

Enti del Terzo Settore e tutela della salute nel contesto post-pandemico: analisi della normativa regionale in materia. Verso un'amministrazione condivisa in ambito sanitario (?)*

Antonino Ripepi**

SOMMARIO: 1. Gli Enti del Terzo Settore innanzi all'emergenza Covid-19 e nel contesto post-pandemico. L'emersione di un modello di amministrazione condivisa. – 2. Analisi della normativa regionale in materia. La L.R. Piemonte n. 7/2024. – 2.1. La L.R. Piemonte n. 6/2022 e la tutela della maternità. – 2.2. L'esperienza piemontese della "odontoiatria solidale". – 3. Il ruolo del Terzo Settore nel contrasto alle dipendenze patologiche: L.R. Lombardia n. 23/2020 e L.R. Abruzzo n. 37/2020. – 4. Il Terzo Settore e i "Percorsi terapeutico riabilitativi individuali" (PTRI): L.R. Puglia n. 9/2023. – 5. Il caso della Sardegna: analisi del Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato nelle strutture dell'Azienda Tutela Salute (oggi ARES Sardegna). – 6. Esperienze concrete. Il ruolo del "privato sociale" nel sistema SAI e nella tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati in Calabria. – 7. Conclusioni.

ABSTRACT:

Il presente contributo si propone di esaminare il ruolo degli Enti del Terzo Settore nell'ambito della tutela della salute, in un contesto socio-economico segnato dall'avvento del PNRR e che risente di eventi epocali quali la generalizzata restrizione della spesa pubblica e le conseguenze di lungo periodo della pandemia da Covid-19.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Procuratore dello Stato presso l'Avvocatura distrettuale dello Stato di Reggio Calabria.

In particolare, l'analisi si concentra sull'attuazione dei principi in materia di Terzo Settore che è stata fornita a livello regionale, con la finalità di indagare se e in che misura gli interventi normativi che vengono passati in rassegna possano dirsi realmente conformi al modello dell'amministrazione condivisa in ambito sanitario.

Muovendo dalla disamina della rilevante L.R. Piemonte n. 7/2024, si transita attraverso l'art. 19 L.R. Piemonte n. 6/2022, che disegna con chiarezza il ruolo del "privato sociale" nella prevenzione delle cause che possono condurre all'interruzione della gravidanza, nonché della L.R. n. 25/2022 in tema di odontoiatria solidale. Segue l'analisi della legislazione lombarda e abruzzese in materia di lotta alle dipendenze patologiche e, dopo un *excursus* sul quadro normativo della Puglia e della Sardegna, l'articolo si focalizza sull'esperienza concreta della Calabria, in cui numerose cooperative sociali apprestano un contributo insostituibile, quali Enti attuatori, nel contesto della tutela della salute psico-fisica dei minori stranieri non accompagnati.

This paper aims to examine the role of Third Sector Entities in the field of health protection, in a socio-economic context marked by the advent of the PNRR and which is affected by epochal events such as the generalized restriction of public spending and the long-term consequences of the Covid-19 pandemic. In particular, the analysis focuses on the implementation of the principles regarding the Third Sector that have been provided at a regional level, with the aim of investigating whether and to what extent the regulatory interventions that are reviewed can be said to be truly compliant with the model of shared administration in the healthcare sector. Starting from the examination of the relevant Piemonte Regional Law n. 7/2024, we move through art. 19 Piemonte Regional Law n. 6/2022, which clearly outlines the role of the "social private" in the prevention of the causes that can lead to the interruption of pregnancy, as well as Regional Law N. 25/2022 on solidarity dentistry. This is followed by an analysis of the legislation in Lombardy and Abruzzo regarding the fight against pathological addictions and, after an excursus on the regulatory framework of Puglia and Sardegna, the article focuses on the concrete experience of Calabria, where numerous social cooperatives provide an irreplaceable contribution, as implementing bodies, in the context of the protection of the psycho-physical health of unaccompanied foreign minors.

1. Gli Enti del Terzo Settore innanzi all'emergenza Covid-19 e nel contesto post-pandemico. L'emersione di un modello di amministrazione condivisa

Le grandi tematiche del progressivo arretramento del settore pubblico¹ e dell'affermazione del principio di sussidiarietà², a fronte della crisi finanziaria del 2008 e soprattutto dopo la pandemia da Covid-19, sono da tempo al centro del dibattito pubblico e hanno suscitato l'attenzione di numerosi esponenti della dottrina³.

¹ G. CERRINA FERONI, G. FRANCO FERRARI, *Crisi economico-finanziaria e intervento dello Stato. Modelli comparati e prospettive*, Torino, 2012.

² V. CERULLI IRELLI, R. CAMELI, *Il principio di sussidiarietà orizzontale nei lavori dell'Assemblea Costituente*, in <http://www.astrid-online.it/Sussidiari/Contributi/principio-sussidiariet--assemblea-costituente.pdf>.

³ M. PETRACHI, *Welfare sussidiario, salute e inclusione sociale. Il contributo del Terzo Settore*, in *Federalismi.it*, 2023, 1; M. DELSIGNORE, *I servizi sociali nella crisi economica*, in *Dir. Amm.*, 3, 2018; L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa co-*

Costituisce, ormai, un'acquisizione consolidata l'affermazione secondo cui lo Stato, tradizionalmente unico garante dei diritti sociali e dei livelli essenziali delle prestazioni, ha da tempo promosso il coinvolgimento attivo della società civile e del c.d. privato sociale nella tutela di interessi generali quali la tutela della salute, sulla scorta di un preciso indirizzo politico e, soprattutto, per esigenze di carattere finanziario. In un generale contesto di crisi del *welfare state* e, secondo alcuni, di più generale crisi del concetto stesso di Stato⁴, le politiche sociali devono misurarsi con nuovi vincoli, trovando nuove vie per raggiungere i propri obiettivi. In questo *humus* culturale occorre contestualizzare quello che autorevoli esponenti della dottrina hanno ritenuto un vero e proprio nuovo “modello di amministrazione, fondato sulla collaborazione tra amministrazione e cittadini”⁵, e che affonda le proprie origini in un saggio del 1997: *l'amministrazione condivisa*⁶.

Nell'ambito di tale modello, si abbandona l'opposizione (tipica del tradizionale approccio bipolare) tra interesse pubblico e privato e si supera l'impostazione “mercantilistica”, basata sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata⁷. L'obiettivo è quello di pervenire alla “convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico”⁸.

stituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte, in *Federalismi.it*, 2017, 22; A. MORRONE, *Pareggio di bilancio e stato costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2014, 1; F. GABRIELE, *Diritti sociali, unità nazionale e risorse (in)disponibili: sulla permanente violazione - inattuazione della parte prima (quella intoccabile!) della Costituzione*, in *Rivista AIC*, 3, 2013; G. RIVOSECCHI, *Il cd. Pareggio di bilancio tra Corte e legislatore, anche nei suoi riflessi sulle Regioni: quando la paura prevale sulla ragione*, in *Rivista AIC*, 2012, 3; D. DONATI – A. PACI, *Sussidiarietà e concorrenza: una nuova prospettiva per la gestione dei beni comuni*, Bologna, 2010.

⁴ S. CASSESE, *La crisi dello Stato*, Roma, 2001.

⁵ G. ARENA, *Introduzione all'amministrazione condivisa*, in *Studi parlamentari e pol. cost.*, 1997, 117-118, 29, disponibile in https://www.labsus.org/wp-content/uploads/2015/02/STAMP-Arena_Introduzione-allAmministrazione-condivisa.pdf. In tempi più recenti, v. anche ID., *Cittadini attivi*, Roma-Bari, 2006, pp. 26-58, nonché ID., *Amministrazione e società. Il nuovo cittadino*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, n. 1/2017, pp. 43 ss., disponibile in https://www.labsus.org/wp-content/uploads/2017/09/Gregorio_Arena_Aministrazione_e_societa_IL_nuovo_cittadino-1.pdf

⁶ Sull'argomento, a titolo esemplificativo, v. F. GIGLIONI, *Forme e strumenti dell'amministrazione condivisa*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa*, Trento, 2022, pp. 65 ss., disponibile in <https://ArenaBombardelliIRIS-2.pdf>; G. ARENA, *Sussidiarietà orizzontale ed enti del terzo settore*, in A. FICI, L. GALLO, F. GIGLIONI, *I rapporti tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del 2020*, Napoli, 2020, pp. 25 ss., disponibile in [https://Quaderno-Terzjus-volume-I+\(4\)%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://Quaderno-Terzjus-volume-I+(4)%20(1)%20(1).pdf); M. CLARICH, B. BOSCHETTI, *Ai confini del terzo settore (e del suo diritto)*, in A. FICI, L. GALLO, F. GIGLIONI, *I rapporti tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore* cit., pp. 97 ss.; L. GORI, *Gli effetti giuridici «a lungo raggio» della sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, in *Impresa Sociale*, n. 3/2020, pp. 89 ss., disponibile in <https://www.in-deep.it/wp-content/uploads/2020/12/ImpresaSociale-2020-03-gori.pdf>.

⁷ Così, incisivamente, G. ARENA nel seminario “Amministrazione condivisa: inquadramento generale”, 15 febbraio 2022, disponibile in <https://www.youtube.com/watch?v=ESre5du0AVA&t=4399s>. Nello stesso senso L. GALLO, nel seminario “Le forme e gli strumenti di PPP nella Riforma del Terzo settore - La Co-programmazione”, 1 marzo 2022, disponibile in <https://www.youtube.com/watch?v=pXcarKCb8-U&t=4587s>.

⁸ Il virgolettato, come noto, è tratto dalla sentenza Corte cost. n. 131/2020, che ha segnato un cambio di paradigma, dal punto di vista culturale prima ancora che giuridico.

Con l'amministrazione condivisa, dunque, il ventaglio dei modelli si arricchisce⁹. Accanto all'amministrazione autoritativa, caratterizzata dalla posizione di supremazia della stessa, e a quella di prestazione, in cui l'amministrazione è al servizio del cittadino, beneficiario delle utilità erogate dalla prima¹⁰, si delinea un nuovo assetto, in cui i cittadini abbandonano il "ruolo passivo di amministrati per diventare co-amministratori, soggetti attivi che, integrando le risorse di cui sono portatori con quelle di cui è dotata l'amministrazione, si assumono una parte di responsabilità nel risolvere problemi di interesse generale"¹¹.

Il novero delle fonti normative da cui risulta desumibile il modello testé richiamato è variegato e complesso. Autorevole dottrina ha osservato come di "amministrazione condivisa" potesse fondatamente discorrersi ben prima della riforma del Titolo V della Parte II della Costituzione¹², in quanto sicuri referenti sono rinvenibili nel principio di solidarietà di cui all'art. 2 Cost., nonché nelle disposizioni dedicate ai beni alla cui tutela tale modello di azione e organizzazione amministrativa è proteso (si pensi agli artt. 9, 32 e 41 Cost., con particolare riferimento al paesaggio, ai beni culturali, alla salute e all'ambiente)¹³.

Tuttavia, dopo la riforma costituzionale del 2001, il modello in analisi ha trovato sicuro referente normativo nel quarto comma dell'art. 118 Cost.¹⁴, come affermato anche dalla Corte costituzionale, la quale ha ricordato come "è in espressa attuazione, in particolare, del principio di cui all'ultimo comma dell'art. 118 Cost., che l'art. 55 CTS realizza per la prima volta in termini generali una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria"¹⁵.

Tale citazione offre l'occasione di un cenno alla normativa di rango primario, la quale, in disparte disposizioni di settore anteriori al "Codice del Terzo Settore"¹⁶, consta del fonamen-

⁹ M. BOMBARDELLI, *L'organizzazione dell'amministrazione condivisa*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa* cit., pp. 113 ss.

¹⁰ F. GIGLIONI, *Forme e strumenti dell'amministrazione condivisa* cit., spec. pp. 69 ss.

¹¹ G. ARENA, *Introduzione* cit., p. 29.

¹² V. CERULLI IRELLI, *L'amministrazione condivisa nel sistema del diritto amministrativo*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa* cit., p. 22.

¹³ D. DE PRETIS, *Principi costituzionali e amministrazione condivisa*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa* cit., p. 33.

¹⁴ D. DE PRETIS, *op. cit.*, p. 35, la quale discorre di "approdo sicuro"; V. CERULLI IRELLI, *op. cit.*, p. 25; A. Pioggia, *La cura nella Costituzione. Prospettive per una amministrazione della cura*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa* cit., p. 56. V. anche F. GIGLIONI, *L'amministrazione condivisa è parte integrante della Costituzione italiana*, in *Labsus*, <https://www.labsus.org/2020/07/l-amministrazione-condivisa-e-parte-integrante-della-costituzione-italiana-ets/>, 2020.

¹⁵ Corte cost. n. 131/2020, cit.

¹⁶ Si tratta degli artt. 112, c. 9, D. Lgs. n. 42/2004 e 48 D. Lgs. n. 159/2011, richiamati da F. GIGLIONI, *Forme e strumenti dell'amministrazione condivisa*, cit., p. 76-77. La prima disposizione si riferisce alla possibilità da parte delle pubbliche amministrazioni di stipulare accordi per la valorizzazione di beni di interesse culturale da parte di associazioni che promuovono la cultura e associazioni di volontariato; la seconda, invece, si riferisce alla possibilità da parte di comuni, ora estesa anche direttamente all'Agenzia nazionale dei beni sequestrati e confiscati, di concedere l'uso gratuito dei beni confiscati a un'ampia categoria di soggetti di carattere civico, al fine di promuovere la riappropriazione comunitaria di beni che erano stati sottratti attraverso attività illecite.

tale art. 55 D. Lgs. n. 117/2017. Esso apre il Titolo VII del Codice, disciplinando i rapporti tra Enti del Terzo Settore e Pubbliche Amministrazioni e ponendo in capo ai soggetti pubblici il compito di assicurare, “nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti”, il *coinvolgimento attivo* degli ETS nella programmazione, nella progettazione e nell’organizzazione degli interventi e dei servizi, nei settori di attività di interesse generale definiti dall’art. 5 del medesimo Codice.

È proprio la locuzione “coinvolgimento attivo” che segna il vero valore aggiunto dell’amministrazione condivisa, ben individuato dalla Corte costituzionale allorché afferma che “si è quindi voluto superare l’idea per cui solo l’azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale e si è riconosciuto che tali attività ben possono, invece, essere perseguite anche da una «autonoma iniziativa dei cittadini»”. Come esplicitato dal padre dell’espressione “amministrazione condivisa”, l’aggiunta dell’aggettivo “attivo” a “coinvolgimento” potrebbe sembrare ridondante, ma ha invece un significato profondo, perché normalmente la partecipazione che si realizza attraverso il *coinvolgimento* di qualcuno nelle attività del soggetto agente non è una partecipazione attiva, in quanto “si viene coinvolti da qualcuno, non ci si coinvolge in qualcosa”¹⁷. L’art. 55 D. Lgs. n. 117/2017, invece, dispone che gli Enti del Terzo Settore siano coinvolti in maniera tale da poter partecipare attivamente e fattivamente alle attività di co-programmazione e co-progettazione, consentendo loro in tal modo di realizzare le loro finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.

La ricostruzione del quadro normativo non sarebbe completa se si prescindesse da un doveroso riferimento all’art. 6 del “nuovo” del Codice dei contratti pubblici (D. Lgs. n. 36/2023). La disposizione si apre con un chiaro riferimento ai principi di “solidarietà sociale e di sussidiarietà orizzontale”; successivamente, si precisa che la pubblica amministrazione “può apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, modelli organizzativi di amministrazione condivisa, privi di rapporti sinallagmatici, fondati sulla condivisione della funzione amministrativa con gli enti del Terzo settore”. Si tratta di una disposizione evidentemente (e favorevolmente) influenzata dalla più volte citata sentenza n. 131/2020 della Corte costituzionale, che, segnando un cambio di paradigma culturale, ancor prima che giuridico, ha evidenziato che gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione (art. 55 e 56 D. Lgs. n. 117/2017) non si pongono in competizione con il mercato, ma disegnano un modello *nuovo* di relazione tra il pubblico e il privato

¹⁷ G. ARENA, *Sussidiarietà orizzontale ed enti del terzo settore*, cit., p. 28.

sociale¹⁸, volto alla collaborazione nel perseguimento di uno scopo comune e di interesse generale¹⁹.

Una volta delineato, seppur in via di estrema sintesi, la cornice teorica e normativa del concetto di amministrazione condivisa, occorre verificare come essa si concretizzi *in ambito sanitario*.

La pandemia da Covid-19, nonché il rinnovato assetto socio-economico che ne è derivato, hanno infatti evidenziato il fondamentale ruolo del Terzo Settore nel contesto sanitario. Il privato sociale, infatti, costituisce una risorsa importantissima nell'ambito del sistema assistenziale, con particolare riferimento al complesso e delicato mondo ospedaliero, grazie alla presenza di numerose associazioni che operano a tutti i livelli e in diversi settori, incluse le attività di informazione e promozione della salute²⁰.

Il Terzo Settore, dunque, in ambito sanitario non aspira a sostituirsi alle strutture pubbliche, né potrebbe farlo, ma tende a integrarsi con queste ultime nell'assicurare supporto in ambito ospedaliero e nella fase di de-ospedalizzazione, di cruciale importanza²¹. Il tutto nel contesto dell'ampio concetto di amministrazione condivisa, che, come di recente ben evidenziato, “è più ampio di quello di coamministrazione e coprogettazione e si attua anche esso attraverso procedure aperte, trasparenti e tracciate”²².

Tra l'altro, è proprio l'ambito sanitario che consente di apprezzare in misura peculiare il *proprium* dell'amministrazione condivisa, ossia quel contributo di esperienze, competenze, idee che costituisce la ragione stessa del coinvolgimento della comunità²³, nell'ambito di un processo “reciprocamente apprenditivo e mediante la creazione di un correlato spazio di manovra”²⁴. Infatti, l'amministrazione condivisa ha l'ambizione di intercettare quelle

¹⁸ Consiglio di Stato, *Schema definitivo di Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante “Delega al Governo in materia di contratti pubblici”, III – Relazione agli articoli e agli allegati*, Roma, 2022, p. 18-20, disponibile in https://www.giustizia-amministrativa.it/documents/20142/17550825/3_CODICE+CONTRATTI+RELAZIONE.pdf/d3223534-d548-1fdc-4be4-e9632c641eb8?t=1670936691000; G. SCOPPETTA, *Solidarietà e concorrenza nel diritto interno e nel diritto europeo in relazione alla disciplina del terzo settore*, in A. FIGI, L. GALLO, F. GIGLIONI, *I rapporti tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore*, cit., pp. 167 ss.; L. COSTIGLIOLO, *Tutela della concorrenza e principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale: il caso degli affidamenti dei servizi di ambulanza alle organizzazioni di volontariato*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, p. 565.

¹⁹ L. GORI, *Come il Codice dei contratti pubblici riconosce il rapporto con il Terzo settore*, 16 maggio 2023, disponibile in <https://www.cantiereterzosettore.it/come-il-codice-dei-contratti-pubblici-riconosce-il-rapporto-con-il-terzo-settore/>.

²⁰ D'altronde, l'art. 5 D. Lgs. n. 117/2017 include espressamente gli “interventi e prestazioni sanitarie” e le “prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni” tra le attività di interesse generale esercitabili dagli Enti del Terzo Settore.

²¹ C. PALERMO, A. BRESCIA, C. RIVETTI, *Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio*, disponibile in <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6319060.pdf>

²² L. COSTIGLIOLO, *Tutela della concorrenza e principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale: il caso degli affidamenti dei servizi di ambulanza alle organizzazioni di volontariato*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, p. 565, nota 16.

²³ G. ARENA, *Sussidiarietà orizzontale ed enti del terzo settore*, cit., p. 28.

²⁴ F. CORTESE, *Amministrazione condivisa e biografia giuridica della nazione*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa*, cit., p. 19.

numeroso risorse di conoscenze, saperi, tempo e capacità che sono diffuse tra i cittadini, più o meno organizzati, “affinché queste intelligenze diano frutti positivi anche per gli interessi generali”²⁵.

Queste considerazioni devono essere contestualizzate nell’ambito dell’attuale contesto post-pandemico, segnato dall’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Tra le missioni individuate nel Piano, infatti, figura anche e soprattutto la *salute*, con particolare riguardo alle infrastrutture e all’aggiornamento tecnologico e digitale delle strutture sanitarie. Di recente, la dottrina ha evidenziato l’importanza delle previsioni, racchiuse nel P.N.R.R., di ospedali di prossimità, dedicati a pazienti con patologie lievi o recidive croniche, nonché di case di comunità per rafforzare l’assistenza domiciliare e di centrali operative territoriali per gestire i servizi domiciliari. Infine, il Piano incoraggia la diffusione della domotica e della telemedicina per garantire appieno l’assistenza domiciliare²⁶.

Tale percorso evolutivo non si è sviluppato solo sull’asse della sussidiarietà orizzontale, bensì anche nell’ottica della sussidiarietà verticale²⁷. Numerose Regioni, infatti, hanno promulgato leggi volte a garantire e a stimolare l’integrazione tra pubblico e privato in numerosi settori della tutela della salute, e il presente contributo si propone di esaminare alcuni tra i più rilevanti esempi, tratti dalla produzione normativa più recente.

2. Analisi della normativa regionale in materia. La L.R. Piemonte n. 7/2024

Occorre adesso verificare le modalità di attuazione, sul piano della legislazione regionale, dei principi precedentemente esposti, non senza premettere un brevissimo cenno ai principi che presidiano il riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia e che governano gli interventi normativi regionali che saranno oggetto di analisi.

Allo Stato, nell’esercizio della competenza legislativa esclusiva in tema di ordinamento civile (art. 117 Cost., secondo comma, lett. l), Cost.), spetta definire i presupposti soggettivi (es. la definizione di Ente del Terzo Settore) nonché gli elementi procedurali essenziali a tutela dell’omogeneità dei rapporti fra P.A. e soggetti privati sul territorio nazionale²⁸.

Alle Regioni, invece, compete declinare in concreto i procedimenti per valorizzare la “specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell’interesse generale”²⁹, così da poter differenziare la disciplina del procedimento amministrativo in

²⁵ F. GIGLIONI, *Forme e strumenti dell’amministrazione condivisa*, cit., p. 68.

²⁶ M. PETRACHI, *Welfare sussidiario, salute e inclusione sociale. Il contributo del Terzo Settore*, cit., p. 198.

²⁷ Per un approccio integrato, v. P. M. ZERMAN, *Lo stato sussidiario*, in *Rassegna dell’Avvocatura dello Stato*, 2006, p. 3.

²⁸ L. GORI, *Il “coinvolgimento attivo” degli enti del terzo settore: la prospettiva regionale*, in A. FICI, L. GALLO, F. GIGLIONI, *I rapporti tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore*, cit., p. 152.

²⁹ Corte cost., n. 131/2020 cit.

relazione ai singoli ambiti di attività o, comunque, alle specificità del Terzo settore regionale³⁰.

Tanto premesso, occorre avvertire che il metodo con cui l'analisi verrà condotta è teso a valutare se i vari interventi normativi regionale siano davvero conformi al modello teorico dell'amministrazione condivisa come sopra delineato.

Muoviamo, dunque, dall'esame della rilevante (e recentissima) L.R. Piemonte n. 7/2024. Tale fonte normativa è espressamente mossa dall'intento di sostenere e promuovere gli Enti del Terzo Settore nella cornice della sussidiarietà orizzontale, come reso evidente dall'espresso richiamo, nel corpo dell'art. 4, comma 3, all'art. 118, quarto comma, Cost. Particolarmente significativo è il Capo IV della legge, interamente dedicato ai "Rapporti fra enti del terzo settore e pubblica amministrazione", nei quali, facendo *pendant* con il Codice del Terzo Settore sul piano della legislazione nazionale, sono contemplati gli istituti della co-programmazione, co-progettazione, convenzionamento e utilizzo dei beni pubblici. L'art. 9, dopo aver premesso - al comma 2 - che la co-programmazione è finalizzata all'individuazione dei bisogni della comunità di riferimento da soddisfare, degli interventi necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili, al comma 3 stabilisce che, al termine di tale percorso, gli enti pubblici "possono assumere eventuali determinazioni conseguenti nelle materie di propria competenza", valorizzando dunque l'autonomia decisionale (e connessa responsabilità) di questi ultimi.

Seguono i processi di co-progettazione, i cui avvisi, ai sensi dell'art. 11, devono indicare se "il soggetto o i soggetti sono chiamati anche alla gestione del servizio". Infatti, conformemente a quanto previsto dall'art. 55, comma 3, D. Lgs. n. 117/2017, la co-progettazione è finalizzata alla definizione - e solo eventualmente alla realizzazione - di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti.

Rilevante anche il riferimento ai "principi" della legge sul procedimento amministrativo, che governano le attività di co-progettazione attraverso *steps* successivi, evidenziati dalle lett. b) - f) dell'art. 12, comma 1 della legge in esame.

Infine, la legge disciplina anche le convenzioni e patti di accreditamento, da sottoscrivere esclusivamente, in conformità a quanto previsto nell'art. 56 del Codice del Terzo settore, con le organizzazioni di volontariato e con le associazioni di promozione sociale.

L'art. 13, comma 2, con disposizione di grande rilievo sistematico, precisa che il maggior favore rispetto al mercato deve essere valutato "oltre che con riferimento alla convenienza economica, anche in relazione ai maggiori benefici conseguibili per la collettività in termini di maggior attitudine del sistema a realizzare i principi di sussidiarietà, universalità, solidarietà, accessibilità e adeguatezza".

³⁰ L. GORI, *Il "coinvolgimento attivo" degli enti del terzo settore*, cit., p. 153.

A giudizio di parte della dottrina, appare condivisibile la scelta di “ribadire che il confronto comparativo tra il ricorso al mercato e quello allo strumento convenzionale non si basi unicamente su valutazioni di carattere economico, come, invece, talvolta, accade”³¹.

Sembra, inoltre, che la *ratio* di fondo della disposizione sia la medesima che anima l’art. 6 del nuovo Codice dei contratti pubblici (e, ancor prima, Corte cost. n. 131/2020), e cioè la presa d’atto che le convenzioni, così come gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione, non si pongono *in competizione* con il mercato, ma disegnano un modello *nuovo* di relazione tra il pubblico e il privato sociale³², volto alla collaborazione nel perseguimento di uno scopo comune e di interesse generale³³.

In tal senso, la L.R. Piemonte n. 7/2024 potrebbe essere richiamata quale reale esempio di “amministrazione condivisa in ambito sanitario”, considerata la vocazione della stessa, tesa alla valorizzazione del procedimento quale luogo di incontro tra pubblico e privato sociale (a differenza di altre leggi della stessa Regione, come si avrà modo di approfondire *infra*). Non mancano, comunque, disposizioni più tradizionali, corrispondenti al modello per cui l’ente pubblico mette a disposizione beni pubblici e finanzia la realtà del Terzo Settore che, a propria volta, eroga un servizio di interesse generale (artt. 15-16).

In ogni caso, anche in questo diverso ambito, si segnala l’innovatività dell’approccio sotteso all’art. 17, ai sensi del quale la Regione “può assegnare premialità specifiche alle reti di partenariato che coinvolgono enti del terzo settore selezionati dagli enti pubblici in esito a un procedimento di co-progettazione o co-programmazione”.

2.1. La L.R. Piemonte n. 6/2022 e la tutela della maternità

L’articolo 19 L.R. Piemonte n. 6/2022 è rubricato: “Contributi a terzi finalizzati alla promozione e realizzazione di progetti mirati al superamento delle cause che potrebbero indurre la donna all’interruzione della gravidanza”. Tale ultimo inciso è mutuato dall’art. 2, comma 1, lettera d), della legge 22 maggio 1978, n. 194, dedicato alla disciplina dei consultori

³¹ A. SANTUARI, *Regione Piemonte: LR 7/2024, Norme di sostegno e promozione degli enti del terzo settore piemontese*, in *welforum.it*, 10 maggio 2024, disponibile in <https://www.welforum.it/segnalazioni/regione-piemonte-lr-7-2024-norme-di-sostegno-e-promozione-degli-enti-del-terzo-settore-piemontese/>.

³² CONSIGLIO DI STATO, *Schema definitivo di Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante “Delega al Governo in materia di contratti pubblici”, III – Relazione agli articoli e agli allegati*, Roma, 2022, 18-20, disponibile in https://www.giustizia-amministrativa.it/documents/20142/17550825/3_CODICE+CONTRATTI+RELAZIONE.pdf/d3223534-d548-1fdc-4be4-e9632c641eb8?t=1670936691000; G. SCOPPETTA, *Solidarietà e concorrenza nel diritto interno e nel diritto europeo in relazione alla disciplina del terzo settore*, in A. FICI, L. GALLO, F. GIGLIONI, *I rapporti tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore* cit., pp. 167 ss.; L. COSTIGLIOLO, *Tutela della concorrenza e principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale: il caso degli affidamenti dei servizi di ambulanza alle organizzazioni di volontariato*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, p. 565.

³³ L. GORI, *Come il Codice dei contratti pubblici riconosce il rapporto con il Terzo settore*, 16 maggio 2023, disponibile in <https://www.cantiereterzosettore.it/come-il-codice-dei-contratti-pubblici-riconosce-il-rapporto-con-il-terzo-settore/>.

familiari, la cui funzione è proprio quella di assistere la donna in momenti di particolare delicatezza, allo scopo di prevenire decisioni irreversibili³⁴.

Il primo comma dell'art. 19 in esame delimita con precisione il perimetro dei destinatari dei contributi, riferendosi a “organizzazioni di volontariato e associazioni del privato sociale, operanti nel settore della tutela materno infantile, accreditate presso le aziende sanitarie regionali”. In ottica sistematica, inoltre, la legge precisa che la concessione dei contributi avviene “nell’ambito delle funzioni e competenze della Regione”, con implicito riferimento al disposto del terzo comma dell'art. 117 Cost.³⁵.

I commi successivi prevedono la necessità di una deliberazione della Giunta regionale³⁶, previo parere della commissione consiliare competente, al fine dell’individuazione dei criteri e delle modalità per l'erogazione dei contributi³⁷, e vincolano gli enti beneficiari alla predisposizione di un programma dettagliato delle attività progettuali, nonché alla rendicontazione delle spese sostenute.

Per effetto di tale legge regionale, dunque, le organizzazioni di volontariato e le associazioni del privato sociale si affiancano ai tradizionali consultori nel ruolo di sostegno alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, dal *counselling* prima della procedura ai controlli medici e al *counselling* contraccettivo successivo all'interruzione volontaria³⁸. Nell'ambito della tutela della maternità, dunque, si realizza quell'integrazione tra pubblico e privato, tra strutture istituzionali e risorse attinte dalla società civile di cui si è precedentemente fatto cenno³⁹.

³⁴ Sul punto, v. la proposta di legge recante “*Modifiche alla legge 29 luglio 1975, n. 405, in materia di organizzazione e funzioni dei consultori familiari*”, presentata il 30 gennaio 2023, ove si legge, per quanto di interesse in tal sede, che “l’assistenza ai nuclei familiari sempre più eterogenei e frammentati, nell’ambito di un sistema sociale ed economico estremamente difficile, è divenuta anch’essa un vero e proprio banco di prova per i consultori. Pertanto anche l’assistenza psico-sessuale, compresa quella relativa all’identità di genere, il supporto degli adolescenti nel loro percorso di crescita, l’assistenza psicologica nelle problematiche legate all’età (l’accettazione nel gruppo, l’alimentazione, il bullismo a scuola, il sesso e altro), la consulenza e il supporto in menopausa, la tutela delle donne immigrate e dei loro bambini e quella delle donne nell’ambito della violenza di genere sono divenuti ulteriori compiti, fra loro interconnessi, di un’istituzione sempre più moderna, a cui aggiungere ulteriori funzioni su base regionale” (p. 2, enfasi aggiunta: è chiaro il riferimento all’implementazione della sussidiarietà verticale). E ancora: “La sensibilità dei problemi in questione, infatti, fa sì che il rischio di non intercettare e non rispondere bene alle domande, anche indirizzando e seguendo le persone verso corretti percorsi sanitari e sociali, magari in collaborazione con altre strutture sanitarie o socio-sanitarie, possa divenire il pericolo concreto di perdere soggetti già in difficoltà” (*ibidem*, enfasi aggiunta: qui traspare un riferimento alla sussidiarietà orizzontale).

³⁵ Sull’inquadramento costituzionale del Terzo Settore, anche con riferimento al rapporto con la legislazione regionale, v. P. CONSORTI, L. GORI, E. ROSSI, *Diritto del Terzo settore*, Bologna, 2021, in particolare Cap. II.

³⁶ V. D.G.R. n. 27-7696 del 13.11.2023, “Approvazione criteri di riparto per il finanziamento delle attività finalizzate alla promozione del valore sociale della maternità e sostegno delle gestanti e/o neomamme da parte di Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti”.

³⁷ V., da ultimo, D.G.R. 18 Dicembre 2023, n. 30-7936, concernente i criteri per il finanziamento “Vita nascente”, annualità 2024.

³⁸ *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, anno 2023, p. 70.

³⁹ C. GOLINO, A. SANTUARI, *Gli Enti del terzo settore e la coamministrazione: ruolo della giurisprudenza e proposte de jure condendo*, in *Istituzioni del federalismo*, 2022, p. 3.

Lo stesso art. 19 L.R. n. 6/2022, infatti, avverte l'esigenza di un "coordinamento" tra consultori e privato sociale, il quale, verosimilmente, dovrebbe attuarsi attraverso gli strumenti di co-programmazione e co-progettazione previsti dagli artt. 55 ss. D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117⁴⁰. Nel silenzio della normativa regionale, dunque, dovrebbe trovare applicazione anche l'art. 56 del suddetto decreto, ai sensi del quale le associazioni vengono selezionate in base a requisiti di moralità professionale, struttura, attività concretamente svolta, finalità perseguite, capacità tecnica e professionale, con particolare riferimento all'esperienza maturata, all'organizzazione, alla formazione e all'aggiornamento dei volontari.

Tuttavia, nonostante il meritorio intento di destinare risorse pubbliche al finanziamento di progetti tesi a salvaguardare il bene della salute in un settore particolarmente delicato qual è quello della tutela della maternità, proprio per questa ragione la L.R. Piemonte n. 6/2022 non sembra inquadrabile nel modello dell'amministrazione condivisa come delineato in apertura. Essa, piuttosto, si avvicina ai tradizionali modelli in cui la pubblica amministrazione eroga contributi al Terzo settore, che viene concepito come "mero erogatore di servizi" piuttosto che protagonista, insieme alla P.A., della programmazione e della progettazione di interventi e servizi.

Sembra di essere, dunque, lontani da quella concezione di amministrazione condivisa tracciata da Corte cost. n. 131/2020, in cui domina il "coinvolgimento attivo" degli Enti operanti in ambito sanitario⁴¹; in tale modello, questi ultimi non si limitano a ricevere contributi dal settore pubblico, ma partecipano attivamente alla diagnosi dei problemi (consentita dalla conoscenza dei medesimi, derivante dal radicamento sul territorio⁴²) e all'individuazione delle soluzioni pratiche ai medesimi, come richiesto anche dall'art. 55 D. Lgs. n. 117/2017, nell'ottica di un fruttuoso scambio di esperienze e di un apprendimento reciproco⁴³ condiviso con le strutture della pubblica amministrazione.

2.2. L'esperienza piemontese della "odontoiatria solidale"

In data 6 gennaio 2023 è entrata in vigore la L.R. Piemonte n. 25/2022, recante "Disposizioni concernenti l'odontoiatria solidale".

La legge piemontese interviene in un ambito connotato da debole effettività della garanzia del diritto sociale alla salute dei cittadini, come attestano i dati sulla spesa per consumi odontoiatrici, la cui quota a carico del SSN risulta limitata all'1% del totale, come di recente affermato dal Consiglio Superiore di Sanità⁴⁴.

⁴⁰ A. BERRETTINI, *La co-progettazione alla luce del Codice del terzo settore*, in *Federalismi.it*, 2022, p. 27; S. PELLIZZARI, *Forme di collaborazione tra enti pubblici e Terzo settore: la Corte di giustizia valorizza la discrezionalità degli Stati membri per un miglior bilanciamento tra solidarietà, efficienza e concorrenza*, in *Istituzioni del federalismo*, 2022, 4; C. GOLINO, A. SANTUARI, *Gli Enti del terzo settore e la coamministrazione: ruolo della giurisprudenza e proposte de jure condendo*, cit.

⁴¹ G. ARENA, *Sussidiarietà orizzontale ed enti del terzo settore*, cit., p. 28.

⁴² F. GIGLIONI, *Forme e strumenti dell'amministrazione condivisa*, cit., p. 68.

⁴³ F. CORTESE, *Amministrazione condivisa e biografia giuridica della nazione*, cit., p. 19.

⁴⁴ CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ, Sezione I, *Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel SSN*, p. 34.

L'art. 1, comma 2 della citata legge favorisce la “realizzazione di progetti di odontoiatria solidale a favore delle fasce più deboli della popolazione” e contempla, quali destinatari istituzionali della previsione, due categorie di enti: le Aziende Sanitarie Regionali e gli Enti del Terzo Settore con sede, legale o effettiva, nel territorio piemontese. Essi sono chiamati ad attivare “reti di collaborazione, attraverso il coinvolgimento dei soggetti di cui al comma 3, per la coprogettazione di azioni finalizzate a fornire prestazioni di odontoiatria solidale presso le strutture sanitarie e ospedaliere regionali”.

In favore degli odontoiatri e igienisti dentali disponibili a partecipare, a titolo gratuito, ai progetti di odontoiatria solidale, viene prevista l'attivazione, da parte di ogni azienda sanitaria, di un elenco al quale essi si iscrivono volontariamente (art. 3).

L'art. 4 della legge in esame istituisce un tavolo tecnico di coordinamento al fine di assicurare l'omogeneità di erogazione delle prestazioni solidali, la cui normativa attuativa è stata dettata dalla D.G.R. 12 giugno 2023, n. 17-7020 e dalla D.D. 6 luglio 2023, n. 1453.

Infine, circa il profilo più rilevante in questa sede, la legge prevede che le tipologie e le modalità di erogazione delle prestazioni offerte sono definite all'interno di “convenzioni” stipulate tra Aziende ed Enti del Terzo Settore (art. 5, comma 1). In assenza di ulteriori indicazioni da parte della legge regionale, non troverà applicazione la disciplina in tema di convenzioni prevista dall'art. 56 D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117, in quanto l'estensione applicativa di quest'ultimo è ristretta alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale, bensì l'art. 55 D. Lgs. n. 117/2017, che ha ambito oggettivo e soggettivo più ampio dell'art. 56 cit. I costi, nell'ottica di contenimento della spesa precisata in premessa, restano a carico dei privati, fatta eccezione per il materiale strumentale necessario all'attività ambulatoriale (art. 5, comma 2).

Anche in questo caso, comunque, sembra di essere lontani dal modello dell'amministrazione condivisa e decisamente più prossimi alla tradizionale impostazione dell'ente pubblico erogatore a beneficio del Terzo settore, che, tuttavia, non è interessato da un coinvolgimento attivo. Si può richiamare, dunque, quanto argomentato a proposito dell'art. 19 L.R. Piemonte n. 6/2022.

In chiave critica, parte della dottrina ha evidenziato che il legislatore piemontese non è intervenuto sui servizi odontoiatrici delle aziende sanitarie regionali né sulle condizioni di accesso ai medesimi, ma si è limitato a tracciare la via per una possibile collaborazione tra pubblico e privato, senza destinare alcuna risorsa finanziaria a supporto di tali iniziative⁴⁵. Tuttavia, si osserva anche che tale legge regionale è plastica espressione del “ruolo, che nell'esperienza viene spesso attribuito al terzo settore, di collegamento tra l'assistenza

⁴⁵ V. l'approfondito studio di D. SERVETTI, *Il diritto alla salute in ambito odontoiatrico: universalismo iper-selettivo, ineffettività della tutela, potenzialità della cooperazione con il Terzo settore. Considerazioni a partire da una legge regionale piemontese*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, disponibile in <https://www.piemonteautonomie.it/il-diritto-alla-salute-in-ambito-odontoiatrico-universalismo-iper-selettivo-ineffettivita-della-tutela-potenzialita-della-cooperazione-con-il-terzo-settore-considerazioni-a-partire-da-una-legge-re/?pdf=6163>.

sanitaria e l'assistenza sociale, provvedendo ad una serie di funzioni (dai trasporti alla mediazione culturale, fino al supporto alle famiglie con malati cronici o alle persone con disabilità) che i servizi sanitari, sociosanitari e sociali non riescono ad assolvere appieno⁴⁶.

In tale ottica, le voci dottrinali intervenute a commento della novità normativa auspicano che la L.R. n. 25/2022 venga attuata in modo “coraggioso”, valorizzando adeguatamente il ruolo del Terzo Settore senza “inquadrarlo(o) o frenarlo(o) entro convenzioni stringenti e procedure rigide”⁴⁷. L'apporto del privato sociale, infatti, è irrinunciabile in un settore in cui si imputa al Servizio Sanitario Nazionale un livello di tutela non corrispondente ai principi di cui all'art. 1 della L. n. 833/1978, anche tenuto conto dell'interpretazione che di essi occorre dare alla luce dell'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502⁴⁸.

3. Il ruolo del Terzo Settore nel contrasto alle dipendenze patologiche: L.R. Lombardia n. 23/2020 e L.R. Abruzzo n. 37/2020

Proseguendo nella disamina dell'attuazione regionale, occorre dare atto di due interventi legislativi molto rilevanti, nella misura in cui si collocano nel delicato contesto del contrasto alle dipendenze patologiche, sebbene – anticipando le conclusioni cui si perverrà – anche questi interventi appaiano distanti dal disegno dell'amministrazione condivisa in ambito sanitario.

La Regione Lombardia e la Regione Abruzzo, infatti, hanno promulgato due leggi volte ad affrontare in modo sistematico le suddette patologie, istituendo e promuovendo un sistema coordinato di reazione che individua negli enti del Terzo settore i soggetti capaci di accrescere l'efficacia degli interventi di supporto istituzionale e favorire il recupero degli individui bisognosi di sostegno, specie nella complessa realtà post-pandemica⁴⁹.

La legge della Regione Lombardia, 14 dicembre 2020, n. 23, individua il proprio ambito di applicazione riferendosi “sia (al)la dipendenza derivata da uso di sostanze, sia (al)la dipendenza derivata da comportamenti patologici quali il gioco d'azzardo patologico e le cosiddette nuove dipendenze” (art. 1, comma 3).

La finalità è quella di costruire “un sistema integrato di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento per le persone affette da dipendenza patologica” (art. 2, comma 1, lett. a) e, a tal fine, la Regione Lombardia “riconosce il ruolo degli enti del Terzo settore quale

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, spec. Parte prima, Capitolo I, par. 8.

⁴⁹ M. RENNA, *Contrasto alle dipendenze patologiche ed enti del Terzo settore: spunti da due recenti leggi regionali*, disponibile in <https://terzjus.it/articoli/note-e-commenti/contrasto-alle-dipendenze-patologiche-ed-enti-del-terzo-settore-spunti-da-due-recenti-leggi-regionali/>.

componente fondamentale nel contrasto all'insorgenza e allo sviluppo delle dipendenze patologiche" (art. 2, comma 1, lett. e).

L'art. 3 è dedicato alla costituzione, all'interno del Comitato Tecnico per la Salute Mentale e le Dipendenze, di un "tavolo di coordinamento tecnico in area dipendenze, costituito da una rappresentanza delle ATS locali e degli enti accreditati per le dipendenze (pubblico e privato sociale accreditato)".

Anche quello in esame, dunque, rappresenta un virtuoso esempio di attuazione, a livello regionale, del principio di amministrazione condivisa in ambito sanitario, che affonda le proprie radici nell'esperienza pandemica, ma si proietta anche oltre la medesima⁵⁰.

Agli Enti del Terzo Settore è specificamente dedicato, poi, l'art. 14, che prevede "la partecipazione degli enti del Terzo settore ai progetti di prevenzione, ai programmi di cura e di reinserimento sociale, riconoscendone il ruolo anche nel sistema di accreditamento e contrattualizzazione". Pertanto, è da ritenere che, anche in tale contesto, l'omissione di una normativa di dettaglio in punto di co-programmazione e co-progettazione implichi l'applicazione degli artt. 55 ss. D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117⁵¹. Non ha, invece, corrispondenti nella legislazione delle altre Regioni il secondo comma dell'art. 14, ai sensi del quale la Regione promuove iniziative *formative* rivolte a volontari e collaboratori degli enti del Terzo settore. La L.R. Abruzzo 7 dicembre 2020, n. 37, utilizza la medesima locuzione "dipendenze patologiche", ma ne individua il perimetro applicativo in modo diverso e più ampio rispetto alla legge regionale lombarda, ricomprendendovi "a) il disturbo da gioco d'azzardo; b) le dipendenze da sostanze (bevande alcoliche, tabacco, sostanze psicotrope e stupefacenti, "nuove sostanze", antidolorifici); c) le dipendenze tecnologiche (Internet, reti sociali, smartphone, videogiochi, videopornografia, ecc.) e altre dipendenze comportamentali, come da DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali; d) shopping compulsivo; e) ipersessualità" (art. 1, comma 2).

L'art. 6 della legge in esame è interamente dedicato al "Sostegno al Terzo settore". Si prevede la concessione di "contributi, patrocini o altre agevolazioni, anche non onerose, al fine della realizzazione di progetti volti a promuovere interventi di prevenzione, assistenza e reinserimento sociale di persone affette da dipendenze patologiche, nonché di supporto delle rispettive famiglie"⁵².

⁵⁰ F. GIGLIONI, *L'amministrazione condivisa come risorsa di rigenerazione durante la pandemia*, in *Italian papers on Federalism*, 2021, 2.

⁵¹ Peraltro, sul piano attuativo, si segnala il D.G.R. n. 4561/2021, che ha individuato l'Ufficio regionale del RUNTS nella Struttura Volontariato e Terzo settore della D.G. Famiglia, politiche sociali, disabilità e pari opportunità confermando l'assetto organizzativo e gestionale già utilizzato per i registri regionali dell'associazionismo e del volontariato nell'ambito dell'Intesa tra Regione Lombardia, Unione Province Lombarde (UPL), Province lombarde e Città metropolitana di Milano per il rilancio degli Enti e per l'esercizio delle funzioni delegate confermate ai sensi delle LL.RR. n. 19/2015 e n. 32/2015.

⁵² Tale previsione è stata successivamente specificata dall'art. 13 L.R. Abruzzo n. 2/2022, ove si statuisce che, "al fine di sostenere gli enti del Terzo settore operanti sul territorio regionale, gravemente danneggiati dalla crisi economica derivante dall'emergenza epidemiologica da Covid-19, la Regione Abruzzo istituisce un fondo di sussidiarietà per la con-

Infine, l'ultimo comma dell'art. 6 statuisce che gli Enti pubblici possono avvalersi del supporto degli Enti del Terzo Settore “anche attraverso la stipula di apposite convenzioni di cui al comma 4 dell'articolo 3”, ai sensi del quale, per l'attuazione degli interventi previsti dalla pianificazione volta a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, la Regione può stipulare “convenzioni e accordi”.

Anche in questo caso, in assenza di ulteriori specificazioni da parte della legge regionale, è da ritenere che occorra far riferimento all'istituto di cui all'art. 56 D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117, con la conseguente applicazione dei principi e dei limiti applicativi sanciti da tale ultima disposizione⁵³, la quale, a sua volta, affonda le proprie radici nel modello di convenzione previsto per le organizzazioni di volontariato all'art. 7 L. n. 226/1991 e, per le associazioni di promozione sociale, all'art. 30 L. n. 383/2000⁵⁴.

Sul piano della rispondenza (o meno) al modello teorico dell'amministrazione condivisa, le due leggi sono suscettibili di esame unitario.

Infatti, nonostante sia prevista l'istituzione di un “tavolo tecnico di coordinamento” (art. 3), e nonostante le affermazioni di principio, l'approccio sotteso all'intervento normativo della Regione Lombardia appare più conforme alla tradizionale impostazione secondo cui gli Enti del Terzo Settore vengono “coinvolti passivamente” in un sistema già compiutamente delineato dalla pubblica amministrazione, come rivelano alcuni segmenti testuali della legge stessa (si pensi all'art. 14, che discorre di “partecipazione degli enti del Terzo settore ai progetti... ai programmi”).

Tali considerazioni valgono in misura ancor più consistente per la L.R. Abruzzo n. 37/2020, in cui si regredisce al tradizionale paradigma erogativo.

4. Il Terzo Settore e i “Percorsi terapeutico riabilitativi individuali” (PTRI): L.R. Puglia n. 9/2023

La recente L.R. Puglia, 22 maggio 2023, n. 9, introduce il concetto di “budget di salute quale strumento di coprogrammazione e di cogestione idoneo a garantire, attraverso progetti terapeutici riabilitativi individualizzati l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie, di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” (art. 1).

Il concetto di “progetti terapeutici riabilitativi individuali” era stato già da tempo definito dalla dottrina di settore in termini di percorsi abilitativi volti a soddisfare bisogni socio-

cessione diretta di contributi per il funzionamento di tutti gli enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117”; tra i criteri da rispettare ai fini della ripartizione del fondo, la legge menziona espressamente l'art. 12 L. n. 241/1990 nonché i vincoli europei in materia di aiuti di Stato.

⁵³ Su cui v. L. GILI, *Il Codice del Terzo settore ed i rapporti collaborativi con la P.A.*, in *Urbanistica e appalti*, 2018, 1, pp. 5-6.

⁵⁴ A. MAZZULLO, *Il nuovo Codice del Terzo settore*, Torino, 2017, pp. 205 ss.

sanitari complessi, indirizzati a cittadini/utenti che richiedono prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria, calibrati sulla persona e caratterizzati sia da prestazioni sanitarie che da azioni di protezione sociale nelle aree fondamentali di vita⁵⁵.

La L.R. Puglia n. 9/2023, nel prevedere che tali progetti debbano essere sostenuti e finanziati dal budget di salute, enuncia i principi generali di “sussidiarietà solidale e di complementarietà tra gli erogatori dei servizi ... la centralità e la partecipazione dei cittadini” (art. 2, comma 1) e richiama gli articoli 117, secondo comma, lettera m) e 118, quarto comma Cost. laddove prevede “modalità di cogestione della presa in carico, con soggetti del terzo settore, insieme agli utenti e loro familiari” (art. 2, comma 2).

Tuttavia, al di là del riferimento ai principi generali, la legge in esame non detta una disciplina di dettaglio per quanto concerne la regolamentazione dei rapporti con gli Enti del Terzo Settore, sicché è da ritenere ancora una volta che, nel silenzio della legge regionale, debbano trovare applicazione gli artt. 55 ss. D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117.

Tale considerazione, unitamente al riferimento ai finanziamenti a carico del budget di salute, induce a ritenere anche tale legge regionale abbastanza distante dal modello di una vera e propria amministrazione condivisa.

5. Il caso della Sardegna: analisi del Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato nelle strutture dell’Azienda Tutela Salute (oggi ARES Sardegna)

L’analisi del Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato, approvato dall’Azienda Tutela Salute (d’ora in poi, ATS) Sardegna⁵⁶ con Deliberazione n. 122 del 10 dicembre 2020, è di fondamentale rilevanza nell’ambito della presente disamina in quanto, a differenza delle leggi regionali già passate in rassegna e conformemente alla sua natura giuridica di atto secondario, rivela un livello di maggior dettaglio nella disciplina degli strumenti di cooperazione con il Terzo Settore.

Con una premessa dal grande rilievo sistematico, il regolamento in esame riconosce il valore del contributo offerto dalle Organizzazioni di Volontariato (ODV) e dalle Associazioni di Promozione Sociale (APS) come “libera espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ... apporto complementare alla promozione e tutela della salute dei cittadini”. L’art. 1 perimetra l’ambito applicativo del regolamento stesso, individuandolo come segue: “i requisiti che le ODV e le APS devono possedere per poter richiedere la stipula delle

⁵⁵ G. DE MATTIA, I. ZARRELLA, A. CERBASI, *P.T.R.I./B.d.S. e la co-costruzione del benessere: uno studio esplorativo*, Paper per la IX Conferenza ESPAnet Italia “Modelli di welfare e modelli di capitalismo. Le sfide per lo sviluppo socio-economico in Italia e in Europa”, disponibile in https://scienze politiche.unical.it/bacheca/archivio/materiale/274/Metodologia%20della%20progettazione%20sociale%202016-2017/Laboratorio%20sui%20budget%20di%20salute/22_DeMattia.pdf, p. 2.

⁵⁶ Oggi ARES Sardegna.

convenzioni; – i rapporti tra l’ATS Sardegna e le ODV e le APS per quanto riguarda la progettazione e la gestione dell’attività di volontariato; – le modalità di accesso alle strutture dell’ATS Sardegna da parte delle ODV e delle APS”. Viene, altresì, chiarito che l’osservanza delle procedure, dei criteri e delle modalità stabilite dal regolamento costituisce *condizione necessaria* per la stipula delle convenzioni con l’A.T.S. Sardegna.

Particolare rilievo presenta l’art. 4, che individua i seguenti requisiti alla stregua di condizioni necessarie per lo svolgimento di attività di volontariato: “costituzione ai sensi del Decreto Legislativo n. 117 del 03 luglio 2017 e ss.mm.ii. (Codice del Terzo settore); – iscrizione da almeno 6 mesi nel Registro Unico nazionale del Terzo settore, come disciplinato dal Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 106/2020 del 15 ottobre 2020, o se non ancora costituito: – iscrizione da almeno 6 mesi nel Registro Generale del Volontariato, istituito presso la Presidenza della Regione; – iscrizione da almeno 6 mesi nel registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale presso l’Assessorato Igiene e sanità e Assistenza Sociale”. Il grado di dettaglio della disciplina si spinge sino al punto da precisare che, per il calcolo del tempo di iscrizione, si sommano i tempi non coincidenti delle due eventuali iscrizioni. Infine, si richiede che l’Ente del Terzo Settore abbia sede e operi nel territorio regionale.

Infine, sul piano operativo, l’art. 5 precisa che le attività di volontariato dovranno essere rese “in regime convenzionale” ai sensi della Legge Regionale 13 settembre 1993, n. 39, e dell’art. 56 D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117, dal quale viene mutuato l’inciso “convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato”⁵⁷.

In definitiva, il Regolamento dell’A.T.S. Sardegna si evidenzia per il grado di dettaglio della disciplina del fenomeno dell’amministrazione sanitaria condivisa. Tale circostanza non può che essere salutata con favore, atteso che, nonostante la competenza concorrente Stato-Regioni imponga il necessario rispetto dei principi dettati dalla legge statale, con conseguente rinvio alle definizioni del D. Lgs. n. 117/2017, è sicuramente apprezzabile la volontà di assoggettare la collaborazione sanitaria con gli Enti del Terzo Settore, oltre che a enunciati di principio, a una disciplina puntuale e precisa, che orienti in modo chiaro l’agire dei destinatari del precetto.

⁵⁷ Con riferimento a tale ultimo inciso, si ricorda che la Commissione speciale del Consiglio di Stato, in data 26 luglio 2018 (numero affare 01382/2018), ha rilasciato un parere in ordine alla normativa applicabile agli affidamenti di servizi sociali alla luce del D. Lgs. n. 50/2016 e del D. Lgs. n. 117/2017, evidenziando che, in tema di convenzioni ai sensi dell’art. 56 di tale ultimo decreto, ciò che rileva è la gratuità delle prestazioni, criterio unico che legittima l’affidamento (senza gara) alle medesime organizzazioni dei servizi. Da ultimo, sul rapporto tra principio di concorrenza e di sussidiarietà, v. L. COSTIGLIOLO, *Tutela della concorrenza e principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale: il caso degli affidamenti dei servizi di ambulanza alle organizzazioni di volontariato*, cit.

6. Esperienze concrete. Il ruolo del “privato sociale” nel sistema SAI e nella tutela della salute minori stranieri non accompagnati in Calabria

Ai sensi dell’art. 2, comma 1, Legge 7 aprile 2017, n. 47, per minore straniero non accompagnato presente nel territorio dello Stato si intende “il minorenne non avente cittadinanza italiana o dell’Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell’ordinamento italiano”.

Si comprende, dunque, la rilevanza attribuita da tutti i livelli di governo (dal Parlamento all’Ente locale di piccole dimensioni) alla cura e alla tutela della salute di tale categoria di soggetti in condizione di vulnerabilità.

Nel caso di specie, non viene in rilievo solo la necessità di garantire l’assistenza materiale, ma, attingendo al contenuto degli artt. 34 e 35 delle Linee Guida allegate al D.M. 18 novembre 2019, anche la mediazione linguistico – culturale, l’orientamento e accesso ai servizi di territorio, l’insegnamento della lingua italiana e inserimento scolastico, l’orientamento e accompagnamento all’inserimento lavorativo, l’orientamento e accompagnamento legale, la tutela psico-socio sanitaria e le misure di accompagnamento all’inclusione sociale e lavorativa.

Ebbene, già a far data dal 2009, una legge della Regione Calabria, la n. 18 del 12 giugno di quell’anno, ha previsto “interventi specifici per l’accoglienza, la protezione legale e sociale e l’integrazione dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei titolari di misure di protezione sussidiaria o umanitaria presenti sul territorio regionale con particolare attenzione alle situazioni maggiormente vulnerabili tra le quali i minori, le donne sole, le vittime di tortura o di gravi violenze” (art. 1, comma 1). Tale legge, dunque, ha istituito un vero e proprio “sistema regionale integrato di accoglienza”, nell’ambito del quale elaborare azioni indirizzate all’inserimento socio-lavorativo di rifugiati, richiedenti asilo e titolari di misure di protezione sussidiaria o umanitaria (art. 1, comma 2).

E’ interessante rilevare come, già diversi anni prima dell’entrata in vigore del “Codice del Terzo Settore”, l’art. 4, comma 3 di tale legge contemplasse, tra i soggetti attuatori del suddetto sistema, anche “... Associazioni ed enti senza scopo di lucro operanti nel territorio regionale”.

In tale quadro sistematico, numerosi Comuni calabresi hanno, di recente, avviato operazioni di co-programmazione e co-progettazione di interventi necessari alla realizzazione del progetto di accoglienza da destinare a nuclei familiari, anche monoparentali, finanziati a valere sul Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell’Asilo, disciplinato dal suddetto decreto del Ministro dell’Interno del 18 novembre 2019.

Numerosi Comuni, pertanto, hanno attivato progetti SAI (già SIPROIMI) finalizzati all’accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, avvalendosi di *enti attuatori* (tra cui cooperative sociali e associazioni di volontariato) che hanno messo a disposizione immobili

e risorse utili al perseguimento di tale obiettivo⁵⁸, nell'ambito di convenzioni stipulati con le Amministrazioni locali di riferimento all'esito di una procedura di selezione pubblica⁵⁹. I *partner* selezionati all'esito dello scrutinio preliminare, rimesso alla discrezionalità del Comune, hanno dato avvio alla fase di co-progettazione, durante la quale hanno definito gli strumenti gestionali e operativi che hanno consentito di supportare nel tempo le relazioni di *partnership* e hanno permesso di realizzare le attività previste, non senza un confronto preliminare con gli *stakeholders* di riferimento.

I lavori si sono conclusi con l'elaborazione del progetto operativo, contenente il piano economico-finanziario, l'assetto organizzativo degli interventi, il sistema di monitoraggio e di valutazione.

Si segnala, inoltre, che tale modello operativo di tutela della salute psico-fisica di soggetti in condizioni di bisogno e fragilità è stato mutuato, unitamente all'insostituibile apporto del Terzo Settore, in occasione della predisposizione delle misure di accoglienza dei nuclei familiari costretti ad abbandonare i propri territori di origine a causa del conflitto bellico tuttora in corso tra Russia e Ucraina.

Tale considerazione dev'essere inquadrata nel contesto sistematico dell'esigenza di garantire "corridoi umanitari", espressione che, come evidenziato in dottrina, può intendersi in una duplice accezione. In senso atecnico, infatti, i corridoi umanitari configurano passaggi sicuri che consentano di abbandonare indenni le aree di conflitto e, appunto, raggiungere i Paesi limitrofi presso cui chiedere assistenza e rifugio; in senso tecnico-giuridico, essi vengono considerati alla stregua di una peculiare manifestazione dell'istituto della *private sponsorship*, che a sua volta si colloca nel più ampio panorama dei canali di accesso legale per i bisognosi di protezione internazionale⁶⁰.

Ebbene, l'art. 3 D.L. 28 febbraio 2022, n. 16, recante "Ulteriori misure urgenti per la crisi in Ucraina", infatti, ha previsto che gli enti locali potessero presentare nuove proposte progettuali, al fine di ampliare il sistema di accoglienza della rete SAI, da destinare all'accoglienza di nuclei familiari, anche monoparentali, a valere sul Fondo Nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo.

Tale intervento normativo, a giudizio di chi scrive, ha avuto il merito di valorizzare il ruolo degli enti pubblici in un settore particolarmente delicato, nell'ambito del quale era stata

⁵⁸ Tali circostanze rientrano nella percezione diretta dell'autore del contributo, che, in passato, ha esercitato le funzioni di Segretario Comunale e Responsabile dell'Area Amministrativa (ove, solitamente, si colloca anche la competenza in materia sanitaria e sociale) in due Comuni dell'entroterra calabrese.

⁵⁹ Seppur non applicando pedissequamente le disposizioni del Codice dei contratti pubblici: sul problema del coordinamento tra tale fonte normativa e il "Codice del Terzo Settore" si veda, di recente, L. COSTIGLIOLO, *Tutela della concorrenza e principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale: il caso degli affidamenti dei servizi di ambulanza alle organizzazioni di volontariato*, cit., spec. p. 596.

⁶⁰ L. GALLI, *Quale ruolo degli attori pubblici nella sponsorship privata dei rifugiati? Una riflessione sull'esperienza italiana alla luce di quella canadese*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, Fascicolo n. 2/2022, p. 135.

lamentata la “latitanza degli attori pubblici”⁶¹ nell’organizzazione dei corridoi umanitari e dei servizi di accoglienza e integrazione⁶², auspicando “una più stringente definizione del ruolo pubblico e una più concreta assunzione di responsabilità da parte delle pubbliche amministrazioni”⁶³.

Anche questo, dunque, può costituire un esempio virtuoso e concreto di concertazione degli interventi tra settore pubblico e privato sociale, in un settore ove non è sufficiente garantire la salute fisica degli interessati, ma occorre approfondire uno sforzo ulteriore, allo scopo di assicurare anche un sostegno di carattere psicologico e l’integrazione socio-culturale nel territorio italiano a soggetti provenienti da realtà disagiate.

7. Conclusioni.

La disamina svolta ha consentito di apprezzare, in ottica concreta, come la normativa regionale in materia non possa dirsi sempre realmente attuativa del principio di amministrazione condivisa in ambito sanitario.

Esclusi alcuni virtuosi esempi (L.R. Piemonte n. 7/2024), tende a predominare, al di là delle affermazioni di principio, la tradizionale impostazione “bipolare”⁶⁴ in cui l’organizzazione pubblica si limita a erogare risorse (salvo le limitate ipotesi di contatto implicate dall’istituzione di tavoli tecnici di coordinamento) mediante le quali gli Enti del Terzo Settore sono chiamati, a loro volta, a erogare servizi, fungendo più da strumenti per eludere i vincoli posti (e le ristrettezze oggettivamente sussistenti) in materia di spesa pubblica⁶⁵ piuttosto che co-protagonisti del processo decisionale, da valorizzare adeguatamente.

Inoltre, dall’analisi effettuata è emerso che, nonostante spesso la legislazione regionale in materia si limiti a enunciazioni astratte, tendenti ad affermare la necessaria integrazione tra strutture pubbliche ed Enti del Terzo Settore, per poi rimettere implicitamente al piano nazionale l’individuazione degli strumenti operativi, da rintracciare nel tessuto del D. Lgs. n. 117/2017 nei termini indicati, alcune esperienze smentiscono tale dato, pervenendo a un livello di disciplina estremamente dettagliato e preciso.

In ogni caso, sembra comunque chiaro che il *welfare* dell’epoca post-pandemica, se vuole aspirare all’effettività, deve seguire le due direttrici della sussidiarietà verticale e orizzon-

⁶¹ L’espressione è di L. GALLI, *op. cit.*, p. 145.

⁶² Su questo specifico tema, v. anche F. MANGANARO, *Politiche e strutture di accoglienza delle persone migranti, in federalismi.it*, 2019, pp. 1-24.

⁶³ L. GALLI, *op. cit.*, p. 160.

⁶⁴ Così G. ARENA nel seminario “Amministrazione condivisa: inquadramento generale”, 15 febbraio 2022, disponibile in <https://www.youtube.com/watch?v=ESre5du0AVA&t=4399s>.

⁶⁵ Prospettiva stigmatizzata da L. GALLO nel seminario “Le forme e gli strumenti di PPP nella Riforma del Terzo settore - La Co-programmazione”, 1 marzo 2022, disponibile in <https://www.youtube.com/watch?v=pXcarKCb8-U&t=4587s>.

tale⁶⁶, principi da tempo scolpiti nella Carta fondamentale ma, per molto tempo, rimasti inattuati o, comunque, non sufficientemente valorizzati⁶⁷.

Le due dimensioni integrate della sussidiarietà possono condurre a un'amministrazione condivisa in ambito sanitario nei termini meglio illustrati in apertura, a un *welfare locale* in cui gli Enti del Terzo Settore possono offrire un apporto fondamentale per servizi basilari quali l'assistenza domiciliare integrata e servizi di supporto sociale, con costi di progettazione irrisori⁶⁸ e con il beneficio della conoscenza dei problemi radicati sul territorio, che solo le realtà a stretto contatto con quest'ultimo possono assicurare in modo compiuto⁶⁹. Sullo sfondo si staglia l'attuazione del P.N.R.R., che ha previsto ingenti investimenti in ambito sanitario⁷⁰. Il perseguimento dei *milestones* e il rispetto delle scadenze temporali⁷¹ previste transita necessariamente attraverso la collaborazione delle Regioni e degli Enti locali, oggi chiamati a contribuire in modo pieno ed effettivo alla tutela della salute⁷², ferma restando l'esclusiva competenza statale in materia di livelli essenziali delle prestazioni⁷³. Inoltre, solo attraverso il dialogo con il c.d. privato sociale e con l'apporto, economicamente e tecnicamente pregnante, degli Enti del Terzo Settore, potrà essere compiutamente perseguito l'obiettivo di un'*amministrazione condivisa in ambito sanitario*, imprescindibile in un'epoca magmatica, segnata dalla ripresa post-pandemica e da una complessità sociale probabilmente senza precedenti.

⁶⁶ P. M. ZERMAN, *Lo Stato sussidiario*, cit.

⁶⁷ F. GIGLIONI, *L'amministrazione condivisa come risorsa di rigenerazione durante la pandemia*, in *Italian papers on Federalism*, 2021, 2.

⁶⁸ L. ANTONINI, *L'amministrazione condivisa come metodo per preservare il principio personalista*, disponibile in *Labsus*, <https://www.labsus.org/wp-content/uploads/2024/06/Lamministrazione-condivisa-come-metodo-per-preservare-il-principio-personalista-1.pdf>, 4.

⁶⁹ In generale, per l'esame di alcune esperienze significative di co-programmazione e co-progettazione sviluppate in diverse aree del Paese, v. B. BOSCHETTI, *Per un Laboratorio dell'amministrazione condivisa. Primi risultati di una ricerca multidisciplinare*, Napoli, 2024.

⁷⁰ M. PETRACHI, *Welfare sussidiario, salute e inclusione sociale. Il contributo del Terzo Settore*, cit.

⁷¹ MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute*, disponibile in <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>.

⁷² F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2018, 3-4, spec. pp. 799 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*, 2020, 2; M. D'ARIENZO, *La tutela della salute tra Stato e Regioni prima, durante e oltre l'emergenza sanitaria nell'interpretazione della Corte costituzionale*, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, 2022, 1.

⁷³ R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in *La politica economica tra mercati e regole. Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Soveria Mannelli, 2005, pp. 49 ss.; R. BIN, *La "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni" e la materia "tutela della salute": la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, disponibile in <https://www.robertobin.it/REG10/pesaresi.pdf>; C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni fra sussidiarietà e collaborazione (in margine a Corte cost. n. 10/2010)*, disponibile in <https://www.robertobin.it/reg10/panzera.pdf>.

