

CeSDirSan

CENTRO INTERDISCIPLINARE DI STUDI SUL DIRITTO SANITARIO

I REPORT DEL CeSDIRSAN

PUBBLICO, PRIVATO E COMUNITÀ IN SANITÀ

ATTI DEL CONVEGNO DEL 15 MAGGIO 2023

a cura di

Maria Alessandra Sandulli

Flaminia Aperio Bella

Alessandra Coiante

Christian Fernando Iaione

editoriale scientifica

I REPORT DEL CESDIRSAN

Comitato scientifico

Beniamino Caravita di Toritto †

Rosario Ferrara

Marcella Gola

Vittorio Manes

Andrea Nicolussi

Alessandra Pioggia

Marco Ruotolo

Maria Alessandra Sandulli

Comitato di redazione

Alessandra Coiante

Nicola Posteraro

Veronica Sordi

PUBBLICO, PRIVATO
E COMUNITÀ IN SANITÀ

atti del convegno del 15 maggio 2023

a cura di

MARIA ALESSANDRA SANDULLI

FLAMINIA APERIO BELLA

ALESSANDRA COIANTE

CHRISTIAN FERNANDO IAIONE

Editoriale Scientifica

Tutti i diritti sono riservati

© 2024 Editoriale Scientifica srl

Via San Biagio dei Librai 39

Palazzo Marigliano

80138 Napoli

www.editorialescientifica.com

ISBN 979-12-5976-977-0

INDICE

<i>Introduzione</i> di Maria Alessandra Sandulli	7
FLAMINIA APERIO BELLA <i>Pubblico, privato e comunità in sanità: prospettive collaborative guardando al Terzo settore</i>	13
CHRISTIAN IAIONE <i>Pubblico, privato e comune tra One Health e Planetary Health: il welfare di comunità</i>	53
Le relazioni	
MARTINA CONTICELLI <i>Pubblico, privato e comunità in sanità. Quali lezioni dal passato?</i>	75
PAOLA CHIRULLI <i>Governance collaborativa e bene salute: quali lezioni dall'esperienza della co-governance urbana?</i>	97
CARLA COLLICELLI <i>Il privato per la salute e in sanità: quali prospettive?</i>	113

Gli interventi

ALBERTO D'ERCOLE

Il nuovo ruolo della farmacia di comunità. La governance collaborativa per rispondere alle esigenze della sanità territoriale

127

ALESSANDRA COIANTE

Ripensare lo strumento delle sperimentazioni gestionali per un'efficiente collaborazione pubblico-privato(-comunità)

141

INTRODUZIONE

*Maria Alessandra Sandulli**

Il nostro sistema sanitario universalistico, istituito con l. n. 833/1978, risente di varie criticità legate, fra le altre, alle sempre maggiori difficoltà riscontrate nella gestione dell'assistenza sanitaria sul territorio (M.A. Sandulli, 2021), oltre che alle evidenti problematiche generate dalla crisi economica¹ e rafforzate dall'introduzione nell'art. 97 Cost. del principio dell'equilibrio di bilancio (sulle derive del fenomeno a seguito della crisi pandemica si v. per tutti, A. Pioggia, 2020).

Per quanto unico diritto qualificato come fondamentale dalla nostra Costituzione (art. 32), infatti, il diritto alla salute non gode di una sovra-ordinazione gerarchica, costituendo, semmai, un presupposto logico per il godimento degli altri diritti costituzionalmente garantiti. È nota, sul punto, la giurisprudenza costituzionale (Corte cost. 85/2013) che esclude la configurabilità di diritti o valori “tiranni” e dunque sottratti al bilanciamento (sul punto si v. lo studio di M. Luciani su *Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato*, 2022), con ciò che ne consegue, fermo il nucleo invalicabile di garanzie minime del diritto

* Professore Ordinario di Diritto amministrativo, Università degli Studi Roma Tre.

¹ Per approfondimenti v. Il Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019 “Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale”, in https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf.

to alla salute individuate dal legislatore (Corte cost. 275 del 2016), in termini di esigenza di fare i conti con i vincoli economici posti dal bilancio pubblico.

Se da un lato, dunque, molte sono le riforme e le risorse necessarie per migliorare il nostro SSN, *in primis* con il potenziamento dell'assistenza territoriale, dall'altro lato, occorre anche fare i conti con la possibilità che, senza l'apporto del privato, il pubblico riesca sempre meno a garantire l'erogazione di servizi.

In questo contesto, la prospettiva della collaborazione multi-attoriale viene dunque presentata da più parti come una chiave indispensabile per l'organizzazione e la gestione di beni e servizi pubblici (S. Cattuogno, 2017; C. Iaione, P. Chirulli, 2018; C. Iaione, 2021), rendendo così necessaria una riflessione sistematica e diacronica sulle dinamiche del rapporto pubblico-privato-comunità.

Anzitutto, in senso più tradizionale, i primi due attori di questo trinomio (pubblico-privato) possono essere intesi come due poli concorrenti tra loro nella prospettiva dell'erogazione di prestazioni sanitarie. Si allude, evidentemente, all'ormai consolidato principio di libera scelta del paziente, che, come noto, comprende la scelta della struttura – pubblica o privata – cui rivolgersi.

Pubblico e privato possono, però, anche collaborare (e non concorrere), attraverso lo strumento del partenariato, qui inteso nel senso più ampio del termine, ossia tanto come complesso di fenomeni, istituti e rapporti a cui ricondurre alcuni modelli contrattuali (concessione, *project financing*, etc.) e le più innova-

tive procedure di aggiudicazione, quanto, sotto altro profilo, come forma di *partnership* istituzionalizzata, laddove la collaborazione pubblico-privata dà luogo alla costituzione di appositi organismi (si v. per tutti C. Contessa, 2019 e, con riferimento al settore sanitario C. Iaione, A. Coiante, 2022).

Estendendo queste riflessioni anche al terzo attore del trinomio proposto, il possibile ruolo della comunità apre ulteriori prospettive di indagine.

In un primo senso, più immediato, viene in rilievo il ruolo delle comunità nel modello di assistenza territoriale propugnato dagli ultimi interventi legislativi (si pensi alle Case di Comunità, all'Infermiere di Comunità, agli Ospedali di Comunità, alle Farmacie di Comunità), che potrebbe dare luogo anche a nuove forme di cittadinanza attiva. Beninteso, non si fa riferimento a case od ospedali che abbraccino una data parte di spazio in cui vive la comunità, ma a soggetti giuridici cui la comunità partecipa attivamente.

In un secondo senso, si possono considerare anche i processi di consultazione della comunità realizzate dal soggetto pubblico per orientare le sue *policy*.

In un ulteriore senso, più sperimentale, devono leggersi poi le nuove forme di 'amministrazione condivisa' (in ossequio al principio di leale collaborazione e di sussidiarietà orizzontale), che, se applicate all'ambito sanitario, vedrebbero la comunità assumere anche un ruolo di co-decisore/co-gestore (al pari degli altri attori coinvolti nell'erogazione dei singoli servizi sanitari), dando luogo a modelli di *governance* collaborativa già realizzati in altri settori come, ad esempio, quello dell'urbanistica e della co-governance

urbana (sull'amministrazione condivisa si v. per tutti gli studi di F. Benvenuti e G. Arena).

Da qualunque prospettiva lo si osservi, comunque, il tema solleva nodi giuridici diversi. Occorre allora individuare un punto di equilibrio tra l'apporto pubblico, quello privato e quello della comunità, per rispondere alle sfide della sanità del futuro.

Questo incontro è stato organizzato proprio per mettere a confronto, su una tematica così delicata, non solo giuristi ma anche altri esperti della materia al fine di verificare, in un'ottica multidisciplinare, le potenzialità di una simile collaborazione anche nell'ambito del SSN.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., *La Co-città*, a cura di P. Chirulli, C. Iaione Napoli, 2018.
- Arena G., *Introduzione all'amministrazione condivisa*, in *Studi parlamentari e di politica costituzionale*, 1997, 29 ss.
- Benvenuti F., *Il nuovo cittadino, tra libertà garantita e libertà attiva*, Venezia, 1994.
- Catuogno S., *Il Partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance*, Torino, 2017.
- Chiti M.P., *La disciplina generale del partenariato pubblico privato nel nuovo codice dei contratti pubblici Un modello per lo Spazio amministrativo europeo*, in *Astrid*, 2017.
- Contessa C., *P.p.p.c.: Modello generale*, in M.A. Sandulli, R. De Nictolis (diretto da), *Trattato sui contratti pubblici*, V, Milano, 2019.
- Giovannini A., *Il partenariato pubblico-privato nel nuovo codice dei contratti pubblici. Prime impressioni*, in *Giustizia Amministrativa*, 2023.
- Iaione C., Coiante A., *Il partenariato per l'innovazione sostenibile nel settore sanitario*, in *Riv. giur. edil.*, 6, 2022.
- Iaione C., *Il diritto all'innovazione sostenibile per l'investimento nelle infrastrutture sociali. Un'analisi empirica*, in *Rivista Giuridica dell'Edilizia*, 2021, 6.
- Luciani M., *Il diritto alla salute una prospettiva di diritto comparato*, EPRS-Servizio Ricerca del Parlamento europeo, 2022.
- Montedoro G., Giordano M., *Le società nel "partenariato pubblico privato"*, in V. Donativi (diretto da), *Trattati delle società*, IV, 2022.
- Pioggia A., *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020.
- Sandulli M.A. (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata. esperienze, problemi e prospettive*, in questa Collana, Napoli, 2021.

PUBBLICO, PRIVATO E COMUNITÀ IN SANITÀ: PROSPETTIVE COLLABORATIVE GUARDANDO AL TERZO SETTORE

*Flaminia Aperio Bella**

SOMMARIO: 1. Pubblico e privato in sanità: quale ruolo per la comunità?. – 2. Un tentativo di inquadramento partendo dal dettato costituzionale. – 3. Punti fermi, questioni aperte e prospettive di indagine. – 4. La disciplina dell'erogazione "in privato" di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. – 5. Le differenze rispetto alla disciplina dell'erogazione "con il privato" di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. – 6. Considerazioni economiche e sociali sul ruolo della comunità in ambito sanitario e sociosanitario – 7. *Segue*. Considerazioni giuridiche e il ruolo del PNRR tra innovazione, territorialità e integrazione socio-sanitaria. – 8. Ricadute applicative e sviluppi possibili.

1. Pubblico e privato in sanità: quale ruolo per la comunità?

L'analisi delle riflessioni sui ruoli di pubblico e privato in sanità dimostra che, a seconda di come si associno gli attori coinvolti nella tutela della salute, i problemi e le prospettive cambiano (privato "in concorrenza" con il pubblico o privato "in collaborazione" con il pubblico).

* Professore Associato di Diritto amministrativo, Università degli Studi Roma Tre.

Osservando il fenomeno a livello globale, la contrapposizione tra pubblico e privato in sanità rimanda ai rapporti “di forza” tra componente pubblica e mercato, attorno alla cui preponderanza-recessività sono stati stilizzati i modelli di sistemi sanitari occidentali. Si allude, evidentemente, alla contrapposizione tra il modello guidato dalla predominanza pubblica, cui è tradizionalmente ascritto il paradigma europeo, e quello di impronta privatistica o “di mercato”, cui si suole ricondurre il sistema sanitario statunitense (A. Santuari, W. Sahe, 2022). Avvicinando il fuoco dell’osservazione alla dimensione italiana, può affermarsi, in via di prima approssimazione, che il tema del rapporto tra pubblico e privato in sanità è vissuto tradizionalmente in chiave oppositiva, portando con sé un forte carico ideologico, confermato dalla ciclica polarizzazione del dibattito pubblico e politico sul tale snodo.

La sensibilità della questione si spiega agevolmente: il sistema italiano si colloca nel polo “più pubblico” tra i modelli di sistemi sanitari di impronta pubblicistica. Si tratta di una scelta – politica, appunto – già prefigurata, *in nuce*, dai Costituenti e pienamente realizzata ad opera della l. n. 833/1978, quella di istituire un sistema sanitario universalistico ed egualitario, fondato sul c.d. modello *Beveridge*. In questa prospettiva, l’espansione del ruolo del privato può presentarsi come una minaccia alla tenuta del sistema e al suo fondamento (M. Gaddes da Filicaia, C. Giorgi, 2023). Senonché, il dibattito appare falsato dal carattere polisenso del riferimento al fenomeno del “privato in sanità”, che, alludendo a una molte-

plicità di fenomeni, rischia sovente di dare luogo a un confronto non controllato nelle premesse e, quindi, non confrontabile negli esiti.

Con le presenti riflessioni, si propone di estendere il ragionamento a un terzo polo, meno esplorato, ossia quello del ruolo della comunità in sanità, per verificare la tenuta degli argomenti tradizionalmente adottati a favore e contro la promozione del ruolo del privato in sanità, estendendo la prospettiva di osservazione al c.d. privato sociale. La scelta per la concentrazione dell'attenzione su tale figura, che, come noto, non esaurisce tutte le forme di solidarietà organizzata né tutte le possibili partecipazioni della comunità in sanità (cfr. ad es. già l'art. 1, co. 5 l. 328/2000, che prevede forme di cooperazione con il coinvolgimento diretto di gruppi, individui e famiglie), si spiega alla luce della incrementale rilevanza che stanno assumendo in ambito sanitario le organizzazioni che nel loro insieme contribuiscono alla costruzione del c.d. Terzo settore. Come si vedrà nel prosieguo, ciò dipende non solo da fattori economici e sociologici, ma anche da fattori giuridici, tanto in considerazione delle evoluzioni normative ed interpretative che hanno interessato la disciplina del Terzo settore, quanto in considerazione della priorità che assume, nelle più recenti riforme legislative, una presa in carico globale del paziente, sia sul piano sanitario che su quello sociale, con inevitabile coinvolgimento di organizzazioni di impianto solidaristico che, tradizionalmente, si occupano di tali profili.

L'estensione del ragionamento alla comunità, identificata, ai fini delle presenti riflessioni, principalmente con il privato sociale quale forma organizzata di

comunità, apre la strada a una visione più sperimentale, candidandosi quale chiave di volta per affrontare le sfide della sanità moderna (*in primis* la territorialità e l'integrazione socio-sanitaria in un'ottica di presa in carico globale e olistica della persona). Assumendo il punto di osservazione del ruolo della comunità in sanità e concentrandosi sugli enti del Terzo settore, il contributo conclude, quindi, che tale prospettiva imponga di approntare tutti gli strumenti (non solo giuridici) per favorire l'instaurazione di un reale ed equilibrato paradigma collaborativo.

2. *Un tentativo di inquadramento partendo dal dettato costituzionale*

Il modello di sistema sanitario italiano ha un profondo radicamento nella Costituzione.

Quella italiana è una delle prime Costituzioni nelle quali il diritto alla salute è stato riconosciuto ed è certamente una di quelle che al diritto alla salute offre le garanzie più rigorose. Sugellato dall'art. 32 nella sua doppia dimensione di diritto dell'individuo e interesse della collettività, il diritto alla salute è, infatti, l'unico espressamente qualificato come fondamentale (co. 1). Tale significativa disposizione è accompagnata dalla previsione che la Repubblica “*assicura cure gratuite agli indigenti*”. Se l'approccio categoriale abbracciato dalla Carta costituzionale rispecchia la critica situazione economica in cui versava il Paese all'indomani del secondo conflitto mondiale, è anche vero che, già durante i lavori dell'Assemblea costituente,

emerge l'obiettivo più generale assegnato alla Repubblica dall'art. 32 Cost., ossia quello di “*garantire la sicurezza sanitaria della popolazione su una base di solidarietà*” (così l'intervento dell'On. Alberto Mario Cavallotti). Nel dettato costituzionale era già contenuta, in altri termini, l'opzione per il modello di tutela della salute universale ed egualitaria, che vide la luce solo quarant'anni dopo, quale frutto maturo dell'adesione all'idea di società promossa dal c.d. Rapporto *Beveridge*. Peraltro, come si vedrà subito *infra*, ciò che pure si rintraccia nelle maglie del dettato costituzionale è il mantenimento di uno spazio per l'apporto solidale (più o meno spontaneo e disinteressato) dei soggetti privati, a riconoscimento di quella che ha storicamente rappresentato la prima forma di intervento in queste situazioni (si allude, evidentemente, al modello “privatistico” delle “Casse mutue”, proliferate fin dalla fine dell'800).

Più nello specifico, il progetto di società concretizzatosi nel '78, in forma di “sanità per tutti” (per rievocare le parole della allora Ministra Tina Anselmi), radicava l'idea di una salute garantita a tutti i cittadini, e in cui tutti i cittadini provvedessero a finanziarla, su una lettura combinata degli artt. 32, 2 e 3, co. 2 Cost. Invero, la precisa combinazione tra la centralità della persona umana espressa nel principio personalista e solidaristico (che l'art. 2 Cost. fonda sul binomio tra diritti inviolabili e doveri inderogabili di solidarietà) e dell'impegno della Repubblica a realizzare la “tutela” della salute, sia come diritto fondamentale dell'individuo sia come interesse della collettività (art. 32, co. 1 Cost.), conduce all'assunzione

in capo a quest'ultima della funzione di organizzare i servizi necessari a garantire il bene oggetto del diritto, con conseguente elevazione del servizio sanitario a "*servizio pubblico obbligatorio ad attivazione necessaria*" (N. Aicardi, 2005). Completando tale quadro con il compito affidato alla Repubblica, più in generale, dall'art. 3, co. 2, ossia quello di "rimuovere gli ostacoli" al pieno sviluppo della "persona umana", intesa allo stesso tempo, nella dimensione individuale e sociale (come elemento di sintesi e mediazione fra le istanze liberali e quelle più propriamente egalarie), se ne ricava il modello di uno Stato sociale di diritto fondato sulla solidarietà, in cui, da un lato, ciascun individuo è chiamato a fare la sua parte, in forza della propria appartenenza ad una comunità che ha scelto di darsi regole tali da garantire a tutti la possibilità di sviluppare appieno la propria personalità, e, dall'altro lato, l'Amministrazione pubblica è chiamata (anzitutto) a "servire", come la stessa etimologia del termine richiede (nella combinazione tra la particella "ad" e "ministrare", dal latino *servire*, curare, fornire), intervenendo per organizzare l'assistenza sanitaria con fondi pubblici.

Ora, se la prospettiva del diritto alla salute come diritto sociale implica la predisposizione di un insieme adeguato di strumenti organizzativi e finanziari e, dunque, un intervento pubblico teso a organizzare l'assistenza sanitaria con fondi pubblici (M. Conticelli, 2012), al contempo l'art. 32 Cost. non fornisce indicazioni nette in ordine ai rapporti tra pubblico e privato in ambito sanitario in relazione alle forme di organizzazione e fornitura del servizio, così dando

adito a posizioni diversificate (S. Lessona, 1950; B. Pezzini, 1988; C. Bottari, 1979).

Lo spazio del privato emerge con maggiore nettezza estendendo lo sguardo all'ambito del diritto all'assistenza sociale, come pare doveroso alla luce del già richiamato legame che astringe la prospettiva sanitaria e quella sociale nell'ottica dei "servizi alla persona" (del resto, la stessa salute è considerata in Costituzione anche in senso etico e sociale, come dimostra il collocamento dell'art. 32 nel Tit. II, prima parte). Il composito dettato dell'art. 38 Cost., pur risentendo della difficile delimitazione dei confini del diritto all'assistenza sociale rispetto agli altri diritti ivi contemplati, sancisce con chiarezza, al co. 4, che ai compiti previsti in seno al proprio articolato provvedono organi ed istituti predisposti "*o integrati dallo Stato*", e, al co. 5, che "*L'assistenza privata è libera*". Si esclude così, in radice, un monopolio pubblico del sociale e si prefigurano forme di integrazione tra pubblico e privato. Nell'ambito in esame, dunque, è particolarmente evidente la già richiamata apertura (e financo un *favor*) per l'apporto solidale (più o meno spontaneo e disinteressato) dei soggetti privati. Se ne può ricavare, da un canto, che i pubblici poteri sono senza dubbio tenuti a garantire e presidiare la realizzazione dei diritti sociali che trovano spazio in Costituzione (si pensi, oltre alle già menzionate sanità e assistenza, all'istruzione), dall'altro che tali poteri operano in un contesto che non nega, ma, anzi, riconosce (e secondo talune ricostruzioni impone) la compresenza di operatori pubblici e privati, in ossequio al principio pluralistico, sancito dall'art. 2 Cost.

In effetti, è proprio la presenza del principio pluralistico nelle maglie del dettato costituzionale, quale frutto maturo del superamento della concezione ottocentesca dello Stato monoclasse e soprattutto, reazione alla statualizzazione delle forze sociali operata nel periodo fascista, a imporre di lasciare spazio ai c.d. corpi o società intermedie (N. Bobbio, 1975). Tale lettura pare allineata con l'ideale, proprio alle democrazie pluralistiche, di associare indissolubilmente l'idea di libertà alla responsabilità e alla solidarietà (P. Ridola, 2006), sicché, leggendo a tale stregua i doveri che discendono dal principio solidaristico in forza della lettura combinata degli artt. 2 e 3, co. 2 Cost., essi graverebbero in modo eguale sui pubblici poteri e sulla comunità tutta (G. Arena, 2005), senza escludere che l'adempimento dei doveri che contribuiscono al pieno sviluppo della persona umana da parte di quest'ultima, possa essere libero, spontaneo e volontario.

Dalla lettura combinata degli artt. 32 e 38 nel prisma dei principi fondamentali sopra invocati può ricavarsi, pertanto, quale caratteristica propria dei servizi alla persona, quella di affiancare alla necessaria presenza delle istituzioni pubbliche una regolata, ma piena, apertura agli apporti delle organizzazioni private. Come si illustrerà ampiamente nel prosieguo, questa particolare circostanza è ascrivibile al fatto che non esistono, per questo settore, le condizioni tecniche, logistiche o economiche per giustificare una presenza monopolistica, escludente ed esclusiva, di un soggetto a discapito degli altri (R. Bin, D. Donati, G. Pitruzzella, 2021), pur residuan-

do delle peculiarità del settore sanitario rispetto a quello sociale.

Il quadro deve essere completato estendendo lo sguardo al fondamento costituzionale della iniziativa economica privata (anche) nell'ambito dei servizi alla persona, che è da rintracciare nell'art. 41 Cost. La disposizione, nel sancire che l'iniziativa economica privata è libera (co. 1), ammette che l'intervento pubblico vi si innesti in varie forme, delineando un modello c.d. di economia mista. Anzitutto, si prevede una funzionalizzazione dell'attività economica a fini sociali, sia in forma di vincolo negativo, sancendo che essa "*non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale*", (co. 2, il cui disposto è oggi arricchito dalla espressa menzione della salute come limite negativo cui l'attività economica medesima non può arrecare danno), sia in forma di vincolo positivo, assegnando alla legge il compito di determinare "*i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata*" ai fini sociali e (oggi) ambientali. Inoltre, la lettura combinata dell'art. 41 e delle disposizioni successive dimostra che l'iniziativa economica può anche essere pubblica, tant'è che i beni e le attività oggetto di iniziativa economica privata possano essere attratti alla sfera pubblica in forma di espropriazione (art. 42, commi 3 e 4 o 43) o essere originariamente riservati alla mano pubblica (art. 43).

Il disegno descritto è stato confermato dall'ingresso in Costituzione del principio di sussidiarietà, che qui viene in rilievo nella sua dimensione orizzontale (e, solo in minor misura, nella sua più tra-

dizionale e diffusa – anche a livello sovranazionale – dimensione verticale), come suggellata dall’art. 118, co. 4 Cost.. Stabilendo che la Repubblica, in tutte le sue articolazioni territoriali, favorisce “*l’autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*”, la riforma del 2001, senza sovvertire l’impostazione costituzionale precedente, ha introdotto una prescrizione in senso proprio ad attivare le forze della cittadinanza quando ne ricorrano le condizioni (D. Donati, 2013), così favorendo il ruolo dei privati nelle attività di interesse generale. La costituzionalizzazione del principio in parola, oltre ad assumere rilievo interpretativo, ha contribuito alla sua “giustiziabilità”, rendendo sindacabile non solo l’esercizio del potere legislativo e amministrativo che comprime l’autonomia dei privati, ma anche le scelte non idonee a favorire lo svolgimento di attività di interesse generale da parte di cittadini singoli o associati.

3. Punti fermi, questioni aperte e prospettive di indagine

Dal quadro sopra delineato possono ricavarsi una serie di considerazioni.

La prima è che i soggetti privati ben possono svolgere attività di interesse generale, cui sono indubbiamente da ascrivere i servizi alla persona. Si tratta di un approdo che oggi può apparire scontato (specialmente a valle della menzionata riforma del

dettato costituzionale del 2001), ma che rappresenta il frutto di un percorso di faticoso smantellamento delle letture “pan-pubblicistiche” ad opera dalla dottrina più attenta (si pensi, per tutti, all’elaborazione della figura degli “enti privati d’interesse pubblico” di A.M. Sandulli).

Se, dunque, è oggi conclamato che per mezzo della Costituzione abbia trovato riconoscimento la libertà per il privato di operare per tutti gli interessi generali, quantomeno per quelli che non siano affidati in via esclusiva ai pubblici poteri (C. Marzuoli, 2005), è anche vero che non se ne ricavano indicazioni definitive sulle condizioni alle quali tale presenza del privato possa (o debba) soggiacere, come anche su quale “privato” si intenda identificare, ossia il privato sociale o privato con scopo di lucro.

Sotto il primo profilo, senza poter compiutamente ricostruire le posizioni succedutesi in argomento, basti rimarcare che il dibattito circa l’individuazione del punto di equilibrio tra interventismo statale e iniziativa privata nell’espletamento di attività di interesse generale si è catalizzato, negli ultimi anni, attorno all’interpretazione da dare al principio di sussidiarietà orizzontale e, *sub specie*, al ruolo che tale principio assegna alla componente pubblica e privata. Ebbene, in tale ambito non si è giunti ad approdi univoci, registrandosi posizioni differenziate a seconda che si muova dal carattere meramente eventuale ed ancillare dell’intervento pubblico, legittimato, in questa prospettiva, a intervenire solo a valle della valutazione di inadeguatezza della risposta dell’iniziativa privata alle esigenze della collettività (in un’ottica

di contrapposizione tra pubblico e privato), oppure si prenda le mosse dal ruolo indefettibilmente complementare della componente pubblica, ancorché in chiave promozionale, rispetto all'intervento privato (in un'ottica di integrazione).

Sotto il diverso versante dell'individuazione della "natura" del soggetto privato che si voglia considerare, *rectius* del settore in cui tale soggetto privato agisca ("secondo" o "terzo", quindi imprenditoriale o *no profit*), non pare che il dettato costituzionale prenda una posizione definitiva, specialmente ove si consideri che il principio di sussidiarietà orizzontale, pur rappresentando indubbiamente la manifestazione più genuina della partecipazione del "privato sociale", non esclude dal proprio ambito di applicazione le attività di rilevanza economica. Il rilievo, da tempo corroborato a livello normativo (cfr. art. 2, lett. b, l. n. 180 del 2011 e, oggi, il d.lgs. n. 201 del 2022), non esclude evidentemente la compatibilità costituzionale di un trattamento differenziato tra le due tipologie di "privato", che, stante il peculiare collegamento tra i principi di sussidiarietà e solidarietà, consente di riconoscere una posizione prioritaria e privilegiata agli enti del terzo settore (E. Frediani, 2021; D. Palazzo, 2022) anche in relazione alla prestazione di servizi alla persona.

Ulteriori indicazioni sull'assetto del rapporto tra pubblico, privato e comunità in sanità devono ricercarsi, allora, nella disciplina di settore.

4. *La disciplina dell'erogazione "in privato" di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali*

Nel contesto della l. n. 833/78, guidata, come visto, da un'ottica di riunificazione sotto l'egida dell'intervento pubblico dei frammentari assetti organizzativi precedenti, è stato preservato il ruolo dei soggetti privati, legati in via indiretta ai soggetti erogatori (allora identificati nelle USL) attraverso un complesso reticolo di convenzioni di vario genere, vevoli tanto per le strutture sanitarie diagnostiche o *lato sensu* di cura (cfr. artt. 26, 36, 41, 43, 44), che, sia pure con disciplina più elastica, per le associazioni di volontariato (art. 45). In riferimento al rapporto tra strutture pubbliche e private convenzionate, la normativa, nel sancire il principio di libera scelta del paziente (artt. 19 e 25), subordinava l'accesso alle seconde all'accertamento (con autorizzazione) dell'incapacità delle prime di rispondere prontamente (nel termine di 3 giorni) al bisogno di cure, così configurando un sistema giudicato come "*correttamente integrato*" e non discriminatorio tra i due attori. Quanto al rapporto tra cittadino e c.d. "privato privato", esso rimaneva fuori dalla disciplina legale in quanto, come successivamente precisato dalla stessa legge, trattandosi di prestazioni a totale carico dell'assistito, esse esulavano dall'obbligo di autorizzazione come anche dalla garanzia di libera scelta del paziente (art. 25).

Le riforme degli anni '90 hanno profondamente innovato la disciplina in materia, introducendo il meccanismo ormai noto come delle "quattro A" (M. Conticelli, 2012; V. Molaschi, 2014): una sequenza di

atti abilitativi e consensuali con funzione di verifica, accertamento e programmazione, che consente ai soggetti pubblici, privati e ai professionisti che giungano con successo al relativo completamento di erogare prestazioni sanitarie per conto e a carico del SSN. Sono così state poste le premesse per l'instaurazione di un sistema fondato, quanto meno in linea teorica, sulla parità tra gli erogatori. L'analisi delle complesse riforme che hanno inciso sulla materia porterebbe lontano, sicché, al fine di trarre indicazioni sul rapporto tra pubblico, privato e comunità, si focalizzerà l'attenzione sull'assetto ordinamentale attuale non senza ricordare, a mo' di premessa del ragionamento, che il descritto *iter* a quattro fasi si può suddividere idealmente in due parti, quella delle prime due "A" (autorizzazioni), il cui rilascio è prescritto dalla legge anche per i soggetti privati che vogliono erogare prestazioni sul "mercato" in maniera libera (art. 8-ter), e quella che comprende l'accreditamento istituzionale (art. 8-quater) e la stipula di appositi accordi contrattuali (art. 8-quinquies), passaggi il cui completamento è necessario per consentire al privato di concorrere istituzionalmente alla garanzia della tutela della salute, agendo per conto e a carico del SSN.

Se grande attenzione è stata dedicata a tali ultime due fasi, specialmente in considerazione del fatto che sono state interessate da modifiche profonde, anche recenti (si allude alle modifiche introdotte dall'art. 13 della l. 5 agosto 2022, n. 118 a valle della segnalazione AGCM ai fini della legge annuale per il mercato e la concorrenza anno 2021), risultano dai più trascurate le peculiarità che emergono – significativamen-

te – anche in riferimento al regime cui è assoggettato l’operatore privato che intenda rimanere tale, ossia che non intenda intraprendere il procedimento riservato a coloro che aspirano a divenire “convenzionati” con il SSN. Anche il c.d. “privato privato”, come accennato, deve infatti sottostare ai precisi requisiti per ottenere l’autorizzazione alla realizzazione di strutture (o all’ampliamento di quelle preesistenti), nonché all’esercizio dell’attività sanitaria e sociosanitaria (art. 8-ter, cit.) e la legge subordina tutt’oggi il rilascio del titolo alla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari, così mantenendo una barriera all’accesso al “mercato” delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie che ha resistito alle istanze di liberalizzazione avanzate in sede istituzionale (si veda la già citata segnalazione AGCM ai fini della legge annuale per il mercato e la concorrenza anno 2021) e giurisdizionale, sulla scorta di un’interpretazione “eurounitariamente” orientata della disciplina in parola, poi opportunamente rimedia (v. Consiglio di Stato, III, 7 giugno 2018, n. 835 cui ha fatto seguito il *revirement* di Consiglio di Stato, III, 7 marzo 2019, n. 1589).

Il ragionamento si completa e trova una conferma volgendo lo sguardo al settore dei servizi sociali, dove la legislazione nazionale riproduce l’istituto dell’autorizzazione all’esercizio di strutture e servizi quale strumento di verifica del possesso di requisiti minimi per l’avvio dell’attività sociale “in privato”, ma al di fuori di qualsiasi programmazione pubblica (cfr. artt. 9, co. 1, lettera c, e 11, co. 1 l. n. 328 del 2000). Benché la poco successiva riforma del Titolo V, e il conseguente passaggio della materia alla competenza regionale

residuale abbia aperto a soluzioni regionali differenziate, la circostanza che la legge-quadro sia stata mantenuta come riferimento dai legislatori regionali, finendo per fungere da fonte di *standard* da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, consente di portare avanti il discorso su entrambi i livelli. Ebbene, il dato che, in questo ambito, l'autorizzazione all'esercizio sia nella maggioranza dei casi libera (come, del resto, spesso lo è l'accreditamento, cfr. L. Parona, 2019) si spiega alla luce delle peculiari condizioni del "mercato" dei servizi sociali. In tale ambito all'esiguità dell'offerta pubblica (che quindi non rischia di essere sottoutilizzata a fronte della presenza del privato), si affianca la presenza di molti fornitori mossi da ragioni diverse da quelle economiche, anche viste le condizioni difficili in cui versano i fruitori (A. Pioggia, 2020). Inoltre, i servizi sociali si caratterizzano per una modalità di accesso controllata dal soggetto pubblico (Comune), ciò che consente di controllare la domanda senza contingentare l'offerta (A. Albanese, 2007). In altri termini, ciò che determina la tendenziale insussistenza di barriere all'ingresso nel campo in analisi (tant'è che l'autorizzazione in molte realtà regionali è sostituita da una s.c.i.a. il cui presupposto è, appunto, l'assenza di contingentamenti) non è la relativa ontologica incompatibilità con i principi pro-concorrenziali, bensì le peculiarità del contesto di riferimento.

In effetti, è appena il caso di notare che la peculiare fisionomia del settore in analisi trova riconoscimento anche nell'ordinamento europeo. Basti pensare, *in primis*, all'esclusione dei servizi sanitari dall'ambito

di applicazione della c.d. direttiva *Bolkestein* (art. 2, lett. f, della Dir. 2006/123/CE), esclusione che, per i servizi sociali in senso stretto, assume un carattere relativo (art. 2, par. 2, lett j, della citata Dir.), nonché al regime differenziato riconosciuto agli “appalti di servizi sociali” globalmente considerati, quindi estesi alle prestazioni sanitarie, dalla direttiva in materia di contratti pubblici (cfr. artt. 74 e ss. Dir. 2014/24/UE, da leggere alla luce dell’All. XIV alla medesima Dir.). Vero è che la riferita disciplina concorre ad attestare il superamento dell’originario disinteresse dell’ordinamento europeo per i sistemi di protezione sociale, ma è anche vero che l’assoggettamento alle regole della contrattualistica pubblica è fortemente attenuato (A. Albanese, 2007) e, in ogni caso, deve essere letto alla luce dei considerando 4 e 114, dir. 2014/24/UE, ai sensi dei quali, in virtù della libertà di auto-organizzazione, gli Stati membri sono liberi di organizzare i servizi sociali anche attraverso modalità che non comportino la conclusione di contratti pubblici, a condizione che tale sistema assicuri una pubblicità sufficiente e rispetti i principi di trasparenza e di non discriminazione. Le, pur scarse, indicazioni ricavabili dalla direttiva concorrono, in altri termini, ad avallare la persistenza di regimi differenziati rispetto a settori “a libero mercato”, anche in forma di barriere all’ingresso, ove non discriminatori, giustificati da motivi imperativi di interesse generale e proporzionati all’obiettivo perseguito.

Le considerazioni appena svolte, pur non dissipando ogni dubbio sul controverso rapporto fra principio di concorrenza e principio di solidarietà (come

dimostra, del resto, l'ampio dibattito registratosi in argomento anche sulla scorta del cospicuo contenzioso a livello UE e nazionale in materia di affidamento del servizio di trasporto sanitario), valgono a dimostrare che, quando il privato intenda concorrere con il pubblico nell'ambito dei servizi alla persona, si entra in una logica di possibile limitazione dell'iniziativa economica del primo per il perseguimento di motivi imperativi di interesse generale, *sub specie*, per quanto detto, per la tutela della salute in senso universale e capillare da parte del soggetto pubblico. Di guisa che, a fronte della necessità primaria di evitare la sottoutilizzazione delle strutture pubbliche, può risultare giustificato non garantire condizioni di piena concorrenzialità fra strutture pubbliche e private, ovviamente a condizione che ciò non perpetui inefficienze da rendita di posizione.

Ci troviamo di fronte a una disciplina che fonda il suo senso ultimo nell'art. 41 Cost e sul ruolo da esso assegnato ai fini di utilità sociale nel quadro della consacrazione della libertà di iniziativa economica privata. Tale prospettiva, trova peraltro un riscontro nella riforma costituzionale del 2022, per la parte in cui, collocando precipuamente la tutela della salute (insieme a quella dell'ambiente) tra i limiti negativi che concorrono, con l'utilità sociale, ad arginare la libertà di iniziativa economica privata, giustifica l'ipotesi di un intervento dei pubblici poteri oltre che diretto anche indiretto, riconoscendo un controllo pubblico maggiore rispetto allo spazio lasciato all'iniziativa privata (ciò che evidentemente non esime da uno scrutinio attento della legittimità della singola misura, da valutare alla stregua

dei canoni della buona amministrazione, della proporzionalità e della ragionevolezza, nonché alla luce della tutela dell'affidamento del privato, ove rilevante).

5. *Le differenze rispetto alla disciplina dell'erogazione "con il privato" di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali*

L'analisi della disciplina di settore ci consegna anche un altro modello di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da parte del privato, ossia quello che, abbandonando l'ottica di contrapposizione, affianca alle forme di gestione diretta e indiretta del rapporto pubblico-privato in sanità (attraverso, principalmente, la procedura delle già richiamate "quattro A"), un modello di *governance* partecipativa del SSN.

Vengono in rilievo i c.d. partenariati, figura controversa che trova una disciplina specifica in ambito sanitario sin dall'inizio degli anni '90, con configurazione affinata e per certi versi irrigidita del 1999. Si allude evidentemente alle c.d. sperimentazioni gestionali di cui all'art. 9-bis del d.lgs. n. 502/92 s.m.i., che introducono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato, alla ricerca di modelli più efficienti di governo della spesa sanitaria (S. Civitarese Matteucci, M. D'Angelosante, 2010; C. Vitale, 2008).

Senza entrare nel dettaglio della disciplina, un aspetto merita di essere evidenziato ai fini delle presenti riflessioni: il privilegio riconosciuto dalla norma-

tiva, nell'area del settore privato, al coinvolgimento di organizzazioni non lucrative di utilità sociale, le c.d. ONLUS di cui all'art. 10 del d.lgs. 460/1997, tra cui rientrano a titolo esemplificativo, associazioni, fondazioni, società cooperative che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria/socio-sanitaria, della ricerca scientifica di particolare interesse sociale (art. 9-*bis*, co. 2, lett a).

Si tratta di un dato interessante perché se, quando si ragiona in termini di concorrenza tra pubblico-privato, la legislazione sui servizi alla persona pone sullo stesso piano privato *non-profit* e quello *for profit* come dimostra la disciplina sull'accreditamento sanitario (che si limita ad equiparare le istituzioni e gli organismi senza scopo lucrativo con le strutture private lucrative, cfr. art. 8-*quater*, commi 1 e 8, d.lgs. n. 502/1992) e quella sull'autorizzazione dei servizi sociali (cfr. art. 2, co. 1 del citato DM 21 maggio 2001, n. 308) quando si abbraccia, invece, la logica di pubblico "con" privato, gli enti del Terzo settore si vedono riconosciuto un trattamento privilegiato.

Ferma la portata generale dell'art. 1, co. 18 d.lgs. n. 502/1992 s.m.i., che invoca le istituzioni e gli organismi *non-profit* nella loro qualità di soggetti che concorrono "alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona", tale "concorrenza" si trasforma in un regime di favore per il privato sociale quando si professi un'azione di governance collaborativa con il pubblico.

Tanto sembra emergere non solo dal richiamato art. 9-*bis* ma anche, con i dovuti *distinguo*, dall'art. 1,

co. 15 lgs. n. 502/1992, che include i privati *non-profit* tra i soggetti che sono chiamati a partecipare alla redazione dei piani sanitari regionali insieme alle strutture private accreditate dal SSN (oltre che alle autonomie locali e alle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati *ex art. 1, co. 15 d.lgs. n. 502/1992 s.m.i.*).

Quando si tratta di leggere la dicotomia pubblico privato in chiave di co-amministrazione (pubblico “in collaborazione” con privato), allora, i termini del ragionamento si estendono naturalmente a un terzo polo, quello della comunità, che il privato sociale, appunto, rappresenta in forma organizzata.

Tale approccio è stato, come noto, potenziato, nell’ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali, dalla l. n. 328/2000, che ha stimolato il fenomeno delle collaborazioni tra pubblico e privato con particolare riferimento alle organizzazioni private *non-profit*, consacrando l’estensione del coinvolgimento di queste ultime in una fase che precede la mera gestione del servizio, ossia nella fase di progettazione. Si dal suo primo articolo, infatti, la legge quadro riconosce e agevola il ruolo degli organismi non lucrativi nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (co. 4) per poi affiancarli ai soggetti pubblici nell’offerta dei servizi cui sono chiamati a provvedere anche in qualità di soggetti “*attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi*”, in chiave promozionale rispetto agli altri soggetti privati (art. 1, commi 5 e 6 e art. 6, co. 2, lett. a). Costruendo su tale base giuridica, l’art. 7 del d.P.C.M. 30 marzo 2001

ha poi disciplinato la coprogettazione tra comuni e soggetti del Terzo settore per interventi “*innovativi e sperimentali*” diretti ad “*affrontare specifiche problematiche sociali*”. Ne discende un sistema di servizi finalizzato alla persona secondo un modello a rete, che non si limita a promuovere *partnerships* multi-attoriali ma che, in una logica *bottom-up*, sollecita l’iniziativa progettuale della comunità intesa in senso ampio, prefigurando, per tale via, l’erogazione di servizi più aderenti alle esigenze della collettività. Il modello, come si avrà modo di vedere nelle pagine che seguono, è oggi potenziato e generalizzato, con la consacrazione di un paradigma che esorbita ampiamente dai confini settoriali dei servizi sociali.

6. *Considerazioni economiche e sociali sul ruolo della comunità in ambito sanitario e sociosanitario*

La rilevanza della comunità in ambito sanitario è destinata a crescere per motivazioni economiche e sociologiche, prima che giuridiche, sulle quali merita soffermare brevemente l’attenzione.

Nel contesto nazionale, le organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella sanità occupano una quota di mercato che si aggira attorno al 28%, e concentrano la propria attività nel settore dell’assistenza sanitaria domiciliare nonché, sia pur con numeri meno rilevanti (vista l’intensificazione della competizione con il privato *for profit*) in quello delle case di cura (S. Catuogno, 2017). Benché le istituzioni *non profit* attive in ambito sanitario rappresentino una quota esigua del

totale, la presenza e il peso del terzo settore in ambito sanitario è in crescita per motivazioni economiche e non.

Sul primo versante, concorrono il carattere “*ad alto tasso di manodopera*” del settore in parola (per usare un inglesismo, il suo carattere *labour intensive* piuttosto che *capital intensive*), la peculiare natura dei beni e servizi sanitari (rivali, escludibili e, soprattutto, “di merito”, sicché, in virtù della loro importanza, non possono essere allocati e prodotti sulla base delle condizioni di mercato), nonché il regime cui sono sottoposti i soggetti *non profit* che, tra vincolo di non distribuzione degli utili e benefici di vario genere (donazioni di privati, sussidi governativi e sgravi fiscali), sono in condizione di offrire i propri servizi a prezzi inferiori rispetto a quelli di produzione (S. Catuogno, 2017).

Accanto alle ragioni economiche si collocano motivazioni sociologiche che fanno capo alla teoria sull’economia civile, fondata sull’idea che il buon andamento della società civile è garantito, tanto dall’efficiente funzionamento del mercato, quanto dall’attivazione dei processi di solidarietà da parte di tutti gli operatori (S. Zamagni, 2003). Basandosi sui principi fondanti della reciprocità (che lega una determinata azione non già a una pretesa di ricompensa bensì a una aspettativa di collaborazione), e della gratuità (che porta a relazionarsi con gli altri al fine di instaurare un rapporto di reciprocità), la teoria dell’economia civile reclama il conferimento di identità e autonomia al soggetto *non profit*, quale soggetto politicamente attivo e rilevante, e fa leva sulla relativa capacità di concorrere alla defini-

zione delle linee di intervento nell'area dell'assistenza, in luogo del tradizionale confinamento del relativo intervento a valle delle decisioni governative. In questa prospettiva, pertanto, il coinvolgimento “della comunità” socialmente attiva si dovrebbe garantire sin dal momento della definizione dei bisogni e dunque della programmazione, oltre che nell'organizzazione ed erogazione.

È particolarmente evidente l'assonanza di tale ricostruzione con quella che, in ambito giuridico, ha fatto variamente leva sulla dicotomia tra paradigma “bipolare” e paradigma “sussidiario” per promuovere il superamento della prospettiva che riconosce esclusivamente all'amministrazione la capacità di perseguire l'interesse pubblico, relegando gli amministrati a meri destinatari-beneficiari dell'intervento, professando una riallocazione dei ruoli in base alla quale la p.A. si fa “facilitatrice” del coinvolgimento diretto della comunità, al fine di individuare e soddisfare bisogni che, da sola, non riesce a intercettare o conseguire per inadeguatezza informativa, economica o tecnologica.

7. *Segue. Considerazioni giuridiche e il ruolo del PNRR tra innovazione, territorialità e integrazione socio-sanitaria*

Passando alle motivazioni giuridiche che contribuiscono alla crescita del peso della comunità nell'ambito dei servizi alla persona, occorre muovere da due considerazioni. Sul piano del diritto positivo, rileva *in primis* il passaggio da una fase di sostanziale esiguità

della disciplina dell'intervento del privato sociale in ambiti di interesse generale alla razionalizzazione della materia in un'ottica promozionale e di *favor* (basti citare l'art. 2 d.lgs. n. 117/2017, ai sensi del quale “è favorito l'apporto originale [degli enti del Terzo settore] per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, anche mediante forme di collaborazione con lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli enti locali”), cui ha fatto seguito il problema della perimetrazione dei confini delle fonti direttamente o indirettamente applicabili al variegato panorama degli enti *non-profit*. Il secondo elemento da considerare attiene al piano interpretativo, registrandosi in tempi recenti un allineamento verso la lettura “promozionale” delle relazioni tra p.A. e Terzo settore, con conseguente superamento delle precedenti visioni “riduzionistiche” rispetto alle relazioni basate sullo scambio di mercato (cfr., per tale rinnovata prospettiva, Corte cost., 26 giugno 2020, n. 131).

Ulteriore fattore giuridico che depone a favore della focalizzazione dell'attenzione su esperienze di partenariato che convogliano gli sforzi pubblici e privati, specialmente del privato sociale, verso obiettivi comuni è rappresentato dall'attuazione del PNRR.

Se, in termini generali, il Piano si riferisce in più passaggi all'esigenza di potenziare la “capacità amministrativa” (E. Frediani, 2022) della p.A., esso ascrive espressamente in capo a quest'ultima il compito di incentivare ed “accompagnare” lungo il loro intero ciclo di vita i progetti innovativi funzionali a incrementare la propria efficienza. Tale funzione di incentivo ed accompagnamento della progettualità innovativa

pone evidentemente l'amministrazione in una precisa posizione rispetto alla sfera del privato, stimolandola a sviluppare nuovi e più flessibili strumenti di dialogo con le imprese e, più ampiamente, con la comunità organizzata che costituisce il Terzo settore.

Pertanto, se da più parti si evidenzia che, nella prospettiva complessiva di attuazione dei vari obiettivi di piano, il partenariato pubblico-privato si candida ad assicurare un rafforzamento e una stabilizzazione degli obiettivi di sviluppo che non sono perseguibili né solo dal pubblico, né tantomeno solo dal privato (A. Moliterni, 2022), quando i fini della migliore gestione del patrimonio pubblico si combinano con quelli della più ampia soddisfazione dei diritti civili e sociali della comunità l'attenzione si concentra, in particolare, sul coinvolgimento del privato "sociale" (C. Iaione, 2021).

Coerentemente, osservando più da vicino la Missione 6 dedicata alla salute (M.A. Sandulli, A. Pioggia), le due componenti in cui sono suddivisi i relativi interventi (M6C1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" e M6C2 "*Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*"), attestano che l'obiettivo complessivo del PNRR è sì quello di modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, ma soprattutto di irrobustire la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, così da garantire, mettendo la tecnologia al servizio del territorio, maggiore equità e qualità nell'accesso alle cure. In seno alla Missione 6 sono dunque presenti i due "semi" che favoriscono la governance collaborativa tra pubblico e "privato", inteso specialmente nella

sua configurazione sociale di comunità, l'innovazione e la territorialità. Sotto il primo versante, l'esigenza di innovazione costituisce tradizionalmente uno dei principali "motori" che spingono la p.A. alla ricerca di forme di cooperazione con gli operatori privati, al fine di integrare il proprio carente *know-how* (C. Iaione, A. Coiante, 2022). Quanto alla territorialità, sviluppare l'assistenza territoriale significa rafforzare la capacità del SSN di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone. Gli enti del Terzo settore si candidano, allora, come *partners* privilegiati, in quanto, come chiarito dalla Corte costituzionale, si presentano sul territorio in una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, e sono quindi in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un'importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della "società del bisogno" (cfr. ancora Corte cost. n. 131/2020).

A uno sguardo di insieme, le misure adottate in attuazione o a completamento dei finanziamenti di matrice europea convergono verso la promozione del ruolo della comunità in ambito sanitario e sociosanitario anche sotto un ulteriore specifico profilo: quello della promozione del SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario, dove gli ambiti

sanitari, sociosanitari e sociali sono profondamente integrati, in un’ottica presa in carico globale e olistica dell’individuo, che tenga conto di tutte le determinanti della salute, *in primis* quelle sociali. Lo scopo dichiaratamente perseguito è quello della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento degli enti locali e degli attori del Terzo settore (cfr. art. 1 d.l. n. 34/2020, c.d. decreto Rilancio). In quest’ottica, il DM Salute 23 maggio 2022, n. 77, sull’assistenza territoriale, (la cui emanazione ha rappresentato, come noto, una delle tappe essenziali dell’attuazione del Piano, cfr. R. Balduzzi, 2022; L. Busatta, 2023) se, da un canto, fonda le case di comunità (Cdc) quali sedi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, dall’altro include chiaramente tra le linee guida della sanità territoriale, tanto “*la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti*”, che la “*valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali, comprese le associazioni/organizzazioni del Terzo Settore*”, con previsioni che si riflettono specificamente sull’assetto delle Cdc (D. Caldirola, 2022; F.G. Cuttaia, 2024).

L’ultimo (certamente non per importanza) tassello che converge verso il potenziamento della comunità, *in primis* nella forma della solidarietà organizzata, per realizzare la presa in carico globale dell’individuo in ambito sanitario e sociosanitario in connessione con gli obiettivi del Piano, è rappresentato dalle recenti politiche in favore delle persone anziane. Il d.lgs. n. 29/2024 è costellato di previsioni che, in ossequio all’obiettivo generale di realizzare il “*benessere bio-*

psico-sociale” dell’anziano e della sua famiglia, contemplano la partecipazione delle parti sociali a più livelli. Appare particolarmente significativo, ai presenti fini, che la legislazione riconosca, *sub specie*, agli enti del Terzo settore, non solo la veste di soggetti dotati di un patrimonio informativo capace di contribuire alla valutazione multidimensionale unificata dei bisogni della persona anziana e alla redazione della pianificazione assistenziale individualizzata che ne discende (v. art. 27, commi 6 e 15), ma quella di *partners* chiave per la realizzazione dell’integrazione dei servizi sociali e sanitari, riconoscendo loro la facoltà di concorrervi “*anche con le modalità previste dagli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione di cui agli articoli da 55 a 57 del codice del terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017, e dalle linee guida approvate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31 marzo 2021, pubblicato nel sito istituzionale del medesimo Ministero*” (art. 25, co. 3). Vero è che tali politiche si collocano precipuamente nella Missione 5, che a differenza di quella dedicata alla salute, valorizza espressamente il Terzo settore, ma è anche innegabile che quello degli anziani non autosufficienti (insieme alla disabilità) costituisce il maggiore punto di contatto tra Missione 5 e Missione 6 (F. Aperio Bella, 2024).

8. *Ricadute applicative e sviluppi possibili*

La via dell’implementazione del ruolo della comunità in sanità sembra allora tracciata, come anche l’in-

dividuazione dei migliori metodi (collaborativi) per coltivarne il coinvolgimento.

Se la collaborazione con i cittadini assurge ormai a principio comune dell'azione amministrativa (cfr. art. 1, co. 2-*bis*, l. n. 241/1990 come introdotto dalla l. n. 120/2020) la collaborazione, nell'ambito dei servizi alla persona, costituisce uno snodo concettuale necessario, meritevole di essere declinato in termini peculiari. Facendo tesoro delle esperienze che valorizzano i c.d. partenariati misti, composti da soggetti pubblici, privati e organizzazioni della società civile, quali attori strategici per indirizzare le decisioni pubbliche, sia al livello globale che locale, verso soluzioni volte a risolvere le più importanti sfide dello sviluppo sostenibile (si pensi specialmente all'ambito urbano, cfr. P. Chirulli, C. Iaione, 2018; S. Foster, C. Iaione, 2022), assumere la prospettiva della comunità in sanità richiede di superare la logica di contrapposizione tra pubblico e privato, riconoscendo il volto solidaristico del fenomeno, e, per tale via, di guardare con particolare attenzione al "privato sociale".

Si tratta, si badi, di indicazioni generali, che si radicano nel dettato costituzionale e in un'interpretazione sistematica delle fonti primarie, oltre che in considerazioni sociali ed economiche, sicché non trovano ostacolo nel fatto che il Terzo settore o certi moduli di amministrazione collaborativa siano o meno contemplati in specifici ambiti di intervento sociale o sanitario.

Sul piano delle implicazioni concrete, occorre considerare che quando la peculiare "sensibilità" dei servizi che vengono in rilievo si accompagna a determinate caratteristiche dei soggetti coinvolti (connota-

zione solidaristica e gratuità della loro attività), l'orizzonte si apre non solo alla sottrazione dal rispetto alle norme di derivazione euro-unitaria sulla contrattualistica pubblica, bensì all'applicazione di altri moduli procedurali che, nel rispetto del quadro normativo europeo, si candidano per realizzare la funzione di promozione richiesta dall'art. 118, co. 4 Cost. con numerosi vantaggi per la stessa amministrazione.

Il Codice del Terzo settore offre, su questo versante, soluzioni in grado di garantire la necessaria flessibilità – in modo da preservare un coerente livello di differenziazione in base alle caratteristiche del territorio e ai bisogni della comunità – insieme ad un adeguato raccordo tra tutti i livelli, dal quale potrebbero conseguire efficientamenti in termini di innalzamento della qualità e promozione di un clima di fiducia, oltre che notevoli risparmi di spesa (A. Santuari, 2024). Per realizzare congiuntamente e sinergicamente gli obiettivi di elevazione del soddisfacimento dei bisogni e di risparmio, sia in termini di spesa che di oneri procedurali, occorre cogliere le opportunità che le previsioni codicistiche mettono a disposizione, senza farne un uso distorto.

Viene in rilievo, *in primis*, lo specifico modello di condivisione della funzione pubblica prefigurato dall'art. 55 CTS che, nella sua attuale ampiezza, costituisce una innovativa “procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria” (Corte cost. 131/2020, cit.) nonché, più specificamente “*una delle metodologie ordinariamente utilizzabili per l'attivazione di rapporti di collaborazione con gli enti del Terzo Settore*” (TAR Toscana, sez. III, 12 maggio 2022, n. 661) e riservata a questi

ultimi per via della loro specifica attitudine a partecipare alla realizzazione dell'interesse generale. Ebbene, come noto, a differenza delle convenzioni (art. 56 e 57) la disposizione in analisi apre al coinvolgimento della comunità non già limitatamente alla prestazione di servizi, bensì nell'esercizio delle funzioni pubbliche di programmazione (art. 55, co. 2) e progettazione, (art. 55, co. 3 e ss.), anche attraverso la previa selezione del soggetto co-progettante in forma di accreditamento (art. 55, co. 4). Si tratta di strumenti preziosi non solo per ridurre l'asimmetria informativa che ostacola l'efficace perseguimento dell'interesse pubblico, ma anche per convogliare con strumenti agili risorse private verso obiettivi di interesse generale, adeguando la prestazione al contesto territoriale nel quale le p.A. si trovano ad operare (E. Frediani; D. Palazzo). Con specifico riferimento alla co-progettazione, tale forma di partenariato, pur potendo attenersi sia al momento progettuale che a quello realizzativo, involge di regola entrambi i momenti, al fine di assicurare che i servizi, ideati con il coinvolgimento degli enti del Terzo settore, siano concretamente gestiti dai medesimi. Nella prassi, la procedura si apre con un avviso pubblico, cui segue la valutazione dei progetti presentati, la redazione di una graduatoria e la stipula con il primo classificato di una "convenzione" che regola le modalità di esecuzione del progetto prescelto e definisce la remunerazione del *partner*. Inoltre, come chiarito dalle Linee Guida ministeriali del 2021 (DM n. 72/2021), che rimangono di riferimento in questo ambito, la co-progettazione si può espletare non soltanto con l'adesione alle proposte di collaborazione formulate

dagli enti pubblici (in tesi, locali e del Servizio Sanitario), ma anche con l'assunzione dell'iniziativa da parte degli stessi enti del Terzo settore, cui spetterà la formalizzazione di una proposta progettuale, che indichi con chiarezza l'idea progettuale avanzata, le attività rimesse alla cura del partenariato, comprese le risorse umane a disposizione, e che poi spetterà all'ente medesimo pubblicizzare.

La posizione della comunità in sanità, specialmente nel contesto della nuova sanità territoriale, può e deve essere diversa rispetto al passato, inducendo a leggere l'istituto in analisi nella sua forma più genuina di strumento di amministrazione condivisa e di promozione dell'autonoma iniziativa dei cittadini (art. 118, co. 4 Cost.). Ciò può avvenire non solo, come è evidente, nei casi in cui la co-progettazione sia attivata dagli enti del Terzo settore, ma anche quando l'amministrazione lasci spazio alla progettualità del privato sociale, ad esempio limitandosi ad individuare, in sede di avviso pubblico, le finalità che intende perseguire ed eventualmente le tipologie di attività che, a titolo esemplificativo e in via generica, possano risultare ad esse strumentali, rimettendo agli enti l'ideazione e l'elaborazione di proposte idonee.

Spetta, allora, alle amministrazioni regionali e locali (non solo attraverso specifici interventi normativi, ma anche approntando strumenti di informazione, tecnologici e finanziari) porre le basi affinché la comunità possa partecipare, in modo proattivo, consapevole e propositivo, alla definizione, costruzione e gestione delle attività e delle azioni, che definiscono i percorsi di "presa in carico globale e olistica" delle

persone, favorendo, anzitutto, forme di co-programmazione che lascino uno spazio reale alla definizione dei bisogni da parte della comunità. In secondo luogo, la trasversalità degli interventi in materia di servizi alla persona richiede che la cooperazione si instauri anche tra gli stessi attori istituzionali, che devono impegnandosi a superare le problematiche connesse al diverso criterio riparto di competenze legislative Stato-Regioni nell'ambito della tutela della salute e dell'assistenza sociale. In tale ultima prospettiva, meritano attenzione gli “accordi di collaborazione organizzativi” che la recente legislazione appronta quale strumento per assicurare una effettiva integrazione operativa nei processi di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti (cfr. art. 26 d.lgs. n. 29/2024).

Solo per tale via l'instaurazione di un rapporto di reciprocità con gli individui in ambito sanitario, basato su logiche di responsabilizzazione e concorso verso obiettivi comuni, potrà essere davvero proficuo per l'amministrazione, non solo e non tanto sotto il profilo “contabilistico”, valorizzato (in chiave quasi “salvifica”) per tutti i partenariati, ma specialmente perché idoneo all'instaurazione di un vero e proprio paradigma collaborativo, allineato con l'attuale modo di concepire la salute umana, che, come ormai conclamato, non può essere scissa dalla salute del pianeta e di tutti i suoi abitanti perché non dipende solo dalle cure sanitarie, bensì da un'ampia serie di “determinanti” quali l'ambiente, i regimi alimentari, lo stile di vita, i fattori sociali ecc., ciò che spinge a coinvolgere gli individui in qualità di protagonisti della propria

salute in un'ottica di prevenzione, favorendo la promozione delle forme di azione collettiva che abbiano ricadute pubbliche. La stessa personalizzazione delle cure propria dell'approccio integrato ai bisogni sanitari e sociali del paziente, in ultima analisi, depone per la promozione delle autonomie sociali, entro cui la persona sviluppa, matura e concretamente vive la sua dimensione del pluralismo, attuando pienamente, per tale via, la centralità della persona che emerge da una combinazione articolata ed equilibrata tra gli artt. 2, 3, 32, 38 e 118, ultimo comma, Cost.

Riferimenti bibliografici

- Aicardi N., *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo, parte speciale, I*, a cura di S. Cassese, Milano, 2005, 630.
- Albanese A., *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Milano, 2007.
- Albanese A., *Servizi sociali*, in *Trattato di diritto amministrativo europeo*, diretto da M.P. Chiti, G. Greco, Milano, 2007, IV, 1897.
- Albanese A., *I servizi sociali nel codice del terzo settore e nel codice dei contratti pubblici: dal conflitto alla complementarietà*, in *Munus*, n. 1/2019, 138 ss.
- Aperio Bella F., *Telemedicina tra decentramento ed esigenze di uniformità*, in *Sanità rurale e assistenza sanitaria decentrata Spagna e Italia. Esperienze a confronto*, a cura di C. Bottari, P.G. Tárraga López, J. Cantero Martínez, Napoli, 2024, 345 ss.
- Arena G., *Introduzione all'amministrazione condivisa*, in *Studi parlamentari e pol. cost.*, 1997, 117118, 29.
- Arena G., *Il principio di sussidiarietà orizzontale*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, II, Jovene, Napoli, 2005, 187 ss.
- Arena G., *Amministrazione e società. Il nuovo cittadino*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2017, 43 ss.
- Balduzzi R., *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2, 2022, 462.
- Bin R., Donati D., Pitruzzella G., *Lineamenti di diritto pubblico per i servizi sociali e sanitari*, IV ed., Torino, 2021.
- Bobbio N., *Libertà fondamentali e formazioni sociali. Introduzione storica*, in *Pol. Dir.*, 1975, 431 ss.
- Bottari C., *Art. 1*, in *Il Servizio sanitario nazionale, con il coordinamento di F. Roversi Monaco*, Milano, 1979, 92 ss.
- Busatta L., *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, n. 26, 2023.

- Caldirola D., *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus-online*, n. 5, 2022, 171.
- Catuogno S., *Il partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance*, Torino, 2017.
- Caruso E., *L'evoluzione dei servizi alla persona nell'ordinamento interno e in quello europeo*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 2017, 1113 ss.
- Cerulli Irelli V., *Sussidiarietà (dir. amm.)*, in *Enc. giur.*, agg. XII, Roma, 2004.
- Chirulli P., Iaione C. (a cura di) *La Co-città*, Napoli, 2018
- Civitarese Matteucci S., D'Angelosante M., *Servizi sanitari e concorrenza: la prospettiva comunitaria e il caso delle sperimentazioni gestionali*, in *Astrid.it*, 2010.
- Conticelli M., *Pubblico e privato nel servizio sanitario*, Milano, 2012.
- Corso G., *Pubblico e privato nel sistema sanitario*, in G. Corso, P. Magistrelli (a cura di) *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, 2009, 18 e già Id., *I diritti sociali nella costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, 755 ss.
- Cuttaia F.G., *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *federalismi.it*, n. 23, 2022.
- D'Atena A., *Costituzione e principio di sussidiarietà*, in *Quaderni costituzionali*, 2001, 13 ss.
- Donati D., *Il paradigma sussidiario. Interpretazioni, estensioni e garanzie*, Bologna, 2013.
- Duret P., *La sussidiarietà «orizzontale»: le radici e le suggestioni di un concetto*, in *Jus*, 2000, 95 ss.
- Duret P., *Status activae civitatis. Nuovi orizzonti della sussidiarietà orizzontale nel community empowerment*, Napoli, 2023.
- Ferrara R., *Salute (diritto alla)*, in *Digesto*, XIII, Torino, 1997, 519 ss.
- Ferrara R., *L'ordinamento della sanità*, II ed., Torino, 2020.

- Ferrari E., *I servizi sociali*, in *Trattato di diritto amministrativo*, 2 ed. a cura di S. Cassese, *Diritto amministrativo speciale*, I, Milano, 2003, 891 ss.
- Foster S., Iaione C., *Co-Cities Innovative Transitions toward Just and Self-Sustaining Communities*, MIT Press, 2022.
- Frediani E., *La co-progettazione dei servizi sociali*, Torino, 2021.
- Frediani E., *Percorsi evolutivi della partecipazione civica al tempo del piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Dir. amm.*, 2/2023, 301 ss.
- Gaddes da Filicaia M., Giorgi C., *L'espansione del privato nel contesto globale*, in *Pol. Soc.*, 3/2023, 425 ss.
- Giglioni F., *Il principio di sussidiarietà orizzontale nel diritto amministrativo e la sua applicazione*, in *Foro amm. CDS*, 2009, 2909 ss.
- Giglioni F., *Forme di cittadinanza legittimate dal principio di sussidiarietà*, in *Dir. e soc.*, 2/2016, 305 ss.
- Iaione C., *Il diritto all'innovazione sostenibile per l'investimento nelle infrastrutture sociali. Un'analisi empirica*, in *Riv. giur. ed.*, 2021, 301 ss.
- Iaione C., Coiante A., *Il partenariato per l'innovazione sostenibile nel settore sanitario*, in *Riv. giur. ed.*, n. 6/2022, 503 ss.
- Lessona S., *La tutela della salute pubblica*, in P. Calamandrei, A. Levi (a cura di) *Commentario sistematico della Costituzione italiana*, I, Firenze 1950, 335 ss.
- Luciani M., *Il Diritto alla salute (dir. cost.)*, in *Enc. Giur.*, vol. XXVII, Roma, 1991, 4 ss.
- Luciani M., *Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato*, Studi del Servizio Ricerca del Parlamento europeo, Unità Biblioteca di diritto comparato, 2022.
- Marzuoli C., *Sussidiarietà e libertà*, in *Riv. dir. priv.*, 2005, 71 ss.
- Molaschi V., *Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali tra esigenze di contenimento della spesa pubblica e tutela della concorrenza*, in *Giur. it.*, 2014, 657 ss.
- Moliterni A., *Le prospettive del partenariato pubblico-privato nella stagione del PNRR*, in *Dir. amm.*, 2/2022, 441 ss.

- Palazzo D., *Le attività di interesse generale del terzo settore tra sussidiarietà e valori costituzionali*, in *Dir. amm.*, 2/2022, 513 ss.
- Palazzo D., *Pubblico e privato nelle attività di interesse generale. Terzo settore e amministrazione condivisa*, Torino 2022.
- Parona L., *Le potenzialità dell'accreditamento nel sistema integrato dei servizi sociali*, in *Munus*, 2/2019, 641 ss.
- Pastori G., *Amministrazione pubblica e sussidiarietà orizzontale*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, II, Napoli 2005, 1752 ss.
- Pastori G., *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pub.*, 1/2002, 85 ss.
- Pezzini B., *Principi costituzionali e politica della sanità*, in C.E. Gallo, B. Pezzini (a cura di) *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1988, 10 ss.
- Pioggia A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2020.
- Pioggia A., *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Ist. del Fed.*, Numero speciale 2020, 17 ss.
- Ridola P., *Diritti fondamentali. Un'introduzione*, Torino, 2006.
- Sandulli A.M., *Enti pubblici ed enti privati di interesse pubblico* in *Giust. civ.*, 1958, 1943 ss., oggi in *Scritti Giuridici*, IV. *Diritto amministrativo*, Napoli, 1990, 509 ss.
- Sandulli M.A., *Sanità, misure abilitanti generali sulla semplificazione e giustizia nel PNRR*, in *federalismi.it*, luglio 2021.
- Santuari A., Sahe W., *Paradigms of Healthcare Systems, Law and Regulation*, in *The Oxford Handbook of Comparative Health Law*, edited by D. Orentlicher, T.K. Hervey, Oxford, 2022, 19 ss.
- Santuari A., *La tutela dei diritti dei pazienti tra sanità digitale e collaborazioni pubblico-private: il ruolo degli Enti del Terzo settore*, in *San. pub. e priv.*, 1/2024, 5 ss.
- Vitale C., *Organizzazione, funzioni e governance delle so-*

cietà di sperimentazione gestionale in A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di) *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario*, Milano, 2008, 193 ss.

Zamagni S., *L'impresa socialmente responsabile nell'epoca della globalizzazione*, in *Not. di politelia*, vol. 72, 2003, 28 ss.

Zamagni S., *Per una teoria economico-civile dell'impresa cooperativa*, in *Verso una nuova teoria economica della cooperazione*, a cura di E. Mazzoli, S. Zamagni, Bologna, 2005.

PUBBLICO, PRIVATO E COMUNE
TRA *ONE HEALTH* E *PLANETARY HEALTH*:
IL WELFARE DI COMUNITÀ

*Christian Iaione**

SOMMARIO: 1. Introduzione sul rapporto tra città e welfare e sulla sua graduale divaricazione. – 2. Le basi del welfare di comunità. – 3. L’attuazione del welfare di comunità. – 4. Conclusioni: *One Health* e *Planetary Health* come modelli di ri-localizzazione e governance multiattoriale e multidimensionale nella cura della salute?

1. *Introduzione sul rapporto tra città e welfare e sulla sua graduale divaricazione*

Già in passato mi sono dedicato ad indagare il rapporto tra città e welfare (C. Iaione, 2012, per un contributo più aggiornato sul tema v. G. Strazza, 2021). In quella sede partivo dalla consapevolezza acquisita attraverso l’analisi degli studi sul welfare o benessere urbano di urbanisti che hanno dimostrato come le disuguaglianze redistributive, i conflitti sociali, le situazioni di disagio personale trovino nel territorio il palcoscenico per la propria più drammatica rappresentazione (P. Bellaviti 2006, 2008, 2009; S. Munarin, C. Tosi, 2009).

* NIAS-KNAW 2023-2024 Fellow e Professore di Law & Policy of Innovation and Climate Change all’Università LUISS Guido Carli di Roma e referente per il City Science Office – Reggio Emilia.

Una condizione di non benessere e dunque di «disagio» si determina ogniqualvolta sia negata alla persona la libertà di svilupparsi pienamente, cioè di affermare la propria dignità di individuo unico e irripetibile e di valorizzare i propri talenti (art. 3, co. 2, Cost., sul principio di eguaglianza cfr. L. Paladin, 1965, C. Rossano, 1966).

Per consentire il «pieno sviluppo» è pregiudiziale che la persona stia bene nel proprio «spazio di vita». Una città consente ai suoi cittadini di «stare bene» solo se essa fornisce loro un complesso di beni e condizioni, materiali e immateriali, che consentano alla persona di crescere e coltivarsi (A. Belli, 2005; C. Pinelli, 2010, sul passaggio da una concezione redistributiva a una concezione procedurale del principio di eguaglianza e, dunque, sulla sua natura di canone che impone alla Repubblica di agire in misura prevalente nella direzione di promuovere attraverso politiche pubbliche *ad hoc* le condizioni che rendono effettivi i diritti dei cittadini, in particolare quelli sociali, anziché di mero vincolo a garantire con legge diritti a prestazioni pubbliche).

Il tema del benessere individuale o collettivo dei cittadini è stato affrontato anzitutto nella sua dimensione fisica e quindi le politiche di welfare dei Paesi più sviluppati si sono concentrate prioritariamente sulla costruzione dello «spazio pubblico urbano» cioè di «case, attrezzature collettive, spazi verdi e infrastrutture» (B. Secchi, 2005). È stato, infatti, osservato come la dimensione spaziale inevitabilmente condizioni la qualità della vita quotidiana dei cittadini e le loro forme di interazione e condivisione. Le città co-

stituiscono il principale ecosistema per lo svolgimento della personalità umana e in quanto tali rappresentano lo spazio fisico prioritario entro il quale occorre assicurare condizioni di benessere individuale e collettivo, l'esercizio dei diritti di cittadinanza, la possibilità di far convivere diversità (P. Bellaviti, 2012)¹.

Oggi, infatti, si parla di «città delle differenze» (P. Bellaviti, 2012) per via delle «popolazioni plurali che abitano lo spazio e il tempo della vita quotidiana» (G. Pasqui, 2008) o dei «mille corpi plurali che abitano le città, nella loro diversità e ricchezza di generi, età, stili di vita e di consumo, disposizioni sessuali, religioni e spiritualità, provenienza geografica e culturale, condizione di salute fisica e mentale, livelli di reddito o collocazione sociale. È, infatti, negli spazi urbani e con riferimento agli usi che i cittadini fanno degli stessi» (G. Paba, 2010). La complessità sociale della città contemporanea accoppiata con la scarsa consapevolezza e le ridotte o inesistenti capacità di governo delle istituzioni pubbliche è all'origine di fenomeni di insicurezza urbana, di degrado dell'ambiente urbano e di conflitto nell'uso degli spazi pubblici, del sorgere di aree adibite alle marginalità e all'esclusione (i.e. migranti ed homeless), dell'innalzamento di barriere che impediscono la libertà di movimento o espressio-

¹ L'Autrice osserva come «la dimensione spaziale incida sulla qualità della vita quotidiana dei diversi soggetti urbani e sulle loro forme di interazione e condivisione. La città, infatti, con i suoi spazi e le sue infrastrutture, in quanto «ambiente di vita» individuale e collettiva, è lo «spazio» privilegiato per lo sviluppo del benessere, l'affermarsi dei diritti di cittadinanza e il realizzarsi della convivenza fra diversità».

ne dei cittadini (si pensi ai lavoratori che devono confrontarsi quotidianamente con i problemi del traffico urbano, alle barriere architettoniche o alla carenza/degrado di infrastrutture urbane dedicate agli anziani, bambini e disabili), di deterioramento delle condizioni di salute dei cittadini a seguito della complessiva riduzione del «benessere urbano». La risposta del legislatore italiano a questa problematica è stata finora l'offerta pubblica di standard quantitativi, prestabiliti in astratto dalla legge, di infrastrutture e/o servizi. La legge urbanistica nazionale, la n. 1150 del 17 agosto 1942, demanda al piano regolatore generale la definizione delle «aree destinate a formare spazi di uso pubblico» (art. 7, co. 2, n. 3) e fissa un principio generale della materia in virtù del quale devono essere sempre rispettati «rapporti massimi tra spazi destinati agli insediamenti residenziali e produttivi e spazi pubblici o riservati alle attività collettive, a verde pubblico o a parcheggi» (art. 41-*quinquies*, co. 8). Nonostante la materia sia transitata nella sfera di competenze legislative regionali a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, a regolare questo rapporto tra spazi privati e spazi pubblici è ancora un decreto ministeriale. Si tratta del d.m. 2 aprile 1968 n. 1444, che aggancia al numero di abitanti insediato la dotazione minima di spazi pubblici o riservati ad attività collettive e, più precisamente, richiede 18 metri quadri di spazi pubblici per ogni 80 metri cubi di costruzione. Naturalmente si tratta di una regola che subisce e ha subito molte deroghe, specie nelle aree intensamente edificate o nei nuclei antichi (P. Urbani; S. Civitarese Matteucci, 2010). Peraltro, si tratta di spazi che il

più delle volte sono stati progettati o concepiti male e realizzati o gestiti ancora peggio. Oggi, poi, vengono drasticamente ridimensionati o cancellati del tutto per carenza dei necessari finanziamenti pubblici. Si tratta all'evidenza di una soluzione anacronistica che è ormai entrata in crisi perché non tiene conto dei fattori di complessità che nel frattempo sono emersi nella società moderna e, soprattutto, stabilisce una riserva meramente quantitativa di spazi che non ha mai consentito di garantire la loro corrispondenza con le effettive esigenze della collettività, né la loro effettiva realizzazione (P. Stella Richter, 2010).

La divaricazione tra città e salute procede di pari passo con la dis-integrazione socio-sanitaria e la de-localizzazione della cura della salute come servizio segnata nella riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari dal passaggio dalle USL alle ASL (R. Balduzzi, 2022; T. Andreani, 2023). Si tenta successivamente di reintegrare prossimità nella tutela della salute attraverso il modello del welfare di comunità (G. Razzano, 2022; T. Andreani, 2023). Si sviluppano sostanzialmente due matrici di welfare di comunità: una lombarda e una emiliano-romagnola (E. Rossi, 2021; F. Pizzolato, 2022; C. Tubertini, 2023). Il PNRR sembra voler sposare questo modello ed elevarlo a sistema attraverso case della comunità, ospedali di comunità, farmacie di comunità (A. Pioggia, 2022; B. Perego, 2023).

Ma questo disegno riformatore coglie la vera essenza del concetto di welfare di comunità? Nelle pagine che seguono proverò ad elaborare una risposta a tale quesito.

2. *Le basi del welfare di comunità*

In questa parte dello studio tenterò, brevemente e per punti salienti, di rispondere ai seguenti interrogativi: che cos'è la comunità? Dove si può rintracciare il vero fondamento costituzionale di una cooperazione multi-attoriale che deve stare alla base di un vero welfare di comunità?

Che cos'è la Comunità?

Vorrei partire anzitutto dalle prospettive acquisite a seguito dell'esperienza pandemica. Se, infatti, il Covid ha impattato di più in alcune regioni rispetto ad altre, è anche perché c'è stato un sistema di *governance* diverso: è oggettivo che, mettendo a confronto il numero di vittime della pandemia con le regioni che hanno maggiormente 'accettato' il modello della sussidiarietà orizzontale dell'art. 118 ultimo comma Cost., nella sua prima interpretazione, ci si rende conto che forse c'è una corrispondenza.

Alcuni giuristi hanno cercato di interpretare in maniera positiva questo modello della sussidiarietà orizzontale, cercando di "vestirlo" con il concetto di amministrazione condivisa, ma sta di fatto che l'art. 118, ultimo comma, Cost. è stato utilizzato come fondamento per dire che il 'sociale', forse a costi più ragionevoli del privato *for profit*, avrebbe dovuto cercare di erogare servizi funzionali alla tutela del bene fondamentale della salute.

Quello di "amministrazione condivisa" è un termine che, giuridicamente, non emerge prima del '97. Tuttavia, prima di questo momento, sia Costantino Mortati (C. Mortati, 1959) che poi la Corte cost. tra

gli anni '70 e '80, hanno cercato di evidenziare la possibilità di declinare il principio di solidarietà al fine di utilizzarlo per reinterpretare il rapporto tra pubblica amministrazione e società e tutto quello che il concetto di società rappresenta, incluso l'attore privato. Ed è proprio questo il punto fondamentale: anche il privato *for profit* può essere considerato parte della Comunità, secondo questo approccio multi-attoriale e multipolare che è stato codificato nella letteratura internazionale con la “teoria della quintupla elica” (S. Foster; C. Iaione, 2022) e che oggi trova un riscontro forse anche nel Codice dei contratti pubblici e nella legge sul procedimento amministrativo.

Dove si può rintracciare il fondamento costituzionale di questa cooperazione multi-attoriale?

Quindi avendo coperto il primo tema (*che cos'è la Comunità?*), passiamo al secondo: qual è il fondamento costituzionale di questa cooperazione?

A mio parere non dovrebbe essere rintracciato nell'art. 118. Cost., ma nel principio – richiamando anche le parole di Costantino Mortati – di collaborazione civica, che trova fondamento nel principio di solidarietà di cui all'art. 2 Cost. (C. Iaione, 2015), ma anche nella giurisprudenza della Corte cost. che, con riferimento all'art. 38, comma 4 Cost., quando ha affrontato la tematica dell'assistenza sociale di cura, ha fatto riferimento agli “*organi e degli istituti predisposti o integrati dallo Stato*”.

Tale ricostruzione della disposizione costituzionale è stata utilizzata dalla giurisprudenza della Consulta sin dagli anni '80 per giustificare la legittimazione delle casse previdenziali che, nella funzione di cura

e assistenza, avevano bisogno di essere integrate o predisposte, e si sono così viste riconoscere la possibilità di imporre un contributo obbligatorio, essendo quello l'unico meccanismo di sostenibilità economica per quella che la Corte costituzionale ha definito la "solidarietà endocategoriale" che realizza il principio di comunanza di interessi (C. Iaione, 2020 sulla comunanza di interessi come principio costituzionale sui suoi rapporti con i principi di collaborazione civica e sussidiarietà orizzontale). La Corte costituzionale ha infatti utilizzato l'argomento della "comunanza di interessi" in diverse decisioni².

Si è venuto quindi a enucleare un principio applicativo della collaborazione civica che la Corte cost. ha definito costantemente (fino agli anni più recenti, fino al 2017, quando ha dovuto da ultimo legittimare la figura delle casse previdenziali) come un principio posto a fondamento di questa solidarietà endocategoriale, e che trova poi nell'art. 43 Cost. (sulle comunità di utenti e di lavoratori che si vedono riconoscere il diritto alla riserva per l'esercizio di diritti di preminente interesse generale) un proprio ulteriore sviluppo sulle attività c.d. a rilevanza economica (C. Iaione, 2017).

3. L'attuazione del welfare di comunità

Mi soffermerò adesso su quali possano essere gli strumenti amministrativi utili per dare vita a questa

² Corte cost., n. 23/1968, 112/1975, 40/1982, 423/1988, 1887/1991, 174/2012, 285/2012, 223/2015

collaborazione e quali le attuali (e concrete) prospettive di sviluppo.

Quali sono o possono essere gli strumenti “amministrativi” utili?

Per rispondere al primo quesito torno al codice dei contratti pubblici – provando a fare anche un’estraneazione di quanto avvenuto a livello urbano, dato che le città sono state utilizzate come terreno di sperimentazione e di innovazione sociale, pubblica, amministrativa, economica e istituzionale (C. Iaione, E. De Nictolis, 2021) – che nella parte sui principi opera una codificazione (all’art. 6) del modello della sentenza n. 131/2020 della Corte costituzionale e dunque di quello che la stessa stabilisce sul concetto di amministrazione condivisa, sulla co-progettazione e sulla co-programmazione riconosciuta dal Codice del Terzo settore. Tale modello è utile per il concetto l’amministrazione condivisa, ma chiaramente esclude tutta una serie di soggetti e settori che possono avere un rilievo, ossia tutti quei soggetti che hanno “a cuore” la produzione di impatto pubblico, sociale, di valore per la società. 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.

Da questo punto di vista, l’art. 6 del codice, che molti utilizzano come vessillo ideologico e riconoscimento di micro-pratiche amministrative di “manutenzione civica dei beni comuni”, non ci aiuta più di tanto e ci costringe nelle strette maglie del binomio pubblico/sociale. Per abilitare una produzione distri-

buita di valore pubblico e un coinvolgimento multi-attoriale nella medesima, è forse più utile il principio di auto-organizzazione amministrativa dell'art. 7, il quale invece libera e riconosce in maniera generale l'auto-organizzazione, l'auto-produzione e la cooperazione amministrativa (C. Iaione, *Le Società in house* 2012).

Mi pare vada in questa direzione la riscrittura della norma sul cd. "baratto amministrativo", che oggi finalmente viene più dignitosamente ridefinito come "partenariato sociale" (art. 201). La sua collocazione all'interno del capo sul partenariato pubblico-privato e la sua spiccata dimensione urbana (si parla infatti di gestione e manutenzione di aree riservate al verde pubblico, interventi di recupero, gestione e valorizzazione di piazze e strade, ma anche di aree e immobili inutilizzati, a fini di interesse generale, di opere di interesse locale) consente di ritenere che il cerchio della reintegrazione del rapporto tra città e salute possa trovare un nuovo approdo in partenariati multiattoriali. Il nuovo art. 201, infatti, riconosce che tra i soggetti interessati ci siano anche le piccole e medie-imprese, facendo così emergere questa idea della cooperazione allargata, di una rete multi-attoriale che non si restringe e basa su un mero rapporto binomico e sinallagmatico pubblico – privato o pubblico – sociale. Difatti, la Corte prima e l'art. 6 poi hanno comunque recepito lo scambio come elemento distintivo dei meccanismi di condivisione con la società, riproducendo, a mio parere, un meccanismo binomico e sinallagmatico.

Si può sostenere invece che qui lo scambio ci sia, ma che sia uno scambio di nuova generazione funzio-

nale ad una causa contrattuale ben più ampia, che è la co-produzione di molteplici risultati o impatti (i.e. sociali, economici, ambientali, istituzionali, urbani, generazionali, educativi, culturali e cognitivi, tecnologici e digitali, socio-sanitari). L'idea che vi siano attori privati che si fanno avanti perché ritengono che sia anche loro responsabilità, in virtù del principio di solidarietà dell'art. 2 e di comunanza di interessi degli artt. 38 e 43, contribuire a produrre questi impatti plurimi, questo valore pubblico multidimensionale. A fronte di questa assunzione di responsabilità si vedono riconoscere l'incentivo fiscale e qui starebbe il parziale sinallagma che funge più da incentivo o meccanismo abilitante che da vera contropartita, al pari della possibilità che le Casse previdenziali hanno di esigere un contributo obbligatorio per generare quella solidarietà endocategoriale di cui si nutre la comunanza di interessi (C. Iaione, E. De Nictolis, 2022; C. Iaione, 2020).

Quali sono le attuali e concrete prospettive di sviluppo?

Non credo che si possa ripensare da zero tutta l'architettura del sistema, soprattutto quello sanitario, dicendo "è arrivata la comunità", anche perché la comunità ha i suoi limiti, limiti che ho avuto modo di approfondire e dimostrare empiricamente studiando i primi trecento patti di collaborazione del Comune di Bologna (C. Iaione, E. De Nictolis, 2021). Studi di questo tipo servono perché è necessario investire sulla continua valutazione, sul monitoraggio e sul ripensamento di queste tipologie di sperimentazione.

A mio parere non giova presentare una visione

“romanticizzata” o “monolitica” della comunità, diversamente facendo si rischia di svilire l’apporto che i diversi e plurimi attori che possono comporre una comunità possono eventualmente svolgere nello sviluppo di modelli di amministrazione collaborativa della salute che reinvestano sul rapporto tra salute e scala urbana e locale, da un lato, e con la valenza pluridimensionale dei possibili impatti che tali modelli sono in grado produrre.

In questa direzione si muove il nuovo Regolamento del Comune di Reggio Emilia sulla democrazia e la giustizia urbana e climatica (C. Iaione, 2024)³. Esso introduce la categoria dei partenariati per lo sviluppo sostenibile e l’innovazione con il suo Titolo V e in particolare gli articoli 70 e ss. del suo Capo II. Questa forma di partenariati costruisce sulla precedente esperienza degli accordi di cittadinanza e sulle nuove disposizioni del Codice dei Contratti Pubblici, ma anche del Codice del Terzo Settore e di altre normative settoriali come quella sulle comunità energetica. Gli elementi qualificanti di queste diverse fattispecie ora raggruppate all’interno di una famiglia comune sono costituiti, oltre che da un protocollo procedimentale collaborativo per la loro generazione, dalla natura pluriattoriale e dalla portata multidimensionale del risultato che essi ambiscono a produrre.

³ Il regolamento è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.comune.re.it/amministrazione/documenti-e-dati/atti-normativi/regolamenti/regolamento-sulla-democrazia-e-la-giustizia-urbana-e-climatica-reggio-emilia>. Per un primo commento vd. i vari contributi del numero monografico 1/24 della rivista *Munus* ad esso dedicato.

4. *Conclusioni: One Health e Planetary Health come modelli di ri-localizzazione e governance multiattoriale e multidimensionale nella cura della salute?*

Al termine di questa breve indagine dovrebbe essere chiaro che non vi può essere un welfare di comunità senza una stretta integrazione e coordinamento tra città e salute, tra politiche urbane sulla rigenerazione e politiche pubbliche sui servizi sanitari e socio-sanitari. Questo richiede una forte “rilocalizzazione” della governance sanitaria e un maggior coinvolgimento degli enti e delle comunità locali in tutte le loro componenti socio-economiche.

Per questo stesso motivo dovrebbe essere altrettanto chiaro a questo punto che queste politiche pubbliche devono aspirare ad un forte coinvolgimento di una pluralità di attori rifuggendo dalle logiche binomiche del passato che hanno approfondito il solco tra interesse pubblico e interesse generale.

Così come dovrebbe risultare chiaro che la logica partenariale non può e non deve più basarsi su una dinamica strettamente sinallagmatica dovendosi bensì privilegiare un’ottica di risultato o, meglio, di risultati da interpretarsi come impatti multidimensionali che solo la logica collaborativa è in grado di generare (sul principio di risultato come principio fondamentale della nuova legislazione sui contratti pubblici v. M.R. Spasiano, 2024; R. Caranta, 2023; E. Guarnieri, 2023; F. Cintioli, 2023; G. Napolitano, 2023).

Tutto questo sembra oggi essere riconosciuto e trovare una sintesi perfetta nell’approccio integrato “*One Health*” nella sua evoluzione “*Planetary Health*”

come espressamente richiesto dalla disposizione sull'istituzione del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS). L'art. 27 del d.l. n. 36 del 2022 stabilisce, infatti, che il SNPS in collaborazione con il Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente (SNPA) concorre al "perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati in particolare alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici, valorizzando le esigenze di tutela delle comunità e delle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità, in coerenza con i principi di equità e prossimità" (F. Aperio Bella (a cura di), 2022; L. Violini (a cura di), 2023; M. Bernardi, C. Iaione, 2023; C. Iaione, L. Kappler, 2023; G. Giorgini Pignatiello, F. Rescigno, 2023).

Il sistema di governance multilivello e multiattoriale che ne emerge con la forte accentuazione sulle esigenze delle comunità e delle persone vulnerabili e sulla prossimità non potrà funzionare senza una vera solidarietà interistituzionale e intercategoriale. Questa, del resto, rappresenta l'ultima chance per ridonare una parvenza di unità ed equità ad un sistema sempre più frammentato per via della tensione tra un regionalismo solo sulla carta cooperativo e dinamiche federaliste dichiaratamente competitive che hanno di fatto frantumato la cooperazione stimolando la competizione fra città e territori, aggravando così divari e ritardi tra aree e regioni povere e aree e regioni ricche del Paese.

L'approccio Planetary Health impone di ripartire dal ripensamento del modello di governance territoriale delle politiche pubbliche funzionali allo sviluppo sostenibile dei territori e della cura della persona, oltre che naturalmente dall'elemento chiave della integrazione tra salute sociale, economica, ecosistemica ed umana⁴.

⁴ Il termine *Planetary Health* è stato per la prima volta introdotto attraverso un'iniziativa del *The Lancet* e della *Rockefeller Foundation* nel 2010 (Horton, Whitmee) Sono stati pubblicati due manuali (Myers – Frumkin, 2020; Haines – Frumkin 2021). Particolare attenzione viene dedicata al tema della governance dal rapporto di ricerca KNAW, *Planetary Health. An emerging field to be developed*, Amsterdam, 2023, disponibile all'indirizzo <https://www.knaw.nl/en/publications/planetary-health-emerging-field-be-developed>. Più recentemente ha guadagnato terreno una visione decoloniale del concetto, v. N. Redvers N. – Celidwen Y. – Schultz C. – Horn O. – Githaiga C. – Vera M. – Perdrisat M. – Mad Plume L. – Kobei D. – Kain M.C. – Poelina A. – Rojas J.N. – Blondin B., *The determinants of planetary health: An Indigenous consensus perspective*, in *The Lancet Planetary Health*, 2022, 6, e156-e163.

Riferimenti bibliografici

- Andreani T., *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*, 2023, 1, 335.
- Aperio Bella F. (a cura di), *One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari per un approccio olistico alla salute umana, animale e ambientale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022.
- Balduzzi R., *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, 2, 461.
- Bellaviti P. (a cura di), *Una città in salute*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- Bellaviti P., *La città, la salute e la pianificazione urbana*, in G. Nuvolati, M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Salute, ambiente e qualità della vita in ambiente urbano*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Bellaviti P. (a cura di), *Benessere urbano. Approcci, metodi e pratiche per sostenere la capacità di «stare bene» nello spazio urbano*, in *Territorio*, 2008, 47.
- Bellaviti P., *Alla ricerca di un nuovo «benessere» urbano promuovendo la capacità degli abitanti a «stare bene» nella città*, in F. Pomilio, *Welfare e territorio*, Firenze, Alinea Editori, 2009.
- Bellaviti P., *Stare male / stare bene in città. Disagio e benessere nella città contemporanea*, in *Planum*, 2012.
- Belli A., *Editoriale*, in *Critica della razionalità urbanistica*, 2005, n. 17.
- Bernardi M., Iaione C., *Self-sustaining planetary cities: experimentations between technology and proximity towards commons-based human settlements fit for extreme conditions*, in *Rivista giuridica dell'edilizia*, 2023, 5, 301.
- Caranta R., *I principi nel nuovo Codice dei contratti pubblici, artt. 1-12*, in *Giurisprudenza italiana*, 2023, 8-9, 1950.
- Cintioli F., *Il principio del risultato nel nuovo codice dei*

- contratti pubblici*, in *Diritto e processo amministrativo*, 2023, 4, 821.
- Foster S., Iaione C., *Co-cities: innovative transitions toward just and self-sustaining communities*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 2022.
- Giorgini Pignatiello G., Rescigno F. (a cura di), *One Earth – One Health*, Torino, Giappichelli, 2023.
- Guarnieri E., *Il principio di risultato nei contratti pubblici: alcune possibili applicazioni, tra continuità e innovazioni*, in *Diritto amministrativo*, 2023, 4, 829.
- Iaione C., *Welfare urbano per l'inclusione sociale*, in C. Pinelli (a cura di), *Esclusione sociale: politiche pubbliche e garanzie dei diritti*, 2012, 139.
- Iaione C., *Le Società in house. Contributo allo studio dei principi di auto-organizzazione e auto-produzione degli enti locali*, Napoli, Jovene, 2012.
- Iaione C., *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-Bari 2015, 31.
- Iaione C., *Casse previdenziali*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, 2017, 132.
- Iaione C., *Il diritto delle comunità urbane: Principi, strumenti e mezzi di tutela.*, Milano, Franco Angeli, 2020.
- Iaione C., *Just Sustainable Innovation*, in *Munus*, 2024.
- Iaione C., De Nictolis E., *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.
- Haines A., Frumkin H., *Planetary Health: Safeguarding Human Health and the Environment in the Anthropocene*, Cambridge University Press, Cambridge, 2021.
- Horton R. et al., *From public to Planetary health: a manifesto*, in *The Lancet*, 2014, 383 (9920), 847.
- Iaione C., De Nictolis E., *Le comunità energetiche tra demo-*

- crazia energetica e comunanza d'interessi*, in *Dir. soc.*, 4, 2022, 589 ss.
- Iaione C., Kappler L., *Governing for the extreme self-sustaining diverse co-cities for just adaptation*, in *Rivista giuridica dell'edilizia*, 2023, 6, 373.
- Myers S.S., Frumkin H. (eds.), *Planetary health. Protecting nature to protect ourselves*, Island Press, Washington DC, 2020.
- Mortati C., *La persona, lo Stato e le comunità intermedie*, Torino 1959, 174.
- Munarin S., Tosi C. (a cura di), *Lo spazio del welfare in Europa*, in *Urbanistica*, 2009, n. 139, 88-112.
- Napolitano G., *Il nuovo Codice dei contratti pubblici: i principi generali*, in *Giorn. dir. amm.*, 2023, 3, 287.
- Paba G., *Corpi urbani. Differenze, interazioni, politiche*, Milano, Franco Angeli, 2010.
- Paladin L., *Il principio costituzionale di eguaglianza*, Giuffrè, Milano, 1965.
- Pasqui G., *Città, popolazioni, politiche*, Milano, Jaca Book, 2008.
- Perego E., *PNRR e Salute nella dinamica della forma di Stato*, in *BioLaw Journal*, 2023, 1, 99.
- Pinelli C., *I rapporti economico-sociali fra Costituzione e Trattati europei*, in C. Pinelli, T. Treu (a cura di), *La costituzione economica: Italia, Europa*, Mulino, Bologna, 2010, 31 e 37
- Pioggia A., *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giorn. Dir. Amm.*, 2022, 2, 165.
- Pizzolato F., *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Diritti Fondamentali*, 2022, 1, 408.
- Razzano G., *La Missione Salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, 2.
- Rossano C., *Il principio d'eguaglianza nell'ordinamento costituzionale*, Giuffrè, Milano, 1966.
- Rossi E., *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune consi-*

- derazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti Supreme e Salute*, 2021, 2, 361.
- Tubertini C., *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Corti Supreme e Salute*, 2023, 3, 641
- Secchi B., *La città del ventesimo secolo*, Roma-Bari, Laterza 2005, 108-110.
- Spasiano M.R., *Dall'amministrazione di risultato al principio di risultato del Codice dei contratti pubblici: una storia da scrivere*, in *Federalismi*, 2024, 9, 206.
- Stella Richter P., *Diritto urbanistico. Manuale breve*, Milano, Giuffrè, 2010, 55.
- Strazza G., *Città, benessere e salute: le implicazioni giuridiche*, in *Federalismi*, 2021, 17, 219.
- Urbani P., Civitarese Matteucci S., *Diritto urbanistico. Organizzazione e rapporti*, Torino, Giappichelli, 2010, 90.
- Violini L. (a cura di), *One health. Dal paradigma alle implicazioni giuridiche*, Torino, Giappichelli, 2023.
- Whitmee S., et al., *Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation – Lancet Commission on Planetary health*, in *The Lancet*, 2015, 386(10007), 1973-2028

LE RELAZIONI

PUBBLICO, PRIVATO E COMUNITÀ IN SANITÀ. QUALI LEZIONI DAL PASSATO?

*Martina Conticelli**

SOMMARIO: 1. La collocazione del binomio pubblico-privato e l'utilità di uno sguardo retrospettivo. – 2. Le scelte di metodo e le prospettive rappresentate. – 3. Dalla sanità-polizia alla assistenza sanitaria: le funzioni dei pubblici poteri e il ruolo dei privati. – 4. Le chiavi di lettura. – 5. Le prospettive.

1. La collocazione del binomio pubblico-privato e l'utilità di uno sguardo retrospettivo

In forza dell'attuale contesto di progressivo disimpegno della spesa pubblica nella sanità sperimentato, prima, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, e poi, dall'inizio di questo secolo con forza costante nel tempo, e della crisi cui fanno riferimento diversi osservatori (F. Spandonaro, B. Polistena e altri, 2023), si è invocata da più parti l'opportunità del maggiore coinvolgimento dei privati, in diverse forme e con diversi ruoli. Con il passaggio della crisi scatenata dalla pandemia mondiale e, in particolare, in considerazione della lettura degli effetti sul nostro sistema sanitario e delle valutazioni che ne sono state date (A. Pioggia, 2020, 26), questa potenzialità va vista oggi come

* Professoressa Ordinaria di Diritto amministrativo, Università degli Studi di Roma, "Tor Vergata".

una alternativa concreta. Peraltro, proprio in ragione di questa ultima riflessione, l'inclusione dei privati e delle comunità è oggi contemplata non solo per realizzare progetti complessi, quanto per molti versi in funzione di inclusione di organizzazioni pluri-attoriali nella realtà della gestione ordinaria del settore con particolare riferimento anche all'assistenza territoriale (L.E. Degani e altri, 2024; L. Buoso, A. Viscomi, 2024).

Questo contributo si inserisce nell'ambito della indagine sul rapporto tra pubblico, privato e Comunità, che, attraverso gli scritti pubblicati in questo volume, impegna diversi studiosi nella discussione della individuazione dei principali meccanismi che governano il settore sanitario in senso ampio, e che, con riferimento alla pluralità di attori, aspira a dare illustrazione del ruolo e a fornire qualificazione dei relativi rapporti.

Nell'ambito dell'ampio tema di cui si è dato conto, questo capitolo, in particolare, ha ad oggetto l'analisi del binomio tra pubblico e privato, dalle origini ad oggi. Compiuta la definizione dell'inquadramento complessivo, la ricerca rivolge lo sguardo anche alla prospettiva evolutiva. Nel delimitare i contenuti e gli scopi di questa indagine è opportuno muovere da due ordini di riflessioni, che riprendono il tema più ampio del volume.

In primo luogo, la raccolta che ci ospita analizza e discute la compenetrazione di diversi binomi, che coinvolgono i tre elementi cui fa rinvio il suo titolo, vale a dire il pubblico, il privato e la comunità. L'assunto da cui si prendono le mosse è che a seconda di come si associno e di come si considerino le molteplici inte-

razioni tra i singoli elementi, i problemi possano cambiare e che, altrettanto, anche le prospettive di studio e di analisi subiscano trasformazioni. Tali prospettive appaiono, infatti, maggiormente legate alle categorie più ‘tradizionali’ se ci si arresta allo studio del binomio tra pubblico e privato, mentre si arricchiscono di nuovi punti di vista e possibilità di sguardo con soluzioni più innovative – e se vogliamo sperimentali – se si associano all’alternativa tra pubblico e comunità.

In secondo luogo, e con riguardo, invece, alla collocazione di questo capitolo nel tema più ampio che si presenta nel volume, come espresso chiaramente dal titolo, la prospettiva assunta è quella che mira a individuare l’evoluzione in uno sguardo retrospettivo e a indicare alcuni suggerimenti dall’analisi dell’esperienza passata. Che non vuol certo dire che in sede di conclusioni non possano aprirsi strade – se non sulle prospettive – quanto meno sulle questioni che si immaginino possano emergere come maggiormente rilevanti nel prossimo futuro.

Nelle pagine che seguono, dopo alcune considerazioni in ordine alle scelte di metodo e alle prospettive di analisi, si procederà alla illustrazione dell’evoluzione dell’intervento pubblico e della considerazione della salute da parte dei pubblici poteri nella rappresentazione diacronica. Si svolgeranno poi alcune riflessioni prendendo lo spunto dalle chiavi di lettura che emergono dall’analisi e si chiuderà con le considerazioni finali, nelle quali si farà rinvio a quelli che si ritengono essere le prospettive emergenti di cui tener conto nella raffigurazione dello sviluppo futuro dell’intervento pubblico a tutela della salute.

2. *Le scelte di metodo e le prospettive rappresentate*

Qual è l'equilibrio tra pubblico e privato nella sanità? In che misura esso si riflette sulla tutela della salute?

Se queste sono le principali domande che giustificano la trattazione dell'argomento odierno, che rappresenta – vale la pena evidenziarlo subito – tema fondamentale e snodo consustanziale nell'ambito dell'intervento pubblico in sanità, non si può evitare di porre in evidenza quanto il tema sia di difficile sintesi.

Per questo motivo, nel presentarlo in questo scritto, si è scelto di procedere ad una ricostruzione dei principali passaggi in chiave diacronica e di sviluppare qualche linea interpretativa.

Dal momento che, come annunciato, il lavoro rivolge uno sguardo al passato, è opportuno iniziare con il delineare a quale passato dobbiamo fare riferimento, in altre parole, quanto dobbiamo tornare indietro nel tempo per discutere con utilità dell'argomento che ci è stato affidato. E proprio con riguardo a questo tema in particolare, si può ritenere necessario risalire almeno alla fine dell'Ottocento e quindi, ai tempi dell'unificazione dello Stato o poco prima. Rispetto a questa linea di inizio, diacronicamente possiamo individuare una evoluzione che si sviluppa attraverso diversi passaggi nel condurci alla realtà odierna, che è il convitato di pietra di questo contributo, un *tertium comparationis* (per il quale trarre le 'lezioni' e del quale in verità non si tratterà in questo contributo).

Analogamente da quanto avviene per altri settori, anche in questo caso, è particolarmente significa-

tiva l'approvazione della Costituzione repubblicana. In tanto questo si afferma, in quanto si muova dalla consapevolezza, chiaramente, della circostanza per la quale la tutela della salute trovi sì nella approvazione della Costituzione repubblicana un momento di fondamentale affermazione, ma veda la propria attuazione per la parte pubblica dell'intervento, solo diversi anni più tardi.

Tuttavia, come si è anticipato, per comprendere la conformazione e la ragione interna dei rapporti che intercorrono oggi tra il pubblico e il privato nella tutela della salute, è necessario andare indietro nel tempo anche rispetto all'approvazione della Costituzione, e risalire al momento della unificazione dello Stato, senza tralasciare qualche indicazione tratta dal periodo immediatamente antecedente.

Rispetto alla fase citata, che fissa il limite iniziale del punto di osservazione di questo lavoro e della evoluzione di cui si darà conto, con riguardo al rapporto tra pubblico e privato (e in qualche modo anche quello con la comunità, che si esprime che nei due termini del binomio in maniera diversa da quella in cui la intenderemmo oggi) la realtà odierna, come si è anticipato, resterà sullo sfondo. Data l'economia del presente lavoro, infatti, lo spazio necessario per cogliere le lezioni del passato non lascerà sufficiente margine per discutere della fase attuale, alla quale, tuttavia, sono dedicati gli altri contributi di questa raccolta, ai quali ci si può permettere di fare rinvio.

L'ultima delle premesse riguarda il modo di atteggiarsi del binomio tra pubblico e privato che, semplificando, può assumere svariate forme e combinazioni.

I due termini della relazione possono essere infatti riferiti a tanti e diversi elementi nella sanità.

Tanto per iniziare, possiamo guardare alla natura giuridica dei soggetti, secondo che essi possano esser qualificati come pubblici e privati, dopodiché, analogamente, possiamo far riferimento alla natura giuridica delle regole, così come infine si può dar conto della provenienza, pubblica o privata del finanziamento.

Nel corso del tempo, la combinazione tra questi elementi, nella forma della loro interazione, ha dato luogo a diversi fenomeni, come, ad esempio, il processo di aziendalizzazione delle amministrazioni nel settore sanitario oppure la compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria, ovvero il finanziamento privato attraverso la sottoscrizione di assicurazioni, ma anche il ricorso alla attività professionale intramuraria. Il primo fenomeno si realizza per il tramite dell'applicazione di modelli privati a soggetti pubblici, il secondo e il terzo riguarda l'utilizzo di risorse private a fini pubblici, mentre il quarto è una manifestazione dell'utilizzo di risorse pubbliche in forma privata.

3. Dalla sanità-polizia alla assistenza sanitaria: le funzioni dei pubblici poteri e il ruolo dei privati

La storia dell'evoluzione che caratterizza il rapporto tra pubblico e privato nella sanità muove dunque dal periodo immediatamente antecedente l'unificazione dello Stato italiano, secondo il riferimento

svolto nelle pagine precedenti, e si sviluppa attraverso alcuni passaggi fondamentali.

Come molti sanno, nella sua prima apparizione, e quindi nel corso dell'Ottocento, l'assistenza sanitaria è rimessa prevalentemente agli istituti di carità e di beneficenza, di derivazione laica o religiosa.

Se, banalizzando, in qualche modo si giunga a qualificare tali soggetti come privati, tuttavia è bene rammentare che si tratta sempre di enti la cui natura giuridica non è di immediato inquadramento. Se questo è vero sin dall'inizio, il quadro si complica ancor più, a seguire.

Si tratta di un dato fondamentale per chi intraprenda l'opera di interpretazione della organizzazione sanitaria e di un elemento fondativo e costitutivo. Il riferimento è alla circostanza che i privati abbiano assegnato rilievo alla cura degli infermi molto prima dei pubblici poteri: a questo essi hanno dedicato organizzazioni, risorse, personale, infrastrutture.

In un primo momento, prima ancora che i pubblici poteri abbiano dato avvio alle prime manifestazioni di intervento nel settore, è comunque affidata ai comuni la responsabilità di curare gli infermi quando e fintantoché non vi sia stata una istituzione privata o religiosa che se ne occupi. Quindi addirittura il pubblico assume, in questo caso, una funzione residuale rispetto al privato.

L'intervento delle opere benefiche per la cura dei malati bisognosi perde la sua centralità nel momento in cui la tutela della salute pubblica, nel senso moderno dell'accezione, diviene uno degli scopi sociali dello Stato.

In una fase intermedia, lo stesso intervento di carità subisce quella che potremmo definire come una prima pubblicizzazione, con la realizzazione o meglio anche con la trasformazione dei primi soggetti negli istituti di beneficenza pubblica.

Gradualmente, si assiste ad un interessamento progressivo dei pubblici poteri nei confronti delle attribuzioni sanitarie, anche di quelle di cura, che avviene, come per l'istruzione, per il mezzo dell'imposizione di regole per l'attività.

La presenza pubblica si impone con molteplici funzioni ma diverse da quelle di assistenza e di cura: i poteri pubblici intervengono, dapprima, in funzione di controllo in materia di igiene e di controllo dei servizi, e poi, in maniera più pervasiva, anche di controllo sull'organizzazione, sino a giungere ad una operazione di vera e propria trasformazione dei soggetti che operano in chiave di beneficenza. Ma solo in tempi relativamente recenti essi dedicano risorse e organizzazione alla tutela della salute come diritto dell'individuo.

Una ulteriore spinta, ben diversa, nel senso della pubblicizzazione, si verifica con la realizzazione e lo sviluppo del cd. mutualismo sanitario.

Questa forma di intervento prende avvio con l'inizio del ventesimo secolo. In questa fase, l'interesse si sposta sull'organizzazione di un sistema assicurativo.

È una strada, questa, che può essere qualificata di carattere pubblico, in quanto può tradursi nell'imposizione di regole pubbliche nei confronti di compagnie assicurative private, per un verso, ovvero nell'istituzione di forme assicurative pubbliche. Si tratta,

peraltro, di una soluzione ancora praticata da molti e diversi ordinamenti sanitari, che hanno optato per forme di intervento indiretto e ampiamente affermata nel mondo.

Nel nostro ordinamento, questa opzione viene a determinare lo sviluppo del sistema assicurativo in generale, ma assume un tratto singolare nella fase cui si fa riferimento: pubbliche o private che siano, infatti, le forme obbligatorie di assicurazione che si sviluppano a partire dai primi anni del Novecento sono indirizzate agli infermi come destinatari di cure nella loro qualifica di lavoratori e dunque in quanto fattori della produzione (Carta del lavoro, 1927).

Al tempo stesso, le caratteristiche del sistema mutualistico obbligatorio dell'epoca, per mezzo di assicurazioni pubbliche o private, dimostrano quanto ancora non sia compiuta una scelta ordinamentale nel senso della protezione del diritto alla salute come diritto dell'individuo.

Quando nel Regno Unito viene pubblicato il cd. rapporto Beveridge, che affianca al sistema assicurativo un piano di intervento sociale per i cittadini (*Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge, Londra, HMSO, 1942*), il nostro Paese porta quasi esclusivamente avanti il sistema assicurativo, che resta la scelta di fondo per tutta l'epoca fascista e fino all'immediato dopoguerra, pur con qualche interpolazione in senso assistenziale. Facciamo riferimento in particolare ai contenuti del t.u. leggi sanitarie, approvato con. r.d. 27 luglio 1934, n. 1265 e del r.d. 30 settembre 1938, n. 1631 cd. legge Petragrani, che disciplinano l'obbligo delle istituzioni ospedaliere

di curare i non abbienti, salvo richiedere il rimborso al comune di residenza e il regime di convenzione con i comuni per le prestazioni ambulatoriali per i non abbienti.

Non tardano comunque ad emergere i segnali della acquisita consapevolezza in ordine alla necessità della compresenza di due forme di intervento, diretto e indiretto. Oltre al sistema assicurativo, infatti, e accanto alle preesistenti organizzazioni private, altri enti iniziano a fornire servizi di natura assistenziale e ospedaliera.

La questione dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, in particolare, diventa preponderante negli anni Sessanta del secolo scorso, attirando l'attenzione sia sul problema della dimensione gestionale, sia sul profilo della natura giuridica di molti enti.

Nel 1968 viene approvata la prima disciplina organica delle istituzioni ospedaliere e di tutti gli altri enti che erogano forme di assistenza ospedaliera, per il tramite della l. 12 febbraio 1968, n. 132, cd. legge Mariotti. L'intervento opera trasformazioni attraverso pubblicizzazioni, per mezzo del riconoscimento del carattere pubblico degli istituti di assistenza e beneficenza; restano comunque altre opere pie che mantengono la propria originaria natura.

Il passaggio compiuto attraverso la legge Mariotti traghetta verso l'istituzionalizzazione della sanità come servizio pubblico, che avviene solo nel 1978. La collocazione temporale dell'evento non desta particolare stupore se lo si inquadri in un contesto, quale quello nazionale, dove gran parte dell'attuazione delle disposizioni costituzionali, tra le quali i molti e diversi

diritti e istituti di uguaglianza sostanziale, nella parte relativa al cd. Stato del benessere, così come i trasferimenti delle funzioni alle regioni, tardano a venire, sino al finire degli anni Settanta del secolo scorso.

Rispetto al passato, ma in coerenza con la carta costituzionale, la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale prende una direzione peculiare, realizzando un modello sanitario fondato sul ruolo centrale dei pubblici poteri nel finanziamento e nella fornitura delle cure, operando, quanto a dimensione organizzativa, una scelta abbastanza uniforme, attraverso l'istituzione di cellule nucleari, quali appunto le Unità sanitarie locali, che dipendono dai comuni. A partire dal 1978, a tali enti sono attribuite le principali funzioni in materia sanitaria secondo un criterio organizzativo omogeneo, strutturato su base territoriale.

Se si vuole cercare la Comunità, o quella che in quella fase è considerata tale, essa può essere rappresentata, al più, tramite gli organi partecipati da rappresentanti politici. Sicuramente, non si può assegnare al fenomeno la stessa rilevanza – né tantomeno il significato – che assume oggi il concetto di Comunità (e che è ben illustrato negli altri contributi di questa raccolta). Al tempo stesso, tuttavia, tale forma di intromissione della cd. 'politica' nella gestione quotidiana della tutela della salute viene a rappresentare una delle determinanti principali del fallimento dell'intero modello. Si rinvia, infatti, a soggetti di derivazione politica, il compito di dare un indirizzo all'attività delle unità sanitarie locali (F. Taroni, 2011, 197).

Del resto, nella riforma, le eccezioni al principio della pubblicità del servizio sanitario sono poche, an-

che se rilevanti: esse riguardano più che altro i soggetti, e tralasciano quasi completamente le regole. Allo stesso tempo, il legislatore non dimentica certo i privati, che operano sempre nella forma delle opere pie e di istituti di carità, e che accosta alle strutture pubbliche, senza operare alcuna scelta di incorporazione o assimilazione, per il tramite del sistema del convenzionamento.

Anche in questo caso, l'ordinamento verifica ancora la compresenza tra pubblico e privato, che tuttavia, non appare ancora questione centrale.

Quella che istituisce il servizio sanitario nazionale è una riforma che ha un grande merito e molti limiti; con il tempo, essa accentua forse più i suoi limiti rispetto al merito. Quest'ultimo consiste nell'aver avuto ad obiettivo la protezione complessiva dell'individuo e nell'aver immaginato il diritto alla salute proprio nella sua dimensione universalistica, inizialmente andando anche oltre la fornitura di 'cure gratuite agli indigenti' richiesta dalla Costituzione. Si tratta di una scelta che certamente ha visto la propria portata modificarsi nel corso del tempo, ma che ha lasciato sicuramente una impronta che vale ancora oggi a qualificare quello nazionale come uno tra i sistemi sanitari più considerati al mondo per copertura, e per qualità in rapporto alla spesa (OECD, 2023, 30).

I principali limiti di questa riforma sono molto noti: essi riguardano, per un verso, proprio il disegno dei rapporti tra la politica e l'amministrazione della sanità, e, per l'altro, il mancato contenimento delle spese. Principalmente su questi si fa leva per 'invertire la rotta' (F. Taroni, 2011, 239), quando prende avvio

la stagione di riforma che va dalla approvazione dei d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, 7 dicembre 1993, n. 517, alla revisione introdotta con d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 .

Negli anni Novanta del secolo scorso, quindi, per ovviare ai principali problemi citati, gli interventi si concentrano proprio sul tema dei rapporti tra pubblico e privato. Si opera in due direzioni. Per un verso, infatti, le Usl, un tempo enti pubblici, diventano aziende di diritto privato. Per l'altro, si codifica il ruolo dei privati oltre il convenzionamento. Per l'altro ancora, ipotizza di privatizzare il servizio per una parte dell'utenza, determinandone l'uscita dal servizio sanitario pubblico.

Nell'insieme complessivo delle misure e delle principali modifiche, quindi, mentre si introducono regole private da applicare ai soggetti pubblici (e quindi si piega l'organizzazione dei soggetti pubblici a regole private) (A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci, 2008), si assegna un ruolo determinante ai soggetti privati a servizio del servizio sanitario pubblico. Ciò avviene attraverso il ricorso ad un istituto di origine statunitense e di connotazione 'privata'. Ci si riferisce, naturalmente all'accREDITAMENTO di eccellenza, che nasce come criterio di valutazione della qualità delle strutture ad uso dei privati e delle assicurazioni, e che viene piegato nel nostro ordinamento a fini pubblicitici quando non anche di pianificazione, nella forma del cd. accREDITAMENTO istituzionale (M. Conticelli, F. Giglioni, 2010, 177); Conticelli, 2014).

4. *Le chiavi di lettura*

Le brevi riflessioni che abbiamo potuto di svolgere sinora non impediscono di fornire qualche chiave di lettura in ordine allo stato attuale dei rapporti tra pubblico e privato nel campo della tutela della salute.

Una prima chiave di lettura muove dalla considerazione di quanto la concezione del diritto alla salute, e il livello di tutela che è attribuito, pesino nell'interpretazione dei rapporti e dei ruoli tra pubblico e privato. Alcuni esempi possono essere significativi a tal riguardo.

Se si sfoglia un manuale dell'Ottocento, il cd. diritto sanitario pubblico si esaurisce nelle regole di salvaguardia delle condizioni di igiene in ordine alla sepoltura dei cadaveri e al mantenimento dei lazzaretti ai fini del contenimento delle epidemie.

All'intervento in chiave di polizia dei pubblici poteri si affianca il carattere caritatevole del privato. I riferimenti al contenuto degli interventi di sanità pubblica di fine Ottocento testimoniano che mentre i pubblici poteri si occupano delle funzioni di polizia, i privati pensano all'assistenza sanitaria e alle funzioni di cura, dal momento che la faccia della salute che è considerata dal pubblico è quella che cui oggi faremmo riferimento come l'interesse della collettività. Paradossalmente, anche gli interventi recenti e urgenti assunti nel corso della propagazione del virus da Covid Sars 19 ben rappresentano la capacità dei pubblici poteri di agire in funzione di igiene.

La chiave di lettura cambia con la Costituzione repubblicana, che afferma espressamente il diritto alla

salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività.

A questo ampio riconoscimento, tuttavia, non si accompagna una vera e propria scelta organizzativa da parte del Costituente: quest'ultimo, a differenza di quanto avviene per l'istruzione, ove le scuole (pubbliche e o private che siano, sono individuate come soggetti chiave dell'organizzazione del servizio, non fornisce indicazioni chiare ed univoche sulla misura della presenza privata e sull'intervento pubblico in sanità, rinviando al riferimento alle prestazioni, alla garanzia di cura, e alla gratuità del servizio per i più bisognosi. In altre parole, nonostante la questione sia stata ampiamente dibattuta, a parere di chi scrive, non solo la nostra Costituzione, come si è già rilevato, non indica la forma organizzativa attraverso la quale intervenire, ma in qualche modo si potrebbe discutere se ci sia o meno una dimensione organizzativa nel dettato delle scelte costituzionali in materia di salute, che consenta di qualificare *a priori* il nostro come un ordinamento sanitario destinato ad assumere natura assicurativa ovvero a riprendere il modello di 'servizio sanitario' organizzato in forma nazionale. Della funzione specifica che si è voluta assegnare alle parole del Costituente, del resto, molti hanno discusso, avendo qualcuno sostenuto la possibilità di selezionare i destinatari per reddito e lasciare alla libera scelta di alcuni pazienti l'adesione al servizio sanitario oppure ad un sistema assicurativo.

L'assetto delle competenze delineato nel titolo V, parte II, della Costituzione complica il quadro, legittimando l'affermazione, in ambito regionale, di soluzioni differenti.

Come risultato, oggi il servizio sanitario è «costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute» in attuazione dell'art. 3 Cost.

L'attuazione spetta allo Stato alle regioni, agli enti territoriali, ma anche alle associazioni di volontariato che operano nel settore sociale. Come si è osservato, questa struttura trova fondamento solo indirettamente nella norma costituzionale, che riconosce il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo, e interesse della collettività, e che, in ragione di ciò, richiede che siano garantite cure gratuite agli indigenti.

Sia la disciplina dettata dalla legge istitutiva del servizio sanitario, sia quella approvata con le successive riforme, hanno consentito diverse combinazioni tra pubblico e privato.

Su questo aspetto incideranno sicuramente le scelte successive, soprattutto, quelle sull'assetto e la riforma delle competenze tra i diversi livelli di governo. Proprio in materia di tutela della salute queste scelte verranno a determinare in capo alle regioni quella competenza legislativa in via concorrente che consentirà a questo livello di governo la possibilità di effettuare scelte differenziate, salvo più in avanti, muoversi all'interno degli spazi lasciati dall'ordinamento statale con la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e il finanziamento.

La seconda chiave interpretativa è quella che poggia sulla linea di lettura del posto assegnato alla salute rispetto ad altri interessi pubblici. Si tratta di una considerazione che in qualche modo appare complemen-

tare e conseguente rispetto a quella sinora discussa e rappresentata, ma che tuttavia vale la pena di essere ripresa singolarmente in questo stadio del lavoro. Essa muove e concerne la rilevanza data all'assetto degli interessi per il mezzo della loro rappresentazione nell'ambito dell'organo di governo e dell'amministrazione centrale (L. Vandelli, 1984).

Basti pensare che nella legge 20 marzo 1865, n. 2248, allegato C, la materia della tutela della salute e il relativo interesse pubblico sono rappresentati unicamente ed espressamente dal Ministero dell'interno.

Il primo Ministero della salute viene costituito solamente nel 1958 (l. 13 febbraio 1958, n. 96), ma, pur attraversando le principali fase di codificazione e riforma, negli anni Novanta del secolo scorso viene accorpato nell'unico Ministero che associa la tutela della salute alle altre funzioni di benessere. Con esiti potenzialmente divergenti, se si tiene a mente che con queste essa potrebbe peraltro ben confondersi, ovvero realizzare sinergie rilevanti.

Il Ministro della salute fa la propria apparizione nuovamente, quando, con la sua ricostituzione, esso viene chiamato a svolgere il ruolo di interlocutore rispetto alle regioni e al Ministero dell'Economia (M. Bocci, 2024). Si tratta in qualche modo di un Ministero che conferma un ruolo 'dimezzato'. Esso infatti, per un verso, porta la tutela della salute come interesse pubblico a sé stante nell'ambito della compagine governativa mentre, per l'altro, si trova a fare i conti con diversi altri interessi, primo fra tutti quello al contenimento della spesa.

Un'ulteriore considerazione riguarda la visione

del rapporto tra pubblico e privato. Chiave di volta nell'interpretazione e nella gestione del sistema, l'alternativa alle volte è stata anche strumentalizzata da quanti hanno voluto significare situazioni precostituite, e a tratti dissimulate dietro posizioni ideologiche o retaggi culturali.

Alla luce degli argomenti sollevati, la configurazione del rapporto tra pubblico e privato in sanità è questione insoluta, sulla quale, se vogliamo pensare alle comunità, si sono misurate nel passato istanze politiche, rivendicazioni sociali, voci tecniche. Se pensiamo agli interessi di comunità che oggi si vanno affermando, finora essi sono apparsi in molti casi e in qualche modo stretti tra l'assetto degli interessi pubblici e di quelli privati. Gli uni sono andati moltiplicandosi nelle diverse funzioni che hanno assunto i pubblici poteri in riferimento alla sanità. Gli altri hanno in qualche modo sfruttato quei 'buchi del quadro' di Fontana, di cui parlava Massimo Severo Giannini quando descriveva il cd. Servizio sanitario nazionale (M.S. Giannini, 1981, 115), all'alba della sua costituzione, e li hanno sfruttati, anche inserendosi laddove c'era probabilmente maggiore spazio per quelli cd. di comunità.

Questi ultimi di conseguenza, sono rimasti in passato più nell'ombra, quanto meno, nella lettura volta a ricostruire le dinamiche descritte e disciplinate dal legislatore. A volte schiacciati da interessi tecnici a volte sovrastati da interessi politici, essi vanno apparendo proprio oggi come fondamentali, come i diversi contributi raccolti in questo volume potranno, in maniera molto più circostanziata, dimostrare e illustrare.

5. *Le prospettive*

Il servizio sanitario nazionale che uscirà definitivamente dal passaggio epocale della crisi pandemica sarà con molta probabilità profondamente diverso da quello di cui ci si era abituati a discutere nei primi venti anni del ventunesimo secolo.

Basti riflettere già su alcune vicende che necessariamente contribuiranno a ridefinire lo stato del governo della sanità, quanto meno nel gioco di forza tra le sue componenti. Il fattore principale è rappresentato dalla rottura rispetto all'elemento del territorio.

Questo si vede su più fronti, dal diritto a ricevere cure transfrontaliere, a livello sovranazionale, al risultato del processo di riforma verso l'autonomia differenziata in ambito domestico e dall'esito delle implicazioni sui processi di mobilità interregionale. Di tutto ciò sarebbe interessante discutere ampiamente, ma l'economia del lavoro non ci consente che di svolgere alcune rapidi cenni sulla dimensione transnazionale del diritto alle cure.

Alle letture più ottimiste in ordine alle ricadute della disciplina sovranazionale in materia di assistenza transfrontaliera, che segnalano l'emergere di una forma di Bio-cittadinanza europea (Flear, 2007), 239), lo sguardo critico e i dati raccolti negli ultimi anni (European Commission, 2017), suggeriscono da tempo un'interpretazione più cauta (N. Posteraro, 2016).

Ciò vale anche a dispetto delle molte voci che indicano i molti margini che restano ancora alla affermazione della assistenza sanitaria transfrontaliera con

riguardo alla fornitura di cure, almeno dinanzi alla prova di resistenza della effettività del diritto.

Se l'attuazione e il funzionamento delle cure transfrontaliere hanno mostrato più ombre che luci, per l'altro, l'applicazione del meccanismo individuato dalla disciplina europea ha avuto particolare successo nelle zone transfrontaliere, dove grazie alla realizzazione di progetti integrati, ovvero nella costituzione di reti di collaborazione attraverso la stipula di accordi tra strutture ospedaliere europee, i pazienti possono beneficiare di meccanismi transnazionali probabilmente maggiormente integrati e più efficaci: si segnala in proposito il caso del cd. *Hospital Network for Care Across Borders in Europe*.

Gli esempi riportati fanno intravedere che la cd. cittadinanza sanitaria del prossimo futuro probabilmente attraverserà in maniera orizzontale più ordinamenti. Con riguardo al tema trattato in questo volume e in riferimento ai contributi che ne tratteranno più specificamente essi lasciano intravedere potenziali e ulteriori nuove forme di Comunità.

Riferimenti bibliografici

- Bocci M., *Sanità, chi comanda veramente in Italia (che spesso non è il titolare del Ministero)*, ne la Repubblica, 18 febbraio 2024.
- Buoso S., Viscomi A. (a cura di), *Per un welfare di comunità: organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*, Torino, 2024.
- Conticelli M., *Privato e pubblico in Sanità*, Milano, 2012.
- Conticelli M., Giglioni F., *L'accreditamento degli erogatori*, in *La Sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola, il Mulino, Bologna, 2010, 177-198.
- Conticelli M., *La disciplina di accreditamento nel settore sanitario e la sua attuazione*, in *Ius Publicum*, n. 2/2014, 1-40.
- Degani L.E. e altri, *La nuova via della sanità territoriale. PNRR, Decreto 77/2022, Legge 33/2023, Riforma del terzo settore*, Santarcangelo di Romagna, 2024.
- European Commission, *Member State Data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU, Year 2017*.
- Flear M.L., *Developing Euro-Biocitizens through Migration for Healthcare Services*, in *Maas. Jour. Eur. Comp. Law*, 2007, vol. 14, issue 3, 2007, 239 ss.
- Giannini M.S., *Relazione di sintesi*, in *Il Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1981, 115 ss.
- OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Pioggia A., *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del Federalismo*, Numero speciale 2020, 17 ss.
- Pioggia A., Dugato M., Racca G., Civitarese Matteucci S., *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano 2008.

- Posteraro N., *Assistenza sanitaria transfrontaliera in Italia e rimborso delle spese sostenute*, in *Riv. Trim. dir. pubbl.*, 2016, 489 e ss.
- Spandonaro F., d'Angela D., Polistena B., *Rapporto Sanità: senza riforme e crescita*, SSN sull'orlo della crisi, Roma, 2023.
- Taroni F., *Politiche sanitarie in Italia, Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, 2011.
- Vandelli L., *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, 1984.

GOVERNANCE COLLABORATIVA
E BENE SALUTE: QUALI LEZIONI
DALL'ESPERIENZA
DELLA CO-GOVERNANCE URBANA?

*Paola Chirulli**

SOMMARIO: 1. Le esperienze di *co-governance* urbana. – 2. Un “trapianto” possibile? – 3. Quali strumenti? – 4. Quali attori per una ipotetica *co-governance* nel settore della sanità?

1. Le esperienze di co-governance urbana

Il titolo allude alla possibilità di mutuare le esperienze virtuose poste in essere nel campo della *governance* collaborativa delle città nel diverso settore della cura della salute, dunque, nella gestione dei servizi sanitari.

Il presupposto su cui poggiano quelle iniziative è il coinvolgimento delle comunità nella *governance* locale, termine notoriamente molto fluido, che dal punto di vista giuridico descrive fondamentalmente il ruolo recessivo dello Stato nella sua capacità di farsi garante del patto sociale che ne è alla base, e indica “*politiche e strategie elaborate in un contesto in cui ai tradizionali attori pubblici, legittimati su base rappre-*

* Professore Ordinario di Diritto amministrativo, Università degli Studi di Roma, “La Sapienza”.

sentativa e dotati di poteri coercitivi, si affiancano (o si sostituiscono) ai vari livelli – da quelli locali a quelli globali – istituzioni internazionali, imprese private, organizzazioni sociali, istituzionali finanziarie” (così F. Bilancia, S. Civitarese-Matteucci, 2023, 112).

In campo urbano i contributi della comunità, nelle varie forme giuridiche più o meno strutturate in cui questi vengono canalizzati, sono prevalentemente rivolti al miglioramento della vivibilità e della fruibilità dello spazio, alla tutela igienica di aree, alla gestione di immobili, alla rigenerazione in senso ampio, allo svolgimento di attività di promozione dell'innovazione sociale.

Queste esperienze sono ormai diffuse anche a livello europeo, e sono state recentemente oggetto di studio anche (da parte) dell'OCSE, che ha messo a punto una “cassetta degli attrezzi”, sia pure prevalentemente rivolta a diffondere buone pratiche in campo di democrazia deliberativa nelle città (consultabili su <https://www.oecd.org/governance/innovative-citizen-participation/>).

Lo stesso legislatore nazionale ha tentato di promuovere il fenomeno attraverso la previsione di istituti come il baratto amministrativo (tuttavia non riproposto nell'attuale codice dei contratti pubblici), i partenariati o, in modo più strutturato, il codice del terzo settore, ma anche le regioni hanno introdotto leggi dedicate alla promozione di queste forme di condivisione della cura di interessi generali. Il recente codice dei contratti pubblici dedica al partenariato, che rappresenta la base giuridica per queste forme di collaborazione, un'apposita norma che colloca i modelli

di amministrazione condivisa nell'ambito degli strumenti di attuazione della sussidiarietà orizzontale (art. 6, Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale. Rapporti con gli enti del Terzo settore). Gli articoli 174 e 175 c.c.p., inoltre, hanno codificato un'ampia nozione di partenariato che si presta a ricomprendere al suo interno forme molto diverse di collaborazione pubblico-privato. Riferimenti al partenariato non mancano nemmeno nel recente testo unico in materia di servizi pubblici locali (d. lgs. n. 201/2022).

La città, essa stessa qualificabile come bene comune (e qui sono debitrice degli studi di Christian Iaione), si rivela per varie ragioni terreno ideale per lo sviluppo delle iniziative di *co-governance*, le quali sono rivolte in gran parte alla cura condivisa e alla rigenerazione di beni urbani, siano essi immobili o spazi pubblici, o alla gestione di servizi ausiliari.

Non a caso, il punto di arrivo (ma, in certi casi, ancora di decollo) di queste esperienze è la messa appunto di regolamenti comunali sulla collaborazione tra cittadini e amministrazione, innanzitutto testi normativi, e la loro realizzazione concreta attraverso i patti di collaborazione, il cui esempio più significativo è quello di Bologna, che si è dotata di questo strumento di gestione della sussidiarietà o amministrazione condivisa fin dal 2016.

Qual è il *proprium* di questi istituti, che si potrebbe, pur con adattamenti, pensare di “adottare” nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari, quali strumenti di coinvolgimento delle collettività sociali nella cura della salute?

Nel modello più diffuso e caratterizzante, i patti

di collaborazione sono previsti da una norma cornice di fonte regolamentare, che, non senza creare qualche problema di legittimità, ha attuato *per saltum* l'articolo 118 della Costituzione. Sono essenzialmente patti, ossia atti consensuali, né contratti, né accordi, redatti sulla base di una modellistica uniforme, aventi ad oggetto prestazioni varie, ma privi di un vero e proprio contenuto sinallagmatico (almeno nel senso tradizionale) e non caratterizzati dallo scambio di transazioni economiche. L'oggetto è il più vario, compreso l'ambito sociale, dunque, vicino a quello della salute in senso lato. L'elemento personale è in ogni caso prevalente su quello organizzativo.

Questi patti si saldano su previsioni regolamentari che in alcuni casi istituiscono una vera e propria nuova funzione dell'ente locale, quella di gestire la collaborazione con i cittadini attivi e del resto sono compatibili con l'ampia autonomia riconosciuta agli enti locali come enti a fini generali.

La disciplina dei patti è molto flessibile, ma essenzialmente procedimentalizzata, con la previsione, in taluni casi di avvisi aperti al pubblico e procedure di evidenza pubblica quali manifestazioni di interesse.

Gli esempi riusciti di questi modelli sono ormai numerosi, e siamo in un'epoca, che potremmo definire matura, della *co-governance* urbana. È bene però tenere presente che si tratta di un quadro tuttora in evoluzione, che sta tentando di fare un salto di qualità, ma che rappresenta un modello in divenire. Dalla cura occasionale e spontanea del bene comune, che si concentra su singoli episodi o su singole realtà urbane, come la presa in carico di uno spazio verde, la

creazione di orti urbani oppure la riconversione di un immobile, o il perfezionamento dell'istituto degli usi civici, si stanno sperimentando forme più strutturate, che non arrivano ancora a realizzare intere co-città, ma che puntano alla stabilità di certe formule, alla comunità che diviene stabilmente *policy maker*, oppure *co-policy maker* e non più mero *policy taker*.

I beni comuni urbani, in ragione della loro immediata incidenza sul nostro benessere quotidiano e sulla qualità della nostra vita, riportano l'ente esponenziale e la comunità alla loro matrice comune e la sussidiarietà, attraverso forme varie di collaborazione, è lo strumento che serve a rafforzare il *trait d'union* tra i cittadini e l'ente esponenziale, e a colmare il vuoto che si crea tra l'individuazione dei bisogni collettivi e la ricerca dei mezzi per soddisfarli.

Alla base di tutto ciò vi è un incontro tra l'autonomia civica, che qualcuno chiama cittadinanza attiva, e la funzione dell'ente locale, sia esso comune o città metropolitana.

Occorre chiarire che l'autonomia civica non è solo una libertà, o un insieme di facoltà, ma è anche un fascio di doveri che si fondano sul principio di solidarietà e non solo su quello di sussidiarietà.

È la realizzazione, in scala, del modello della demarchia, che Feliciano Benvenuti segnalava come un assetto emergente, come un punto di arrivo della democrazia. Qui siamo oltre la democrazia rappresentativa e forse anche oltre quella deliberativa. La democrazia, scriveva, come momento supremo di una comunità repubblicana, non è completamente attuata se, accanto alle varie forme di organizzazione, non si

introducano, nel centro stesso dello Stato, formule che consentano la presenza attiva e diretta dei cittadini come singoli. La risposta democratica va oggi impostata non tanto sulla partecipazione popolare alle strutture, ma mediante il riconoscimento di poteri di intervento dei cittadini nell'ambito dell'esercizio delle funzioni. La realtà di queste istituzioni spontanee e il loro valore, scriveva sempre Benvenuti, sta proprio nel fatto di essere estranee al sistema pubblico in quanto tale.

La realtà territoriale è molto variegata, ma alcune autentiche esperienze "demarchiche" sono oggi in corso di concreta realizzazione. Alcuni progetti, muovendo dall'esperienza dei patti di collaborazione diffusi in molti comuni italiani, propongono di impostare forme di *co-governance* stabile, innestando organi elettivi che sono espressione della collettività sugli organi rappresentativi dell'ente locale. È questo il caso del Comune di Reggio Emilia, che non si è limitato a fare leva sui patti di collaborazione, ma ha adottato un regolamento sulla democrazia e la giustizia urbana e climatica, e che si definisce come "città collaborativa". La città ha istituito una nuova struttura di *governance* urbana, sulla base dell'art. 117, co. 6, Cost., che attribuisce ai comuni potestà regolamentare per l'esercizio della loro organizzazione e delle loro funzioni. Il modello si fonda sul ruolo decisivo delle consulte d'ambito, organismi elettivi di partecipazione su base territoriale, e sulla presa in carico di molti beni comuni, che sono i beni, i servizi e le infrastrutture che le comunità territoriali e il Comune riconoscono essere funzionali al benessere collettivo

urbano, e/o strumentali al raggiungimento di obiettivi di pieno sviluppo e realizzazione della persona. Il regolamento fissa i principi della *co-governance* urbana, che definisce a sua volta il complesso delle azioni di co-creazione, cura, gestione, governo e rigenerazione dei beni, servizi e infrastrutture urbani portato avanti da comunità e Comune. La *co-governance* si basa sulla presenza in parallelo del comune da una parte, delle Consulte dall'altro, assistite da facilitatori indicati tra i componenti del consiglio comunale, con diversi compiti tra cui la raccolta dei bisogni. Entrambe elettive, ma dotate di diverso *status*.

Sappiamo bene che la crisi post-Covid ha pesato molto sulle strutture sanitarie, e la pandemia ci ha anche disvelato una fragilità più diffusa e in un certo senso più subdola, che richiede una cura della salute più diversificata e sempre più plasmata sulle specifiche esigenze, dunque la necessità di una risposta più capillare e granulare, oltre che territorialmente più vicina ai bisogni. La scarsa capacità del sistema pubblico di fare fronte con le sue risorse personali e finanziarie alla domanda si manifesta ben prima della concreta erogazione dei servizi, ma attinge all'intercettazione stessa dei bisogni di cura.

Il punto è che qui il salto è notevole. Da una parte dello spettro, dalla cittadinanza attiva come cura condivisa più o meno stabile delle città, si va alla presa in carico della cura di un bene costituzionalmente rilevante, che rappresenta, pur con i noti limiti, uno degli obblighi delle istituzioni pubbliche. Dall'altra, dalla cittadinanza "passiva", come diritto a un nucleo di servizi che rendono la qualità della vita urbana mi-

gliore, ci spostiamo all'esercizio di un diritto fondamentale, che risponde a bisogni essenziali della persona, anche quando non direttamente identificati con l'accesso a una specifica cura medica ma ad esempio a un accertamento diagnostico urgente.

Lo spettro dei possibili interventi è molto ampio e diversificato, dunque, ma il "trapianto" dei modelli di *co-governance* urbana (che ancora pone non pochi problemi di inquadramento sistematico) è qui più complesso.

2. *Un "trapianto" possibile?*

Intanto, se pensiamo che le esperienze che finora sono di successo partono dalla cellula minima della collettività, e interloquiscono con l'ente più vicino a quest'ultima, la città o, con frazioni di questa, tipicamente i quartieri, devono individuarsi i soggetti pubblici che svolgano il ruolo di promotore e regolatore, dunque di registi di queste iniziative.

Un primo problema, che si colloca più a monte, è che le iniziative di gestione condivisa funzionano non solo perché ci sono comunità motivate, ma soprattutto e innanzitutto perché c'è un'amministrazione che ci crede e che dedica a queste iniziative energie organizzative e spesso anche finanziarie. I casi più riusciti di amministrazione condivisa poggiano su solide basi organizzative, perché vi sono interi uffici comunali preposti a questa funzione e figure professionali *ad hoc*. E d'altra parte, condividere vuol dire ipotizzare un lavoro comune, non una mera delega e un arretra-

mento di fronte alle libere iniziative dei privati. Queste formule poggiano sempre meno sulla sussidiarietà, e sempre di più sulla solidarietà, che dà luogo a forme di co-responsabilizzazione reciproca.

Può funzionare questa formula nella sanità e, più in generale, nel campo dei servizi alla salute? E se sì, come?

Se c'è una lezione che possiamo trarre dalle esperienze di *co-governance* urbana, è che purtroppo funzionano a macchia di leopardo, perché attecchiscono dove c'è già un forte senso della comunità da entrambi i lati del rapporto, e questo comune sentire è fondamentale per la riuscita dei patti di collaborazione, qualsiasi forma essi prendano. Salvo eccezioni, funzionano meglio paradossalmente dove c'è già un pubblico "forte" ed efficiente, e dove dunque sono strumenti di condivisione e meno dove il privato serve a colmare le lacune del pubblico, secondo il metodo di sostituzione tipico del meccanismo sussidiario. Certo può sperarsi sull'effetto emulativo, che in varie città italiane ha già prodotto i suoi risultati con la cura dei beni comuni urbani. Ma certo questo per la sanità è un dato da tenere in considerazione, perché richiederebbe comunque investimenti organizzativi e di personale indispensabili.

Poi c'è il tema del bacino territoriale.

In alcune regioni, come l'Umbria, l'assistenza è articolata in distretti, che sono l'unità organizzativa minima. Il Distretto, così come disciplinato nel Testo unico in materia di sanità e servizi sociali (L.R. 09/04/2015, n. 11, in corso di modifica), è l'articolazione territoriale ed organizzativa della unità sanitaria

locale per lo svolgimento delle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse della azienda sanitaria locale e degli enti locali. Rappresenta, quindi, il luogo privilegiato ed istituzionale di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi erogati dalle Aziende territoriali. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, garantendo uniformità dei livelli di assistenza in un contesto di pluralità dell'offerta. Non so se ad esempio il distretto potrebbe essere la cellula più vicina ai cittadini attivi, singoli od organizzati, che vogliono investire le loro energie nella cura condivisa della salute offrendo un supporto alla gestione dei servizi socio-sanitari, o dando vita a forme di partenariato innovative che si specializzino soprattutto nel creare supporto nella fase che va dalla nascita del bisogno all'individuazione della struttura adatta, seguendo e snellendo le modalità di accesso, in particolare per anziani e disabili.

3. *Quali strumenti?*

Il patto di collaborazione può essere un modello, e certamente un modello di successo, dato che la sola Bologna ne ha concluse molte centinaia; ma si può

attingere anche all'art. 55 del codice del terzo settore, ritenendolo, alla stregua di quanto affermato dalla Corte costituzionale nella nota sentenza n. 131/2020, una norma cardine dell'amministrazione condivisa, che dunque non si applica solo ai soggetti che da un punto di vista formale sono qualificabili come facenti parte del terzo settore "in senso stretto", ma anche ai singoli individui o agli esponenti della comunità che si fanno promotori di un progetto per integrare i servizi sanitari.

Anche l'articolo 1, comma 1-bis della l. 241/90 può legittimare nuove forme di public-community-partnerships. Inoltre, il codice dei contratti pubblici di recente introduzione contiene numerose disposizioni dedicate a inserire nella cornice dell'autonomia contrattuale pubblica forme di amministrazione condivisa: si pensi agli articoli 6, 8, 174 e 201.

L'esperienza della *co-governance* urbana mostra che si può muovere da un modello costitutivo *top-down*, in cui il ruolo dell'ente locale è determinante, perché crea lo strumento abilitante, a quello dichiarativo, in cui vi è il riconoscimento di realtà esistenti.

Non mi spingerei oltre ad immaginare strutture organizzative più complesse, che integrino i rappresentanti della comunità all'interno degli organi decisionali della cellula del servizio sanitario, sia essa la ASL, il distretto o quant'altro. Credo che convenga partire, come si è fatto per le città, dalla previsione di uno strumento abilitante e dalla sperimentazione graduale di modelli inizialmente semplici per poi semmai progredire verso forme più strutturate ed evolute di *co-governance* come quelle che stanno prendendo piede in alcune città italiane. Ad esempio, a Reggio

Emilia si è andati ben oltre i patti di collaborazione, per immaginare forme stabili di partenariato per lo sviluppo sostenibile e l'innovazione, tra cui progetti che possono riguardare, tra gli ambiti di *policy*, anche la cura della comunità, attraverso interventi volti al miglioramento della dotazione di servizi alla persona, in grado di offrire maggiori quantità di occasioni di cura ad ampio spettro.

Anche qui, potrebbero immaginarsi delle *sand-boxes* sperimentali.

Nei servizi sanitari, tuttavia, vi è un altro elemento che gioca un ruolo essenziale.

Qui non vi può essere spazio per occasionalità e discontinuità, che possono essere tollerate nella cura di altri beni comuni: questo è un profilo che richiede particolare attenzione giacché, anche per l'assenza di un vero e proprio rapporto sinallagmatico, vi è il problema di garantire la continuità, che richiede la previsione di uffici che possano occuparsi anche del monitoraggio del funzionamento e dell'effettivo impatto di questi strumenti collaborativi.

Quanto ai possibili ambiti degli strumenti collaborativi, ritengo che le forme di collaborazione ipotizzabili siano molteplici, e che abbiano un grande potenziale soprattutto sul fronte dei servizi che si collocano tra assistenza sanitaria e sociale, enfatizzati anche dal PNRR, e in particolare dell'avvicinamento tra pazienti e strutture sanitarie che rappresenta tuttora un grande ostacolo per molti, dall'accesso alle strutture, all'orientamento all'interno di queste, al dialogo con il personale sanitario, all'assistenza nella prenotazione delle prestazioni per persone anziane, disabili, o straniere,

al supporto all'assistenza domiciliare, all'accesso a un supporto psicologico e spirituale per malati e familiari. Poi ci sono attività di intermediazione, finalizzate a identificare i bisogni e canalizzarli in nuove modalità di assistenza, anche attraverso l'utilizzo dei più aggiornati strumenti telematici e dell'intelligenza artificiale.

Difficilmente le attività di erogazione diretta delle prestazioni sanitarie potranno essere cogestite attraverso partenariati volontari che coinvolgono i privati cittadini, anche per un evidente problema di responsabilità, ma un ruolo di supporto, in forma più o meno strutturata, potrebbe contribuire a rendere il servizio sanitario maggiormente rispondente alle attese e più vicino alle persone, nonché ai loro bisogni individuali.

4. *Quali attori per una ipotetica co-governance nel settore della sanità?*

Innanzitutto, cittadini, associati e non. Per gli enti del terzo settore, già coinvolti nell'assistenza socio-sanitaria, valgono naturalmente regole ad hoc.

Non mancano esempi di cittadini, singoli o associati o costituiti in ONLUS che contribuiscono al sostegno delle strutture sanitarie attraverso l'acquisto di macchinari oppure la cura di spazi ad esempio nei reparti pediatrici. E tuttavia non sono forme strutturate di co-gestione, ma esercizio spontaneo e occasionale di di liberalità.

Vi sono poi le cooperative di comunità, riconducibili agli enti del terzo settore, ma che sono espressione strutturata di cittadini attivi, e che possono consentire

a questi ultimi di collaborare alla gestione di beni e servizi collettivi. E poi, associazioni e fondazioni di comunità.

Tutti gli attori della c.d. “quintupla elica”, nella quale rientrano certamente non solo le imprese, ma anche le università e i centri di ricerca. Penso alle iniziative c.d. di terza missione, tra le quali rientrano, nella definizione ANVUR, anche Sperimentazione clinica e iniziative di tutela della salute (es. trial clinici, studi su dispositivi medici, biobanche, empowerment dei pazienti, cliniche veterinarie, giornate informative e di prevenzione, campagne di screening e di sensibilizzazione); produzione di beni pubblici che aumentano il benessere della società, in ambito educativo (educazione degli adulti, life-long learning, formazione continua), sociale (salute pubblica, attività a beneficio della comunità, consulenze tecnico/professionali fornite in equipe), di consapevolezza civile (dibattiti e controversie pubbliche, expertise scientifica) o anche alle tante ricerche finanziate con i fondi PNRR, attraverso le quali si potrebbe offrire un supporto alle politiche pubbliche, e anche in concreto offrire servizi di supporto. Si potrebbero immaginare spin-off universitari adibiti alla realizzazione di piattaforme digitali avanzate che intercettino la domanda e svolgano attività di intermediazione con le strutture sanitarie. Oppure progetti di ricerca che realizzino sportelli consultivi sullo stile di vita e sulla prevenzione per gli studenti, per la comunità accademica e in prospettiva per la collettività.

Il dipartimento cui afferisco ha ad esempio ottenuto il finanziamento di un progetto di terza missione per

attività di clinica legale (e anche di didattica applicata) da svolgere sia all'interno dell'Ateneo che sul territorio, con la creazione di strutture di intermediazione deputate a coinvolgere soggetti interni alla Sapienza (studenti, dottorandi, personale amministrativo) ed esterni (attori del terzo settore, associazioni, soggetti pubblici, scuole) nello svolgimento di attività di assistenza legale-amministrativa con finalità di inclusione sociale degli studenti stranieri o privi di cittadinanza italiana e di loro supporto nel dialogo con le amministrazioni, spesso reso difficile per problemi linguistici.

Per concludere. Quella dell'amministrazione condivisa e della *co-governance* è una formula ampia, che inizia ad essere ben collaudata.

Certamente può essere mutuata nella sanità e nella cura della salute in senso ampio, dove la territorializzazione e la personalizzazione dell'assistenza non sta dando ancora i frutti sperati (pensiamo alle case di comunità).

Come per la *co-governance* urbana, tuttavia, bisognerà investire molte energie, non solo finanziarie, ma soprattutto umane, per promuovere lo sviluppo di questi modelli, non di rado avversati dalle stesse amministrazioni e, talora, dallo stesso privato, il privato for-profit, che invece potrebbe trovarvi nuovi spazi, opportunamente canalizzati.

Il compito degli studiosi e delle università è dunque quello di continuare a studiare e ad affinare queste esperienze, promuovendone innanzitutto la conoscenza, così contribuendo a realizzare quel cambiamento culturale indispensabile per la loro diffusione nella realtà sociale e amministrativa.

Riferimenti bibliografici

- Allegretti U. (a cura di), *Democrazia partecipativa. Esperienze e prospettive in Italia e in Europa*, Firenze University Press, 2010.
- Benvenuti F., *Il nuovo cittadino*, Venezia, 1994.
- Bifulco R., *Democrazia deliberativa e principio di realtà*, in *Federalismi*, 1/2017.
- Bilancia F., Civitarese Matteucci S., *Il diritto pubblico nella società contemporanea*, Torino, 2023.
- Chirulli P., *I beni comuni tra diritti fondamentali, usi collettivi e doveri di solidarietà*, in *Studi in onore di Claudio Rossano*, Napoli, Jovene, 2013.
- Chirulli P., Iaione C. (a cura di), *La co-città*, Napoli, 2019.
- Foster S., Iaione C., *Co-Cities. Innovative Transition toward Just and Self-Sustaining Communities*, MIT Press, 2022.
- Foster S., Iaione C., *The City as a Commons*, *Yale Law & Policy Review*, 2016.
- Gigliani F., *Consolidamento e futuro dell'amministrazione condivisa*, in *Federalismi*, 1/2022.

IL PRIVATO PER LA SALUTE E IN SANITÀ: QUALI PROSPETTIVE?

*Carla Collicelli**

Nel riflettere sul tema del rapporto tra pubblico, privato e comunità in sanità, torna alla mente un documento prodotto in ambito CNEL nel 1996 (sotto la presidenza di Giuseppe De Rita) nell'ambito del Gruppo di Lavoro sulla "*mercattizzazione*" del sociale, dal titolo "Statualità, mercato e socialità nel Welfare".

Il documento analizza il rapporto tra pubblico e privato nel sociale e nella sanità, a partire dalla considerazione della necessità di individuare soluzioni praticabili rispetto alla revisione del sistema da più parti reclamata (anche ad esempio dalla Legge delega Amato del 1992¹). Un sistema che è messo a dura prova, come si dice nel documento, da due fattori: da un lato "*i cambiamenti della cultura della salute e l'avanzare di un protagonismo nuovo da parte dei pazienti*"; e dall'altro la realtà di un mercato pubblico-privato non regolato, "*un mercato sociale caratterizzato da alta responsabilità individuale e di gruppo e da accentuato pluralismo dei soggetti erogatori dei servizi*". In altre parole, un "*mix di fatto tra elementi tipici del modello universalistico, elementi di quello categoriale-profes-*

* ASviS Senior expert Relazioni internazionali – CNR Cid Ethics.

¹ Parere sulla legge di delega n. 421/1992.

sionale ed elementi di carattere individuale e fiscale". "Un mix che non soddisfa", queste le precise parole del documento (C. Collicelli, 1996) in quanto "non in grado di assicurare la base minima di benessere da legare ai diritti di cittadinanza, di definire e tutelare i limiti massimi di compatibilità per le prestazioni e la domanda, di contemperare le logiche dominanti di carattere burocratico e corporativo con logiche di partecipazione, di rappresentanza e di responsabilità, di imboccare una strada di maggiore dinamismo e flessibilità, da accompagnare ad oculatazza e attenzione nella distribuzione delle risorse".

L'ipotesi con cui il documento si conclude è quella di una revisione del modello di *welfare* attorno a 4 diverse funzioni: di indirizzo, coordinamento e valutazione la prima; di allocazione delle risorse, gestione dei fondi e acquisto dei servizi la seconda; di produzione e gestione dei servizi la terza; di utenza, partecipazione e controllo dal basso la quarta. Funzioni che possono essere attribuite a diverse soggettualità, anche private, dai cittadini e loro rappresentanze (in un'ottica di *empowerment*), alle assicurazioni, ai fondi sanitari, alle aziende; ma sotto l'egida di un coordinamento pubblico ben calibrato e serrato, di una integrazione sia verticale che orizzontale, con rispetto della sussidiarietà e soprattutto con un ruolo forte di livello strategico e di orientamento da parte della statualità, centrale e regionale, rispetto alla socialità ed al mercato.

Come sappiamo, nulla è successo dopo la Delega Amato rispetto a questa importante questione, nonostante i tentativi dei decreti 502 del 1992 e 517

del 1993², che cercavano di indirizzare la legislazione nella direzione di una sorta di concorrenza regolata tra pubblico e privato, un “quasi mercato”, simile per certi aspetti ai modelli di welfare continentale di tipo assicurativo, nel primo, ed una più chiara definizione del ruolo del privato nel fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle del SSN, il secondo. E le riflessioni del documento del CNEL sono rimaste lettera morta, tanto è che oggi ci ritroviamo di nuovo a constatare come buona parte dei mali della sanità siano ascrivibili al mancato rispetto dell’equità e dell’universalismo e alla mancanza di una regolazione dei rapporti tra pubblico e privato. Per cui occorre ripartire da lì e da quel modello incompiuto a tre gambe.

Per quanto riguarda la statualità (per riprendere la terminologia del documento CNEL del 1996) e la sua promessa di universalismo, la situazione è andata via via peggiorando, anche a causa della approvazione nel 2001 della riforma del Titolo V della Costituzione sul decentramento amministrativo (l. cost., 18 ottobre 2001, n. 3), che ha ampliato ruolo e competenze delle autonomie locali ed ha fatto crescere le differenze e le disparità, sia in termini di offerta di servizi che in termini di modalità di accesso. L’indebolimento progressivo e costante del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dal punto di vista delle risorse pubbliche destinate, particolarmente accentuato fino al 2012, e mai sanato adeguatamente nel periodo successivo, ha ul-

² D.lgs., 30 dicembre 1992, n. 502 recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria*”, e D.lgs., 7 dicembre 1993, n. 517, recante “*Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre n. 502*”.

teriormente contribuito ad esacerbare il rapporto tra pubblico e privato, con il ricorso crescente da parte dei pazienti a prestazioni private in tutto e per tutto sostitutive di quelle pubbliche, a causa delle tante aree di cura lasciate scoperte o trattate dal pubblico in maniera non adeguata, da un lato; e per lo sviluppo delle forme di autotutela e di “fai da te”, di cui il cosiddetto processo di “badantizzazione” dell’assistenza ai soggetti fragili e malati è l’esempio più eclatante, dall’altro.

La cosiddetta “*sanità negata*” stigmatizzata nel documento del ’96, ma anche nei rapporti RBM Salute – Censis dei Welfare Day del secondo decennio del secolo³, nel libretto del 2004 scritto con Giuliano Cazola con il titolo di “Welfare fa da te”, ed anche nelle ricerche condotte da CREA-Sanità tra 2017 e 2020 per incarico della Cgil Funzione Pubblica su tempi e costi delle prestazioni nei diversi regimi⁴, è più che mai attuale oggi.

La “*giungla di un’offerta scoordinata tra pubblico e privato*” e le dimensioni crescenti della spesa *out of pocket* (di tasca propria), sono sempre più drammaticamente evidenti. E poco o nulla hanno potuto i vari tentativi messi in campo e sostanzialmente falliti, per affrontare la questione come: il Progetto “Mattoni” voluto dalla Ministra Turco sui tempi di attesa, il lavoro dell’Agenas sui sistemi di prioritarizzazione, il varo

³ Il primo: RBM Salute Censis, *I fondi sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, Censis 2012.

⁴ Il primo: CREA Sanità, Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei sistemi sanitari regionali, 27. 1. 2018.

del primo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa del 2010, e tutti i successivi fino ad oggi, le già citate indagini di RBM Salute e Censis, e le rilevazioni del Tribunale per i diritti del Malato, di Gimbe, di CREA-Sanità e del Censis.

I dati più recenti, resi ancor più drammatici dall'impatto della pandemia, confermano la crescita del fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie (*Forgone care*, più dell'11% della popolazione nel 2021 secondo l'Istat), e l'inadempienza rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte di tutte le regioni anche se in misura diversa (chi più chi meno). Tant'è che nel 2022 Ocse e UE nel Rapporto *Health at a Glance*, l'analisi annuale sulla sanità⁵, segnalano la crescita marcata dei cosiddetti "bisogni non soddisfatti" (*unmet needs*), e Oxfam conferma la presenza di una vera e propria povertà sanitaria derivante dall'insostenibilità per le famiglie della spesa *out of pocket*, specie quella legata ai cosiddetti eventi sanitari "catastrofici".

Diseguale presenza delle strutture sanitarie pubbliche sul territorio e nelle diverse regioni; rinuncia alle prestazioni sanitarie per motivi economici e/o di disponibilità dei servizi; spesa *out of pocket*, e spesso in nero, per l'assistenza domiciliare e la riabilitazione; spesa privata *out of pocket* per prestazioni sanitarie ambulatoriali non disponibili in tempi adeguati nel pubblico; ticket di compartecipazione alla spesa e tariffe relative alle prestazioni erogate in regime di

⁵ OECD EU, *Health at a Glance: State of health in the EU cycle*, 2022.

Intramoenia; welfare sanitario aziendale e forme di mutualità sanitaria collettiva; debolezza delle tipologie di sostegno economico ai disabili e cronici; sono tutti indicatori che rimandano a problemi importanti di mancato rispetto del diritto ad un accesso equo di tutti i cittadini alle cure necessarie e di monetizzazione dei bisogni e della stessa appropriatezza delle cure.

Per quanto riguarda la seconda gamba del sistema, la sanità privata, la sua crescita è implicita rispetto al processo di privatizzazione dei consumi di cui abbiamo detto. Come dichiarato dalle Regioni in una recente Audizione al Senato⁶, l'aumento della platea di beneficiari delle forme integrative di assistenza sanitaria è strettamente collegato al debole finanziamento della sanità pubblica. Il che crea una situazione grave di disparità tra chi è nelle condizioni di usufruire di una copertura assicurativa o mutualistica aggiuntiva e chi questo vantaggio non lo possiede.

Dal punto di vista dei servizi erogati, poi, anche in regime di SSN, la situazione è caratterizzata da una grande presenza delle strutture private soprattutto nei settori a basso-medio livello di complessità clinica. Il privato accreditato, infatti, attualmente eroga il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione (le

⁶ Regione Emilia-Romagna, Coordinamento Commissione Salute, Audizione dei rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome presso la 10^a Commissione Affari Sociali, Sanità, Lavoro e Previdenza sociale del Senato della Repubblica in merito all'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute, aprile 2023.

cosiddette prestazioni post-acute), il 65% di quelle ambulatoriali, il 25% di quelle per acuti (con alcune Regioni ben al di sopra come il Lazio al 50% e la Lombardia al 40%) e l'84% delle Rsa. Mentre dal punto di vista della spesa, nel 2021, la spesa sanitaria complessiva, pari a 168 miliardi di euro, è stata per il 75,6% a carico delle amministrazioni pubbliche (127 miliardi), per il 21,8% a carico delle famiglie (36,5 miliardi) e per il 2,7% a carico di regimi di finanziamento volontari (C. Collicelli, 2023).

Ciò che maggiormente preoccupa non sono però il peso, e le relative funzioni, svolte dalle strutture private, ma piuttosto il rapporto patologico e decisamente contrario ai principi del Servizio Sanitario Nazionale che si è venuto configurando in termini di accesso e di contribuzione alla spesa tra servizi offerti in regime di SSN (sia a gestione pubblica che a gestione convenzionata), con la sola copertura del ticket di partecipazione alla spesa (peraltro diseguale per territori e in alcuni casi pesante per le tasche delle famiglie), e servizi offerti dalle stesse strutture (pubbliche e convenzionate) in regime di Intramoenia, o di Privato Sociale, vale a dire in regime sostanzialmente pubblico ma con costi maggiori e soprattutto con liste di attesa separate e molto più brevi (per effetto del maggiore costo a carico delle famiglie e dunque di una selezione economica impropria della domanda e degli accessi).

E che ne è della terza gamba, quella della socialità? Ha continuato a lavorare sotto traccia, attraverso l'associazionismo di patologia⁷, le organizzazioni dei

⁷ Si veda ad esempio il progetto del CNR per la partici-

pazienti, le variegata forme di partecipazione, coprogettazione⁸ ed *empowerment*, che pure sul territorio esistono con dimensioni ragguardevoli e funzioni molto importanti.

Due esempi in particolare. Il lavoro delle famiglie, dei care-giver e dell'associazionismo nella continuità assistenziale, nella cura dei non autosufficienti, nella prevenzione e nell'*outreach*, vale a dire quella sanità attiva che va alla ricerca della propria utenza e dei bisogni più urgenti da soddisfare. Il primo. E, secondo, il ruolo delle tecnologie abilitanti per l'informazione, la comunicazione e l'*empowerment* dei cittadini nel rapporto con i servizi, grazie a prodotti e processi orientati all'inclusione sociale e al superamento delle barriere all'accesso⁹.

È interessante notare che tra i tanti cambiamenti provocati dalla pandemia, vi è anche quello di aver evidenziato l'importanza del ruolo della società civile, della comunità e del privato sociale nel promuovere la salute. Come dichiarato dai medici dell'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo il 21 marzo 2020 in un

zione dei pazienti e delle loro associazioni ai trial clinici, Carta dei principi e dei valori, *ethical toolkit* per la partecipazione delle associazioni di pazienti ai trial clinici, 2020

⁸ Si veda l'interessante lavoro: *Euricse*, Research Report n. 26/2023, *Abilitare la collaborazione, presupposti, vincoli e condizioni della co-progettazione in Italia*, Euricse Provincia di Trento, 2023

⁹ Si veda ad esempio il progetto Arsenal.IT (Regione Veneto), ESCAPE, SUSTAINS, @Two!Salute! e Clicca la tua salute!. Censis, Sanità digitale e impatto sociale, lo stato dell'arte della sanità digitale in Veneto ed il rapporto con i cittadini, Censis marzo 2016.

importante articolo: per la salute e per “*le epidemie, che provocano vere crisi umanitarie*”, è necessario un approccio di popolazione, di territorio e di comunità (M. Nacoti et al., 2020).

Una dimensione che ora ha una chance per emergere grazie agli investimenti previsti nelle Missioni 5 e 6 del PNRR, che ha raccolto almeno in parte il messaggio, prevedendo il rafforzamento della medicina del territorio (Case e ospedali di comunità, assistenza domiciliare, punti unici di accesso, collaborazione con il terzo settore).

Grazie a questa nuova impostazione, che deriva in primis dal Programma *Next generation UE*, il rapporto scoordinato ed iniquo tra pubblico e privato in sanità potrebbe forse ora risolversi positivamente. I punti all’ordine del giorno sono, innanzitutto la piena attuazione all’approccio *One Health* e “Salute in tutte le politiche”, ed il necessario ripensamento della progettazione urbana e territoriale (le cosiddette *Healthy cities*¹⁰) come degli assetti del mondo del lavoro e della formazione, secondo quanto espresso anche nel Position Paper dell’ASviS “Salute e non solo sanità”, curato dal Gruppo di lavoro del Goal 3 nel 2020 allo scoppio della pandemia¹¹, che sottolinea in particolare il rapporto da ricostruire in forma rinnovata tra sociale e sanitario e la lotta alle sovrapposizioni e agli sprechi.

In secondo luogo il PNRR potrebbe essere l’occa-

¹⁰ Intergruppo parlamentare *Qualità di vita nelle Città*, HCI; C1, Manifesto: *La salute nelle città: bene comune*, 2023.

¹¹ ASviS, *Salute non solo sanità, come orientare gli investimenti in sanità in un’ottica di sviluppo*, Position paper Gruppo di lavoro sul Goal 3, 2020.

sione per invertire la rotta del definanziamento, come dichiarato dalle Regioni nella recente audizione, che chiedono di *“valorizzare l’attività dei fondi integrativi indirizzandola verso quelle prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza oppure verso quelle prestazioni che tradizionalmente il Servizio Sanitario Nazionale eroga in modalità più limitata (es. prestazioni odontoiatriche, prestazioni sociosanitarie), evitando di duplicare le prestazioni sanitarie che sono già erogate dalla sanità pubblica”*.

In terzo luogo occorre aprire, o riaprire, un dialogo costruttivo con il mondo delle mutue e assicurazioni, rispetto al quale è interessante notare che molte regioni hanno colto le difficoltà e le lacune sul proprio territorio di riferimento ed hanno iniziato a considerare il mondo della sanità integrativa come un mondo da valorizzare e da sfruttare ai fini di una maggiore efficienza ed efficacia di intervento. Facendo riferimento al lavoro approfondito condotto dal prof. Campedelli e presentato nell’ambito di un convegno realizzato a Venezia a novembre 2016, molte regioni hanno iniziato a prendere provvedimenti di vario tipo (M. Campedelli, 2015).

E quarto, e non ultimo, per sciogliere i nodi di un rapporto disarticolato e per molti versi patologico tra pubblico e privato in sanità occorre anche rivedere la questione del rapporto tra diversi erogatori dei servizi, tra diversi regimi all’interno delle stesse strutture di erogazione, e tra regole diverse di accesso a seconda del regime dei pagamenti, abolendo la distinzione tra liste di attesa per pazienti in regime di SSN con solo ticket e pazienti in Intramoenia e Privato sociale.

Utopia? Previsione azzardata? La realtà del benessere e della salute e della loro tutela si sta muovendo, sia in termini di domanda che di offerta, e abbiamo di fronte a noi un problema di dimensioni molto grandi rispetto all'obiettivo della salvaguardia dell'universalismo. Un universalismo che potrà essere tutelato solo se saremo in grado di mettere in campo strumenti e regole nuove, più adeguate e più consone alla necessità di far fronte a un quadro epidemiologico pesante secondo una logica di appropriatezza e di giustizia sociale, assieme a elementi nuovi atti a promuovere una collaborazione più avanzata tra pubblico e privato ed una valorizzazione eticamente fondata dell'impegno in termini di risorse delle famiglie e dei pazienti, ed anche del mondo della sanità integrativa. Vogliamo sperare che la spinta di resilienza trasformativa innescata dalla pandemia apra una stagione nuova di ridefinizione dei ruoli e di più adeguata tutela della salute individuale e collettiva.

Riferimenti bibliografici

- ASVIS, *Salute non solo sanità, come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo*, Position paper Gruppo di lavoro sul Goal 3, 2020;
- Campedelli M., *Riconfigurare l'universalismo? Sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale per nuove tutele del diritto alla salute*, in *Politiche sanitarie* 16/1:1-6, 2015;
- Cazzola G., Collicelli C., *Welfare "fai da te", come e quanto gli italiani pagano di tasca propria per le prestazioni sociali*, Rubbettino 2000;
- CENSIS, *Sanità digitale e impatto sociale, lo stato dell'arte della sanità digitale in Veneto ed il rapporto con i cittadini*, Censis marzo 2016;
- Collicelli C., *Percorsi di implementazione*, in CNEL – *Rapporto su: statualità, mercato e socialità nel welfare*, 14 marzo 1996;
- Collicelli C., *Le politiche socio-sanitarie 2022*, in CNEL – *Le performance della PA 2023*;
- CREA SANITÀ, *Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei sistemi sanitari regionali*, 27 1 2018;
- EURICSE, *Research Report n. 26/2023, Abilitare la collaborazione, presupposti, vincoli e condizioni della co-progettazione in Italia*, Euricse Provincia di Trento 2023;
- INTERGRUPPO PARLAMENTARE QUALITÀ DI VITA NELLE CITTÀ, *HCI; C1, Manifesto: La salute nelle città: bene comune*, 2023;
- Nacoti M. et. al., *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, NEJM Catalyst, Innovation in Care Delivery, March 21 2020;
- OECD EU, *Health at Glance: State of health in the EU cycle*, 2022;
- RBM SALUTE CENSIS, *I fondi sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, Censis 2012.

GLI INTERVENTI

IL NUOVO RUOLO DELLA FARMACIA
DI COMUNITÀ. LA GOVERNANCE
COLLABORATIVA PER RISPONDERE
ALLE ESIGENZE
DELLA SANITÀ TERRITORIALE

*Alberto D'Ercole**

SOMMARIO: 1. Attività e servizi della farmacia di comunità.
– 2. I tre pilastri della nuova farmacia di comunità. – 3.
La rete delle farmacie di comunità e la telemedicina.

1. Attività e servizi della farmacia di comunità.

La rete delle oltre 19.000 farmacie italiane di comunità – cui accedono quotidianamente circa quattro milioni di utenti – è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed è in grado di fornire un contributo determinante per il soddisfacimento delle esigenze di salute della cittadinanza sia rafforzando ed ampliando ciascuna delle attività già prestate (massimamente quelle svolte nell'ambito della c.d. “Farmacia dei Servizi” di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153) sia assumendone di nuove attraverso un coerente disegno di riforme e investimenti innovativi, coerenti con i Piani socio-sanitari regionali.

In ragione dell'odierno quadro normativo e regolamentare, la farmacia garantisce: la dispensazio-

* Direttore Generale FEDERFARMA.

ne assistita del farmaco, accompagnata dai servizi di consultazione e farmacovigilanza; l'esecuzione di test diagnostici di prima istanza; il compimento di screening di prevenzione; la resa di servizi di diagnostica strumentale (holter cardiaco, holter pressorio, elettrocardiogramma, spirometria) e di "front office" (es: Centro Unico di Prenotazione di prestazioni sanitarie – CUP, attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE, rinnovo esenzioni, etc.); la somministrazione di vaccini antinfluenzali e anti SARS-CoV-2 e di test diagnostici che prevedono il prelievamento di campione biologico a livello nasale, salivare e orofaringeo (art. 1, comma 2, lett. *e-quater*), d.lgs., 3 ottobre 2009, n. 153).

L'esecuzione delle prestazioni sopra riassunte, insieme alle capacità delle farmacie in termini di strutture, dotazioni tecnologiche e livello di digitalizzazione, portano ad eleggere la farmacia di comunità come uno dei cardini della ristrutturazione dell'assistenza di prossimità orientata verso un nuovo modello di SSN, incentrato sul territorio e sulle reti di assistenza socio-sanitaria.

In una visione sanitaria non più unilateralmente incentrata sull'ospedale ma orientata al rafforzamento delle reti assistenziali, le farmacie ben possono rivestire un fondamentale ruolo di supporto all'intero sistema territoriale, ponendosi quali "unità elementari sanitarie", in grado di intercettare e assistere direttamente ai bisogni di salute di bacini di utenza strutturati su 3.000 abitanti, e fungendo quindi da "demoltiplicatore" rispetto alle attività assicurate dalle Case di Comunità e dai Poli Ospedalieri di riferimento che operano in contesti demografici assai più ampi.

Sempre con riferimento al ruolo di “unità elementari sanitarie”, le farmacie sono senz’altro in grado di operare una interconnessione fattiva tra i medici di medicina generale e i distretti sanitari ubicati sul territorio, nonché tra questi ultimi e i poli ospedalieri di riferimento.

In tale contesto le farmacie territoriali sono senz’altro attivabili, in via permanente, per partecipare alla presa in carico del paziente, specialmente cronico, effettuando alcune delle prestazioni rientranti nei percorsi diagnostico-terapeutici e costituendosi come punti di riferimento nella sorveglianza del corretto rispetto delle cure, a tutto vantaggio di una razionale ripartizione delle competenze ospedale-casa di comunità-territorio, fornendo efficaci e celeri risposte ai bisogni di salute della comunità.

Tali compiti possono esplicarsi prendendo parte al servizio di assistenza domiciliare integrata, erogando servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti; dispensando farmaci che ora il paziente è costretto a ritirare in ospedale; monitorando il paziente tramite la consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e del Dossier Farmaceutico.

Quale elemento di facilitazione per realizzare fattivamente la presa in carico del paziente ed assicurare al contempo il servizio di assistenza domiciliare integrata, è possibile immaginare uno sviluppo delle attività di front office. In estrema sintesi, si tratta di far evolvere le attività delle farmacie dall’attuale ruolo di centri unici di prenotazione sul territorio a collettori di servizi socio-sanitari pubblici e privati. In questa prospettiva la farmacia è già avviata verso una rapida

trasformazione in centro di erogazione di servizi di prevenzione (screening) e in punto di informazione e orientamento del cittadino verso l'offerta del Servizio sanitario nazionale, come già stabilito in taluni contesti regionali.

La resa da parte delle farmacie delle prestazioni di cui si è fatto sopra cenno realizza dunque:

- una sostanziale decongestione dei presidi ospedalieri (in modo particolare per quanto attiene al sovraffollamento delle strutture di pronto soccorso) e una parallela ottimizzazione nell'erogazione dei servizi di primo e secondo livello anche da parte delle Case di Comunità;
- un rafforzamento della rete assistenziale territoriale, con possibilità di interconnessione digitale e condivisione dei percorsi tra i diversi professionisti sanitari;
- il conseguimento di importanti facilitazioni per l'accesso dei cittadini ai servizi del SSN e al farmaco, grazie alla struttura territoriale capillare, tecnologicamente e professionalmente evoluta;
- significativi vantaggi di carattere terapeutico per i cittadini (ed economico per il SSN), mediante i servizi cognitivi, l'attività di farmacovigilanza e la prestazione di analisi e screening preventivi.

Di questa nuova realtà e delle ulteriori potenzialità della rete delle farmacie ha dato conto la recente Sentenza del Consiglio di Stato che ha efficacemente riassunto il nuovo ruolo della farmacia asserendo che “*si*

è ormai consumata una profonda transizione del ruolo della farmacia da una più tradizionale attività di mera distribuzione di prodotti farmaceutici, verso un ruolo di erogazione di prestazioni e servizi, comunque teleologicamente preordinati ad assicurare la somministrazione di interventi connessi con la tutela della salute ... tanto da potersi sostenere che la farmacia stessa è ormai un centro sociosanitario polifunzionale a servizio della comunità e punto di raccordo tra ospedale e territorio e front-office del Servizio sanitario nazionale”(Cons. St., Sez. II, Sent. 4 gennaio 2021, n. 111.)

E ancora, la Corte costituzionale ha da ultimo sostenuto che *“è in ragione della diffusione delle farmacie sull’intero territorio nazionale che il legislatore delegato ha previsto che, in aggiunta all’assistenza farmaceutica, siano erogati dalle farmacie nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria... finalizzati a garantire che sia mantenuto un elevato e uniforme livello di qualità dei servizi in tutto il territorio a tutela della salute della cittadinanza”* (Corte costituzionale, 8 giugno 2022, n. 171).

2. I tre pilastri della nuova farmacia di comunità

Il decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 evidenzia che *“la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso persona-*

lizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. “Farmacia dei Servizi” (D. Lgs. 153/2009) e l’assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l’assistenza di prossimità, l’innovazione e la digitalizzazione dell’assistenza sanitaria” (Decreto Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” – Allegato 1).

Il posizionamento della farmacia in termini di territorializzazione del servizio sanitario, come tracciato dal DM 77/2022, comporta inevitabilmente l’esigenza di strutturare un prototipo di “nuova farmacia” basato su tre pilastri, per la cui costruzione si rendono necessari coerenti piani di investimento, mirati alla specifica esigenza di implementazione e ottimizzazione delle attività SSN delle farmacie. Per tali investimenti è ipotizzabile replicare la feconda esperienza della compartecipazione di capitale pubblico e privato sperimentata con successo nell’ambito delle misure del Piano nazionale di ripresa e resilienza che ha previsto il consolidamento delle farmacie rurali operanti in centri con meno di 3.000 abitanti (PNRR-Missione 5 – Componente 3 – Investimento 1 “*Servizi sanitari di prossimità*”).

Primo pilastro: la dispensazione del farmaco.

Rappresenta il centro della missione della farma-

cia. Facendo tesoro dell'esperienza acquisita durante il periodo pandemico, va reso permanente l'ampliamento della dispensazione dei farmaci operata dalle farmacie per conto delle Aziende sanitarie (c.d. DPC – Distribuzione Per Conto) a scapito della distribuzione diretta (c.d. DD – Distribuzione Diretta) eseguita dai presidi pubblici. In questo contesto di riforma della distribuzione del farmaco, anche al fine di decongestionare le strutture ospedaliere, è prioritario garantire un servizio di dispensazione dei medicinali più performante, migliorandone l'accesso da parte della cittadinanza ed evitando all'utenza disagi connessi alla potenziale indisponibilità immediata dei farmaci. Occorre parallelamente consentire che i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti abbiano finalmente una visione completa del quadro terapeutico dei singoli pazienti, in modo tale da favorire le migliori condizioni per l'esercizio della farmacovigilanza e permettere il monitoraggio terapeutico continuativo del paziente. Sono dunque indispensabili investimenti mirati ad ottimizzare i requisiti logistici e strutturali della farmacia per assicurare alla collettività un servizio di dispensazione più efficace ed efficiente. Tra questi possono annoverarsi l'acquisizione di macchinari a spiccata automazione per garantire la pronta disponibilità dei medicinali, la sistemazione e l'ottimizzazione dei locali della farmacia comunque funzionali alla migliore attività di dispensazione del farmaco. Evidenti, in tale prospettiva, i risparmi di spesa che si verrebbero a realizzare per le casse erariali in ragione della riduzione dei costi di gestione delle Aziende sanitarie locali e il parallelo ab-

battimento dei costi sociali che la popolazione è oggi chiamata ad affrontare in ragione delle difficoltà di accesso al farmaco.

Secondo pilastro: la partecipazione alla “presa in carico” del paziente cronico

È ormai ampia in letteratura la documentazione circa i danni per la salute dei cittadini (e i relativi costi per i sistemi sanitari, stimabili in circa 11 miliardi di euro annui) conseguenti ad una mancata aderenza del paziente cronico alle terapie farmacologiche. È altresì provato come l'attività di monitoraggio effettuata dalla farmacia possa migliorare sensibilmente il tasso di aderenza alle terapie. Posta la necessità che la farmacia assuma il compito di assicurare un corretto uso del farmaco e, maggiormente, una costante verifica dell'aderenza terapeutica da parte del paziente, tali attività impongono la programmazione di investimenti mirati a realizzare un'indispensabile up-grade professionale del farmacista (complementare alla messa a disposizione di tecnologie idonee). L'obiettivo è quello di garantire la più efficace interazione della farmacia con la rete del Fascicolo Sanitario Elettronico, funzionale, tra l'altro, alla presa in carico del paziente e al costante monitoraggio dei suoi parametri in relazione alla patologia e alla corretta aderenza alla terapia. Tra questi possono annoverarsi le occorrenti dotazioni tecnologiche ed informatiche, a loro volta condizionate nel loro efficace funzionamento dalla messa a disposizione di reti telematiche e connessioni di ultima generazione.

Terzo pilastro: la prestazione di servizi di primo e secondo livello.

Per realizzare una piena territorializzazione del servizio sanitario, centrata sulla necessità di mantenere il paziente nella sua area domiciliare di riferimento – monitorando in farmacia e non presso i presidi ospedalieri le condizioni di salute – occorrono investimenti volti all’acquisizione di strumenti di ultima generazione per le prestazioni in farmacia dei servizi di secondo livello. Ci si riferisce, in particolare, ai test ematochimici e ai dispositivi medici per il monitoraggio dell’attività cardiaca (ECG, holter pressorio, holter cardiaco) in collegamento funzionale con i centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali. Prioritaria attenzione, nel contesto di nuova consapevolezza creato dalla pandemia da Covid-19, va infine riconosciuta agli investimenti necessari per generalizzare e rendere strutturali le attività delle farmacie volte al contrasto delle pandemie: effettuazione di test mirati al rilevamento dei contagi, test sierologici e test diagnostici, somministrazione di vaccini nell’ambito di campagne vaccinali di massa.

3. La rete delle farmacie di comunità e la telemedicina

Il PNRR descrive la transizione digitale come il primo dei tre assi strategici, poiché, *“L’Italia ha accumulato un considerevole ritardo in questo campo, sia nelle competenze dei cittadini, sia nell’adozione delle tecnologie digitali nel sistema produttivo e nei servizi pubblici.”* Pertanto, *“recuperare questo deficit e promuovere gli investimenti in tecnologie, infrastrutture*

e processi digitali, è essenziale per migliorare la competitività italiana ed europea; favorire l'emergere di strategie di diversificazione della produzione; e migliorare l'adattabilità ai cambiamenti dei mercati" (PNRR – Impostazioni e obiettivi generali del Piano – “Assi strategici e priorità trasversali”).

La telemedicina è uno strumento di digitalizzazione che interpreta pienamente questa strategia, potendola declinare sia nella Missione 5 “Coesione e Inclusione”, in quanto porta l'assistenza sanitaria sul territorio, azzerando distanze e favorendo la coesione sociale sia nella Missione 6, “Salute” che espressamente “potenzia il Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina”.

Con particolare riferimento alla Missione 6, la Componente 1 “reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”, prevede l'investimento 1.2: “*Casa come primo luogo di cura e telemedicina*”, che mira “*ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.*” Tra gli obiettivi, la telemedicina è considerata come strumento per “*raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. I progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale*”.

Come sopra evidenziato, il legislatore ha ormai da tempo individuato le farmacie come punti di erogazione di prestazioni a favore dei cittadini che oltrepassano anche il concetto rigido di telemedicina intesa come diagnostica strumentale, e che si allineano, viceversa, ad un approccio di assistenza sanitaria integrata capillarmente diffusa sul territorio.

Del resto il Ministero della salute, nell'emanare le linee di indirizzo nazionali per la telemedicina, ha precisato che tali servizi *“vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico terapeutico”* e che *“la telemedicina può costituire un completamento o consentire approfondimenti utili al processo di diagnosi e cura, ad esempio, attraverso la possibilità di usufruire di esami diagnostici refertati dallo specialista presso l'ambulatorio di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente”*. Quanto alla finalità di monitoraggio del paziente, ancora le dette linee di indirizzo hanno precisato che *“si tratta della gestione, anche nel tempo, dei parametri vitali, definendo lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali dedicate...) in collegamento con una postazione di monitoraggio per l'interpretazione dei dati”* (Decreto Ministero della salute 21 settembre 2022, recante *“Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio”* – Allegato A (G.U. Serie Generale, n. 256 del 2 novembre 2022).

Le disposizioni ministeriali sopra citate si muovono in perfetta coerenza con il quadro normativo di riferimento recato dal decreto legislativo 153/2009, che all'articolo 1, comma 2, lettera d) prevede *“l'e-*

rogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta” e alla lettera e) “l’effettuazione, presso le farmacie, nell’ambito dei servizi di secondo livello di cui alla lettera d), di prestazioni analitiche di prima istanza”; e dal decreto ministeriale 16 dicembre 2010 (G.U. n. 57 del 10 marzo 2011) che disciplina l’utilizzo in farmacia dei dispositivi strumentali per la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa, della saturazione percentuale dell’ossigeno, della capacità polmonare, dell’attività cardiaca in collegamento funzionale con i centri di cardiologia accreditati dalle Regioni.

In tale contesto risulta evidente come la farmacia riesca a garantire, proprio nell’ambito dei servizi di telemedicina, l’equità di accesso all’assistenza sanitaria, agevolando le prestazioni sul territorio e nelle aree remote, evitando all’utenza defatiganti trasferimenti; la migliore qualità dell’assistenza, assicurando la continuità delle cure direttamente al domicilio del paziente; la migliore efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure, permettendo lo scambio di informazioni tra professionisti e il monitoraggio delle terapie nonché azzerando i tempi di attesa delle prestazioni.

La farmacia di comunità assicura quindi un determinante contributo nella sistematica attività di prevenzione secondaria e nel monitoraggio delle patologie croniche, entrando in programmi di accompagnamento nelle cure dei pazienti cronici, ben potendo porsi, dunque, come anello di congiunzione tra le

strutture del Servizio sanitario nazionale, comprese le Case di Comunità.

Un punto di approfondimento merita, da ultimo, l'attività delle oltre 9.000 farmacie di comunità impegnate nell'ambito del monitoraggio delle malattie cardiovascolari: in ragione dell'emergenza pandemica la crescita delle prestazioni di telemedicina riferite a holter pressori, holter cardiaci e elettrocardiogrammi è stata esponenziale superando nel 2022 il totale complessivo di 250 mila esami strumentali. I dati delle tele-refertazioni dimostrano l'importanza sanitaria del servizio: circa il 7% di anomalie e alterazioni nei tracciati elettrocardiografici, non compatibili con i dati anamnestici riferiti, hanno favorito l'intervento del medico curante; il 13% di aritmie maggiori registrate negli holter cardiaci ha comportato il rinvio al medico curante; il 2% di anomalie gravi riscontrate hanno permesso il tempestivo accesso nelle strutture sanitarie di pronto soccorso o presso uno specialista.

Le attività delle farmacie, già consolidate in regime di libera prestazione, sono pertanto ora pronte per poter essere inserite nei percorsi ordinari del Servizio sanitario nazionale come risposta ai nuovi bisogni di salute della cittadinanza, potendo efficacemente contribuire a fronteggiare il c.d. "fenomeno delle liste di attesa" e di alimentare costantemente le piattaforme regionali di telemedicina, cooperando fattivamente con le altre strutture del SSN.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., Dipartimento per la ricerca clinica Centro Studi FADOI, *Terapie digitali, una opportunità per l'Italia*, Editor Gualberto Gussoni – Tendenze nuove, Numero speciale n.1/2021.
- Aa.Vv., *La farmacia italiana 2023*, FEDERFARMA, maggio 2023.
- Agnello A., Betto P., Buonomo M., Foresti B., Lanzilotto M., Martello P., Pietrobono E., Prezioso P., *Evoluzione della farmacia dei servizi – Prevenzione attiva e gestione della cronicità*, Prezioso Consulting, 2022.
- Cross A.J., Elliott R.A., Petrie K., Kuruvilla L., George J., *Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications*, Cochrane Database Syst. Rev., 2020.
- Martini N., Piccinini A., *Il lungo percorso verso l'aderenza*, Fondazione ReS. Il Pensiero Scientifico Editore, luglio 2021.
- Trieste L., *L'evoluzione della distribuzione del farmaco e dell'erogazione dei servizi in farmacia*, Franco Angeli Editore, 2021.

RIPENSARE LO STRUMENTO
DELLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI
PER UN'EFFICIENTE COLLABORAZIONE
PUBBLICO-PRIVATO(-COMUNITÀ)

*Alessandra Coiante**

Per inserirmi nel dibattito odierno vorrei affrontare il tema delle cc.dd. sperimentazioni gestionali, quale utile strumento per far dialogare in sanità gli attori del trinomio pubblico-privato-comunità.

Come noto, il modello delle sperimentazioni gestionali è stato introdotto dal legislatore negli anni 90' al fine di stimolare, all'interno della sanità pubblica, modelli gestionali improntati a logiche sperimentali che avessero ad oggetto la collaborazione tra il settore pubblico e quello privato (in argomento si v. *ex multis*: S. Civitarese Matteucci, M. D'Angelosante, 2010; G. Cappellaro, F. Longo, 2011; S. Catuogno, 2017).

Quindi, anzitutto, l'esigenza di creare forme di collaborazione anche istituzionalizzate con i soggetti privati, tese ad acquisire risorse finanziarie, conoscenze ed esperienze, tali da migliorare l'efficienza del sistema sanitario, era sentita già negli anni '90.

Dopo diverse modifiche (per la cui ricostruzione sia consentito rinviare a C. Iaione, A. Coiante, 2022) lo strumento ha trovato una disciplina definitiva nell'art.

* Assegnista di ricerca di Diritto amministrativo, Università degli Studi Roma Tre.

9-bis del noto d.lgs. 502/1992 come modificato dal successivo d.lgs. 229/1999.

Questa disposizione prevede la possibilità per le Regioni e le Province autonome di autorizzare dei programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra le strutture del SSN e i soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico privato.

Non potendo, in questa sede, entrare dettaglio della disciplina, per quel che qui ci occupa, basti ricordare che affinché venga avviato un programma di sperimentazione gestionale, la disposizione richiede che le Aziende Sanitarie Regionali presentino alla Regione il programma della sperimentazione che la Regione è chiamata poi ad approvare. Il programma deve essere motivato circa la convenienza economica e qualitativa della collaborazione e deve inoltre stabilire una serie di limitazioni, tra cui la possibilità che il partner privato detenga una partecipazione non superiore al 49%. Alla Conferenza Stato-Regioni, insieme all'AGENAS, è affidato il compito di monitorare e verificare annualmente i risultati conseguiti dalla sperimentazione. Al termine del primo triennio della sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, le Regioni adottano i provvedimenti per continuare o interrompere la sperimentazione. Viene poi specificato che al di fuori dei programmi di sperimentazioni gestionali, è fatto divieto alle aziende del SSN di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

Dunque, tale modello nasce come strumento per

far collaborare i primi due attori del trinomio pubblico-privato(-comunità), oggetto dell'odierno dibattito.

Uno strumento che può essere ricondotto, principalmente ma non esclusivamente, alla categoria eurounitaria del c.d. partenariato istituzionalizzato con cui, come noto, si definiscono tutte quelle partnership pubblico-privato fondate non su strumenti negoziali ma per il tramite della costituzione di un soggetto giuridico terzo (Cfr. Libro Verde “*relativo ai Partenariati Pubblico-Privati ed al diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni*” COM (2004) 327).

In questo caso l'art. 9-*bis* fa espressamente riferimento alle società di capitali. Negli anni, infatti, lo strumento è stato utilizzato per dar vita soprattutto (ma non esclusivamente) a società miste (per approfondimenti sia consentito ancora il rinvio a C. Iaione, A. Coiante, 2022).

Secondo uno studio del 2018 condotto dalla Fondazione PromoPA (Aa.Vv., *La gestione pubblico-privato in Sanità. Modelli di sperimentazioni ed innovazioni gestionali a confronto*) le sperimentazioni avviate nel corso degli anni sono state poche: in totale sono state 57 e sono state sviluppate da parte di 13 regioni su 20.

Più nello specifico, al 31.12.2018, su 57 sperimentazioni attivate ne risultavano 44 concluse e 10 ancora in corso. Dall'analisi delle sperimentazioni concluse è emerso che alcune Regioni hanno voluto ricondurre le sperimentazioni nell'ambito di strutture pubbliche (Emilia-Romagna), altre le hanno stabilizzate in società miste a maggioranza pubblica (Campania e Umbria), altre ancora hanno optato per l'abbandono dell'intervento pubblico con conseguente trasforma-

zione delle sperimentazioni in società interamente private (Marche).

I soggetti giuridici costituiti nell'ambito dei progetti di sperimentazioni gestionali sono stati diversi: dalle società di capitali, alle fondazioni di partecipazione¹, alle associazioni in partecipazione.

L'art. 9-*bis*, infatti, richiama espressamente, tra i criteri su cui fondare il programma di sperimentazione, anche la possibilità di privilegiare, nell'area del settore privato, il coinvolgimento di organizzazioni non lucrative di utilità sociale le c.d. ONLUS di cui all'art. 10 del d.lgs. 460/1997, tra cui rientrano a titolo esemplificativo, associazioni, fondazioni, società cooperative che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria/socio-sanitaria, della ricerca scientifica di particolare interesse sociale.

Dunque, il modello delle sperimentazioni gestionali ha offerto e offre ancora la possibilità di far dialogare non solo i primi due attori ma anche il terzo attore del nostro trinomio che è quello della comunità, intesa nella sua forma aggregata-istituzionalizzata.

Non solo. La varietà dei modelli con cui è possibile realizzare tali forme di collaborazione permette di costituire collaborazioni in grado di coinvolgere tutti e tre gli attori del trinomio simultaneamente: l'attore

¹ Tale figura organizzativa, infatti, si è affermata soprattutto quale forma di partenariato pubblico-privato attraverso la quale le pubbliche amministrazioni, destinando una parte del proprio patrimonio, si sono valse delle risorse e delle capacità gestionali dei privati per lo svolgimento di attività di interesse generale, limitandosi ad esercitare un controllo sul corretto perseguimento degli obiettivi sottesi.

pubblico (nella veste dell'Azienda sanitaria locale o ospedaliera) può infatti costituire un soggetto giuridico ed attivare una collaborazione che comprenda la partecipazione di un socio privato *profit* ma anche *no profit*.

Lo strumento, tuttavia, come detto, non è stato molto utilizzato e, ad oggi, può considerarsi sicuramente caduto in disuso.

L'attenzione ormai minima a questa forma di collaborazione pubblico-privato nel settore della sanità è stata ricondotta, principalmente, alla mancanza di un coordinamento e di un'opportuna spinta a livello nazionale, sia nella fase di attivazione che in quella della loro prosecuzione dopo la fase sperimentale (Cfr. Aa.Vv. *La gestione pubblico-privato in Sanità. Modelli di sperimentazioni ed innovazioni gestionali a confronto*).

Tuttavia, la Regione Umbria, in tempi recenti, ha adottato una propria legge regionale (l. 10/2021), con cui sembra intenzionata a dare nuova vita a tale strumento².

Date le sfide odierne che il SSN si trova ad affrontare è chiaro che l'attore pubblico da solo non può farcela (per approfondimenti sia consentito il rinvio a A. Coiante, 2022).

Sarebbe quindi opportuno riflettere sulle possibilità di aumentare le forme di collaborazione con gli attori privati (sia del *profit* che del *no profit*), soprat-

² Sul recente utilizzo da parte della Regione dello strumento delle sperimentazioni gestionali si v. <https://www.uslumbria1.it/a-citta-della-pieve-inaugurata-la-prima-casa-della-comunita-in-umbria/>.

tutto ove gli strumenti per instaurarle esistono già ma sono solamente caduti in disuso, come nel caso delle sperimentazioni gestionali.

Infatti, seppur è vero che l'ordinamento giuridico (ma anche il contesto politico-istituzionale) in cui è stato istituito lo strumento delle sperimentazioni gestionali è profondamente diverso da quello odierno (i primi anni '90 sono proprio quelli in cui ha preso piede l'aziendalizzazione del SSN), un modello che permette di sfruttare finanziamenti e conoscenze private senza la perdita del controllo da parte del *partner* pubblico (che quindi non cede alla privatizzazione) merita sicuramente una rimeditazione, nell'ottica di avviare così una nuova stagione di sperimentazioni tesa a migliorare l'efficienza del SSN che risulta sempre più indebolito.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv. *La gestione pubblico-privato in Sanità. Modelli di sperimentazioni ed innovazioni gestionali a confronto*, Fondazione PromoPA, 2018.
- Bonetti T., *Strumenti generali di sperimentazione gestionali*, in *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, a cura di A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci, Milano 2008, 169 ss.
- Cappellaro G., Longo F., *Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy*, in *BMC Health Services Research*, 2011.
- Catuogno S., *Il Partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance*, Torino, 2017.
- Civitarese Matteucci S., D'Angelosante M., *Servizi sanitari e concorrenza: la prospettiva comunitaria e il caso delle sperimentazioni gestionali*, in *Astrid.it*, 2010.
- Coiante A., *Lo "stato di salute" del SSN alla prova della pandemia e il Goal 3 dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, in *L'obiettivo 3 dell'Agenda 2030: salute e benessere. Statistiche, politiche e diritto*, a cura di B. Pacini, G. Pizzanelli, Napoli, 2022, 71 ss.
- Iaione C., Coiante A., *Il partenariato per l'innovazione sostenibile nel settore sanitario*, in *Riv. giur. edil.*, 6, 2022, 503 ss.

Finito di stampare nel mese di giugno 2024
dalla *Grafica Elettronica* - Napoli

Il Centro Studi CeSDirSan nasce nel 2020, su iniziativa della Professoressa Maria Alessandra Sandulli (che lo dirige), dall'impegno di alcuni esponenti del mondo accademico italiano, dediti alla ricerca scientifica nel campo del diritto sanitario.

La sua ambizione è quella di convogliare in un polo interdisciplinare le esperienze e le professionalità dei propri membri al fine di promuovere studi e ricerche afferenti al settore della sanità.

Il centro opera attraverso un apposito Comitato di ricerca, sotto la guida di un Comitato di Direzione e di un Comitato Scientifico, di cui fanno parte autorevoli giuristi provenienti dai diversi rami del diritto (amministrativo, pubblico, civile e penale) e alte professionalità del settore (medici e altri operatori sanitari, ingegneri biomedici, economisti, tecnici).

Grazie alla presenza di vari componenti stranieri, il Centro Studi assume un respiro internazionale, disponendo così degli strumenti per affrontare le tematiche connesse al settore della sanità a tutto tondo.

Il Centro Studi svolge attività di divulgazione scientifica specialistica interdisciplinare; a tal fine, a) organizza convegni, seminari e conferenze con l'intento di stimolare il dibattito sui temi del diritto sanitario e favorire lo scambio di idee e informazioni; b) promuove e conduce, anche per incarico da parte di terzi, studi e ricerche interdisciplinari sui profili giuridici e tecnici relativi alla salute e alla sua tutela; c) promuove attività editoriali e di pubblicazione, idonee a diffondere i risultati della propria attività.

Il Centro crea inoltre occasioni di confronto con i referenti politici, le massime autorità istituzionali e i più accreditati esperti del settore per discutere insieme delle sfide che deve fronteggiare il settore sanitario e proporre costruttivamente possibili soluzioni.

euro 13,00

ISBN 979-12-5976-977-0



9 791259 769770