarda l'individuazione, a seconda delle esigenze specifiche di ciascuna Regione in *deficit*, delle misure idonee all'efficace governo del Sistema sanitario regionale, bilanciando l'equilibrio dei conti economici con la garanzia dell'effettività dei livelli essenziali di assistenza costituzionalmente garantiti nell'offerta dei suoi servizi sanitari¹⁵. La responsabilità che ne consegue in capo alla Regione richiede, per essere pienamente realizzata, l'adozione di strumenti di programmazione, l'intervento sulla gestione dei servizi sanitari regionali, ma anche il recupero dell'integrazione fra ospedale e territorio, oltre alla correzione del *deficit* della spesa farmaceutica¹⁶.

Come messo in rilievo dalla dottrina, le diverse norme succedutesi nel tempo hanno rafforzato la vincolatività dello strumento in esame limitando l'autonomia regionale¹⁷. In

¹⁴ Cfr. D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei Piani di rientro*, cit., p. 203. Attualmente sono sottoposte alla disciplina dei Piani di rientro sette Regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia. I primi accordi in materia sono stati sottoscritti nel 2007 e altri tre hanno fatto seguito negli anni successivi. Complessivamente, lo strumento dei Piani di rientro ha coinvolto quasi la metà delle Regioni italiane. In taluni casi, l'applicazione del Piano ha consentito di raggiungere, anche in tempi brevi, i risultati sperati (Sardegna, Liguria e Piemonte); in altri casi, invece, le Regioni continuano ad essere sottoposte ai vincoli del Piano, anche se a condizioni differenti. Sul punto, T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, cit., p. 3.

¹⁵ Sottolinea questa finalità dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario, E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari*, cit., pp. 2-3. Cfr. altresì G. CARPANI, *Accordi e intese fra Governo e regioni nella più recente evoluzione del Servizio sanitario nazionale: spunti ricostruttivi*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2009, pp. 35 ss.

¹⁶ Sul punto, si v. R. BALDUZZI, *Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in *Monitor*, 2008, n. 22, pp. 3-6.

¹⁷ Cfr. A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 43-75. Ad avviso dell'Autore, l'evoluzione legislativa in materia di Piani di rientro è suddivisibile in quattro fasi distinte. La prima è riconducibile alla legge finanziaria per il 2005, che ha

questa direzione, con l'art. 4 del d.l. n. 159 del 2007, il legislatore ha sancito che, in caso di inadempimento da parte delle Regioni agli impegni assunti in sede di sottoscrizione del Piano, lo Stato dispone la nomina del Commissario *ad acta*. Ma è soprattutto all'art. 2, co. 80 e 95, della l. n. 191 del 2009 che si rinvergono i profili più stringenti per le Regioni. La disposizione, in continuità con quanto già statuito dall'art. 1, co. 796, lett. b), della l. 296 del 2006, non solo ha ribadito la vincolatività degli interventi individuati dal Piano per la Regione in disavanzo, ma ha altresì affermato la prevalenza dei suoi contenuti sugli atti normativi, anche di rango primario, adottati o da adottare, imponendo alle Regioni di conformarvisi¹⁸. In seguito, il legislatore ha anche prescritto che il Commissario *ad acta* non può essere ostacolato nell'attuazione del Piano dagli atti legislativi regionali¹⁹.

La giurisprudenza costituzionale – a partire dalle sentenze n. 100 e n. 141 del 2010²⁰ – ha corroborato il modello di risanamento delle finanze così descritto, qualificando come principi fondamentali in materia di coordinamento della finanza pubblica tanto le disposizioni che regolano il metodo negoziale e fissano gli obiettivi dell'azione di risanamento, quanto la stessa disciplina contenuta nell'Accordo. Di talché, l'annesso Piano di rientro, facendo corpo con il principio legislativo, agisce come parametro interposto nei giudizi di legittimità costituzionale delle leggi regionali in contrasto con esso, garantendo un sindacato incisivo e condizionando le prestazioni sanitarie erogabili²¹.

Pertanto, la disciplina dei Piani di rientro, accentuando le differenziazioni sul piano economico e strutturale fra le Regioni italiane, ha aggiunto, accanto alla tradizionale dicotomia tra Regioni a statuto speciale e ordinario, la “specialità” relativa al peculiare regime giuridico e finanziario assunto dalle Regioni in Piano di rientro, quale condizione che ne limita l'ambito di competenza e di autonomia²².

introdotto l'istituto dei Piani di rientro; la seconda può essere collocata tra il 2006 e il 2009 ed ha consolidato quanto già previsto nella fase precedente; la terza ha inizio con l'adozione della legge finanziaria per il 2010, che ha introdotto maggiori vincoli per le Regioni; infine, la quarta è quella coincidente con il consolidamento della legislazione precedente e con alcune modifiche frutto dell'esperienza concreta nelle diverse Regioni dei Piani di rientro.

¹⁸ Su questi passaggi chiave della legislazione sui Piani di rientro, si v. T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, cit., pp. 2-3.

¹⁹ La modifica è intervenuta con l'art. 17, co. 4, d.l. n. 98 del 2011. Cfr. in questo senso A. PATANÈ, *La difficile metabolizzazione del ruolo del Commissario ad acta nell'attuazione dei piani di rientro e la ferma posizione della Corte costituzionale*, in *questa Rivista*, 2018, n. 1, pp. 17 ss.

²⁰ Cfr., in particolare, Corte cost., sent. n. 100 del 2010, p.to 3.2.1. del *considerato in diritto*. Per un commento in merito alle sentt. nn. 100 e 141 del 2010, si v. G. D'AURIA, *Gli accordi Stato-regioni sui Piani di rientro dai disavanzi sanitari: quali vincoli per la legislazione regionale? (Osserv. a Corte Cost. 23 aprile 2010 n. 141 e 17 marzo 2010 n. 100)*, in *Il Foro italiano*, 2010, n. 10, pp. 2646 ss.

²¹ *Ex multis*, Corte cost., sentt. nn. 100 e 141 del 2010; sentt. nn. 123 e 163 del 2011; sentt. nn. 91 e 131 del 2012; sent. n. 227 del 2015; sentt. nn. 14 e 16 del 2017; sent. n. 199 del 2018. In dottrina, G. RIVOCCHI, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, cit., p. 8. Sul punto, cfr. altresì E. MOSTACCI, *La tutela della salute, tra valorizzazione dell'autonomia regionale e istanze ri-accentratrici*, in L. CUOCOLO, E. MOSTACCI (a cura di), *Il riparto di competenze tra Stato e Regioni. Vent'anni di giurisprudenza costituzionale sul Titolo V*, Pisa, Pacini, 2023, p. 288.

²² Sul punto, I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria*, cit., p. 51.

3. Il copioso filone giurisprudenziale sul divieto di LEA aggiuntivi per le Regioni in Piano di rientro. Alcuni recenti profili di novità

La sentenza n. 201 del 2024 della Corte costituzionale si inserisce nel solco di uno di quei filoni della giurisprudenza costituzionale in cui il Piano di rientro dal disavanzo sanitario ha acquisito maggiore incisività, quando evocato a parametro interposto nel controllo di costituzionalità delle leggi regionali. Si tratta, in particolare, del gruppo di pronunce relativo alle declaratorie di illegittimità costituzionale di disposizioni legislative regionali, approvate nella vigenza dei Piani di rientro, che introducevano prestazioni afferenti al settore sanitario aggiuntive rispetto all'offerta dei LEA garantiti dall'ordinamento statale, determinando una palese incongruenza con l'obiettivo di contenimento della spesa pubblica sanitaria²³.

Il rilievo dell'orientamento giurisprudenziale richiamato è indiscutibile. Tuttavia, alcune recenti sentenze hanno segnalato una modifica, seppur in misura lieve, dell'approccio del Giudice delle leggi nell'interpretazione dello strumento dei Piani di rientro²⁴.

Non può così essere sottaciuto il valore della pronuncia n. 161 del 2022, specialmente se confrontata con la sentenza n. 191 di poco successiva, che ha riguardato una diversa Regione, ma avente lo stesso oggetto, vale a dire l'esecuzione del Test prenatale non invasivo (NIPT)²⁵.

Quanto alla prima pronuncia menzionata, è noto che la Regione Puglia, in vigenza di Piano di rientro, aveva introdotto nel Sistema sanitario regionale l'esecuzione del NIPT. Trattandosi di prestazione extra-LEA, l'intervento veniva previsto in via sperimentale, con una durata limitata e, soprattutto, con una voce di bilancio distinta da quella della spesa riservata ai LEA²⁶. L'aspetto dirimente, per quanto qui più interessa, è che la Corte ha scelto di procedere a esaminare le tesi difensive presentate dalla Regione relative alla racco-

²³ G. RIVOCCHI, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, cit., p. 9, riconduce a tale filone le leggi regionali che: prevedevano il rimborso a favore dei cittadini affetti da patologie oncologiche con conseguente assunzione di oneri ulteriori a carico del bilancio regionale per garantire un livello di assistenza aggiuntiva (si v., su tutte, sent. n. 104 del 2013, con nota di M. BELLETTI, *Le Regioni "figlie di un Dio minore". L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, nn. 5-6, pp. 1078 ss.); attivavano o prorogavano funzioni inerenti alla gestione del servizio di elisoccorso di carattere sanitario (cfr. sentt. n. 320 del 2008 e n. 32 del 2012); istituivano registri tumori e centri per le cure oncologiche (cfr. sentt. n. 267 del 2010, n. 214 del 2012 e n. 79 del 2013); garantivano la copertura integrale delle prestazioni riabilitative per anziani e disabili (cfr. sent. n. 123 del 2011); accreditavano strutture private per soddisfare il fabbisogno ospedaliero e incrementare le prestazioni aggiuntive (cfr. sentt. n. 117 del 2018 e n. 217 del 2020).

²⁴ Sul punto, A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 121 ss., spec. pp. 125-127, a proposito in particolare delle sentt. nn. 161 e 242 del 2022.

²⁵ Cfr. Corte cost., sent. n. 190 del 2022, con nota di C. BUZZACCHI, *La "soglia ulteriore" dei livelli essenziali e la responsabilità degli amministratori regionali: note a margine della sentenza n. 190 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Osservatorio A.I.C.*, 2023, n. 1, pp. 276 ss.

²⁶ Art. 3, L.R. Puglia 6 agosto 2021, n. 31, riguardante «Implementazione del Test prenatale non invasivo (NIPT)».

mandazione del Consiglio Superiore di Sanità di inserire il NIPT test nei LEA e/o nei percorsi regionali, nonché al prospettato risparmio sulla spesa pubblica regionale derivante dall'esecuzione del Test. Ciononostante, la Corte – ritenuto di fatto secondario l'interesse costituzionale di altrettanto rilievo che il NIPT intendeva tutelare (cioè la possibilità per una donna economicamente svantaggiata di sottoporsi ad un test per valutare la salute del feto) – si è limitata a rilevare la differenza fra quanto statuito nell'Accordo e la disposizione regionale, affermando la conseguente violazione del principio di coordinamento della finanza pubblica²⁷.

La diversa sensibilità della giurisprudenza costituzionale ha trovato una prima importante conferma nella successiva sentenza n. 242 del 2022, concernente la normativa della Regione Puglia, in tema di modifiche al Servizio di analisi genomica avanzata con sequenziamento della regione codificante individuale (ESOMA). La Corte ha osservato che la disposizione – così come novellata dalla Regione vincolata al Piano di rientro²⁸ – non alterava più la ripartizione dei costi relativi alla prestazione diagnostica, stabilendo l'erogazione in regime di esenzione secondo le condizioni dettate dai LEA attualmente vigenti, a seguito di sospetto di malattia rara, accertato da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, operante nei presidi della rete nazionale delle malattie rare. Quel che interessa segnalare è che, conseguentemente, il Giudice delle leggi ha ritenuto la prestazione inclusa fra i LEA, escludendo quindi un'esigenza di copertura finanziaria, in quanto il servizio era destinato ad attingere dalle risorse stanziare per garantire i livelli essenziali. In particolare, si è rilevato che le norme in questione dettavano una disciplina organizzativa e di dettaglio circa le modalità con cui rendere la prestazione diagnostica, sul presupposto della sua erogabilità quale LEA e secondo il relativo regime di esenzione²⁹.

4. Prestazioni extra-LEA e incremento della spesa sanitaria regionale: il solito dilemma per la Corte

L'oggetto della prima questione di legittimità costituzionale sollevata dal Presidente del Consiglio dei ministri era l'art. 1, co. 1 e 2, della legge della Regione Calabria n. 8 del 2024, nella parte in cui promuoveva l'istituzione di ambulatori dedicati all'attività gratuita di scre-

²⁷ Sul punto, si veda in chiave critica la dettagliata ricostruzione di A. PATANÈ, *Test prenatale non invasivo (NIPT) e Piano di rientro in materia sanitaria. Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 161 del 2022*, in *Osservatorio A.I.C.*, 2022, n. 6, pp. 389 ss.

²⁸ Art. 1, co. 2, L.R. Puglia 6 agosto 2021, n. 28, riguardante «Istituzione del Servizio di analisi genomica avanzata con sequenziamento della regione codificante individuale», per come modificato dall'art. 7, L.R. Puglia 30 novembre 2021, n. 36.

²⁹ Per un'ampia disamina della pronuncia, si v. M. GRANILLO, *L'indagine di sequenziamento del genoma fra potere di determinazione dei LEA e vincoli inerenti al piano di rientro*, in *Ius et Salus*, 13 dicembre 2022, pp. 1 ss., spec. 11-12.

ening, nonché di ambulatori multidisciplinari, a livello sia ospedaliero che territoriale, per il trattamento e la gestione della fibromialgia ed elettrosensibilità³⁰.

Considerato che la Regione Calabria è sottoposta ai vincoli del Piano di rientro e che le prestazioni di *screening* e trattamento di fibromialgia ed elettrosensibilità non sono incluse fra quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale ai sensi del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, lo Stato ha ritenuto di impugnare le disposizioni richiamate perché violerebbero anzitutto l'art. 117, co. 3, Cost., risultando contrarie al principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica previsto dal già citato art. 1, co. 174, della l. n. 311 del 2004. Tale principio impone, infatti, alle Regioni impegnate nel Piano di rientro, come la Regione Calabria, il divieto di sostenere spese non obbligatorie e di destinare le risorse del Servizio sanitario regionale a prestazioni non incluse nei LEA.

In aggiunta, la difesa erariale ha lamentato anche la violazione del principio di copertura delle spese di cui all'art. 81, co. 3, Cost., giacché, in un contesto di risorse limitate, la scelta della Regione Calabria di allocare fondi a prestazioni non essenziali determinerebbe la riduzione delle risorse disponibili per le prestazioni essenziali.

La Regione Calabria ha contestato l'ammissibilità e, comunque, la fondatezza delle censure, sostenendo che la normativa regionale impugnata fosse inidonea a porsi in contrasto con la normativa statale interposta. A sostegno di questa posizione, la difesa regionale ha prospettato la natura programmatica delle previsioni impugate, volte semplicemente a promuovere l'istituzione di ambulatori dedicati all'attività gratuita di *screening*, senza oneri a carico del bilancio regionale, e a incoraggiare le strutture sanitarie regionali al compimento di quelle attività. Di conseguenza, secondo la Regione, sarebbe stato da escludere il riconoscimento di attività extra-LEA.

Ancora una volta, dunque, alla Corte costituzionale è stato chiesto di pronunciarsi su una legge regionale che ha introdotto una prestazione non contenuta nei LEA e non prevista dal Piano di rientro. Più precisamente, il *punctum crucis* della vicenda ha riguardato la verifica della riconducibilità delle prestazioni di *screening* e trattamento di fibromialgia ed elettrosensibilità al *genus* delle prestazioni extra-LEA e, soprattutto, dell'incremento della spesa sanitaria regionale derivante dall'erogazione di tali prestazioni³¹.

Innanzitutto, occorre rivolgere qualche osservazione sull'impianto logico-argomentativo della sentenza, che appare non scontato e diverso rispetto a quello adottato fino ad ora dalla giurisprudenza costituzionale.

³⁰ L'art. 1 prevede, al co. 1, che: «La Regione, al fine di offrire un servizio di supporto, e in attesa del riconoscimento della fibromialgia e della elettrosensibilità a livello nazionale, promuove l'istituzione di ambulatori dedicati all'attività gratuita di *screening*». Il co. 2 stabilisce che: «La Regione promuove l'istituzione a livello ospedaliero e territoriale di ambulatori multidisciplinari dedicati unicamente alle patologie in cui è prevista la collaborazione di figure specialistiche, per il trattamento e la gestione degli esiti delle malattie».

³¹ P.to 2.2. del *considerato in diritto*.

Infatti, in passato, la rigida posizione della Corte sulla vincolatività dell'Accordo attuativo del Piano di rientro si era tradotta nella dichiarazione d'incostituzionalità delle norme regionali impugnate, come mera conseguenza della sottoposizione della Regione ai vincoli del Piano di rientro e della mancata inclusione della prestazione oggetto della disciplina regionale fra i LEA, senza un sindacato di costituzionalità particolarmente approfondito su quanto sottoposto al suo vaglio³².

Nel caso in esame, invece, il Giudice delle leggi – inquadrato preliminarmente lo stato della normativa e della giurisprudenza su cui sono fondate le censure del ricorrente³³ – ha da subito specificato la necessità di una valutazione nel merito dell'effettiva portata normativa delle disposizioni regionali impugnate, anche sulla base dei lavori preparatori, seguendo dunque l'impostazione di maggior sensibilità manifestatasi nella già citata coppia di pronunce n. 161 e n. 242 del 2022. Ad avviso della Corte, l'indagine avrebbe dovuto infatti tener conto tanto della formulazione testuale delle disposizioni impugnate, quanto della loro collocazione sistematica nel contesto dell'intera legge regionale calabrese, nonché, in via ulteriore, della loro connessione con la normativa statale di riferimento³⁴. Tale approfondito accertamento, come si avrà modo di vedere a breve, ha avuto inevitabili e rilevanti conseguenze sul giudizio di costituzionalità delle disposizioni regionali in questione.

5. «Comunque previste e finanziate dallo Stato»: la parziale discontinuità in merito alle prestazioni di diagnosi e cura della fibromialgia

Il Giudice delle leggi ha accolto solo parzialmente le censure mosse dallo Stato. Come già anticipato, nel ragionamento seguito dalla Corte, ha rivestito particolare importanza l'esame dei lavori preparatori collegati alle disposizioni regionali impugnate. Con riferimento alla fibromialgia, la Corte ha preso in esame il dibattito consiliare³⁵ per evidenziare la coincidenza fra gli obiettivi dell'iniziativa legislativa regionale e le attività parlamentari in materia. La Regione Calabria, infatti, riteneva necessario monitorare l'incidenza della patologia a livello regionale, incrementarne la sensibilizzazione, agevolarne la diagnosi precoce e definire un percorso assistenziale mirato. Parimenti, le iniziative parlamentari erano indirizzate a promuovere l'inserimento della sindrome fibromialgica

³² Si veda in tal senso la dettagliata riflessione critica di V. CIACCIO, *Regioni in piano di rientro e divieto assoluto di prestazioni eccedenti i LEA: quo usque tandem? Note critiche a margine della sent. corte cost., n. 161 del 2022*, in *Diritti Regionali*, 2022, n. 3, pp. 755 ss., spec. 757-760.

³³ P.to 2.1.1. del *considerato in diritto*.

³⁴ Così la Corte cost. al p.to 2.2.1. del *considerato in diritto*.

³⁵ Cfr. XII legislatura regionale, Consiglio regionale della Calabria, seduta di martedì 12 marzo 2024, resoconto sommario n. 38, reperibile su <https://www.consiglioregionale.calabria.it>

fra i LEA e a favorire l'individuazione sul territorio nazionale di centri di ricerca per lo studio di tale sindrome, oltre che di strutture sanitarie pubbliche funzionali alla diagnosi e riabilitazione³⁶.

Non solo: i lavori preparatori hanno permesso alla Corte di individuare la fonte da cui provengono le risorse essenziali al finanziamento degli interventi, che non comportano «oneri a carico del bilancio regionale»³⁷. Si fa riferimento, nello specifico, all'impiego delle risorse del fondo «finalizzato allo studio, alla diagnosi e alla cura della fibromialgia», istituito dal legislatore statale con l'art. 1, co. 972, della l. n. 234 del 2021 e poi ripartito fra tutte le Regioni, inclusa la Calabria, con il D.M. 8 luglio 2022. Tale decreto ha posto, infatti, in capo alle Regioni beneficiarie il compito di identificare «sul proprio territorio uno o più centri specializzati, idonei alla diagnosi e alla cura della fibromialgia e in grado di assicurare una presa in carico multidisciplinare al fine di assicurare ai pazienti tutte le cure»³⁸.

Quanto richiamato rappresenta il nucleo centrale dell'itinerario argomentativo della Corte, che ha scritto molto chiaramente che risulta «innegabile la stretta connessione fra le disposizioni statali inerenti al predetto fondo per la fibromialgia e le disposizioni regionali impugnate, là dove le medesime promuovono l'istituzione, sul territorio calabrese, di ambulatori anche multidisciplinari dedicati alla diagnosi e alla cura della fibromialgia»³⁹.

Su queste basi, il Giudice delle leggi ha avuto modo di chiarire che l'erogazione delle prestazioni concernenti la fibromialgia – seppur non incluse fra i LEA indicati nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 – non incorre nel divieto di spese non obbligatorie gravante sulla Regione Calabria, in quanto sottoposta al Piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 1, co. 174, della più volte citata l. n. 311 del 2004. Nel caso in esame, infatti, il legislatore calabrese ha inteso realizzare prestazioni «comunque previste e finanziate dallo Stato, grazie allo specifico fondo istituito nel 2021», senza generare «alcun incremento di spesa a carico del bilancio regionale, idoneo a pregiudicare la copertura delle spese per i LEA»⁴⁰. In altri termini, la Corte ha riconosciuto che la Regione Calabria, perseguendo le finalità indicate dal legislatore statale e risultando ancora peraltro intatte le risorse assegnate alla stessa, non ha fatto altro che definire interventi volti a tutelare in misura adeguata la salute dei propri cittadini, senza compromettere il processo di risanamento del dissesto finanziario concordato con lo Stato.

³⁶ In occasione della seduta n. 252 di mercoledì 28 febbraio 2024, la Camera dei Deputati ha esaminato e approvato all'unanimità sei mozioni in materia di sindrome fibromialgica, che impegnano il Governo a riconoscere questa sindrome come cronica e invalidante e ad inserirla all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza. Queste si affiancano ai numerosi progetti di legge pendenti in materia, v., ad es., XIX Legislatura - DDL S. 546/2023; XIX Legislatura - DDL S. 601/2023.

³⁷ Art. 6, L.R. Calabria 14 marzo 2024, n. 8.

³⁸ Art. 1, co. 2, D.M. 8 luglio 2022, riguardante «Riparto del contributo di 5 milioni di euro, ex articolo 1, comma 972, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, finalizzato allo studio, alla diagnosi e alla cura della fibromialgia».

³⁹ Così la Corte cost. al p.to 2.3. del *considerato in diritto*.

⁴⁰ *Ibidem*.

Quest'ultima considerazione ha introdotto un elemento di parziale discontinuità rispetto al "muro" tradizionalmente eretto dalla giurisprudenza costituzionale a difesa dell'istituto dei Piani di rientro. Nella posizione espressa dalla Corte, si è potuta infatti riscontrare una inequivocabile apertura verso la possibilità, per una Regione sottoposta ai vincoli del Piano di rientro, di ampliare il panorama dell'offerta dei servizi sanitari, anche al di fuori delle prestazioni contenute nei LEA, a condizione che la realizzazione di tali interventi sia a carico esclusivo del bilancio dello Stato. Sotto questo punto di vista, lo sforzo di sistematizzazione compiuto dalla Corte è stato di particolare interesse, in quanto le prestazioni concernenti la fibromialgia sono state inquadrare come una *species* particolare del *genus* delle prestazioni extra-LEA⁴¹.

Quanto, invece, alla elettrosensibilità, la Corte ha confermato integralmente la propria linea interpretativa sul divieto di prestazioni eccedenti i LEA per una Regione soggetta al Piano di rientro, senza offrire particolari novità in merito. Adottando la struttura argomentativa tipica di questi casi, il giudice costituzionale ha sottolineato che l'elettrosensibilità non rientra nel perimetro di applicazione della normativa statale inerente al fondo per la fibromialgia, né risulta compresa fra le prestazioni essenziali garantite dal Servizio sanitario nazionale secondo quanto stabilito dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Da ciò è possibile desumere che le previsioni riferite alle prestazioni di diagnosi e cura di tale sindrome determinano un incremento della spesa sanitaria regionale per prestazioni non essenziali, che risulta incompatibile con il divieto per la Regione Calabria di sostenere spese non obbligatorie⁴².

A fronte di ciò, i giudici della Consulta sono giunti a dichiarare l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, co. 1, della legge regionale limitatamente alle parole «e della elettrosensibilità», nonché dell'art. 1, co. 2, della medesima legge, nella parte in cui utilizza l'espressione «alle patologie» anziché «alla patologia», nonché l'espressione «delle malattie» anziché «della malattia»⁴³.

Così facendo, nella decisione qui annotata, la Corte ha valorizzato i profili dell'autonomia regionale e, in particolare, la valutazione della sostenibilità dell'intervento regionale in materia di fibromialgia rispetto alle finalità di riequilibrio dei conti e di qualità delle prestazioni sanitarie che governano il Piano. Non è un passaggio di poco conto, poiché, se anche in questo caso il Giudice delle leggi avesse ritenuto il legislatore regionale rigidamente vincolato a quanto statuito nel Piano di rientro, al punto da non poter perseguire neppure obiettivi previsti e finanziati dal legislatore statale, il bilanciamento fra gli interessi avrebbe compresso in modo irragionevole l'autonomia regionale.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ Si v. p.to 2.4. del *considerato in diritto*.

5.1. Un'annotazione a margine: la sollecitazione e l'auspicio della Corte

A margine della decisione ora commentata, la Corte ha anzitutto sollecitato la Regione Calabria a dare «al più presto attuazione alle misure finalizzate alla diagnosi e cura della fibromialgia», come previste dalla legge regionale, utilizzando le risorse statali destinate a tale scopo e ancora intatte⁴⁴. In questo modo, il Giudice delle leggi ha inteso evidenziare come l'inerzia regionale non sia giustificabile, soprattutto in considerazione della chiarezza del quadro finanziario nei rapporti fra i diversi livelli di governo, che risulta funzionale all'effettiva garanzia dei diritti sociali, come affermato dalla giurisprudenza costituzionale⁴⁵ e condiviso da autorevole dottrina⁴⁶.

Inoltre, la Corte ha auspicato che il legislatore statale «giunga in tempi rapidi, secondo le procedure e le modalità previste e in linea con le indicazioni del progresso scientifico e medico, all'aggiornamento dei LEA, la cui individuazione è ferma al d.P.C.m. 12 gennaio 2017», così da «evitare che i cittadini residenti in Regioni sottoposte a Piano di rientro siano posti nella condizione di non poter usufruire di prestazioni [...] rivelatesi essenziali alla luce di evidenze scientifiche, a garanzia delle quali il medesimo Piano è sottoscritto»⁴⁷. Sul punto, occorre tenere a mente che la giurisprudenza costituzionale ha più volte ribadito la «primazia della tutela sanitaria»⁴⁸ e che la determinazione dei LEA vuole 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»⁴⁹. Di talché, non è affatto da escludere che, qualora il decisore politico decida ancora una volta di non intervenire sui LEA, possa definitivamente verificarsi quel mutamento della sensibilità della Corte in merito alla rigida interpretazione della vincolatività dello strumento dei Piani di rientro. Ciò sarebbe di particolare rilievo, specialmente laddove le scelte del legislatore regionale siano state compiute nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Piano di rientro e in risposta ai rilievi tecnici degli organismi internazionali e interni di ricerca medica, che hanno incontrato l'inerzia del legislatore statale.

⁴⁴ P.to 2.5. del *considerato in diritto*.

⁴⁵ Corte cost., sent. n. 10 del 2016, in cui si afferma che, «in assenza di adeguate fonti di finanziamento a cui attingere per soddisfare i bisogni della collettività di riferimento in un quadro organico e complessivo, è arduo rispondere alla primaria e fondamentale esigenza di preordinare, organizzare e qualificare la gestione dei servizi a rilevanza sociale da rendere alle popolazioni interessate», ma si aggiunge anche che, in difetto, si incide direttamente sull'art. 3, co. 2, Cost., «a causa dell'evidente pregiudizio al godimento dei diritti conseguente al mancato finanziamento dei relativi servizi».

⁴⁶ Cfr. M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista A.I.C.*, 2016, n. 3, p. 15.

⁴⁷ P.to 2.5. del *considerato in diritto*.

⁴⁸ Cfr., su tutte, Corte cost., sent. n. 62 del 2020, con note di C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2020, n. 2, pp. 662 ss.; F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2020, n. 4, pp. 99 ss.

⁴⁹ Si v. Corte cost., sent. n. 72 del 2020.

6. La giurisprudenza costituzionale sul Codice del Terzo settore: la necessaria rilettura della sentenza n. 131 del 2020 come premessa sistematica

La seconda questione di legittimità costituzionale esaminata nel merito dalla Corte aveva ad oggetto gli artt. 1, co. 3, 3, co. 1, e 7, co. 1, lett. c), della legge della Regione Calabria n. 8 del 2024, nelle parti in cui veniva prevista l'attività di collaborazione presso gli ambulatori multidisciplinari, nonché, più in generale, di supporto e aiuto ai pazienti, indicando espressamente solo le associazioni di volontariato e altre associazioni, anziché fare riferimento a tutti gli ETS annoverati nell'art. 5 del CTS⁵⁰.

Per meglio comprendere questo passaggio della sentenza, occorre premettere che essa si inserisce nell'ambito della giurisprudenza costituzionale che – chiamata a pronunciarsi in merito al CTS del 2017⁵¹ – ha più volte sottolineato la «funzione unificante» e l'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, u.c., Cost. realizzate dal medesimo CTS⁵².

Come noto, il CTS – alla luce del ruolo acquisito dal Terzo settore nella garanzia della qualità di vita delle comunità locali – ha razionalizzato la frammentata normativa sul *non profit*, trovando il suo «cuore pulsante»⁵³ nella definizione di ETS, quale «insieme limitato di soggetti giuridici dotati di caratteri specifici (art. 4)»⁵⁴. L'indubbio elemento di novità, tuttavia, ha riguardato la procedimentalizzazione della sussidiarietà orizzontale, attraverso lo schema collaborativo applicato ad attività che, di regola, competono alla Pubblica

⁵⁰ L'art. 1 disciplina, al co. 3, che: «Gli ambulatori multidisciplinari di cui al comma 2 possono essere coadiuvati da sportelli delle associazioni di volontariato che si occupano di fibromialgia ed elettrosensibilità sul territorio regionale, le quali, con proprio personale volontario, possono fornire supporto e contribuire a dare conforto al paziente affetto da fibromialgia e da elettrosensibilità»; l'art. 3, al co. 1, recita che: «La Regione riconosce il rilevante apporto delle associazioni e del volontariato che si occupano della fibromialgia e della elettrosensibilità sul territorio regionale, valorizzando e diffondendo le loro attività aventi come obiettivo il perseguimento di finalità di solidarietà, diretta ad aiutare persone affette da fibromialgia e da elettrosensibilità»; l'art. 7, co. 1, lett. c), prevede che: «Il Consiglio regionale verifica l'attuazione della presente legge e ne valuta gli esiti in relazione alla programmazione e predisposizione degli interventi finalizzati alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi legati alla fibromialgia e alla elettrosensibilità. A tal fine, la Giunta regionale presenta ogni due anni al Consiglio regionale una relazione che documenta: [...] c) le attività di informazione e formative nonché le campagne di sensibilizzazione promosse dalle associazioni sul territorio regionale».

⁵¹ Si tratta del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, con cui è stato adottato il *Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106*.

⁵² *Ex multis*, Corte cost., sent. n. 185 del 2018 con nota di E. Rossi, *La riforma del Terzo settore per la prima volta davanti alla Corte*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2018, n. 5, pp. 2067 ss e L. GORI, *Terzo settore, fra misure di promozione e autonomia regionale*, in *Le Regioni*, 2019, n. 1, pp. 197 ss.; sentt. nn. 277 e 285 del 2019; sentt. nn. 27 e 131 del 2020; sent. n. 52 del 2021; sent. n. 72 del 2022 annotata da L. GORI, *L'organizzazione delle libertà sociali e la sua peculiare natura di "controlimita"*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2022, n. 2, pp. 858 ss.

⁵³ Così E. Rossi, L. GORI, *La legge delega n. 106 del 2016 di riforma del Terzo settore*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2016, n. 2, p. 4.

⁵⁴ Corte cost., sent. n. 131 del 2020, p.to 2.1. del *considerato in diritto*.

amministrazione, con l'obiettivo di rimodulare il rapporto tra soggetti pubblici e ETS in termini di co-costruzione (art. 55)⁵⁵.

Come già anticipato, la disciplina giuridica contenuta nel CTS è stata oggetto di una cospicua elaborazione teorica della giurisprudenza costituzionale, che ha risolto i vari nodi interpretativi posti proprio dalle norme promozionali sulla relazione fra ETS e Pubblica amministrazione di cui al Titolo VII («Dei rapporti con gli enti pubblici»), come l'applicabilità o meno degli istituti ai soli ETS, la ripartizione delle competenze legislative fra Stato e Regioni, nonché la compatibilità con il diritto dell'Unione europea⁵⁶.

Occorre così effettuare qualche riflessione sulla paradigmatica sentenza n. 131 del 2020, resa nell'ambito di un giudizio in via principale⁵⁷, in cui il Giudice delle leggi ha ricostruito la c.d. «amministrazione condivisa»⁵⁸ in termini costituzionali⁵⁹.

Nello specifico, la Corte ha qualificato l'assetto collaborativo sancito dall'art. 55 del CTS come «una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale»⁶⁰. La richiamata disposizione codicistica aveva, invero, previsto in capo ai soggetti pubblici il compito di garantire il coinvolgimento attivo degli ETS nei settori di attività di interesse generale, come definiti dall'art. 5 del medesimo CTS, dettando i principi generali che governano il rapporto collaborativo e gli strumenti della co-programmazione, della co-progettazione e dell'accreditamento⁶¹.

In particolare, la Corte – ricavata dalla Costituzione la necessità di «superare l'idea per cui solo l'azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale»⁶² – ha prospettato l'instaurazione all'art. 55 del CTS di un «canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato», che tuttavia deve essere riservato «in via esclusiva agli enti che rientrano nel perimetro definito dall'art. 4 del

⁵⁵ Cfr. in questo senso B. VIMERCATI, *Pubblica amministrazione e Terzo settore: un rapporto imprescindibile per l'attuazione costituzionale della sussidiarietà orizzontale*, in *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 2023, n. 2, pp. 9-11.

⁵⁶ Per un approfondimento sul tema, si v. L. GORI, *Terzo settore e Costituzione*, Torino, Giappichelli, 2022, pp. 207-224.

⁵⁷ La questione sottoposta all'attenzione della Corte costituzionale aveva ad oggetto l'art. 5 della L.R. Umbria, n. 2 del 2019, che prevedeva che quanto disposto dall'art. 55 del CTS si estendesse anche alle cooperative di comunità, prive però della qualifica di ETS sulla base del citato Codice.

⁵⁸ La formulazione di questa espressione si deve a G. ARENA, *Introduzione all'amministrazione condivisa*, in *Studi parlamentari e di politica costituzionale*, 1997, nn. 3-4, pp. 29 ss.

⁵⁹ Si vedano le riflessioni di E. ROSSI, *Il fondamento del Terzo settore è nella Costituzione*, cit., pp. 58-59 e L. GORI, *Gli effetti giuridici «a lungo raggio» della sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, cit., pp. 90-93.

⁶⁰ Corte cost., sent. n. 131 del 2020, p.to 2.1. del *considerato in diritto*.

⁶¹ Art. 55, d.lgs. n. 117 del 2017.

⁶² Corte cost., sent. n. 131 del 2020, p.to 2.1. del *considerato in diritto*.

CTS»⁶³. È a questi ETS, infatti, che viene «riconosciuta una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell'interesse generale»⁶⁴.

Ne consegue, pertanto, che «agli enti che fuoriescono da tale perimetro legale non possono essere riferibili le medesime forme di coinvolgimento previste dall'art. 55 CTS», poiché «esiste una stretta connessione fra i requisiti di qualificazione degli ETS e i contenuti della disciplina del loro coinvolgimento nella funzione pubblica»⁶⁵.

A tale riguardo, la Corte ha inteso ricordare che ricade tipicamente nella competenza statale nella materia «ordinamento civile» sia la conformazione specifica e l'organizzazione degli ETS, sia la definizione delle regole essenziali di correlazione con le autorità pubbliche⁶⁶. Di talché, il legislatore regionale nell'attuazione dell'amministrazione condivisa «non può [...] alterare le regole essenziali delle forme di coinvolgimento attivo nei rapporti fra gli ETS e i soggetti pubblici»⁶⁷.

Orbene, come si vedrà nella sentenza in commento, i giudici della Corte, sulla scorta del proprio consolidato orientamento giurisprudenziale, accompagnato dalla lettura sistematica delle disposizioni regionali impugnate, hanno ritenuto piuttosto facilmente le questioni «prive di fondamento, nei termini di seguito precisati»⁶⁸.

7. I richiami «meramente esemplificativi» solo ad alcune tipologie di ETS nella legislazione regionale: la soluzione interpretativa della Corte e l'infondatezza delle questioni

La difesa erariale ha mosso alle disposizioni impugnate sopra richiamate diverse censure. In primo luogo, a suo avviso, il riferimento alle sole organizzazioni di volontariato, impropriamente definite «associazioni», o, più in generale, alle sole associazioni del Terzo settore si porrebbe in contrasto con l'art. 3 Cost. Tale previsione, infatti, limiterebbe in modo irragionevole il novero degli ETS abilitati dalla normativa statale alla collaborazione istituzionale nelle attività di interesse generale relative alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ai sensi dell'art. 5, co. 1, lett. *b)* e *c)* del CTS. Di talché, si verificherebbe anche l'invasione della competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento

⁶³ Corte cost., sent. n. 131 del 2020, p.to 2.2. del *considerato in diritto*. In dottrina, la soluzione era già stata prospettata da L. GORI, *La "saga" della sussidiarietà orizzontale. La tortuosa vicenda dei rapporti fra Terzo settore e P.A.*, in *Federalismi*, 2020, n. 4, p. 187.

⁶⁴ Corte cost., sent. n. 131 del 2020, p.to 2.1. del *considerato in diritto*.

⁶⁵ Così la Corte cost., sent. n. 131 del 2020, al p.to 2.2. del *considerato in diritto*.

⁶⁶ Corte cost., sent. n. 131 del 2020, p.to 2.3. del *considerato in diritto*. Da ultimo, cfr. Corte cost., sent. n. 152 del 2024.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ Così la Corte cost. nella sentenza in commento al p.to 3.1. del *considerato in diritto*.

civile» di cui all'art. 117, co. 2, lett. *l*), Cost., a cui deve ricondursi anche la definizione delle regole essenziali di correlazione tra ETS ed autorità pubbliche.

La Regione Calabria, nel contestare la fondatezza delle censure, ha prospettato che le espressioni utilizzate nelle disposizioni impugnate sarebbero del tutto generiche e, pertanto, non avrebbero lo scopo di delimitare gli ambiti di intervento a una tipologia specifica di soggetti. Al contrario, secondo la difesa regionale, emergerebbe chiaramente l'intenzione di coinvolgere tutti gli ETS attivi sul territorio calabrese nel campo della fibromialgia e della elettrosensibilità.

Nell'affrontare i profili della questione di legittimità costituzionale, la Corte ha dedicato i paragrafi iniziali della motivazione ai pilastri della propria giurisprudenza precedente, segnatamente alle sentenze n. 72 del 2022 e n. 131 del 2020.

La prima di queste pronunce – rievocata ben quattro volte – aveva riconosciuto la «funzione unificante» svolta dal CTS, «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», senza tuttavia procedere ad una loro «indistinta omologazione»⁶⁹.

La seconda pronuncia invece – a cui si è già fatto ampiamente cenno – è stata menzionata in più punti a proposito della qualificazione degli ETS identificati dal CTS (art. 4) come soggetti «rappresentativi della “società solidale”». Inoltre, la Corte ha ripetuto che, in virtù del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, u.c., Cost., le attività di interesse generale possono «essere perseguite anche da una “autonoma iniziativa dei cittadini” che [...] risulta ancora oggi fortemente radicata nel tessuto comunitario del nostro Paese»⁷⁰.

In maniera conseguenziale, il Giudice delle leggi ha richiamato l'art. 5 del CTS che, tra le «attività di interesse generale», comprende quelle aventi ad oggetto interventi e servizi sociali, interventi e prestazioni sanitarie, nonché prestazioni socio-sanitarie⁷¹.

Data questa premessa, la Corte – replicando l'impostazione priva di rigidi schemi formalistici della sentenza n. 52 del 2021⁷² – ha sostenuto che «la lettura sistematica di tutte le disposizioni che compongono la legge reg. Calabria n. 8 del 2024, anche alla luce della *ratio*

⁶⁹ P.to 3.1.1. del *considerato in diritto*, con rimando alla sentenza n. 72 del 2022.

⁷⁰ *Ibidem*, con rimando alla sentenza n. 131 del 2020.

⁷¹ *Ibidem*. In dottrina, F. SANCHINI, *Profili costituzionali del Terzo settore*, Milano, Giuffrè, 2021, pp. 65-67, ha osservato che dalle numerose attività di interesse generale che, ai sensi della codificazione, gli ETS sono espressamente legittimati a svolgere, si coglie la specifica attitudine di questo complesso fenomeno a costituire uno strumento di grande rilevanza per l'attuazione di precetti posti lungo tutto il dettato costituzionale.

⁷² Cfr. Corte cost., sent. n. 52 del 2021, p.ti 7, 7.1. e 7.2. del *considerato in diritto*. Come noto, l'art. 9 della L.R. Sardegna, n. 48 del 2018 prevedeva che i contributi regionali fossero diretti a finanziare strutture e attività promosse da «enti, associazioni di volontariato e organizzazioni non lucrative di utilità sociale» per la prevenzione e il contrasto della violazione di genere. Ad avviso della Corte, se è pur vero che l'elenco non contempla le associazioni di promozione sociale, tuttavia la genericità della nozione di «enti» *ivi* contenuta consentiva di interpretare la categoria dei beneficiari in senso costituzionalmente conforme all'art. 3 Cost., nel senso di ritenervi ricompresi anche altri Enti del Terzo settore.

complessiva di quest'ultima, rende possibile un'interpretazione delle disposizioni regionali impugnate in linea con l'art. 5 cod. terzo settore e, quindi, conforme alla Costituzione⁷³. In siffatta prospettiva, il percorso logico-argomentativo seguito dalla Corte risulta lineare e ineccepibile. Ripercorrendo le disposizioni della legge regionale⁷⁴, il Giudice delle leggi ha desunto che alle tipologie di enti identificate in maniera generica e imprecisa («associazioni», «volontariato») sono state imputate attività di fatto corrispondenti alle iniziative «di rilevante interesse generale» – quali, la promozione dell'informazione e la sensibilizzazione sulle caratteristiche delle malattie, sulla sintomatologia e sulle procedure di prevenzione, sulle complicità, nonché la realizzazione di apposite sessioni di *screening* – che l'art. 4, peraltro non oggetto di impugnazione, ha attribuito correttamente a tutti gli «enti del Terzo settore» sul territorio calabrese⁷⁵.

Il quadro normativo così ricostruito non ha pertanto ammesso dubbi sulla circostanza che il legislatore regionale abbia inteso riferirsi al «complesso e variegato arcipelago dei soggetti di diritto privato che “esercitano in via esclusiva o principale una o più attività di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale”» e questo anche «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”»⁷⁶. Ragionando in questi termini, la Corte ha avuto gioco facile nell'inquadrare i richiami solo ad alcuni tipi di ETS come «meramente esemplificativi»⁷⁷ ed è giunta a ritenere infondate le questioni di legittimità costituzionale, promosse nei confronti degli artt. 1, co. 3, 3, co. 1, e 7, co. 1, lett. c), della legge regionale, «in quanto le suddette disposizioni devono essere interpretate nel senso che i riferimenti alle associazioni di volontariato, al volontariato e alle associazioni sono estesi a qualunque ETS annoverato nell'art. 5 cod. terzo settore»⁷⁸.

⁷³ Così la Corte cost., al p.to 3.1.2. del *considerato in diritto*.

⁷⁴ La Corte, in particolare, ha ricostruito che il legislatore regionale, una prima volta, ha menzionato le «associazioni di volontariato» (art. 1, co. 3); in seguito, ha indicato genericamente le «associazioni» [art. 3, co. 1, e art. 7, co. 1, lett. c)] e il «volontariato» (art. 3, co. 1); infine, ha fatto riferimento agli «enti del Terzo settore presenti sul territorio calabrese» (art. 4, non impugnato).

⁷⁵ P.to 3.1.2. del *considerato in diritto*. L'art. 4, co. 2, prevede che: «[...] la Regione può concedere il patrocinio morale alle iniziative, di rilevante interesse regionale, poste in essere dalle pubbliche amministrazioni o dagli enti del Terzo settore presenti sul territorio calabrese e finalizzate alla promozione dell'informazione e alla sensibilizzazione degli operatori del settore e della popolazione sulle caratteristiche delle malattie, sulla sintomatologia e sulle procedure di prevenzione, sulle complicità, nonché alla realizzazione di apposite sessioni di *screening*».

⁷⁶ *Ibidem*, con rimando, ancora una volta, alla sentenza n. 131 del 2020. Nello stesso passaggio, per completezza di analisi, la Corte ha altresì chiarito che il ricorrente riferimento al «volontariato» non ha 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».

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ P.to 3.1.3. del *considerato in diritto*.

8. Società solidale e territorio

La Corte costituzionale, adottando come tecnica decisoria la sentenza interpretativa di rigetto, ha così inteso valorizzare la scelta della Regione Calabria di promuovere, sebbene con un linguaggio atecnico, la possibilità per gli ETS attivi nel campo della fibromialgia ed elettrosensibilità di «contribuire a coadiuvare gli ambulatori multidisciplinari e valorizzare e diffondere le proprie attività aventi come obiettivo il perseguimento di finalità di solidarietà, diretta ad aiutare persone sofferenti [...]»⁷⁹.

Secondo l'interpretazione della Corte, la legge regionale in questione ha, dunque, declinato puntualmente l'assetto collaborativo fra ETS e soggetti pubblici, come previsto dall'art. 55 del CTS⁸⁰, dando così seguito alla sfida posta dalla sentenza n. 131 del 2020, che aveva sottolineato la necessità di adeguare il modello di amministrazione condivisa alle reali e specifiche esigenze del territorio⁸¹.

Se, invero, l'obiettivo dell'amministrazione condivisa è di intercettare le risorse di sapere, tempo e capacità, diffuse tra i cittadini organizzati⁸², «affinché queste intelligenze diano frutti positivi anche per gli interessi generali»⁸³, ecco che, nel caso di specie, le associazioni e i comitati di volontariato hanno rappresentato a tutti gli effetti il vero «motore» della legge⁸⁴, venendo poi coinvolti dal legislatore regionale nelle attività di supporto, assistenza, informazione e sensibilizzazione sulle patologie.

Questo profilo rimanda evidentemente alla linea argomentativa della Corte, che a più riprese ha sottolineato come gli ETS «costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, e sono quindi in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi [...], sia un'importante capacità organizzativa e di intervento»⁸⁵.

Quanto evidenziato offre l'occasione per volgere brevemente lo sguardo al sistema sanitario della Regione Calabria, che – come già illustrato nella prima parte della presente nota – presenta carenze sul piano organizzativo, prestazionale e finanziario. Tali criticità

⁷⁹ Cfr. XII legislatura regionale, Consiglio regionale della Calabria, seduta di martedì 12 marzo 2024, resoconto sommario n. 38, reperibile su <https://www.consiglioregionale.calabria.it>

⁸⁰ In argomento, tra i primi commenti alla pronuncia, A. SANTUARI, *Gli Enti del Terzo settore possono gestire ambulatori per la diagnosi e cura della fibromialgia*, in *Persona&Danno*, gennaio 2025.

⁸¹ Cfr. L. GORI, *Gli effetti giuridici «a lungo raggio» della sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, cit., p. 90.

⁸² Per un approfondimento sul tema dell'amministrazione condivisa in ambito sanitario, si v. 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 *questa Rivista*, 2024, n. 3, pp. 1 ss., spec. pp. 6-7.

⁸³ Così F. GIGLIONI, *Forme e strumenti dell'amministrazione condivisa*, in G. Arena, M. Bombardelli (a cura di), *L'amministrazione condivisa*, Università degli Studi di Trento, Trento, 2022, p. 68.

⁸⁴ Si veda, in particolare, XII legislatura regionale, Commissione Sanità, Attività sociali, culturali e formative, seduta giovedì 28 settembre 2023, resoconto sommario n. 38, reperibile su <https://www.consiglioregionale.calabria.it>

⁸⁵ Cfr. Corte cost., sent. n. 131 del 2020 e successivamente n. 52 del 2021.

gravano attualmente sulla comunità regionale e rischiano di compromettere il futuro della riforma della sanità territoriale⁸⁶.

A parere di chi scrive, l'intervento legislativo in esame non può che costituire un modello virtuoso da seguire, in quanto un approccio di questo tipo risulterebbe funzionale ad adattare il modello delineato dal D.M. 77/2022 («Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale») alla realtà regionale descritta. La Regione Calabria, infatti, non può più prescindere dall'adozione di una visione globale di cura della persona nello sviluppo dei servizi sanitari che presuppone, a sua volta, la completa ed effettiva integrazione delle prestazioni socio-sanitarie⁸⁷. E, come osservato, l'integrazione socio-sanitaria acquista valore nella misura in cui «enti territoriali, enti funzionali, professionisti e volontariato-Terzo settore realizzano un'autentica integrazione comunitaria»⁸⁸.

9. Considerazioni conclusive

Sulla base dell'analisi svolta sino a questo punto, è possibile formulare una serie di osservazioni di carattere conclusivo.

Certamente la sentenza qui annotata si è distinta per alcune novità di rilievo nel panorama della consolidata giurisprudenza costituzionale, che per oltre un decennio è stata caratterizzata da una difesa sistematica dell'istituto dei Piani di rientro sanitari.

Degna di nota è stata la posizione assunta dalla Corte nell'interpretazione del Piano di rientro, che è sembrata confermare ed arricchire quella maggior sensibilità già ravvisata dalla dottrina in alcune importanti precedenti pronunce⁸⁹. Nel caso in esame – come si è avuto modo di osservare – a seguito di un analitico sindacato di costituzionalità sulla legge regionale sottoposta al suo vaglio⁹⁰, la Corte ha infatti riconosciuto ad una Regione in Piano di rientro la possibilità di erogare prestazioni extra-LEA, a condizione che queste siano previste e finanziate esclusivamente con risorse statali e pur sempre nel rispetto di un rigoroso equilibrio fra la tutela della salute dei propri cittadini ed il processo di risanamento finanziario concordato con lo Stato⁹¹. Ne è conseguita così la parziale discontinuità rispetto al divieto, ripetuto sistematicamente dalla Corte, di fornire prestazioni eccedenti i

⁸⁶ Sul punto, C. PANZERA, *La riforma della sanità territoriale in Calabria fra diagnosi, prognosi e terapia*, cit., p. 372.

⁸⁷ *Ivi*, pp. 377-380.

⁸⁸ In questi termini, R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *questa Rivista*, 2020, n. 2, p. 350.

⁸⁹ COSÌ A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 125-127, il quale richiama le sentt. nn. 161 e 242 del 2022.

⁹⁰ P.to 2.2.1. del *considerato in diritto*.

⁹¹ P.to 2.3. del *considerato in diritto*.

LEA per le Regioni in Piano di rientro, oltre che l'evidente e non scontata valorizzazione dell'autonomia regionale e delle responsabilità ad essa connesse in materia di sanità⁹².

Solo il tempo potrà dire se il richiamato indirizzo interpretativo rappresenti una svolta decisiva nella lunga e copiosa stagione giurisprudenziale riguardante l'esperienza delle Regioni in Piano di rientro, che è stata segnata da momenti di forte tensione con lo Stato per la significativa limitazione nell'esercizio della funzione legislativa regionale in materia di tutela della salute. Quel che è certo, però, è che la Corte, nel caso in esame, ha aperto la strada, almeno con riferimento alle prestazioni relative alla fibromialgia, ad una approfondita valutazione della portata normativa delle disposizioni regionali impugnate. Ciò ha poi condotto al superamento della tradizionale dichiarazione d'incostituzionalità frutto della mera constatazione della sottoposizione della Regione ai vincoli del Piano e della mancata menzione della prestazione oggetto della disciplina regionale fra i LEA garantiti dal Servizio sanitario nazionale. In questa cornice, non può apparire di certo secondario l'auspicio espresso dalla Corte sulla circostanza che, a livello statale, si possa definire in tempi brevi un aggiornamento dei LEA, al fine di evitare che i cittadini residenti nelle Regioni in Piano di rientro possano trovarsi nell'impossibilità di accedere a prestazioni rivelatesi essenziali secondo le sopravvenute evidenze scientifiche e a garanzia delle quali il medesimo Piano viene sottoscritto⁹³.

Inoltre, la sentenza n. 201 del 2024 ha dato conto nuovamente del ruolo del Giudice delle leggi nell'ampliamento dell'influenza della sussidiarietà orizzontale nell'esercizio delle funzioni pubbliche. Come osservato, si è trattato di un processo che ha portato, negli ultimi anni, ad una inedita valorizzazione costituzionale del Terzo settore, riconosciuto come soggetto pienamente abilitato ad elevarsi a coprotagonista delle politiche a livello statale, regionale e locale⁹⁴.

A tal proposito, non vi è dubbio che la soluzione interpretativa adottata dalla Corte, dopo aver ripercorso i pilastri della propria giurisprudenza ed effettuato una lettura sistematica della legge regionale calabrese, sia volta a mettere in rilievo l'importanza del coinvolgimento attivo degli ETS nel «mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi [...], sia un'importante capacità organizzativa e di intervento»⁹⁵. Pur non risparmiando critiche al legislatore regionale per il linguaggio generico e atecnico utilizzato, la Corte ne ha apprezzato la capacità di aver definito, in relazione alle specificità territoriali, le condizioni per una efficace realizzazione dei procedimenti di amministrazione condi-

⁹² Per una ricostruzione più generale sul mancato coinvolgimento del Consiglio regionale nelle decisioni che vincolano la legislazione regionale in materia sanitaria, si rinvia a A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 145 ss.

⁹³ P.to 2.5. del *considerato in diritto*

⁹⁴ Sul punto, L. VIOLINI, *Sussidiarietà e poteri sostitutivi*, in M. CARTABIA, M. RUOTOLO (a cura di), *Enciclopedia del Diritto. Potere e Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2023, pp. 1204-1205.

⁹⁵ Cfr. Corte cost., sent. n. 131 del 2020, p.to 2.1. del *considerato in diritto*.

visa, attraverso la creazione di sinergie fra gli ETS e gli attori istituzionali con particolare riferimento ad alcuni settori di attività di interesse generale previsti dall'art. 5 del CTS⁹⁶.

⁹⁶ Cfr. L. GORI, *La legislazione regionale del Terzo settore. Una panoramica*, in *Impresa sociale*, 2023, n. 3, p. 28.