

Le forme attuative della sussidiarietà orizzontale nella riforma dell'assistenza territoriale: le "Case della Comunità" e il ricorso all'amministrazione condivisa*

Enrico Guerrieri**

SOMMARIO: 1. Brevi premesse. La riforma dell'assistenza territoriale e le diverse forme attuative dell'art. 118, comma 4, Cost. – 2. Il modello delle Case della Comunità e la integrazione sociosanitaria "comunitaria". – 2.1. (segue): il modello toscano e le Case della Comunità nel Valdarno. – 3. Il "doppio volto" del principio di sussidiarietà orizzontale quale possibile chiave di lettura della riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale. – 4. I canali di amministrazione condivisa: gli strumenti di applicazione del modello organizzativo oltre l'art. 55 del Codice del Terzo settore. – 5. «Singoli e associati». Alcune riflessioni conclusive.

ABSTRACT:

Il contributo si propone di svolgere alcune riflessioni in merito alle declinazioni del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale rispetto ai temi del diritto alla salute dell'organizzazione sanitaria, in particolare nell'ambito della realizzazione del riordino dei servizi promosso dal PNRR e incentrato sulla figura della Casa della comunità. A tal fine, si porterà all'attenzione una recente esperienza regionale (Toscana) che parrebbe dimostrare come il tema delle Case della Comunità possa rappresentare l'ambito di indagine per approfondire le virtuosità sottese all'applicazione del modello di amministrazione condivisa quale declinazione dell'art. 118, comma 4, Cost. Alla luce

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottorando di ricerca in "Regulation, Management and Law of public sector organizations" nell'Università del Salento, enrico.guerrieri@unisalento.it.

della “duplice dimensione” che parrebbe assumere il principio costituzionale, si tenterà, pertanto, di mettere in risalto le potenzialità connesse alle diverse forme di coinvolgimento degli enti del Terzo settore e della società civile in materia di assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale.

The contribution aims to reflect on how the constitutional principle of horizontal subsidiarity can be articulated in relation to the right to health and the organisation of healthcare services, particularly in the context of the reorganisation promoted by the PNRR and centred on the model of the Case della Comunità. To this end, attention will be drawn to a recent regional experience (Tuscany), which appears to show that the topic of the Case della Comunità may constitute a fruitful field of inquiry for exploring the virtues underlying the application of the shared administration model as an expression of Article 118(4) of the Constitution. In light of the “dual dimension” that this constitutional principle seems to assume, the contribution will therefore seek to highlight the potential associated with the various forms of involvement of Third Sector Entities and civil society in the provision of territorial healthcare and social-healthcare services.

1. Brevi premesse. La riforma dell’assistenza territoriale e le diverse forme attuative dell’art. 118, comma 4, Cost.

È indubbio che la recente crisi epidemiologica abbia rappresentato un *drammatico impulso* in grado di evidenziare il patrimonio esperienziale della società civile e, al contempo, di rivelare la impreparazione in ordine all’organizzazione di uno dei pilastri dello Stato sociale, quale il diritto alla salute¹. In un simile contesto di ripensamenti in ordine a «numerose dimensioni dell’organizzazione istituzionale»², il termine crisi – recuperandone la declinazione ‘costruttiva’³ – accompagna il transire dello Stato e delle comunità che vi abitano in nuovi contesti, processi, approcci e sfide⁴. Sicché, all’interno del dibattito in merito al rapporto fra la «piena ed esaustiva tutela»⁵ della salute e la (ri)organizzazione del servizio

¹ In merito a tale impreparazione ‘generalizzata’ «della scienza, della politica, dell’amministrazione, dei singoli», si v. R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 4/2021, p. 404.

² E. ROSSI, *Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata*, in questa *Rivista*, n. 2/2021, p. 361.

³ Il termine, infatti, deriva dalla parola greca *κρίσις* (in latino, *crisis*) che, in una situazione di fragilità e instabilità sociale, assume il significato di “scelta”, “decisione”.

⁴ Cfr. R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in questa *Rivista*, n. 2/2020, pp. 339 ss.

⁵ «Secondo il costante orientamento della giurisprudenza costituzionale, il diritto alla salute è riconosciuto e garantito dall’art. 32 della Costituzione come un “diritto primario e fondamentale che (...) impone piena ed esaustiva tutela” (v. sent. n. 992 del 1988, nonché sentt. nn. 88 del 1979, 184 del 1986, 559 del 1987, 1011 del 1988, 298 e 307 del 1990)», Corte cost., sent. n. 455 del 1990, § 3 Cons. dir.

sanitario⁶, trova spazio il concetto di “ripresa”: emblematico, in questo senso, il ricorso ai Piani di ripresa e resilienza adottati dai diversi Stati membri⁷.

Nell'ottica dell'approccio *One Health*⁸, come noto, il PNRR promuove il potenziamento dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale tramite specifiche misure previste nella Missione 6 (*Salute*), in particolare attraverso l'investimento 1.1 - *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*. L'obiettivo dichiarato è duplice: non solo «rafforzare» le prestazioni erogate sul territorio tramite il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, ma anche garantire «una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari».

A tal proposito, l'intera misura è incentrata sulla realizzazione di Case della Comunità, ossia luoghi fisici di prossimità in cui la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. L'analisi del modello delle Case della Comunità parrebbe così fornire lo spunto per alcune riflessioni in merito al rinnovato processo di valorizzazione del ruolo istituzionale delle comunità nonché dei modelli organizzativi, a carattere relazionale-collaborativo, attivabili con le amministrazioni di riferimento. La progressiva riscoperta dell'insita potenzialità che le connota sembrerebbe evidenziare come le comunità, da «oggetto al quale si rivolge l'attività delle istituzioni di tutela della salute», stiano progressivamente assumendo «un ruolo attivo nella offerta stessa di servizi»⁹.

La considerazione, pertanto, apre ad alcune riflessioni in ordine alle diverse forme di attuazione dell'art. 118, comma 4, Cost. in vista della sperimentazione dei modelli organizzativi pubblico-privati. In particolare, il tema delle comunità e delle policrome declinazioni che tale concetto sta, di volta in volta, assumendo – anche in riferimento alla tutela del

⁶ Autorevole dottrina ha avuto modo di sottolineare come, già in Assemblea costituente, fosse stato delineato con lucidità e consapevolezza lo stretto nesso «tra il piano del diritto e quello dell'organizzazione incaricata di assicurarne la tutela», R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia*, cit., p. 402.

⁷ Per una più ampia lettura in tema di sanità e Piani Nazionali in prospettiva comparata, si rimanda a R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le “lezioni” di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *dpceonline.it*, 57, 1, 2023, pp. 399 ss. In merito, invece, alla natura giuridica dei PNRR, fra tutti, si v. M. CLARICH, *Il PNRR tra diritto europeo e nazionale: un tentativo di inquadramento giuridico*, in *Astrid Rassegna*, 2021.

⁸ Il nuovo modello di assistenza territoriale recepito dal PNRR parrebbe riprendere, nello specifico, i principi 4, 5 e 10 dei cc.dd. “*Manhattan Principles*” (per una consultazione: <https://oneworldonehealth.wcs.org/About-Us/Mission/The-Manhattan-Principles.aspx>). Sul punto, cfr. M. GNES, *The Resilience of the Italian Healthcare System and the COVID-19 Emergency*, in *Legal Policy & Pandemics, The Journal of the Global Pandemic Network*, dicembre 2023, Vol. 2, Issue 2-3; G. RAGONE, *One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale*, in questa *Rivista*, n. 3/2022, pp. 809 ss.; F. A. BELLA (a cura di), *One health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022, in cui, fra i vari contributi, si segnala M. MONTEDURO, *Le sfide metodologiche per la ricerca giuridica sull'approccio One Health: due casi concreti. il progetto FISR 2020 e la proposta del CIDCE di una convenzione internazionale sulle pandemie*, pp. 99 ss. G. GIORGINI PIGNATIello, F. RESCIGNO, *One earth-One health. La costruzione giuridica del terzo millennio*, Torino, Giappichelli, 2023; S. IARIA, *Le potenzialità del PNRR ed il progetto “One Health” nella prospettiva del rilancio dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *ForumdiAmministrazioneincammino*, 19 giugno 2024.

⁹ S. NUTI, E. BORGONOVÌ, *Postfazione*, in F. LONGO, S. BARSANTI (a cura di), *Community building: logiche e strumenti di management - Comunità, reti sociali e salute*, Milano, Egea, 2021, p. 197, cit.

diritto sociale alla salute¹⁰ – sembrerebbe intercettare ciò che può definirsi un progressivo fenomeno di implementazione del cd. modello di amministrazione condivisa¹¹.

Allo stato attuale, il modello trova ordinaria applicazione rispetto a specifiche attività di interesse generale: si pensi ai partenariati nell’ottica della transizione energetica (CER), al fenomeno della co-amministrazione ambientale (“contratti di fiume” e “accordi di foresta”), o ancora alle applicazioni promosse dagli enti locali nell’ambito della valorizzazione dei beni immobili pubblici e dei beni culturali.

In questa sede, pertanto, il tentativo sarà quello di offrire alcuni spunti di riflessione sulle forme di attuazione dell’art. 118, comma 4, Cost. a partire da una prospettiva non del tutto esplorata¹²: la implementazione dei modelli organizzativi collaborativi e i potenziali risvolti applicativi derivanti dal coinvolgimento della società civile e degli ETS rispetto al sistema di *welfare* comunitario¹³. A tal fine, si intenderà muovere l’indagine da un’esperienza regionale che interessa la riforma dell’assistenza territoriale per, poi, trarre alcune considerazioni di più ampia portata in merito ai diversi “canali” di collaborazione in cui si concreta il modello organizzativo di amministrazione condivisa.

¹⁰ Sul punto la letteratura è vastissima. Ai fini del presente lavoro, senza pretese di esaustività, ci si limita a richiamare, *inter multis*, 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, Il Mulino, 2013, pp. 23 ss.; 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*, 2/2020; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos – le attualità nel diritto*, 1/2020; F. GIGLIONI, *L’organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *costituzionalismo.it*, 2/2020; 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*, 1/2023, pp. 335 ss.

¹¹ La prima teorizzazione di tale modello si deve a G. ARENA, *Introduzione all’amministrazione condivisa*, in *Studi parlamentari e di politica costituzionale*, nn. 117-118, 1997, p. 28 ss., cui sono seguiti numerosi scritti sul tema, da ultimo G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L’amministrazione condivisa*, Napoli, Editoriale scientifica, 2022. Di recente, in particolare rispetto ai riflessi dell’applicazione del modello da una prospettiva sociologica, si rimanda a U. DE AMBROGIO, G. MAROCCHI (a cura di), *Coprogrammare e coprogettare. Amministrazione condivisa e buone pratiche*, Roma, Carocci editore, 2023; G. ARENA, *La sussidiarietà dei moderni*, in *IANUS*, Quaderni 2025, pp. 9-19. Si segnala, infine, per un più ampio e sistematico approfondimento sul tema, il recente E. FREDIANI (a cura di), *Lezioni sull’amministrazione condivisa*, Giappichelli, 2025. Tuttavia, sul piano evolutivo dottrinale, non possono non considerarsi quale punto di partenza della teoria dell’amministrazione condivisa le riflessioni in merito al concetto di “demarchia” delineato da F. BENVENUTI, *Il nuovo cittadino. Tra libertà garantita e libertà attiva*, Venezia, Marsilio, 1994.

¹² Non a caso, «più di un cenno» meriterebbe «l’art. 32, sulla salute come bene dell’individuo e interesse della collettività», secondo D. DE PRETIS, *Principi costituzionali e amministrazione condivisa*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L’amministrazione condivisa*, cit., p. 39. In sociologia, peraltro, è stato evidenziato come «Regional approaches to shared administration in healthcare and socio-healthcare rely on three types of regulatory documents: a) health laws, b) laws supporting the third sector, and c) laws specifically addressing shared administration», L. PESENTI, *Healthcare Poverty and Access to Healthcare Services in Italy*, in *Riv. Trim. Sc. Amm.*, 1/2025, cit., p. 15. Da ultimo, sul punto, si v. il recente contributo di F. A. BELLA, *Pubblico, privato e comunità in sanità. Un’unificazione di prospettive nel paradigma collaborativo*, in *Diritti e Società*, Napoli, Editoriale Scientifica, 3/2024.

¹³ Cfr. E. ROSSI, *Le “Case della comunità”*, cit., p. 378 in cui osserva come «Potrebbe dunque essere questo l’ambito nel quale l’importante innovazione introdotta dal Codice del Terzo settore, e che la Corte costituzionale ha collegato in modo diretto al principio di sussidiarietà, trova la sua prima ed estesa applicazione su scala regionale e locale. Una prospettiva che, come auspicato dal PNRR, potrebbe contribuire a rendere “sempre più il Servizio sanitario nazionale come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario”».

2. Il modello delle Case della Comunità e l'integrazione sociosanitaria "comunitaria"

Le Case della Comunità costituiscono il fulcro della riforma dell'assistenza territoriale avviata con il cd. "Decreto rilancio" 19 maggio 2020, n. 34, poi convertito in Legge 17 luglio 2020 n. 77 e consolidata nel Decreto Ministeriale n. 77/2022¹⁴. Il d.m., assieme all'allegato di accompagnamento, rappresenta chiara espressione della riforma di settore volta alla definizione di modelli e standard relativi all'assistenza territoriale alla base degli interventi previsti dalla citata M6C1-I1.1 del PNRR. La esplicitata «necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio» evidenziata nel PNRR¹⁵, rinviene quindi nel modello delle Case della Comunità il principale strumento di coordinamento dell'offerta dei servizi. Se, da un lato, tale modello, prima ancora che "luogo fisico"¹⁶, rappresenta il frutto di un percorso di sperimentazione¹⁷ necessitato (anche ma non semplicemente) dalle note contingenze pandemiche, dall'altro, indubbiamente, si pone quale potenziale strumento di realizzazione di un *welfare community*¹⁸ fondato sulla personalizzazione della cura e sulla territorializzazione dei servizi¹⁹. L'approccio, di dichiarato carattere trasversale, mira al coinvolgimento di esigenze e competenze presenti all'interno della comunità

¹⁴ L'intervento va ricondotto ad una (necessitata) attrazione in sussidiarietà giacché, nonostante la "tutela della salute" rientri nelle materie di legislazione concorrente in base all'art. 117, comma 3, Cost., la definizione dei modelli organizzativi e degli standard di funzionamento dell'assistenza sanitaria viene affidata ad una fonte secondaria statale. Sul punto, L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, 26/2023, p. 29.

¹⁵ In apertura al paragrafo dedicato all'investimento 1.1 della Missione 6, si legge «L'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, è afflitta da malattie croniche. Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici».

¹⁶ «Il termine "casa" forma con quello "comunità" un connubio di parole calde, che suggerisce l'immagine di un luogo fisico, riconoscibile, oltre la mera integrazione funzionale», così F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *dirittifondamentali.it*, 14 marzo 2022, p. 428.

¹⁷ Sulla fase di sperimentazione (iniziata con il decreto-legge n. 34/2020) e sul relativo «rapporto tra parte e tutto» rispetto alla "messa a regime" attraverso il sistema delineato dal PNRR, si v. E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR*, p. 365.

¹⁸ Il *welfare community*, la cui attuazione è uno degli obiettivi espressi nel PNRR, è in realtà tema risalente nella dottrina: si v. E. FERIOLO, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Torino, Giappichelli, 2003. Più di recente, si v. C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *Dal welfare state al welfare di comunità*, Bologna, Bononia University Press, 2017; D. CALDIROLA, *Il Terzo settore nello Stato sociale in trasformazione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2021, p. 258 ss.; D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *JusOnline*, 2022, 161 ss. In particolare, vi è chi ha sottolineato come i concetti di "persona", "comunità", "welfare" e "salute" rappresentino dei veri e propri «valori guida» all'interno del welfare di comunità sostenibile: F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, in questa *Rivista*, n. 3/2018, p. 530 ss.

¹⁹ Per un approfondimento – che tiene conto anche dell'approccio comunitario – sul legame fra tutela alla salute e la promozione delle autonomie sociali e territoriali nonché in riferimento alla correlazione fra territorializzazione e digitalizzazione dei servizi, si v. F. PIZZOLATO, *La dimensione territoriale delle cure sanitarie: il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*, in questa *Rivista*, n. 1/2022.

di riferimento²⁰. In particolare, le Case della Comunità devono garantire, in modo coordinato, l'accesso all'assistenza sanitaria, la presa in carico della cronicità e della fragilità, l'integrazione con i servizi sociali, l'attivazione di specifici percorsi di cura e di assistenza multidisciplinari, nonché la partecipazione della comunità locale: cittadini, pazienti, *caregivers*, associazioni e Terzo settore. Da una prospettiva grandangolare, il modello delle Case della Comunità manifesta concretamente il passaggio da una dimensione individuale ad una dimensione relazionale di *ben-essere*²¹, nella cui prospettiva l'ambiente sociale, inevitabilmente, incide al punto da determinare le condizioni in grado di influenzare lo stato di salute della comunità di riferimento²². Fors'anche per simili ragioni, del resto, è stato recentemente evidenziato come il sistema sanitario non possa che concepirsi come sistema sociosanitario²³, funzionale perciò al «benessere complessivo della persona e della comunità»²⁴. Eppure, come rilevato da voci autorevoli²⁵, tra i numerosi *trigger points* del si-

²⁰ Per un approfondimento, seppur focalizzato su una esperienza regionale, si rimanda a D. R. LUISI, K. HÄMEL, *Understandings of community participation and empowerment in primary health care in Emilia-Romagna, Italy: A qualitative interview study with practitioners and stakeholders*, in *PLoS ONE*, 19 (9), 2024.

²¹ Sin dall'elaborazione – non estranea alla Costituente – del concetto 'allargato' da parte dell'OMS, in effetti, la centralità della promozione in senso olistico della salute ha interessato tutti quei processi che mirano al perseguimento di uno stato di ben-essere completo (fisico, mentale e sociale) della persona.

²² Da una prospettiva di indagine di matrice sociologica, le tematiche degli "*health determinants*" e del "*distress*" nel contesto della "*healthcare poverty*" sono state recentemente affrontate, con particolare riferimento al tema 'satellite' della integrazione e del ruolo del *non profit* in Italia, dal già citato contributo di L. PESENTI, *Healthcare Poverty and Access to Healthcare Services in Italy*, cit. L'A. evidenzia «*The analysis conducted thus far highlights two concurrent dynamics. On one hand, the National Health Service (NHS), designed to be universal, struggles to ensure adequate coverage for the entire population. This shortcoming has led to growing inequalities in access to care and the emergence of a novel phenomenon referred to as "health poverty". On the other hand, a parallel healthcare system has developed, rooted in solidarity and managed by private entities within the third sector. This system is distinguished both by the services it provides and the specific populations it serves*», p. 14. Più in generale, in merito al tema della "responsabilità di creare delle società sane" si v. M. MARMOT, R. G. WILKINSON (a cura di), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, USA, 2005.

²³ Il concetto di "sociosanitario" indica la prospettiva volta alla cura della persona sul presupposto della "insufficienza" e della "parzialità" – sino a poterne prospettare finanche la "inutilità" – di un approccio fondato solo su una delle due forme di assistenza. Per un approfondimento, si rimanda a G. BISSOLO, L. FAZZI (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci editore, 2007.

²⁴ E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR*, cit., p. 362. Fondamentalmente, seppur in assenza di un puntuale contesto definitorio, il "sociosanitario" sottende l'intersezione fra due tipologie di assistenza il cui confronto, peraltro, denota una differenza prospettica. Se da un lato, con "assistenza sanitaria" si suol fare riferimento al «diritto che deve essere garantito», dall'altro, con "assistenza sociale" si ha invece riguardo a «categorie di soggetti meritevoli di interventi» il cui tratto comune si rinviene in ciò che può essere definita la cd. *libertà dal bisogno*, cfr. E. ROSSI, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, in questa *Rivista*, n. 2/2018, p. 3. Peraltro, come oramai noto, il campo sanitario è allo stato dei fatti il principale ambito in cui compiutamente poter ravvisare una certa definizione dei livelli essenziali di assistenza, al contrario di quanto si possa dire rispetto al campo dell'assistenza sociale. Costatazione, questa, presumibilmente conseguenza del riverbero di un (intrinseco) carattere fagocitante del concetto di salute che, sotto l'egida della accezione olistica di ben-essere, ha, nella realtà, portato alla "sanitarizzazione delle prestazioni", processo al quale ha, senza dubbi, concorso la giurisprudenza costituzionale, come autorevolmente evidenziato da E. ROSSI, *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due "materie" difficilmente separabili*, in E. CATELANI, R. TARCHI (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2015, pp. 189 ss.

²⁵ Si fa riferimento, principalmente, a quanto evidenziato da R. BALDUZZI, *Una riforma da attuare. L'integrazione sociosanitaria si fa a partire dalle comunità*, in *Avenire*, 16 giugno 2020. Si v., inoltre, R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare)*, cit., ed anche da E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR*, cit. In merito al rapporto fra salute ed enti locali, si veda anche F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute, in dirittifondamentali.it*, 14 marzo 2022.

stema sanitario certamente uno dei punti nodali è rappresentato dall'esigenza di promuovere la cd. "integrazione sociosanitaria"²⁶. Il concetto notoriamente conosce diverse declinazioni²⁷, tuttavia qui pare opportuno richiamare, in particolare, quella cd. "comunitaria"²⁸. Tale piano di integrazione sociosanitaria si sostanzia in forme di collaborazione che interessano, congiuntamente, l'attività di professionisti e volontari operanti su un determinato territorio al fine di garantire risposte più adeguate ai bisogni della comunità di riferimento. In altri termini, il rapporto fra "bisogni" e "risposte" si svolge su un piano in grado di (e finalizzato a) valorizzare la complementarità delle risorse pubblico-private territoriali in virtù del fatto che la presa in carico delle problematiche oltre che professionale, è, a tutti gli effetti, anche comunitaria e solidaristica: un piano di integrazione reticolare e, dunque, da realizzare "a partire dalla" e non solo "nei confronti della" comunità.

Nella prospettiva della promozione delle interrelazioni fra enti, professionisti, volontariato e Terzo settore, in verità, già si poneva il summenzionato d.l. 34/2020²⁹. In particolare, l'art. 1, comma 4-bis, al fine di garantire il «massimo livello di assistenza», prevedeva la sperimentazione di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione tramite il «coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore»³⁰. In linea con la sperimentazione avviata nel 2020, alla base della visione prospettata all'interno del recente d.m. n. 77/2022 vengono pertanto posti non solo la «partecipazione di tutte le risorse della comunità» ed il «coinvolgimento dei diversi attori locali», ma anche e segnatamente la valorizzazione della «co-progettazione con gli utenti» e della «co-produzione».

²⁶ Basti considerare, d'altronde, come, in termini non dissimili, si poneva la esperienza precedente alle Case della Comunità – dagli esiti non del tutto rasserrenanti – della Casa della salute. Nel 2015 una rilevazione condotta da Sumai-Assoprof sulla base dell'analisi di 8 diversi progetti regionali (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana) ha rivelato una "Disomogenea presenza sul territorio, la mancanza di un progetto comune, un'applicazione di facciata in alcune realtà, una specialistica ambulatoriale non sempre rappresentata e sistemi informatici differenti". In merito, si v. anche F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *dirittifondamentali.it*, 14 marzo 2022, pp. 422 ss, ed anche il contributo di A. BRAMBILLA, G. MACIOCCO, *Dalle case della salute alle case di comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci editore, 2022. In merito ad un'altra esperienza si v. C. TUBERTINI, *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Questa Rivista*, n. 3/2023, p. 641. In generale sul tema si v. almeno E. ROSSI, *Il "socio-sanitario"*, cit., pp. 249 ss. e E. VIVALDI, E. STRADELLA, *L'integrazione socio-sanitaria*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Bologna, 2009, p. 78 ss.

²⁷ Sulle diverse "sfaccettature" della nozione si rimanda a E. ROSSI, *Il "socio-sanitario"*, cit., pp. 14-19. Sul punto, si v. anche R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare)*, cit., p. 350.

²⁸ In merito a tale declinazione si vedano, in particolare, gli scritti di: D. CASTAGNO, T. VECCHIATO, *Sistemi integrati*, in AA.VV., *Il futuro nelle nostre mani*, Bologna, Il Mulino, 2016, pp. 150 e 151; E. ROSSI, *ult. op. cit.*, p. 19; R. BALDUZZI, *ult. op. cit.*, p. 350, in cui l'autorevole A., già nel 2020, preannunciava come la declinazione comunitaria rappresentasse la vera sfida e il vero obiettivo da realizzare, nel senso che l'integrazione socio-sanitaria acquista pienezza e spessore quando enti territoriali, enti funzionali, professionisti e volontariato-Terzo settore realizzano un'autentica integrazione comunitaria.

²⁹ In consonanza, per giunta, con il percorso attuativo della riforma introdotta dal decreto-legge n. 158 del 2012.

³⁰ In merito alla "infelice" formulazione della norma si vedano le autorevoli considerazioni di E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR*, cit., pp. 376 ss.

Il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali di cui le Case della Comunità rappresenterebbero il “punto di forza”, in definitiva, è promosso anche attraverso il ricorso a forme di collaborazione fra il servizio sanitario locale e le realtà presenti sul territorio. Dunque, è sotto tale angolatura che il tema della Case della Comunità sembrerebbe intercettare i possibili risvolti dell’implementazione dei diversi canali di amministrazione condivisa in ambito sanitario e sociosanitario. Alcune recenti sperimentazioni *dal basso* confermerebbero, del resto, il rilievo.

2.1. (segue): il modello toscano e le Case della Comunità nel Valdarno

La Regione Toscana ha avuto l’indubbio merito di dare attuazione, a livello programmatico, al modello nazionale delineato dal d.m. 77/2022³¹. In particolare, con delibera di Giunta n. 1508/2022, la Regione ha avviato un percorso di programmazione dell’assistenza territoriale sensibilmente rivolto all’articolazione regionale delle Case della Comunità, in continuità con le pregresse esperienze di prossimità. L’attuazione degli indirizzi del d.m. 77/2022 in Toscana, quindi, muove dalla valorizzazione dell’esperienza maturata a livello regionale: a partire dal 2008, invero, sono state istituite le Case della Salute³² – le quali, si legge, «verranno inquadrare, attraverso successivi atti, come Case della Comunità *hub* o *spoke* o ambulatori integrati in relazione al bacino di utenza» – riconosciute poi, nel 2019, come presidi di centrale importanza all’interno del SSR³³. Nella delibera emerge chiaramente la visione di un modello integrato fondato sul carattere “costitutivo” della comunità di riferimento che vede la Casa della Comunità come prosecuzione del percorso avviato nonché come «luogo della partecipazione dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività». Il modello regionale³⁴ essenzialmente prevede un sistema di *governance* multilivello fondato sulla cooperazione interistituzionale tra la Regione, le ASL, le zone-distretto, i Comuni e loro forme associative e consortili, con il diretto coinvolgimento degli ETS. In siffatto contesto – inserito peraltro nel più ampio contesto regionale caratterizzato da forme diffuse di coinvolgimento civico

³¹ In proposito si v. G. GOTTI, *L’attuazione del DM 77/2022 nella Regione Toscana. La valorizzazione del “modello toscano” di assistenza territoriale*, in questa *Rivista*, n. 2/2023, pp. 363 ss.; in particolare si rimanda a nt. 2, in cui viene richiamato A. AJELLO, C. BARCHIELLI, D. MATARRESE, G. MULA, M. TAGLIAFERRI, B. TRAMBUSTI, P. FRANCESCONI, *L’assistenza territoriale in Toscana alla luce del Dm 77/2022*, in *Welfare e salute in Toscana. 2022*, volume 2, a cura di ARS Toscana, Osservatorio sociale regionale, CRG, Regione Toscana, Laboratorio MES (Management e Sanità) della Scuola Sant’Anna di Pisa, Anci Toscana, pp. 123 e ss.

³² Per un approfondimento in merito all’esperienza regionale delle Case della Salute si rimanda a S. BARSANTI, M. BONCIANI, *General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany, Italy*, in *Health Serv Manage Res.*, 2019, n. 32, pp. 1 ss.; A. BRAMBILLA, G. MACCIOCCO, *Le Case della salute*, in *Recenti Prog Med*, 2014, pp. 147 ss.; S. BARSANTI, M. BONCIANI, L. ROTI, *Case della salute*, Pisa, 2016.

³³ La legge regionale n. 40/2005 di organizzazione del servizio sanitario toscano è stata oggetto di integrazione della legge regionale 4 giugno 2019, n. 29, rubricata “Le case della salute. Modifiche alla l.r. 40/2005”.

³⁴ Sul punto, si v. per tutti M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Bologna, 2009.

e istituzionale³⁵, pur nelle distinzioni tra partecipazione, amministrazione condivisa ex art. 55 CTS e strumenti collaborativi – la collaborazione sistematica fra gli enti locali e gli ETS nel sistema integrato territoriale sociosanitario ha portato, negli anni, allo sviluppo di una *cultura* regionale alla sussidiarietà “sociale”³⁶ ed all'amministrazione condivisa. La Regione Toscana, del resto, è stata la prima a *riconoscere, promuovere e sostenere* l'iniziativa autonoma delle formazioni sociali con la l. r. n. 65/2020³⁷, preceduta peraltro dalla l. r. n. 58 del 2018 con cui il legislatore regionale si era già dimostrato sensibile all'esigenza di innovare il quadro giuridico relativo al Terzo settore³⁸. La legge del 2020 ha invero rappresentato la prima legislazione regionale organica del Terzo settore adottata dopo il Codice del 2017 ed il profilo di maggior rilievo si rinviene nella «visione di sistema» testimoniata dal fatto che la legge «allarga gli orizzonti del terzo settore e prende in considerazione la complessità del pluralismo sociale regionale»³⁹. Per quanto qui di interesse, la legge – oltre a istituire la Consulta regionale del Terzo settore, con funzioni consultive e di proposta per

³⁵ La legge regionale n. 69/2007 della Toscana invero «è stata in assoluto la prima legge regionale sulla partecipazione» svolgendo il ruolo di «apripista» rispetto alle altre legislazioni di settore, evidenziava M. TROISI, *La partecipazione delle comunità territoriali nella legislazione regionale. Alcune riflessioni alla luce delle recenti leggi di Toscana, Emilia-Romagna e Puglia*, in *federalismi.it*, n. 7/2018, p. 4. Del resto, il territorio toscano ha svolto un ruolo pionieristico anche rispetto alla sperimentazione di embrionali pratiche di sussidiarietà. Si pensi all'esperienza delle cd. “Misericordie”, forme di partecipazione dei cittadini alla vita della comunità che, poi, presero il nome di Confraternite. Non a caso, la prima Misericordia italiana risale al 1244 e nacque a Firenze. Tra i principali e più recenti interventi, a mero titolo esemplificativo, si annoverano: la sperimentazione di un unico sistema informatico regionale di riferimento (denominato “AsterCloud”) che ha portato all'armonizzazione dei processi socio-sanitari su tutto il territorio; il progetto di potenziamento del sistema regionale di partecipazione in sanità denominato “Cantieri della Salute”; l'istituzione del “Consiglio dei cittadini per la salute”, strumento previsto dalla legge 75/2017 e volto a consentire una ampia e attiva partecipazione degli utenti alle fasi di pianificazione, programmazione e buon funzionamento dei servizi sanitari ed anche all'applicazione degli istituti per l'Amministrazione Condivisa.

³⁶ Si v. l'art. 59, comma 2, della legge statutaria regionale 8 gennaio 2010 n. 1, in cui viene sancito: «L'attuazione del principio della sussidiarietà sociale è prioritariamente diretta al miglioramento del livello dei servizi, al superamento delle disuguaglianze economiche e sociali, a favorire la collaborazione dei cittadini e delle formazioni sociali, secondo le loro specificità, ai fini della valorizzazione della persona e dello sviluppo solidale delle comunità».

³⁷ Per un commento alla legge si rimanda a F. SANCHINI, *Il ruolo della legge regionale nella definizione dei rapporti p.a. - enti del terzo settore. La «primogenitura» della Regione Toscana con la l. 22 luglio 2020, n. 65*, in *Osservatoriosullefonti.it*, n. 1/2021, p. 202; L. GORI, F. MONCERI, *Legge regionale Toscana n. 65/2020. Commento - eBook di Cesvot*, consultabile in https://iris.santannapisa.it/retrieve/dd9e0b32-6430-709e-e053-3705fe0a83fd/LR%20terzo%20settore_commento_def%20%281%29.pdf; E. FREDIANI, *La progettazione nei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2021, pp. 244 ss.

³⁸ Infatti, l'art. 14 della l. r. n. 58 del 2018 «aveva esteso l'ambito applicativo ben al di là delle cooperative sociali, riferendosi all'intera gamma degli ets. Tale ultima disposizione, al di là del contenuto specifico, ha avuto un rilevante impatto ordinamentale in quanto ha costituito, per la prima volta dopo l'entrata in vigore del d.lgs. n. 117 del 2017, l'attuazione regionale degli istituti della co-programmazione, co-progettazione e accreditamento, proposti in chiave alternativa al ricorso al Codice dei contratti pubblici quale modalità di relazione ordinaria fra terzo settore e pubblica amministrazione, senza incorrere nell'impugnativa governativa ai sensi dell'art. 127 Cost.», L. GORI, F. MONCERI, *Legge regionale Toscana n. 65/2020*, cit., p. 5.

³⁹ Così L. GORI, F. MONCERI, *Legge regionale Toscana n. 65/2020*, cit., pp. 6 e 7, in cui si legge «La l.r. n. 65/2020 aspira a “parlare” all'intero insieme della pubblica amministrazione regionale e locale, a tutto il terzo settore (guardando – come si è detto – anche oltre) e ad ogni forma di attività di interesse generale. Si può ritenere che la l.r. costruisca una intelaiatura dentro la quale il legislatore e le amministrazioni, nel definire le singole politiche di settore negli ambiti di attività di interesse generale, possono realizzare i propri interventi».

la Giunta e il Consiglio regionale⁴⁰ – ha dunque reso sistematica la collaborazione tra gli ETS e le pubbliche amministrazioni attraverso la co-programmazione e la co-progettazione di interventi ed azioni, in base al principio di sussidiarietà.

Ad ogni modo, la stretta rilevanza del modello regionale rispetto alla riforma della sanità territoriale è testimoniata, in particolare, da una recente esperienza nel Valdarno. Nel settembre del 2023, difatti, è stato avviato un percorso partecipativo (“La comunità che cura, curare la comunità”) al fine di realizzare le quattro Case della Comunità previste dal PNRR sul territorio. Il percorso, sviluppatosi in quattro fasi e terminato nell’aprile del 2024, ha portato ad un progetto proposto all’Autorità Regionale per la Partecipazione dal Comune di San Giovanni Valdarno ed ha visto la partecipazione della Conferenza integrata dei sindaci della zona distretto del Valdarno (otto Comuni), dell’Azienda USL “Toscana sud est” nonché di ben tredici soggetti sostenitori appartenenti al mondo del *non profit*. A fronte di un investimento pari a dieci milioni di euro di fondi PNRR, sono attualmente in corso i lavori per la realizzazione *ex novo* di due Case di Comunità *hub*, una a San Giovanni Valdarno⁴¹ (Comune “capofila”) e l’altra a Terranuova e, inoltre, di un Ospedale di Comunità a Cavriglia che, invece, sorgerà in un edificio messo gratuitamente a disposizione dallo stesso Comune⁴².

In verità, l’interazione in tema di programmazione delle politiche sociosanitarie fra i comuni della zona Valdarno e l’Azienda USL Toscana Nord-Ovest è fenomeno che precede l’attuale riforma della sanità territoriale regionale⁴³. Peraltro, solo nel 2022 tale interazione si è formalmente strutturata in vera e propria integrazione attraverso la sottoscrizione della “Convenzione per l’esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria”. Non è, dunque, arduo immaginare come la volontà di realizzare le Case della Comunità assieme alla cittadinanza ed al Terzo settore sia, di fatto, emersa proprio in virtù di un simile “formante” comunitario: un chiaro esempio di integrazione volta a garantire risposte più adeguate ai

⁴⁰ Tra le altre principali novità, inoltre, è dato evidenziare la regolamentazione della disciplina del volontariato individuale svolta da singoli con i caratteri della occasionalità, accessorietà e totale gratuità in forma autonoma e in rapporto diretto con la pubblica amministrazione nonché la disciplina delle concessioni in comodato di beni immobili e mobili di proprietà regionale e degli enti locali.

⁴¹ Il 1° aprile 2025, in occasione del sopralluogo al cantiere della Casa della comunità Hub di San Giovanni Valdarno da parte del Presidente della Regione, è stato dichiarato come nella nuova struttura «troveranno spazio il Cup, il punto prelievi, il Punto unico di accesso a cui i cittadini potranno rivolgersi per i servizi sanitari ma anche sociali ed altri locali per la continuità assistenziale (ovvero l’ex guardia medica), l’infermiere di comunità, otto ambulatori per i medici di famiglia, un ambulatorio specialistico, la sanità di iniziativa (ovvero prevenzione ed educazione, prima che le malattie croniche insorgano o si aggravino) e assistenti di studio».

⁴² Nel corso della conferenza stampa tenutasi nel novembre 2024 a San Giovanni Valdarno, il direttore dei Lavori pubblici dell’area provinciale Aretina ha evidenziato che saranno costruiti mille metri quadrati di nuove edificazioni, 20 posti letto in più con l’ospedale di comunità come previsto dal DM 77 e 21 nuovi ambulatori con le due case di comunità hub.

⁴³ Si v. E. ROSSI, E. STRADELLA, *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in P. BAGNOLI, M. CARLI, A. PIZZORUSSO (a cura di), *Il tempo della Regione – La Toscana*, Vol. II, Ed. Assemblea, Firenze, 2012.

bisogni della comunità di riferimento. Dunque, una vera e propria integrazione “comunitaria”.

A tacer d'altro, ciò che rileva ai nostri fini è che, all'interno delle attività prodromiche alla messa a punto di uno dei servizi obbligatori previsti dal d.m. 77/2022, è stata prevista la mappatura delle pratiche di cura svolte da associazioni o cittadini già presenti sul territorio⁴⁴. Ciò – dichiaratamente nell'ottica di individuare il “preesistente” e il “realizzabile” – è stato reso possibile grazie alla collaborazione di tutti gli ETS, ASL, Comuni e cittadini, al fine di definire le risposte sociosanitarie più adeguate ai diversi bisogni di cui le Case di Comunità si prenderanno cura. Il progetto, come rilevato, è attualmente in fase di realizzazione, tuttavia, tra i principali temi emersi nel confronto interistituzionale, di particolare interesse è un profilo che attiene alla *governance*, ovvero l'opportunità di strutturare il coordinamento tra ETS, tra ETS e ASL e Comuni e Conferenza dei Sindaci⁴⁵. A tal fine, è stata difatti prefigurata la sottoscrizione di un patto di collaborazione – quale “primo passo per muoversi in questa direzione” – con l'obiettivo di realizzare una rete di prossimità di cura governata dalla Casa della Comunità⁴⁶. Questo, sinora, il percorso tracciato; da qui, tuttavia, si delineano le traiettorie evolutive e le correlate sfide dell'esperienza presa in esame. Oltre che nella fase prettamente deliberativo-partecipativa, l'apporto dei cittadini e delle associazioni presenti sul territorio potrà invero essere valorizzato anche rispetto alle attività di cura e presa in carico che verranno svolte all'interno delle Case di Comunità. In particolare, il contributo attivo della società civile in termini di cure di prossimità potrà dunque concretizzarsi in forme di auto-mutuo aiuto da svolgere in collaborazione tra personale dell'ASL ed i Comuni, destinate agli anziani, alle famiglie con persone problematiche o fragili e ai minori. Ed ancora, si pensi alle attività congiunte di prevenzione, quali la diffusione di stili di vita sani con iniziative per una buona alimentazione (per esempio con corsi di cucina con attenzione ai diabetici e ai malati oncologici), di educazione al movimento e all'attività fisica per specifiche patologie (“sentieri di cammino”) o alle cd.

⁴⁴ Segnatamente, la «partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione», (Decreto 23 maggio 2022, n. 77 del Ministero della salute, “Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità”, p. 29).

⁴⁵ In particolare, in quella sede si è discusso dell'opportunità di creare «un nuovo organismo di governance con ASL, Comuni e ETS, una cabina di regia che svolga riunioni periodiche. (...) Si prefigura anche la necessità di creare un coordinamento permanente tra le gli ETS interessati (“coordinamento degli ETS per le cure di comunità”) che si realizzi, tramite una convocazione periodica, una forma di “assemblea dei 50” (ETS che hanno partecipato agli incontri e/o risposto al questionario). Questa assemblea potrebbe eleggere un consiglio direttivo che svolga una funzione di coordinamento per gli ETS e che partecipi alla cabina di regia. È auspicabile anche che questa “assemblea” dei 50” possa allargarsi, includendo altre realtà associative strutturate o informali o singoli cittadini che ad oggi non sono stati ancora coinvolti. Comunque, tutte le indicazioni sembrano convergere verso una creazione di una “cabina di regia” di questo percorso delineato col progetto “Curare la comunità”. Una cabina di regia in cui vi siano rappresenti degli ETS (in numero ristretto e di rappresentanza di tutti gli ETS che vorranno aderire a questo “patto” per la cura) e delle istituzioni. Una cabina di regia che quindi sia espressione di una democrazia interna e che possa diventare anche sede della futura co-progettazione, sviluppando partecipazione sia all'interno che sui territori.» (cfr. <https://industria40.regione.toscana.it/documenti/14355683/0/Documento+di+lavoro+CdC+feb24.pdf/a2fb4229-d86c-adaa-adee-45d8feb880b8?t=1706782648256>, p. 8).

⁴⁶ Cfr. N. GARUGLIERI, *Case di Comunità, Community Building e Patti di Collaborazione*, in *Labsus*, 4 novembre 2024.

palestre di memoria intergenerazionali destinate ai bambini ed agli anziani⁴⁷. In tal modo, le potenzialità del ricorso a forme collaborative – sia nella fase “progettuale” che nella (futura) fase “operativa” – si riverberano, innanzitutto, sulle attività da svolgere e sui servizi da garantire all’interno delle Case della Comunità così come, di riflesso, anche sugli obiettivi prefigurati dalla stessa normativa. In altre parole, il concreto apporto di cittadini e, in particolar modo, degli associati potrà potenzialmente formalizzarsi in ulteriori forme rispetto allo strumento di collaborazione individuato nel processo partecipativo, ad esempio proprio tramite il ricorso al modello di amministrazione condivisa previsto dalle normative di settore e, quindi, attraverso lo svolgimento di determinate attività di interesse generale (cfr. art. 55, comma 1, lett. a), b) e c) del D. lgs. n. 117/2017). È in questi termini che l’esperienza toscana, in virtù del collaudato “strumentario” di collaborazione di cui dispone la regione⁴⁸, potrebbe concorrere alla compiuta declinazione delle Case della Comunità per come prospettate nel d.m. 77/2022: non semplicemente “luoghi fisici e di facile individuazione”, ma altresì “modelli organizzativi dell’assistenza di prossimità” per la popolazione di riferimento.

Ebbene, la rilevanza teorica di simile esperienza regionale *in itinere* parrebbe, in ultima analisi, andare oltre il mero dato empirico: il profilo di maggior interesse sarebbe da rintracciare nel fatto che la collaborazione a livello “periferico”⁴⁹ si dispiega su diversi piani di relazione tra soggetti pubblici e privati (singoli e associati) che rappresentano, in vario modo, espressione diretta di quanto positizzato nell’art. 118, comma 4, Cost.

⁴⁷ Altri esempi ancora, sono i «punti di comunità» organizzati da cittadini per i cittadini» ovvero «sportelli leggeri» di informazione ed accompagnamento dei cittadini che vivono sui territori, talora lontani dai servizi sanitari territoriali, realizzati per rispondere alla necessità di offrire informazioni e accompagnamento ai servizi per percorsi di cure di alcune patologie o specifici bisogni soprattutto delle persone più «fragili» socialmente, favorendo connessioni tra associazioni del terzo settore e servizi socio-sanitari, sviluppando forme di volontariato e di «comunità di cure» sui territori.

⁴⁸ Anche in considerazione della «scarsa presenza degli Istituti della partecipazione del Valdarno, che risultano poco conosciuti all’interno del mondo degli stessi ETS e che potrebbero invece avere importanti prospettive in termini di futuri processi di co-progettazione e co-programmazione»; circostanza, questa, emersa proprio nel percorso partecipativo summenzionato (<https://industria40.regione.toscana.it/documents/14355683/0/Documento+di+lavoro+CdC+feb24.pdf/a2fb4229-d86c-adaa-adee-45d8feb880b8?t=1706782648256>, p. 2).

⁴⁹ Cfr. L. GORI, *La riforma del Terzo settore e gli spazi di autonomia regionale*, Politiche Sociali, *Il Mulino – Riviste web*, n. 2/2019, pp. 326-327, «Questa matrice dal basso rappresenta il «cuore» giuridico e politico del cambiamento di paradigma in attuazione dell’art. 118, u.c. Cost.: una innovazione creata principalmente nei laboratori periferici di Comuni, Aziende sanitarie, consorzi, ecc.».

3. Il “doppio volto” del principio di sussidiarietà orizzontale quale possibile chiave di lettura della riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale

Il progetto delle Case della Comunità nel Valdarno offre, pertanto, alcuni spunti di riflessione in merito alle diversificate forme di attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale⁵⁰. In tema di diritto alla salute e di organizzazione sanitaria, l'esperienza toscana evidenzia come le (diverse e complementari) forme di coinvolgimento della società civile possano risultare funzionali all'efficace integrazione di risorse in un determinato territorio. Cosicché, dalla prospettiva qui assunta, acquista particolare rilevanza la considerazione secondo cui la tutela della salute sembrerebbe non ammettere una visione incentrata su una *governance* univocamente pubblicistica o privatistica⁵¹. Ecco, allora, che l'approccio empirico assunto *apre* a considerazioni di più ampia portata.

La rilevanza costituzionale del paradigma sussidiario, come noto, risiede nel riconoscimento di una idoneità in capo ai cittadini e a determinate forme associative rispetto allo svolgimento di attività di interesse generale, a patto che l'iniziativa da “favorire” assuma il carattere dell'“autonomia”⁵². Sicché, ciò comporta il riconoscimento in capo ai poteri pubblici, da un lato, dell'obbligo di favorire il diritto di tali soggetti ad essere “sussidiabili” e, dall'altro, di un dovere di astensione «ove le forze degli individui e della società siano in grado di soddisfare i loro bisogni autonomamente»⁵³.

È in tal modo che lo spazio amministrativo si apre ad un paradigma di collaborazione, compartecipazione e corresponsabilità, basato su un rapporto paritario fra pubbliche amministrazioni e cittadini⁵⁴, che rappresenta il presupposto teorico dell'amministrazione condivisa. L'opportunità di ricondurre tali dinamiche entro i rapporti fra tipologie di soggetti dotati di autonomia è, del resto, garantita dallo stesso carattere relazionale del principio costituzionale⁵⁵. Fors'anche in virtù di simile connotazione – e, di conseguenza,

⁵⁰ Cfr. G. U. RESCIGNO, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubblico*, 2002, pp. 40 ss.

⁵¹ Come sottolineato da S. ZAMAGNI, *La lezione e il monito della pandemia da Covid-19*, in Aa.Vv., *Pandemia e resilienza*, Roma, Cnr Edizioni, 2020, p. 37, «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».

⁵² Sul punto, D. DONATI, *Il paradigma sussidiario*, Bologna, Il Mulino, 2013, in particolare pp. 330-332.

⁵³ A. ALBANESE, *Il principio di sussidiarietà orizzontale: autonomia sociale e compiti pubblici*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 66. Cfr., più di recente, L. GORI, *Terzo Settore*, cit., pp. 81 ss. Sulla distinzione si v., per tutti, V. CERULLI IRELLI, *Sussidiarietà (dir. amm.) (ad vocem)*, in *Enc. giur.*, 2004, pp. 341 ss.

⁵⁴ Cfr. P. CONSORTI, L. GORI, E. ROSSI, *Diritto del Terzo settore*, II ed., Bologna, Il Mulino, 2021, in particolare pp. 43-62. Si v., inoltre, F. GIGLIONI, *I fondamenti dell'amministrazione condivisa*, in E. FREDIANI (a cura di), *Lezioni sull'amministrazione condivisa*, cit., pp. 4-5, e D. PALAZZO, *Pubblico e privato nelle attività di interesse generale, Terzo settore e amministrazione condivisa*, Troni, Giappichelli, 2022, pp. 64 ss.

⁵⁵ In particolare, S. CASSESE, *L'arena pubblica. Nuovi paradigmi per lo Stato*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2001, p. 602, ne parla in termini di principio «eminente relazionale» per descrivere lo ‘storico’ rapporto fra cittadini e amministrazioni,

del grado di relazione fra pubblico e privato – la sussidiarietà orizzontale parrebbe così potersi distinguere in due differenti dimensioni⁵⁶. Accanto al momento “politico” in cui si concreta la dimensione prettamente decisionale vi sarebbe difatti il momento “amministrativo” che, sostanziosamente in positivo nel coinvolgimento della società civile nell’attuazione delle politiche pubbliche, apre ad una dimensione “azionale”⁵⁷ o “attuativa”⁵⁸ del principio costituzionale. La complementarità di siffatte dimensioni assume, così, primaria rilevanza se adottata come angolo visuale nell’affrontare il tema della presente indagine.

Nella prospettiva del potenziamento e del riordino dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale, il caso portato all’attenzione evidenzia come il “duplice volto” del principio costituzionale trovi concreta espressione in diversificati percorsi partecipativi e di collaborazione (attuali e futuribili), tutti convergenti verso una integrazione sociale, sanitaria e comunitaria. L’autonoma iniziativa dei cittadini non mira ‘semplicemente’ a influenzare la decisione pubblica, ma *si fa azione* contribuendo direttamente al soddisfacimento di bisogni collettivi grazie alla «valorizzazione delle capacità individuali e collettive nel trovare e attuare soluzioni»⁵⁹.

In questi termini, l’amministrazione condivisa – quale forma di attuazione anche della dimensione azionale dell’art. 118, comma 4, Cost. – rappresenta espressione di un modello (giuridico) efficacemente in grado di tradurre e valorizzare altresì la categoria concettuale della co-produzione⁶⁰. Come poc’anzi rilevato, lo stesso d.m. 77/2022, accanto alla «par-

frutto del passaggio fa «ordini, come quello europeo medievale o quelli extra-europei, dominati da un potere in cui non c’è differenziazione tra Stato e società civile, a un ordine, quali quelli in cui viviamo, fondati sulla separazione fra Stato e comunità». In generale, sul carattere relazionale del principio di sussidiarietà si v. A. D’ATENA, *Il principio di sussidiarietà nella Costituzione italiana*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 1997, p. 609 e ID., *Costituzione e principio di sussidiarietà*, in *Il Mulino – Riviste web*, n. 1/2001, p. 17. L’espressione è stata poi richiamata anche da G. ARENA, *Il principio di sussidiarietà orizzontale nell’art. 118 u.c. della Costituzione*, in AA.VV., *Studi in onore di Giorgio Berti*, Napoli, 2005, p. 191, dove afferma «è un principio eminentemente relazionale, in quanto disciplina i rapporti fra soggetti tutti dotati di autonomia».

⁵⁶ Cfr., in particolare, E. ROSSI, *Le finalità e gli strumenti della democrazia partecipativa nell’ordinamento giuridico italiano*, in *Diritto e società*, n. 3/2016, p. 497.

⁵⁷ Sul punto, L. AZZENA, *Vecchi e nuovi paradigmi per le politiche pubbliche in tempo di crisi: la doppia faccia della sussidiarietà orizzontale*, in *Munus*, n. 2/2015, pp. 430-432. L’A. evidenzia come: «Nella sua seconda “faccia” (sussidiarietà orizzontale “azionale”), quella che vale a consentire la partecipazione dei cittadini e della società civile non alle decisioni, ma all’azione dell’amministrazione, invece, il nuovo paradigma, favorendo la sinergia cittadini/pubblici poteri, può risultare estremamente utile e proficuo nel combattere le situazioni di “debolezza”, aggiungendosi e sommandosi le iniziative della società civile agli interventi dei pubblici poteri».

⁵⁸ Cfr. G. GOTTI, M. GRECO, *Il principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale e l’Unione europea: il caso della disciplina delle comunità energetiche*, in *Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*, n. 2/2025, p. 128.

⁵⁹ A. VALASTRO, *La democrazia partecipativa alla prova dei territori: il ruolo delle amministrazioni locali nell’epoca della fragilità*, in ID. (a cura di), *Le regole locali della democrazia partecipativa. Tendenze e prospettive dei regolamenti comunali*, Napoli, 2016, pp. 3 ss.

⁶⁰ Il concetto è stato approfondito, in particolar modo, nella dottrina socioeconomica. Per una ricostruzione dottrinale, si v. E. OSTROM, *Crossing The Great Divide: Coproduction, Synergy, And Development*, World Development, vol. 24, n. 6, 1996, pp. 1073-1087; T. BOVAIRD, *Beyond Engagement And Participation, User And Community Co-Production Of Public Services*, Public Administration Review, 67, 2007, p. 847; T. BRANDSEN, V. PESTOFF, *Co-Production, The Third Sector And The Delivery Of Public Services: An Introduction*, Londra, Routledge, 2008; C. NEEDHAM, *Co-Production: an Emerging Evidence Base for Adult Social Care Transformation*, SCIE, 2012, p. 4.

tecipazione della comunità», fa esplicitamente riferimento alla «valorizzazione della co-produzione» quale servizio da garantire all'interno delle Case della Comunità. Sebbene il concetto esuli dall'ambito di competenza delle presenti riflessioni, nel dibattito sociologico la co-produzione riguarda, in breve, «modalità diversificate di realizzazione dei servizi»⁶¹ che mutano in relazione ai contesti di riferimento: processi di partecipazione attiva, quindi, che tramutano in azioni svolte dai singoli, da gruppi presenti nella comunità, o da professionisti. Il Regolamento del 2022 parrebbe così recepire le più recenti prospettazioni che individuano nella “co-produzione” quell'insieme di processi in grado di realizzare una cooperazione nella prestazione di un servizio tra attori pubblici, privati e i cd. “*providers of last resort*”⁶². Simile rilievo, pertanto, induce a riflettere circa i diversi “canali” tramite cui valorizzare l'assetto relazionale tra la sfera pubblica e le multiformi espressioni del pluralismo che incarnano le differenti declinazioni del modello di amministrazione condivisa. In altre parole, l'analisi offre l'opportunità di indagare gli eterogenei rapporti tra soggetti pubblici e privati riconducibili a tale modello, guardando non solo agli strumenti previsti dal Codice del Terzo settore, ma anche agli ulteriori strumenti di collaborazione tramite cui l'apporto dei cittadini può concorrere al perseguimento dell'interesse generale⁶³.

4. I canali di amministrazione condivisa: gli strumenti di applicazione del modello organizzativo oltre l'art. 55 del Codice del Terzo settore.

Il modello teorico di amministrazione condivisa ha conosciuto un pieno riconoscimento solo in tempi relativamente recenti. Il passaggio da modello “utopistico”⁶⁴ a modello di rilevanza costituzionale è stato reso possibile a partire dall'individuazione di un suo fondamento normativo nell'art. 118, comma 4, Cost. Cosicché, in seguito alla positivizzazione del principio di sussidiarietà orizzontale nel 2001 – della cui iniziale inattuazione, peraltro,

⁶¹ Per un approfondimento sotto il profilo sociologico, si rimanda a L. BOCCACIN, *Terzo settore e processi di coproduzione: il contributo del dibattito sociologico*, in *Riv. Trim. Sc. Amm.*, n. 2/2023, p. 7.

⁶² COSÌ, L. PESENTI, *Healthcare Poverty and Access to Healthcare Services in Italy*, cit., p. 4, riferendosi agli enti del Terzo settore.

⁶³ Del resto, «Tutti gli operatori del diritto hanno acquisito la consapevolezza che il valore pubblico e l'impatto sociale non siano il frutto della produzione di un rapporto binomico pubblico/privato ma piuttosto multipolare e multiattoriale», così C. IAIONE, *Pubblico, privato e comune tra One health e planetary health: il welfare di comunità*, in M. A. SANDULLI; F. APERIO BELLA; A. COIANTE; F. C. IAIONE (a cura di), *Pubblico, privato e comunità in sanità*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2024, cit., p. 61.

⁶⁴ G. ARENA, *Introduzione all'amministrazione condivisa*, cit. È stato già evidenziato in nt. 11 come, tuttavia, dal punto di vista evolutivo siano state fondamentali le riflessioni di F. BENVENUTI, *Il nuovo cittadino. Tra libertà garantita e libertà attiva*, Venezia, Marsilio, 1994.

risentiva la stessa implementazione del modello organizzativo⁶⁵ – l'amministrazione condivisa ha trovato piena legittimazione «al massimo livello possibile»⁶⁶.

Tuttavia, il riconoscimento espresso del suo 'ancoraggio' al disegno costituzionale si deve ad un contributo della recente giurisprudenza della Consulta, la sentenza n. 131 del 2020⁶⁷. La decisione, divenuta ben presto un *leading case* in materia di Terzo settore, è nota per aver scardinato, *funditus*, l'originaria concezione bipolare per far spazio ad espressioni spontanee e procedimentalizzate di codeterminazione 'circolare' dell'assetto organizzativo amministrativo. A dispetto della concezione verticistica del potere pubblico all'interno dello Stato sociale per cui solo l'azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale, in quella sede è stato affermato come sia, piuttosto, la «originaria socialità dell'uomo»⁶⁸ ad atteggiarsi quale elemento dinamico-relazionale nei rapporti fra istituzioni pubbliche ed ETS⁶⁹. Quest'ultimi, pertanto, sarebbero *geneticamente custodi* di una specifica adeguatezza a partecipare alla realizzazione dell'interesse generale in virtù di un modello organizzativo ispirato non al principio di concorrenza bensì a quello di solidarietà⁷⁰. Benché la questione di legittimità fosse inerente *prima facie* ad una problematica di riparto di competenze fra Stato e Regioni, la storica decisione ha dunque rappresentato per la Corte l'occasione per intervenire autorevolmente, in particolare, sul tema della legittimità costituzionale dell'art. 55 del D. Lgs. n. 117 del 2017⁷¹.

⁶⁵ Cfr. G. ARENA, *Amministrazione e società. Il nuovo cittadino*, in *Riv. Trim. Dir. Pub.*, n. 1/2017, p. 51 e, più critico, F. GASPARI, *Terzo settore ed amministrazione condivisa: profili sostanziali e processuali*, in *Società e diritti*, n. 15/2023, p. 72 ss.

⁶⁶ COSÌ G. ARENA, *L'amministrazione condivisa ed i suoi sviluppi nel rapporto con cittadini ed enti del terzo settore*, in *Giur. cost.*, 2020, cit., p. 1452.

⁶⁷ In merito ai risvolti derivanti dalla decisione della Corte costituzionale, fra i diversi contributi, si rinvia a G. ARENA, *ult. op. cit.*, pp. 1439 ss.; M. GALDI, *Riflessioni in tema di terzo settore e interesse generale. Osservazioni a C. cost. 26 giugno 2020, n. 131*, in *federalismi.it*, n. 32/2020, pp. 88 ss.; L. GORI, *Riflessioni sui limiti costituzionali alle misure promozionali del Terzo settore*, in *Giur. cost.*, 6/2020, 3017; ID., *Sentenza n. 131/2020: sta nascendo un diritto costituzionale del Terzo settore*, in *Rivista impresa sociale*, 2020; E. ROSSI, *Il fondamento del Terzo settore è nella Costituzione. Prime osservazioni sulla sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, in *forumcostituzionale.it*, 3/2020.

⁶⁸ Il riferimento è alla storica sentenza n.75/1992, in tema di volontariato, elevato a «espressione più immediata della primigenia vocazione sociale dell'uomo» e «la più diretta realizzazione del principio di solidarietà sociale, per il quale la persona è chiamata ad agire non per calcolo utilitaristico o per imposizione di un'autorità, ma per libera e spontanea espressione della profonda socialità che caratterizza la persona stessa». La Corte costituzionale sottolinea come «Prima ancora che venissero alla luce i sistemi pubblici di *welfare*, la creatività dei singoli si è espressa in una molteplicità di forme associative (società di mutuo soccorso, opere caritatevoli, monti di pietà, ecc.) che hanno quindi saputo garantire assistenza, solidarietà e istruzione a chi, nei momenti più difficili della nostra storia, rimaneva escluso».

⁶⁹ In questi termini, V. TONDI DELLA MURA, *Della sussidiarietà orizzontale (occasionalmente) ritrovata: dalle linee guida dell'Anac al codice del Terzo Settore*, in *Rivista AIC*, n. 1/2018, p. 7. Secondo l'A. sarebbero due le principali implicazioni del principio di sussidiarietà, sia sotto il «profilo organizzativo della forma dello Stato sociale», che sotto il «profilo contenutistico delle pretese sociali».

⁷⁰ Più di recente, peraltro, tale impostazione ermeneutica ha inciso anche sulla scrittura e sull'interpretazione dell'art. 6 del D.lgs. 36/2023, rubricato «Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale. Rapporti con gli enti del Terzo settore».

⁷¹ Per un approfondimento in merito al processo di riforma del terzo settore si rimanda, tra gli altri, a L. GORI, E. ROSSI, *La legge delega n. 106 del 2016 di riforma del Terzo settore*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2016; S. BENVENUTI, *Finalmente*

Più nel dettaglio, la disposizione di apertura del Titolo VII del Codice del Terzo settore, rubricata “Coinvolgimento degli enti del Terzo settore”, menziona due (noti) strumenti di amministrazione condivisa: la co-programmazione e la co-progettazione⁷². Stando al dato normativo, per co-programmazione si intende quell’attività “finalizzata all’individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili” (comma 2), mentre la co-progettazione è l’attività “finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti” (comma 3). Secondo la Consulta, l’art. 55 del Codice realizza, per la prima volta in termini generali, «una vera e propria procedimentalizzazione dell’azione sussidiaria strutturando e ampliando una prospettiva che era già stata prefigurata, ma limitatamente a interventi innovativi e sperimentali in ambito sociale, nell’art. 1, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328 e quindi dall’art. 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001»⁷³. Le attività previste dalla norma conferiscono, così, una dimensione concreta ad un “canale” di amministrazione condivisa, finalizzato alla convergenza e alla condivisione di risorse e mezzi. È, dunque, all’interno di un simile contesto che si consacra la rilevanza costituzionale del modello organizzativo di amministrazione condivisa, il quale permette quindi di “emancipare” le azioni di cura da una sfera ontologica privata ad una sfera di rilevanza pubblica⁷⁴. Ecco allora che le, seppur note, parole espresse dalla Corte nel 2020 – rilette alla luce di ciò che è stata fiduciosamente definita la «rifondazione del sistema del welfare»⁷⁵ – acquistano rinnovato interesse se contestualizzate alla luce del delicato tema dell’organizzazione sanitaria. Anche rispetto alla visione sottesa al modello delle Case della Comunità, pertanto, il coordinamento tra il nuovo modello di assistenza territoriale e il Codice del 2017 rivela appieno le potenzialità scaturenti dal coinvolgimento degli ETS. Nelle semantiche del modello di assistenza territoriale per come delineato, gli ETS, in quanto rappresentativi della “società solidale”, costituiscono in effetti un’efficace rete capillare di vicinanza sul territorio⁷⁶. Sotto questo aspetto, gli ETS rivestono un ruolo di potenziale centralità

una disciplina organica del Terzo settore: dalla legge delega n. 106 del 2016 ai decreti legislativi di attuazione, in id., n. 3/2017; L. GORI, Il sistema delle fonti nel diritto del terzo settore, in id., n. 1/2018.

⁷² Sul tema, *ex multis*, v. S. PELLIZZARI, A. MAGLIARI (a cura di), *Pubblica amministrazione e Terzo settore*, Editoriale scientifica, Napoli, 2019; A. FICI, L. GALLO, F. GIGLIONI (a cura di), *I rapporti tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore*, Napoli, Editoriale scientifica, 2020; F. SANCHINI, *Profili costituzionali del Terzo settore*, Giuffrè, Milano, 2021.

⁷³ Corte Cost., sent. n. 131 del 2020, § 2.1 del *Cons. dir.*

⁷⁴ A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione*, Bologna, Il Mulino, 2024, pp. 149-152.

⁷⁵ COSÌ, G. SESSA, V. COLMEGNA, *La Casa della Comunità non è un ambulatorio ma un nuovo modo di promuovere la salute*, in *sossanita.org*, 7 maggio 2021.

⁷⁶ Da una prospettiva ‘grandangolare’ è stato evidenziato come, nel quadro post-pandemico, «i territori possono rappresentare un punto di equilibrio importante, sviluppando e rigenerando risorse materiali e immateriali, costruendo legami sociali in grado di favorire coesione e correggere squilibri. Si pensi alle forme inedite di cooperazione tra diversi attori e istituzioni locali sperimentate per rispondere all'emergenza, che, oltre a creare soluzioni, hanno attivato o riattivato legami interpersonali e interorganizzativi», così G. BALDUZZI, *Territori non finiti. Spazio, luogo e società dalla globalizzazione alla pandemia*, in *Narrare i gruppi*, 2021, 16, 1, p. 96.

nell'attivazione delle Case della Comunità in ragione delle funzioni complementari al SSN che svolgono: si pensi alle attività di ascolto e supporto alle fasce deboli, alla donazione di sangue, al soccorso e trasporto sanitario. In secondo luogo, la rilevanza di tali attori del privato sociale si rivelerebbe segnatamente anche rispetto alle attività di sostegno (per gli enti locali) finalizzate al riconoscimento delle strutture di prossimità quali luoghi di riferimento per le comunità. Luoghi fisici che, peraltro, devono necessariamente trovare spazio all'interno di «ambienti abilitanti» in grado di garantire la trasformazione di un atteggiamento individuale solidale in una *strutturata attitudine solidale*⁷⁷.

Eppure, la disciplina nazionale del Terzo settore rappresenta uno dei cd. «ordini disciplinari» entro cui inquadrare il modello di amministrazione condivisa⁷⁸. È noto, invero, come attualmente il modello rinvenga ulteriori livelli di attuazione: si pensi non solo alle relative esperienze legislative di alcune regioni⁷⁹ ma anche alla legislazione regionale sull'amministrazione condivisa dei beni comuni⁸⁰ così come agli strumenti di collaborazione (regolamenti comunali e patti) che hanno ad oggetto specificamente l'amministrazione condivisa dei beni comuni⁸¹. Quest'ultimi «livelli», a ben vedere, oltre a interessare il principio di autonomia regolamentare degli enti locali (art. 117, comma 6, Cost. e art. 3 TUEL) e, di

⁷⁷ Parafrasando le parole di S. ΡΟΔΟΤΑ, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Roma-Bari, Laterza, 2014, pp. 148 ss. È da salutare con favore, dunque, il recente intervento normativo previsto dalla legge 30 dicembre 2024, n. 207. Con la Legge di Bilancio 2025, il Legislatore ha posto particolare attenzione al ruolo degli ETS nel settore sanitario, destinando risorse pubbliche per l'istituzione del Registro Unico delle Associazioni della Salute ("RUAS"). In particolare, l'articolo 1, commi 293-297 della legge dimostra la volontà di implementare la partecipazione delle associazioni di pazienti e delle loro federazioni ai processi decisionali pubblici in materia di salute. Il registro unico, che raccoglierà gli ETS attivi nel settore sanitario suddividendoli per aree tematiche, sarà gestito dal Ministero della salute e le associazioni che ne faranno parte potranno partecipare – *uti socii* – sia ai principali processi decisionali in materia di salute individuati dal Ministero che alle fasi di consultazione della Commissione scientifica ed economica dell'AIFA nelle aree dalla stessa indicate.

⁷⁸ Sul punto, F. GIGLIONI, *Forme e strumenti dell'amministrazione condivisa*, in G. ARENA, M. BOMBARDI (a cura di), *L'amministrazione condivisa*, cit., pp. 74 ss., opera una quadripartizione degli «ordini disciplinari generali» che rappresentano il modello di amministrazione condivisa nel nostro ordinamento giuridico.

⁷⁹ Per un puntuale approfondimento dello «tassonomie della legislazione regionale», si rimanda al recente contributo di L. GORI, *Fra sussidiarietà orizzontale e sussidiarietà verticale. Il terzo settore alla prova del regionalismo*, in *Diritto ed Economia del Terzo settore*, n. 2/2025, pp. 175 ss, in part. pp. 190-195, il quale, alla luce di una proposta di puntuali criteri di lettura del diritto positivo in materia Terzo settore, evidenzia come «il flusso normativo regionale (...) si presenti con contorni significativamente plurali che rimandano a diverse prospettive politico-istituzionali che le Regioni hanno inteso perseguire». Ad ogni modo, le regioni ordinarie che sono sinora intervenute in espressa attuazione della disciplina del 2017 sono le seguenti: Regione Toscana (legge regionale 22 luglio 2020, n. 65), Regione Molise (legge regionale 7 ottobre 2022, n. 21), Regione Umbria (legge regionale 6 marzo 2023, n. 2), Regione Emilia-Romagna (legge regionale 13 aprile 2023, n. 3), Regione Piemonte (Legge regionale 14 marzo 2024, n. 7), Regione Puglia (legge regionale 11 luglio 2025, n. 11), Regione Marche (legge regionale 7 agosto 2025, n. 23). Inoltre, in merito al rapporto fra le differenziate esperienze legislative regionali e l'applicazione del modello di amministrazione condivisa si veda il contributo di S. FREGA, *La "sfida" dell'amministrazione condivisa: una nuova forma di democrazia partecipativa?*, in *Diritti regionali*, n. 2/2025.

⁸⁰ Si pensi alla legge regionale 10/2019 ed al relativo regolamento regionale n. 7/2020 della Regione Lazio nonché alla legge regionale 24 luglio 2020, n. 71 della Regione Toscana.

⁸¹ Ad oggi, in Italia, gli enti che hanno approvato regolamenti comunali e Leggi sull'amministrazione condivisa dei beni comuni sarebbero all'incirca 320 (fonte: <https://www.labsus.org/i-regolamenti-per-lamministrazione-condivisa-dei-beni-comuni/>). Tuttavia, è dato precisare che tali dati fanno riferimento indistintamente alle diversificate tipologie precedentemente differenziate.

conseguenza, il sistema delle fonti, intercettano altresì i concetti di “persona”, “comunità” e “corpi intermedi”, ovvero le articolazioni del paradigma espresso dall’art. 2 Cost.⁸². Sotto simile angolatura, gli strumenti di declinazione del modello organizzativo possono essere differenziati sulla base di un profilo di natura soggettiva.

Da un lato, dunque, le attività previste dall’art. 55 del D. lgs. n. 117/2017 ineriscono a rapporti intercorrenti – esclusivamente – fra Terzo settore e P.A. nell’esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale⁸³. Quanto all’ambito oggettivo, la stessa disciplina codicistica individua le aree di intervento delle attività di interesse generale⁸⁴.

Dall’altro, accanto alle attività “codificate”, possono essere rintracciati ulteriori “canali” di amministrazione condivisa consistenti in forme regolamentari di collaborazione tra cittadini, anche singolarmente intesi, e pubbliche amministrazioni, peraltro precedenti alla codificazione del 2017. A partire dal 2014, invero, numerosi Comuni italiani hanno sottoscritto, assieme ai cittadini “attivi” di riferimento, i cd. “Regolamenti per l’amministrazione condivisa dei beni comuni”⁸⁵: tali atti normativi a carattere secondario hanno ad oggetto la disciplina del modello organizzativo e sono specificatamente finalizzati alla “cura”, alla “rigenerazione” e alla “gestione condivisa” dei beni comuni⁸⁶. Al fine di definire l’ambito di

⁸² Sul c.d. principio personalista, «pietra d’angolo» dell’intero sistema costituzionale secondo La Pira, la letteratura è sconfinata. Per le ricadute sulle riflessioni contenute nel presente lavoro, ci si limita a richiamare: C. MORTATI, *La persona, lo Stato e le comunità intermedie*, Torino, E.R.I., 1959; G. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, Giuffrè, 1967; C. MORTATI, *Note introduttive ad uno studio sulle garanzie dei diritti dei singoli nelle formazioni sociali*, in *Scritti in onore di Salvatore Pugliatti*, III, Milano, 1978, pp. 1565 ss.; N. C. OCCHIOCUPO, *Liberazione e promozione umana nella Costituzione*, Milano, Giuffrè, 1988; V. TONDI DELLA MURA, *Principio di sussidiarietà e formazioni sociali: spunti problematici alla luce dei lavori preparatori della Costituzione*, in L. LIPPOLIS (a cura di), *Costituzione e realtà attuale, 1948-1988*, Milano, Giuffrè, 1990, pp. 277-298.; A. LOIODICE, *Costituzionalismo latino, attuazione ed interpretazione costituzionale*, in A. LOIODICE, I. LOIODICE, F. VARI, *La nuova generazione dei problemi costituzionali*, Roma, Bardi, 2006, pp. 39 ss.; A. RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in L. VENTURA, A. MORELLI (a cura di), *Principi costituzionali*, Milano, Giuffrè, 2015, pp. 168 ss.; ID., *Costituzione e formazioni sociali: modello ed esperienze a confronto (note minime, introduttive ad un dibattito)*, in *Giurcost.org*, 2/2019, pp. 271 ss.

⁸³ Sul punto, si v. L. ANTONINI, *Il Terzo settore nella recente giurisprudenza costituzionale: l’amministrazione condivisa e il volontariato come modalità di formazione del capitale sociale delle istituzioni democratiche*, in F. BASSANINI, T. TREU, G. VITTADINI (a cura di), *Comunità intermedie, occasione per la politica*, Bologna, Il Mulino, 2024.

⁸⁴ Per quanto qui di interesse, nell’elenco delle attività di interesse generale previste dall’art. 5, comma 1, rientrano gli «interventi e servizi sociali» (lett. a)), gli «interventi e prestazioni sanitarie» (lett. b)), e le «prestazioni socio-sanitarie» (lett. c)).

⁸⁵ Si veda l’esperienza “pilota” del Comune di Bologna, il quale con delibera del Consiglio comunale, 19 maggio 2014, n. 172, ha approvato il primo regolamento italiano avente ad oggetto il modello di amministrazione condivisa “Regolamento sulla collaborazione fra cittadini e amministrazione per la cura e la rigenerazione dei beni comuni urbani”. Sul punto, F. GIGLIONI, *I regolamenti comunali per la gestione dei beni comuni urbani come laboratorio per un nuovo diritto delle città*, in *Munus*, n. 2/2016, E. CHITI, *La rigenerazione di spazi e beni pubblici: una nuova funzione amministrativa?*, in F. DI LASCIO, F. GIGLIONI (a cura di), *La rigenerazione di beni e spazi urbani. Contributo al diritto delle città*, Bologna, Il Mulino, 2017. Per un approfondimento sui numerosissimi patti di collaborazione sottoscritti dal Comune di Bologna, si rimanda al recente studio di C. IAIONE, E. DE NICOLIS, *The City as a Commons Reloaded: From the Urban Commons to Co-Cities Empirical Evidence on the Bologna Regulation*, in S. FOSTER, C. SWINEY (a cura di), *The Cambridge Handbook of Commons Research Innovations*, Cambridge, 2021

⁸⁶ Fors’anche in ragione del carattere marcatamente “eterogeneo” (tra gli altri, M. R. MARELLA, *Per un diritto dei beni comuni*, in ID. (a cura di), *Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni*, Verona, 2012, pp. 17 e 18, riconosce la

siffatte attività e interventi, le parti (su iniziativa dell'ente comunale o su autonoma iniziativa cittadina) possono stipulare degli accordi, noti come “patti di collaborazione”⁸⁷, tramite cui regolare i principali aspetti del rapporto collaborativo: individuazione dell'interesse generale da perseguire, obiettivi, modalità di azione, tempistiche, ruolo dei soggetti coinvolti, modalità di monitoraggio e valutazione del processo di attuazione nonché le forme di pubblicità. Nondimeno, è stato osservato che, pur trovando origine nei regolamenti comunali, i patti possono, in realtà, essere adottati anche prescindendo da essi: esistono, invero, patti di collaborazione che sono adottati «al di fuori di un quadro regolamentare predefinito»⁸⁸. Sotto il profilo oggettivo, inoltre, i patti si distinguono in due principali tipologie: quelli aventi un oggetto specifico e puntale e quelli, invece, più generali e complessi tramite cui perseguire una finalità condivisa. È a questa seconda tipologia che apparterrebbero i patti promossi all'interno del progetto toscano.

In sostanza, oltre alle modalità di coinvolgimento del Terzo settore previste dall'art. 55 del D. lgs. n. 117/2017, simili ulteriori strumenti di amministrazione condivisa favoriscono una rete territoriale di relazioni multipolari la cui formalizzazione, peraltro, traduce in termini giuridici il paradigma co-produttivo. In breve, i principali strumenti di declinazione dell'amministrazione condivisa possono concretarsi, in senso non escludente/non in termini di reciproca esclusione, in attività regolate dalla normativa di settore (nazionale di principio e/o regionale di dettaglio) rivolta ai cittadini associati (art. 55 CTS); in attività regolate dalla cd. legislazione sull'amministrazione condivisa dei beni comuni⁸⁹; così come in attività individuate in atti di natura negoziale ad effetto vincolante (patti) nel quadro – o, come rilevato, anche in assenza – di atti normativi secondari (i regolamenti comunali sui

«estrema eterogeneità delle situazioni in cui il sintagma è attualmente usato») di tale categoria, notoriamente, non esiste una definizione giuridica riconosciuta, se non, tutt'al più, un “consenso di massima” che li pone al di là del carattere “pubblico” o “privato” di bene. Si ponga il caso, ad esempio, del “Regolamento per l'amministrazione condivisa dei beni comuni materiali e immateriali di Roma capitale” (Approvato con Deliberazione di Assemblea Capitolina n. 102 del 23 maggio 2023), al cui art. 2 (“Definizioni”) si rinvia una elencazione dei beni comuni, materiali ed immateriali, a mero titolo «esemplificativo e non esaustivo». Ad ogni modo, all'interno del dibattito dottrinale sul punto, fra tutti, si v. le posizioni di U. MATTEI, *Beni comuni. Un manifesto*, Bari-Roma, Laterza, 2012, e il successivo, *I beni comuni come istituzione giuridica*, in *Questione Giustizia*, 2/2017, pp. 59-65; V. CERULLI IRELLI, L. DE LUCIA, *Beni comuni e diritti collettivi*, in *Pol. dir.*, 2014, 6 ss. *Contra*, E. VITALE, *Contro i beni comuni. Una critica illuminista*, Bari-Roma, Laterza, 2013, M. BARBERIS, *Tre narrazioni sui beni comuni*, in *Ragion pratica*, n. 41/2013.

⁸⁷ La dottrina sul punto è amplissima, pertanto, senza pretese di esaustività, si rimanda a: G. ARENA, *I custodi della bellezza. Prendersi cura dei beni comuni. Un Patto per l'Italia fra cittadini e istituzioni*, Milano, 2020; M. BOMBARDELLI, *La cura dei beni comuni: esperienze e prospettive*, in *Gior. dir. amm.*, 2018, pp. 559 ss.; F. DI LASCIO, F. GIGLIONI (a cura di), *La rigenerazione di beni e spazi urbani*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 15 ss. A. VALASTRO, *La democrazia partecipativa alla prova dei territori*, cit., pp. 30-31; F. PIZZOLATO, *Fraternità delle città: note introduttive*, in *amministrazioneincammino*, n. 4, 2016; C. IAIONE, *La collaborazione civica per l'amministrazione, la governance e l'economia dei beni comuni*, in G. ARENA, C. IAIONE (a cura di), *L'età della condivisione. la collaborazione fra cittadini e amministrazione per i beni comuni*, Roma, Carocci, 2015, pp. 51-55.

⁸⁸ Così F. GIGLIONI, *Forme e strumenti*, cit., p. 88.

⁸⁹ Legislazione «che ha profili di intersezione inevitabili, ma non è ascrivibile, in senso stretto, all'attuazione del Codice del terzo settore» e che è finalizzata ad «istituire un quadro giuridico a sé stante per la valorizzazione e la gestione di determinati beni», L. GORI, *Fra sussidiarietà orizzontale e sussidiarietà verticale*, cit., p. 195.

beni comuni) che interessano, sia congiuntamente che disgiuntamente, il coinvolgimento dei singoli e degli associati ed hanno ad oggetto la cura e la gestione di determinati beni.

In definitiva, una volta rilevato che il principio costituzionale rinviene nel modello di amministrazione condivisa una delle principali concretizzazioni, allora si rende opportuno approfondire ogni (ulteriore) occasione di attuazione del paradigma orizzontale sussidiario nella sua duplice dimensione. Simili osservazioni permettono di giungere, in ultima analisi, a qualche considerazione di carattere sistemico.

5. «Singoli e associati». Alcune riflessioni conclusive

Il cambio di paradigma tracciato dalla costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà orizzontale rivela, a tutt'oggi, la necessità di rinnovare la riflessione circa la rilevanza del ruolo delle persone e delle comunità nell'assetto istituzionale. La valenza generativa di un principio, del resto, emerge ogniqualvolta quest'ultimo venga considerato quale *fonte* delle manifestazioni in cui si concreta. Manifestazioni che, per di più, vivificano le sinergie fra principi stessi in ragione dell'armonia sottesa al disegno costituzionale. In tal senso, la valorizzazione dei modelli relazionali a carattere collaborativo riporta nel pieno del dibattito giuridico la centralità della persona e delle comunità in cui essa si riconosce ed opera, anche rispetto al tema della salute e dell'integrazione sociosanitaria "comunitaria".

Per quanto si è tentato di osservare, l'analisi della sperimentazione delle Case della Comunità contribuisce a vivificare la riflessione intorno ai moduli costituzionali di valorizzazione del patrimonio esperienziale della società civile che, in alcuni casi, potrebbe dimostrarsi un proficuo punto di partenza per arginare le criticità "strutturali" del sistema sanitario nazionale⁹⁰. Da una prospettiva d'indagine costituzionale, come notato, il rilievo pare es-

⁹⁰ Le risorse previste dal PNRR riguardano, nello specifico, l'aspetto meramente infrastrutturale, la costruzione, per l'appunto, delle Case della Comunità (quasi a voler porsi quali panacea di tutti mali ma, in verità) incidendo solamente sulla insufficienza di adeguati fondi del sistema di welfare sanitario territoriale. Restano sullo sfondo ulteriori profili di criticità. Si pensi, in primo luogo, alla problematica dell'aumento dei costi stimati a causa dell'elevata inflazione, difficoltà questa, peraltro, concretatasi (anche) nel ridimensionamento *in itinere* del numero di strutture da realizzare. In data 8 dicembre 2023, il Consiglio dell'Unione europea ha approvato la revisione del PNRR secondo la proposta della Commissione europea COM(2023) 765 final. La revisione è stata formulata dallo Stato italiano, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento (UE) 2021/241, dal momento che ben 30 misure (fra cui la C1-I1.1 della Missione 'Salute') non risultavano pienamente realizzabili proprio in virtù dell'aumento dei costi stimati a causa dell'elevata inflazione. In concreto, il numero di Case della Comunità da realizzare con i fondi PNRR è passato da 1450 a 1038. Allo stato attuale, in base ai dati emergenti dalla piattaforma di monitoraggio dell'avanzamento del PNRR, sarebbero rispettivamente 351 le strutture da edificare, mentre 1019 quelle da ristrutturare (fonte: <https://openpnrr.it/misure/225/#progetti>). O ancora, si pensi all'aumento dei costi stimati a causa dell'elevata inflazione, problematica da affrontare – come prudentemente sottolineava, in tempi non sospetti, autorevole dottrina in riferimento alla *transizione verso il post-pandemia* – tenendo a mente che, «se per personale intendiamo quello ospedaliero, occorre essere consapevoli dell'ineliminabile contraddizione tra un aumento indifferenziato del medesimo e la ribadita convinzione circa la necessità di un ridimensionamento dell'approccio incentrato sulla medicina ospedaliera per acuti e di un potenziamento della cosiddetta sanità territoriale», così, R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare)*, cit., p. 343. Per un approfondimento in merito alle criticità di rilievo prettamente lavoristico, si segnala inoltre il recente contributo di S. BUOSO, *La Casa della Comunità: un modello (per ora*

sere confortato da quelle recenti prospettazioni che individuano e valorizzano le diverse dimensioni in cui si esplica il paradigma partecipativo sotteso all'art. 118, comma 4, Cost. A voler sviluppare siffatta considerazione nel presente contesto di approfondimento, si potrebbe sostenere che il principio costituzionale, in relazione al co-svolgimento di attività di interesse generale, contribuirebbe alla tutela del *diritto-interesse* “salute” anche e segnatamente attraverso le forme di collaborazione in cui si sostanzia l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, che la Repubblica deve favorire. Ciò, del resto, a conferma della necessaria correlazione fra l'art. 32 Cost. – e l'art. 38 Cost.⁹¹ – e i doveri inderogabili di solidarietà nonché il valore della pari dignità sociale, sanciti dalla Costituzione repubblicana. Non vi è certo da dubitare in merito alla lungimiranza del disegno costituzionale a riprova della quale le “fondamenta” della Costituzione sanitaria hanno, specie negli ultimi anni, dimostrato appieno la loro intrinseca “antisismicità”: le “scosse” pandemiche si sono rivelate, a posteriori, recenti (ri)conferme dell'inscindibile legame tra la garanzia del diritto alla salute, l'organizzazione dei servizi sanitari che concorrono ad assicurarne la tutela ed i principi che valorizzano l'apporto della società civile.

In questi termini, non pare azzardato avanzare l'idea secondo cui il ricorso ai diversi canali di amministrazione condivisa rispetto al tema delle Case della Comunità possa rivelarne il potenziale ruolo di *catalizzatori* dei rapporti di solidarietà fra cittadini, formazioni sociali ed apparati istituzionali pubblici intercorrenti in un determinato territorio⁹². Se rapportato alla tutela del fondamentale «diritto dell'individuo» sancito nell'art. 32 Cost., in effetti, il concetto fisico di “territorio” (il *locus*) si arricchisce al punto da relazionarsi, in termini di stretta complementarità, rispetto ai valori giuridico-culturali e identitari appartenenti alle persone che compongono la comunità di riferimento. E, sincronicamente, il cittadino, *uti singulus* e *uti socius*, concorre allo svolgimento di attività di interesse generale funzionali alla tutela del fondamentale «interesse della collettività» in quel determinato territorio. Sicché, il ricorso al modello organizzativo di amministrazione condivisa – espressione, dunque, del principio di sussidiarietà orizzontale nella sua “duplice veste” – parrebbe incidere

incompiuto) di professionalità collaborativa, in *Lavoro e diritto, Rivista trimestrale*, 3/2024, pp. 459-482. Sotto connesso profilo, inoltre, si pensi al tema della formazione professionale. Sul punto, in termini di “transizione formativa” si è recentemente espressa G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione normativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in questa *Rivista*, n. 2/2022, pp. 16 ss. Più di recente, inoltre, il Ministero della Salute ha reso noto un sintetico report dei risultati del monitoraggio dei LEA nella sanità pubblica per l'anno 2023. Il rapporto, in breve, evidenzia un quadro di luci e ombre tra le diverse Regioni che, complessivamente, avanzano sul fronte delle cure ospedaliere ma indietreggiano sul piano della prevenzione e della gestione nei distretti.

⁹¹ L. VIOLINI, *Commento all'art. 38*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Utet Giuridica, 2006, p. 789.

⁹² Il principio di sussidiarietà orizzontale, infatti, «esplicita quello che l'art. 2 Cost. conteneva solo in modo implicito: di fronte a cittadini, singoli e associati, che agiscono autonomamente per lo svolgimento di attività di interesse generale, compito delle istituzioni repubblicane è quello di favorirli, come recita l'art. 118, comma 4, Cost.», E. FREDIANI (a cura di), *Lezioni sull'amministrazione condivisa*, cit. p. 5.

efficacemente sulla correlazione tra il piano del diritto-interesse e quello dell'organizzazione incaricata di assicurarne la tutela⁹³.

Si avverte, in qualche maniera, la sensazione di essere dinanzi all'inverarsi di quel processo di rinnovamento del tradizionale paradigma fra "sussidiato" e "sussidiante": il cittadino-paziente, sinora confinato nelle logiche dei bisogni e delle esigenze, viene ad emanciparsi dal ruolo di semplice destinatario divenendo portatore attivo di adeguate risorse e competenze. Nella misura in cui egli autonomamente decide di mettere al servizio della collettività tali elementi, il potere pubblico deve, quindi, essere in grado di promuovere adeguatamente il coinvolgimento diretto dell'utenza⁹⁴, ovvero di favorirne l'ottimizzazione in manifestazioni collaborative in vista della soddisfazione dell'interesse generale e della tutela della qualità delle prestazioni. Cosicché, l'autonoma iniziativa del singolo e degli associati viene ad esplicarsi virtuosamente in termini di complementarità non solo "all'esterno", ovvero rispetto all'intervento pubblico, ma anche "all'interno", rispetto al rapporto fra le due stesse forme di iniziativa che la Repubblica deve favorire. Il ruolo delle istituzioni pubbliche andrebbe, dunque, a connotarsi di un ulteriore profilo: non soltanto *favorire* ma, segnatamente, *coordinare* le autonome iniziative che progressivamente, oltre alla tradizionale sfera decisionale, incidono sullo svolgersi dell'azione amministrativa.

Ad ogni modo, affinché le relative potenzialità e modulazioni del modello risultino proficue, permane la necessità di circoscriverne la portata all'interno della (necessaria) prevalenza dell'iniziativa pubblica rispetto all'iniziativa privata. Del resto, il principio di sussidiarietà orizzontale, più che regolare i confini fra sfera privata e sfera pubblica, agisce da vero e proprio progetto costituzionale in grado di esaltare la sommatoria fra l'intervento dei soggetti pubblici ed il patrimonio esperienziale sotteso alle iniziative della società civile.

⁹³ Un dato positivo, questo, che si pone in controtendenza rispetto alle considerazioni (giustificatamente) meno rassicuranti espresse da recente dottrina in merito al potenziale «fallimento della Missione». In questi termini, D. A. PISANI, *Il percorso di attuazione della Missione Salute del PNRR: lo stato dell'arte*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, Giappichelli, 2025, cit., p. 299.

⁹⁴ In ottica della «triangolazione» dei diversi interessi in gioco tra ente regolatore titolare della funzione pubblica, gestori (pubblici e privati) e cittadino-utente. Sul punto, si rimanda a V. TONDI DELLA MURA, *Della sussidiarietà orizzontale (occasionalmente) ritrovata*, cit., pp. 10 ss.

