



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

SCUOLA DI ALTA FORMAZIONE DOTTORALE

Dottorato di Ricerca in

Formazione della persona e mercato del lavoro

Ciclo XXXII

TESI DI DOTTORATO DI RICERCA

**L'integrazione socio-sanitaria tra
principi, norme e obiettivi**

**La Rete delle cure palliative come modello
operativo di incontro tra i settori sanitario e sociale**

Settore scientifico disciplinare IUS/10

CANDIDATO

Paola GRAZIOLI
Matricola n. 104410

RELATORE

Chiar.ma Prof.ssa
Viviana MOLASCHI

ANNO ACCADEMICO 2018/2019

INDICE

PREMESSA

PERCHÉ DIALOGARE IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA?.....7

CAPITOLO I

DIRITTI SOCIALI E PRINCIPI ISPIRATORI

I.1 Stato sociale e diritti sociali.....13

I.2 Configurazione giuridica dei diritti sociali: diritti sociali e diritti di libertà;
diritti sociali come «diritti finanziariamente condizionati»; definizione formale
dei servizi sociali.....18

I.2.1 *Segue*: il collegamento tra diritti sociali e principio della dignità umana.....28

I.2.2 *Segue*: valorizzazione dei profili di solidarietà, sussidiarietà ed eguaglianza
come strumenti dei diritti sociali per la piena realizzazione della libertà e della
dignità della persona.....32

CAPITOLO II

I DIRITTI ALLA SALUTE E ALL'ASSISTENZA SOCIALE

SEZIONE I

**SALUTE E ASSISTENZA SOCIALE: SIGNIFICATO, CARATTERI E PROFILI
COSTITUZIONALI**

II.1 Una breve premessa.....41

II.2 Il diritto alla salute dalla sua genesi alla Costituzione.....41

II.3 La multidimensionalità del bene salute in relazione alla sua nozione e al
dettato costituzionale.....45

II.4 Il diritto alla salute nella sua dimensione soggettiva.....51

II.5 La tutela “passiva” del diritto alla salute: dimensione oggettiva in relazione al
diritto di libertà di cura.....52

II.6 La tutela “attiva” del diritto alla salute nel suo carattere “sociale”: dimensione oggettiva.....	58
II.7 Il carattere evocativo della nozione di assistenza sociale e i punti di forza nella l. quadro n. 328/2000 del sistema integrato di interventi e servizi sociali	60
II.8 Il diritto all’assistenza sociale nel quadro dei diritti sociali: il principio personalista e la personalizzazione degli interventi.....	64

SEZIONE II

L’INCIDENZA DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SUI DIRITTI ALLA SALUTE E ALL’ASSISTENZA SOCIALE

II.9 I «livelli essenziali delle prestazioni» in sanità nell’evoluzione normativa...67	67
II.10 La specificazione dei Lea sanitari in relazione alla loro «appropriatezza organizzativa»: l’integrazione tra rete ospedaliera e rete territoriale per un’efficace “presa in carico” del soggetto.....	72
II.11 I «livelli essenziali delle prestazioni» nella materia dell’assistenza sociale: una riforma incompiuta.....	74

CAPITOLO III

L’INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

SEZIONE I

L’INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN ITALIA: DEFINIZIONE, PRINCIPI, QUADRO NORMATIVO E SISTEMA DI OFFERTA

III.1 La “presa in carico” della persona per rispondere alla complessità dei bisogni di salute e di benessere sociale: principi e idee guida dell’integrazione socio-sanitaria.....	83
III.2 Lo scenario normativo: dalla nascita all’evoluzione dell’integrazione socio-sanitaria sino alla «seconda riforma sanitaria».....	87
III.3 Le prestazioni socio-sanitarie nella «terza riforma sanitaria» e nel successivo Atto di indirizzo e coordinamento.....	92
III.4 L’area dell’integrazione socio-sanitaria nei livelli essenziali di assistenza...98	98
III.5 Il sistema dell’integrazione socio-sanitaria: i livelli, gli attori e gli strumenti operativi della rete di offerta.....	106
III.6 <i>Segue</i> : le professioni dell’integrazione socio-sanitaria: “ibridazione” dei ruoli, criticità e prospettive.....	111

III.7 Il Terzo settore come espressione del principio di sussidiarietà orizzontale per un'integrazione «comunitaria»: definizione e statuto costituzionale.....	118
III.8 <i>Segue</i> : la partecipazione del privato sociale alla programmazione e gestione dei servizi alla persona.....	125

SEZIONE II

IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN LOMBARDIA

III.9 L'affermazione del modello di <i>welfare</i> lombardo prima della legge di revisione del 2015.....	134
III.10 L'integrazione ospedale-territorio: la legge regionale n. 23/2015 e l'evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo.....	142
III.11 La <i>governance</i> lombarda: territorio al centro, maggiore integrazione tra i livelli e i servizi, l'obiettivo della "presa in carico". Il lento percorso di sperimentazione ed attuazione della riforma.....	151

CAPITOLO IV

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN PRATICA: IL PERCORSO INTEGRATO PER LA PRESA IN CARICO DEL MALATO CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

IV.1 Un'introduzione al tema delle cure palliative: definizioni e principi.....	157
IV.2 L'approccio palliativo in Italia: origini e sviluppo normativo.....	163
IV.3 La Rete di cure palliative.....	166
IV.4 Le cure palliative nei livelli essenziali di assistenza.....	173
IV.5 Le figure professionali coinvolte nella Rete di cure palliative.....	176
IV.6 L'attuale quadro d'offerta lombardo nell'ambito delle Reti di cure palliative.....	181
IV.7 <i>Segue</i> : il ruolo determinante del Terzo settore e, in particolare, del volontariato per combattere il rischio di un'eccessiva "sanitarizzazione" del sistema di cure palliative.....	185
IV.8 <i>Segue</i> : La Rete locale di cure palliative e l'Associazione Cure Palliative Onlus di Bergamo: l'occasione di un <i>welfare</i> del territorio.....	189

CONCLUSIONI.....	195
------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....205

PREMESSA

PERCHÉ DIALOGARE IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA?

L'interesse ad esplorare i processi di programmazione ed organizzazione, che integrano gli aspetti sociali e sanitari a livello regionale e locale, muove da più ragioni che tengono conto dell'emersione di bisogni articolati e complessi da parte sia dell'individuo che della famiglia (trasformazioni sociali, invecchiamento della popolazione, cronicizzazione delle malattie); della necessità di intendere ed organizzare il "prendersi cura" mediante un approccio olistico, integrato, multidisciplinare, anche nel rispetto del principio di sussidiarietà orizzontale (art. 118, ult. comma, Cost.); di offrire una lettura integrata dei diritti alla salute e all'assistenza sociale per darne una visione complementare.

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria assume rilievo anche come strumento dell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari, come chiave di lettura e come sistema in grado di fornire risposta ai bisogni complessi dei cittadini.

L'ospedale non costituisce più la sola risposta alla domanda di salute, ma diventa il luogo dove concentrare i grandi interventi, gli eventi acuti e che sposta sul "territorio" la prevenzione, la cura delle patologie croniche, l'assistenza ai malati terminali.

Un percorso, quello della cosiddetta "deospedalizzazione", che parte da lontano e che conduce, con le grandi riforme sanitarie degli anni '90, alla realizzazione di un sistema di servizi territoriali, con strumenti condivisi di valutazione multidimensionale del bisogno per l'accesso alle varie forme di assistenza domiciliare e residenziale, che garantiscono continuità assistenziale per il malato e per la sua famiglia.

L'obiettivo è implementare un modello di intervento pro-attivo, di iniziativa e di presa in carico delle persone fragili o non autosufficienti, di partecipazione e di prossimità, che ne rappresenta il valore per la comunità e per il singolo cittadino.

La "territorializzazione", che designa la presa in carico dei soggetti bisognosi attraverso interventi mirati, in funzione delle esigenze di uno specifico territorio, e la

personalizzazione delle prestazioni e dei programmi di intervento rappresentano ulteriori finalità delle politiche di integrazione socio-sanitaria.

La discussione che riguarda le prospettive future dei sistemi di assistenza alla persona non può, quindi, non tener conto del tema in esame. A conferma di ciò, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), consapevole delle ripercussioni generate da fenomeni, quali il graduale processo di invecchiamento della popolazione, la prevalenza di patologie croniche multiple, l'incremento delle aspettative dell'utenza in termini di qualità di vita e di efficienza dei servizi, e la persistente carenza di risorse economiche e finanziarie, riconosce l'importanza di un proficuo coordinamento tra i servizi sanitari e le formule di assistenza sociale, identificando l'integrazione socio-sanitaria quale necessario approccio ai fini della riconfigurazione strategica e strutturale dei sistemi di assistenza alla persona.

La Commissione europea recepisce gli stimoli dell'Oms con l'approvazione del terzo programma d'azione in materia di salute, vigente per gli anni 2014-2020¹. Gli obiettivi che l'Unione europea si propone per il rinnovamento dei sistemi socio-sanitari nazionali trovano una sintesi efficace nelle finalità di abbattimento delle disuguaglianze in termini di salute tra gli Stati membri e nel riordino amministrativo ed organizzativo dei medesimi sistemi in una prospettiva di sostenibilità economica e sociale.

Alle premesse, che risiedono nelle ragioni del percorso di ricerca, seguono gli obiettivi del presente elaborato, che possono essere così sintetizzati:

I- articolare l'integrazione socio-sanitaria come area di ricerca, di sviluppo economico, sociale e di occupazione qualificata, al fine di garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nella prestazione dei servizi; come strumento che crea le condizioni per una presa in carico complessiva e continuativa della persona, attraverso un opportuno collegamento tra i servizi sanitari e sociali e un'"ibridazione" delle professioni, coinvolte nel processo di cura ed assistenza; come settore che valorizza il ruolo delle organizzazioni *non profit* nella progettazione, programmazione ed

¹ Regolamento (UE) n. 282/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio dell'11 marzo 2014 sulla istituzione del terzo programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2014-2020), in *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* del 21/3/2014.

erogazione dei servizi alla persona; come modalità per attuare l'organizzazione e l'integrazione del comparto socio-sanitario;

II- comprendere come quest'ultimo metta al centro la persona e la sua famiglia, nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi e professioni, interventi flessibili e personalizzati che le sostengano in un ruolo attivo per la costruzione del proprio percorso di vita;

III- valutare il percorso integrato per la presa in carico del malato, in condizione di cronicità con bisogni di cure palliative, nell'ambito del sistema di integrazione socio-sanitaria.

Il presente lavoro si propone, dunque, di esaminare l'articolato processo di avvio e successivo consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria, nel tentativo di individuarne le finalità, di dettagliarne le prestazioni, di esaminare i ruoli degli attori coinvolti e di evidenziarne i fattori determinanti, volti alla costruzione di un'efficiente relazione tra le organizzazioni che operano in ambito sanitario e sociale, i servizi prestati, i professionisti del *welfare* e le categorie di utenti destinatari.

Il tema è affrontato anzitutto dal punto di vista costituzionale, mediante una lettura integrata delle previsioni sui diritti alla salute e all'assistenza sociale con gli articoli 2 e 3, 117 e 118, Cost., così da indagarne ricadute e implicazioni nella realizzazione di un sistema integrato di interventi sociali e socio-sanitari.

Segue, poi, l'analisi della nozione di livelli essenziali delle prestazioni, la sua articolazione nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e, in particolare, il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 in materia di Lea, che riserva il capo IV all'assistenza socio-sanitaria ed articola in maniera dettagliata le relative prestazioni.

Nella parte successiva, si dà conto dell'evoluzione normativa del sistema di integrazione socio-sanitaria nel quadro del *welfare* italiano, indagandone i livelli, gli attori, gli strumenti operativi e le professioni della rete.

L'argomento di ricerca si sviluppa poi con il richiamo alle tipologie di prestazioni inquadrabili nell'assistenza socio-sanitaria (le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria), così come previste dai decreti di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale degli anni'90 e dai successivi interventi che hanno dato avvio

all'integrazione socio-sanitaria, anche al fine di renderla attuabile da parte delle Regioni.

Una sezione della tesi è dedicata all'evoluzione del servizio socio-sanitario lombardo, prima e dopo l'entrata in vigore della legge regionale 11 agosto 2015 , n. 23, seguita dall'analisi di alcuni aspetti interessanti in relazione al tema oggetto di ricerca: l'obiettivo della presa in carico, territorio al centro, maggiore integrazione tra i livelli, i servizi e gli attori.

L'ultima parte del presente elaborato entra "nel vivo" della materia, concentrando la propria attenzione sul percorso integrato per la presa in carico del malato con bisogni di cure palliative.

Si tratta di un tema che, anche a livello internazionale, suscita interesse e grande considerazione.

Nel 2014, nella prima risoluzione globale sulle cure palliative², l'Assemblea mondiale della sanità ha invitato l'Oms e gli Stati membri a migliorare l'accesso alle cure palliative, sottolineando nel contempo come l'integrazione delle cure palliative nei sistemi di assistenza sanitaria pubblica sia essenziale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale.

Inoltre, secondo il rapporto dell'Oms, l'Italia fa parte del gruppo di Paesi nei quali le cure palliative hanno avuto un impatto sostanziale sulla politica sanitaria pubblica, anche grazie ad una normativa tra le più innovative in materia, frutto della costante collaborazione tra attori istituzionali ed organizzazioni attive nella tutela dei diritti e della dignità dei malati.

In Italia, il riferimento va alla l. 15 marzo 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», che costituisce il punto di arrivo di un percorso normativo ventennale che ha introdotto ed implementato nel nostro Paese la pratica delle cure palliative e della terapia del dolore.

In relazione al tema di interesse (l'integrazione socio-sanitaria) è obiettivo del presente elaborato evidenziare come le Reti di cure palliative, le relazioni interprofessionali tra

² Si tratta della risoluzione WHA67.19 dell'Assemblea mondiale della sanità del 24 maggio 2014 dal titolo «Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course», reperibile al seguente link <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7242770.pdf>.

gli attori della stesse, la valutazione globale e multidisciplinare del lavoro di équipe e l'apporto del Terzo settore, in particolare del volontariato, siano tutti aspetti del complesso processo di cura e di assistenza del paziente terminale e si pongano, altresì, come condizioni necessarie per attuare un efficiente sistema di integrazione socio-sanitaria.

La parte si conclude con uno sguardo alla *governance* messa in atto dalla Regione Lombardia in materia di cure palliative e, a livello territoriale, alla significativa opera svolta dall'Associazione Cure Palliative Onlus di Bergamo come esempio di integrazione reticolare del sistema di cure palliative nel territorio bergamasco.

Le conclusioni finali, nel richiamare le ragioni del percorso di ricerca, si pongono come fine quello di evidenziare alcune prospettive per implementare il sistema di integrazione socio-sanitaria, partendo da alcuni aspetti critici che ne limitano nei fatti lo sviluppo.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta, infatti, un argomento di complesso inquadramento e di difficile sistematizzazione, data la vastità degli ambiti che la interessano, le interconnessioni con molte aree del *welfare*, la variabilità dei modelli normativi e soprattutto organizzativi. Il tema è, infatti, al tempo stesso necessità e criticità, a tal punto che, proprio per la sua complessità, «è uno strumento da maneggiare con cura»³.

³ R. Lusardi, *Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazioni, tecnologie e professioni*, in *Salute e Società*, 2015, 185 ss.

CAPITOLO I

DIRITTI SOCIALI E PRINCIPI ISPIRATORI

I.1 Stato sociale e diritti sociali

Rinviando a trattazione successiva i temi della nozione e della configurazione giuridica dei diritti sociali⁴, occorre preliminarmente esaminare quando essi abbiano trovato autonomo riconoscimento e collocazione normativa, accanto ai diritti di partecipazione politica e di libertà, che si sono affermati tempo addietro⁵.

⁴ Non essendo possibile richiamare l'intera letteratura sul tema dei diritti sociali, si v. gli studi oramai classici di P. Biscaretti Di Ruffia, *I diritti sociali*, in *Novissimo Digesto Italiano*, Torino, 1968; M. Mazziotti, *Diritti sociali*, in *Enc. Dir.*, Milano, 1962; A. Baldassarre, *Diritti sociali*, in *Enc. Giur. Treccani*, vol XI, 1989; G. Corso, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 3/1981, 755 ss.; B. Caravita, *Oltre l'uguaglianza formale*, Padova 1984; M. Luciani, *Sui diritti sociali*, in AA.VV., *Studi in onore di Manlio Mazziotti di Celso*, II, Padova, 1995, 97 ss.; F. Modugno, *I "nuovi" diritti nella giurisprudenza costituzionale*, Torino 1995; G. Lombardi, *Diritti di libertà e diritti sociali*, in *Pol. dir.*, 1/1999, 7 ss.; C. Salazar, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali: orientamenti e tecniche decisorie della Corte costituzionale a confronto*, Torino, 2000; B. Pezzini, *La decisione sui diritti sociali*, Milano, 2001; D. Bifulco, *L'inviolabilità dei diritti sociali*, Napoli, 2003; F. Politi, *Diritti sociali*, in R. Nania - P. Ridola (a cura di), *I diritti costituzionali*, Torino, 2006, 187 ss.; Id., *Diritti sociali e dignità umana nella Costituzione Repubblicana*, Torino, 2011; Id., *I diritti sociali quali diritti costituzionalmente fondamentali*, in M. D'Amico, B. Randazzo (a cura di), *Alle frontiere del diritto costituzionale. Scritti in onore di Valerio Onida*, Milano, 2011, 1475 ss.; Id., *La tutela dei diritti sociali nella Costituzione repubblicana*, in AA.VV., *Studi in onore di Claudio Rossano*, II, Napoli, 2013, 755 ss.; A. D'Aloia, *Storie costituzionali dei diritti sociali*, in *Scritti in onore di Michele Scudiero*, II, Napoli 2008, 717 ss.; S. Gambino, *Stato e diritti sociali*, Napoli, 2009.

Tra i lavori più recenti, cfr. R. Cavallo Perin, *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, 2010; A. Spadaro, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un "nuovo modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile*, in *Riv. Aic. it.*, 4/2011; I. Ciolli, *I diritti sociali*, in F. Angelini, M. Benvenuti (a cura di), *Il diritto costituzionale alla prova della crisi economica*, Napoli, 2012, 83 ss.; Id., *Le ragioni dei diritti e il pareggio di bilancio*, Roma 2012; M. Benvenuti, *Diritti sociali*, Torino, 2013; E. Cavasino, G. Scala, G. Verde (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, 2013; L. R. Perfetti, *I diritti sociali. Sui diritti fondamentali come esercizio della sovranità popolare nel rapporto con l'autorità*, in *Dir. pubbl.*, 1/2013, 61 ss.; F. Gabriele, *Diritti sociali, unità nazionale e risorse (in)disponibili: sulla permanente violazione-inattuazione della parte prima (quella "intoccabile") della Costituzione*, in <http://www.rivistaaic.it>, n. 3/2013.

⁵ Per tale motivo i diritti sociali sono storicamente relegati nella categoria dei diritti di "seconda generazione".

Tra la fine del XIX sec. e l'inizio del XX, il conflitto tra le esigenze del mercato e le richieste di uguaglianza sostanziale da parte di quei ceti esclusi dalla ricchezza economica, unitamente alla diffusione dell'idea di solidarietà sociale e di valorizzazione delle libertà positive, hanno condotto alla crisi dello Stato liberale ed alla conseguente nascita dello Stato sociale⁶.

Si rammenti, infatti, che nell'ambito della concezione dello Stato liberale, consolidatosi in Europa nel XVIII sec. e che ha caratterizzato l'esperienza continentale sino al primo conflitto mondiale, trovarono pieno riconoscimento solamente i diritti di libertà⁷, volti a garantire al singolo una sfera entro cui operare liberamente (cd. libertà negative o libertà dallo Stato), a cui corrispondeva un obbligo giuridico di astensione da parte dello Stato⁸.

Un primo riconoscimento del ruolo degli apparati pubblici nel soddisfare talune esigenze fondamentali dei singoli, titolari di diritti di partecipazione alla vita sociale in condizioni di uguaglianza, si può rinvenire solamente nella Costituzione francese del 1793 (Costituzione Giacobina)⁹, che, sebbene non sia mai entrata in vigore, ha influenzato le Costituzioni successive agli eventi insurrezionali del 1848¹⁰.

Purtuttavia, anche in tale fase temporale, i diritti sociali non hanno trovato riconoscimento nei testi costituzionali¹¹, essendo ancora prevalente il concetto di

⁶ E' infatti con il tramonto del liberalismo ed il successivo crollo dei regimi autoritari nel periodo tra le due guerre che avviene la trasformazione dello Stato liberale in Stato sociale, e, nel contempo, si attua l'affermazione dei diritti sociali a fianco dei diritti propri della tradizione liberale.

⁷ Accanto ai diritti di libertà, si sono poi affermati i diritti politici, intesi come diritti dei singoli di partecipare alla vita pubblica (diritto di elettorato attivo e passivo, diritto di petizione, ecc...).

⁸ Storicamente il passaggio dallo Stato assoluto allo Stato liberale ha determinato una prima forma di riconoscimento dei diritti fondamentali del singolo, intesi come limite negativo ad indebite ingerenze dei pubblici poteri nella sfera di autonomia dell'individuo.

⁹ M. Mazziotti, *Diritti sociali*, cit., 805, il quale fa risalire i diritti sociali alla Rivoluzione francese, individuandone la fonte nel principio di uguaglianza.

¹⁰ Per una compiuta ricostruzione storica cfr., R. Pilia, *Diritti sociali*, Napoli, 2005, 9 ss.

¹¹ Cfr. A. Baldassarre, *Diritti sociali*, cit., 772 ss e B. Pezzini, *La decisione sui diritti sociali*, cit., 50 ss. In particolare, quest'ultima evidenzia che l'assenza dei diritti sociali dai testi costituzionali «corrisponde ad una progressiva marginalizzazione e perdita d'importanza determinata dal prevalere della definizione di diritto di proprietà», rispetto al quale il riconoscimento dei diritti sociali avrebbe comportato limitazioni al suo esercizio, se non addirittura un'opposizione al fondamento stesso della proprietà privata. Ne consegue, secondo l'autrice, che i diritti sociali trovarono affermazione solo allorquando «i meccanismi sociali di inclusione ed esclusione attraverso la proprietà cominciarono a vacillare».

proprietà, rispetto al quale il riconoscimento dei diritti sociali avrebbe costituito un elemento di opposizione¹².

Con il tramonto del liberalismo nel secondo dopoguerra, ai diritti civili ed alle libertà individuali, che presuppongono un comportamento negativo, di non ingerenza da parte dello Stato, si affiancano, dunque, i diritti sociali propri della persona in quanto tale (e non rivolti a categorie bisognose), che attivano un'azione positiva e doverosa da parte dei pubblici poteri, volta al soddisfacimento ed alla tutela dei molteplici bisogni dell'individuo¹³.

Si registra un effetto di reciproca influenza tra diritti sociali e forma di Stato: non solo i diritti la conformano e la determinano, ma quest'ultima, a sua volta, incide sui diritti costituzionali, condizionandone l'effettività. Sicché i diritti sociali si strutturano quali «assiomi» fondamentali dello Stato sociale¹⁴ nel delineare un «nuovo legame tra cittadini e Stato e [un] nuovo fondamento di spettanze, coercizioni, legittimità»¹⁵.

La supremazia della legge vede, inoltre, accrescere il potere d'azione dell'amministrazione che, per perseguire gli obiettivi di programmazione ed intervento sociale, incrementa le proprie funzioni anche nell'ambito della sua discrezionalità e del suo "tecnicismo", necessari ad assicurare una vasta gamma di servizi alla società. La nostra Costituzione già nei «principi fondamentali» mostra l'importanza al tema dei diritti sociali: le prime tre norme della Carta fondamentale¹⁶ sono, infatti, dedicate

¹² Così lo Statuto albertino, concesso da Carlo Alberto nel 1848, divenuto in seguito Costituzione del Regno d'Italia nel 1861, rimasto in vigore con le modifiche apportate fino alla Costituzione Repubblicana del 1948, non conteneva alcun riferimento ai diritti sociali, ma enunciava solamente un catalogo di diritti fondamentali di libertà, la cui tutela era peraltro assai limitata sia per l'esiguo numero di diritti enunciati, che per la previsione di limiti, riservata dallo Statuto alla legge, al concreto esercizio degli stessi.

¹³ A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017, 2.

¹⁴ A. Baldassarre, *Libertà*, in Id., *Diritti della persona e valori costituzionali*, Torino, 1997, 130.

¹⁵ M. Ferrera, *Modelli di solidarietà*, Bologna, 1993, 49.

¹⁶ Si fa riferimento all'articolo 1, che qualifica il lavoro come fondamento della Repubblica, all'art. 2 che pone il principio personalista e di solidarietà e all'art. 3, che esplicita la centralità del principio di eguaglianza.

ai diritti dell'uomo in quanto tale, «sia nella sua dimensione individuale di essere libero, sia nella sua dimensione sociale di essere relazionale»¹⁷.

La Costituzione italiana contempla, inoltre, diversi diritti sociali¹⁸, che trovano fondamento, ancor prima che negli articoli che li disciplinano espressamente¹⁹, nei principi personalistico, solidarista e di eguaglianza sostanziale: la Repubblica riconosce e «garantisce i diritti inviolabili dell'uomo» (art. 2 della Cost.) e assume il compito di «rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana» (art. 3 della Cost.).

Con la riforma operata dalla legge cost. 18 ottobre 2001, n. 3, di riforma del Titolo V della Costituzione, la categoria dei diritti sociali ha poi trovato un proprio riferimento nel testo costituzionale: l'art. 117, comma 2, lett. m), nel delineare il riparto di potestà legislativa Stato-Regioni, attribuisce infatti alla competenza esclusiva statale la nuova materia della «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

Nella presente indagine occorre tenere in considerazione l'art. 118, ult. comma, Cost, poiché la dimensione sociale del *welfare* prevede da sempre il coinvolgimento di soggetti privati «per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del

¹⁷ A. M. Poggi, *I diritti delle persone. Lo Stato sociale come Repubblica dei diritti e dei doveri*, Milano, 2014, 1 ss.

¹⁸ Il catalogo dei diritti sociali contemplato nella nostra Costituzione è quantomai ampio e sistematico e comprende, solo per menzionarne quelli essenziali, il diritto al lavoro (art. 4, 35, 36, 37 Cost.); il diritto alla salute (art. 32 Cost.); il diritto all'istruzione (art. 34 Cost.); il diritto alla previdenza e all'assistenza sociale (art. 38 Cost.); i diritti della famiglia (artt. 29, 30, 31 Cost.).

Con riferimento alle Costituzioni democratiche di altri paesi europei, si può rilevare che, mentre la Costituzione italiana contiene una specifica enunciazione dei singoli diritti sociali, la Costituzione germanica del 1949 (*Grundgesetz*) attribuisce alla Repubblica la qualità di Stato sociale senza prevedere un catalogo di diritti sociali e la Costituzione spagnola opera una distinzione tra i diritti e libertà pubbliche e i “*principios rectores de la politica social y economica*”. Discorso diverso va fatto per la Costituzione francese del 1958 (Costituzione della V Repubblica), laddove l'enunciazione di principi di natura economica e sociale è contenuta nel Preambolo (che rinvia a tre insiemi di norme: la Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino del 1789, il Preambolo della Costituzione del 1946 ed al complesso normativo delle cd. *Lois de la République*), il cui valore costituzionale, con conseguente costituzionalizzazione dei diritti sociali, è stato riconosciuto dal Consiglio Costituzionale con l'*arret* n. 44 del 1971.

¹⁹ Nel titolo II e III della prima parte della Costituzione trovano esplicito riconoscimento i diritti sociali

principio di sussidiarietà». Si vedrà nel prosieguo della trattazione come in forza di tale principio gli Enti del Terzo settore abbiano un ruolo rilevante nella programmazione e gestione dei servizi alla persona.

Occorre richiamare anche l'art. 119 Cost, che, con specifico riguardo ai diritti sociali, dopo aver disciplinato le forme ordinarie di finanziamento degli enti territoriali, prevede che risorse statali aggiuntive ed interventi statali speciali possano essere disposti in favore di determinate Regioni ed enti locali «per promuovere [...] la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona [...]» (comma 5)²⁰.

Nella medesima ottica, il successivo art. 120, comma 2, Cost., prevede l'esercizio di poteri sostitutivi da parte dello Stato nei confronti di Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni, a tutela, in particolare, dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti (civili e) sociali²¹, che saranno in seguito oggetto di approfondita analisi.

²⁰ Sull'art. 119 Cost. e, più in generale, sul c.d. federalismo fiscale cfr. *ex multis*: L. Antonini, *La vicenda e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119 Cost.*, in *Reg.*, 2003, 11-40; Id., *Sussidiarietà fiscale: la frontiera della democrazia*, Milano, 2005; L. Antonini - A. Brancasi - A. De Siano - R. Ferraro - R. Manfrellotti - G. Petrillo - M. Posillipo (a cura di), *I principi costituzionali e comunitari del federalismo fiscale. Atti dell'incontro di studi del 30 novembre 2007*, Torino, 2008; M. Barbero, *Progressività del sistema tributario, uguaglianza ed autonomia impositiva regionale*, in *Reg.*, 2006, 764-766; Id., *Se il federalismo fiscale diventa questione di ... principi*, in *Reg.*, 2008, 723-728; R. Bin, *Che ha di federale il "federalismo fiscale"?*, in *Istit. feder.*, 2008, 525 ss.; A. Brancasi, *L'autonomia finanziaria degli enti territoriali: note esegetiche sul nuovo art. 119 Cost.*, in *Le Reg.*, 2003, 41-116; Id., *Osservazioni sull'autonomia finanziaria*, in *Le Reg.*, 2004, 451-478; Id., *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in *Le Reg.* 2004, 763-770; Id., *La finanza regionale e locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in *dir. pubbl.*, 2007, 857-902; C. Buzzacchi, *Coesione e solidarietà sociale: un primo approccio alle tematiche del "federalismo fiscale"*, in *Reg.*, 2002, 882-889.

²¹ Sui poteri sostitutivi, cfr. M. Belletti, *Potere sostitutivo "straordinario" e "ordinario" nella sentenza n. 43 del 2004 - La Corte propone la quadratura del cerchio della riforma del titolo V*, in <http://www.associazionedeicostituzionalisti.it>, marzo 2004; G. Fontana, *Alla ricerca di uno statuto giuridico dei poteri sostitutivi ex art. 120, comma 2 Cost.*, in F. Modugno -P. Carnevale (a cura di), *Nuovi rapporti Stato - Regioni dopo la Legge costituzionale n. 3 del 2001*, Milano, 63 ss.; C. Mainardis, *I poteri sostitutivi statali: una riforma costituzionale con (poche) luci e (molte) ombre*, in *le Reg.*, 2001, 1357-1424; Id., *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, Milano, 2007; G. Marazzita, *I poteri sostitutivi tra emergency clause e assetto dinamico delle competenze*, in *Istit. feder.*, 2005, 819-853; G.U. Rescigno, *Attuazione regionale delle direttive comunitarie e potere sostitutivo dello Stato*, in *Reg.*, 2002, 729-756; G. Scaccia, *Il potere di*

I.2. Configurazione giuridica dei diritti sociali: diritti sociali e diritti di libertà; diritti sociali come «diritti finanziariamente condizionati»; definizione formale dei servizi sociali

Alla nascita e all'evoluzione dei diritti sociali fa seguito l'esame della loro nozione e del loro contenuto.

Si riscontra, innanzitutto, l'assenza di univocità nella definizione degli stessi²², con la conseguenza che non è possibile individuare una nozione unitaria ed omogenea né ricostruirne una categoria attraverso l'individuazione di pretesi elementi comuni.

Sono presenti, infatti, in letteratura differenti approcci nell'affrontare la problematica dei diritti sociali: c'è chi li identifica in specifiche pretese dei cittadini ad ottenere prestazioni di attività nell'ambito economico-sociale da chi esercita una pubblica funzione²³, vi è chi sottolinea il loro carattere individualistico²⁴, chi individua negli stessi una situazione soggettiva autonoma, derivante dalla tutela dell'individuo non contrapposto allo Stato²⁵, chi, rilevando la correlazione tra diritti sociali e forma dello Stato, ne opera un inquadramento nel *genus* della cittadinanza sociale, quali diritti dei

sostituzione in via normativa nella legge n. 131 del 2003, in le Reg., 2004, 883 ss.; G. Veronesi, Il regime dei poteri sostitutivi alla luce del nuovo art. 120, co. 2, della Costituzione, in Istit. feder., 2002, 733 ss..

²² Per una panoramica delle difficoltà di definizione e classificazione della categoria dei diritti sociali, v. G. De Burca, *The future of social rights protection in Europe*, in G. De Burca - B. De Witte (a cura di) *Social rights in Europe*, Oxford, 2005, 4 ss.

²³ Cfr. P. Biscaretti di Ruffia, *I diritti sociali*, cit., 759 ss.

²⁴ Cfr. M. Mazziotti, *Diritti sociali*, cit., 802 ss. Contra N. Bobbio, *Sui diritti sociali*, in AA.VV., *Cinquant'anni di Repubblica italiana*, Torino, 1996, il quale, evidenziando la dimensione non esclusivamente individuale dei diritti sociali, afferma che essi «definiscono delle pretese o esigenze da cui derivano legittime aspettative, che i cittadini hanno, non come individui singoli ma come individui sociali...».

²⁵ Cfr. G. Cicala, *Diritti sociali e crisi del diritto soggettivo nel sistema costituzionale italiano*, Napoli, 1965, 21 ss. L'Autore inserisce il diritto sociale in una dimensione organica, individuandolo nell'interesse all'integrazione, rivolto ad armonizzare gli interessi convergenti, escludendo così la possibilità di un'attribuzione dei diritti sociali all'individuo in quanto tale. Cfr. al riguardo anche C. Salazar, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, cit., 18 ss., la quale, assumendo un atteggiamento critico riguardo a tali posizioni, rileva che «se è evidente che, in alcuni casi, i diritti sociali sono diritti dell'*homme situé*, attribuiti in rapporto alla sua inclusione nelle formazioni sociali (pur restando diritti individuali), non c'è dubbio che almeno due tra essi - il diritto al lavoro e quello alla salute - spettino all'essere umano in quanto tale, a prescindere dalla contestualizzazione in qualsivoglia ambito o gruppo».

cittadini a determinate prestazioni il cui esercizio sia tale da garantire la partecipazione effettiva all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese²⁶.

Ed ancora vi è chi prende ad esame la categoria dei diritti sociali, sostenendo che sono tali quei servizi²⁷ che danno attuazione ai diritti sociali presenti nella nostra Costituzione²⁸.

In particolare, tale ultima ricostruzione incontra obiezioni che trovano ragione nel fatto, come si è visto nella prima parte della presente indagine, che la stessa nozione di diritto sociale è incerta ed è sovente oggetto di rivisitazione da parte della dottrina²⁹. Sempre con riguardo alla configurazione dei diritti sociali, alcuni costituzionalisti³⁰ configurano questi ultimi come diritti “a”, poiché consistono in aspettative positive (di prestazione), che si differenziano dai diritti individuali “di”, che prevedono, invece, aspettative negative (di non lesione).

Per quanto riguarda, invece, il rapporto tra diritti sociali e diritti di libertà, la nostra Carta costituzionale riconosce quali fundamenta dei diritti sociali i principi di centralità della persona e di eguaglianza sostanziale, contribuendo così a conferire una natura “fondamentale” ai diritti sociali e, di conseguenza, a farne una lettura integrata e valorizzata con quelli di libertà.

²⁶ Cfr. D. Bifulco, *Cittadinanza sociale, eguaglianza e forma di Stato*, in L. Chieffi (a cura di), *I diritti sociali tra regionalismo e prospettive federali*, Padova, 1999, 27 ss.

²⁷ In tema di servizi sociali v. R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi (a cura di); *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012 e, in particolare i capitoli di V. Molaschi, *I servizi sociali e il modello di welfare delineato dalla legge n. 328/2000*, 41 ss.; Id., *L'organizzazione amministrativa dei servizi sociali*, 79 ss.; Id., *I servizi sociali*, in S. Mangiameli (a cura di), *I servizi pubblici locali*, Torino, 2008, 363 ss.; Id., *Complessità e semplificazione nei servizi sociali*, in *Il Diritto dell'economia*, 2013, 474 ss.; E. Balboni, *I servizi sociali*, in G. Amato - A. Barbera (a cura di), *Manuale di diritto pubblico*, Bologna, 1997, III, *L'azione dei pubblici poteri*, 167 ss.; E. Ferrari, *I servizi sociali*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo. Diritto amministrativo speciale*, tomo I, 2000, 597ss.; Id., *I servizi sociali*, Milano, 1986; E. Casetta, *Manuale di diritto amministrativo*, Milano, 2002, 593; D. Sorace, *Diritto delle amministrazioni pubbliche. Una introduzione*, Bologna, 2002, 121ss.; V. Caputi Jambrenghi, *I servizi sociali*, in L. Mazzaroli - G. Pericu - A. Romano - F.A. Roversi Monaco - F.G. Scoca (a cura di), *Diritto amministrativo*, Bologna, 2001, I, 1019 ss.;

²⁸ E. Balboni, *I servizi sociali*, cit., 167.

²⁹ In argomento si veda l'indagine svolta da V. Molaschi, *Sulla nozione di servizi sociali: nuove coordinate costituzionali*, in *Amm. in comm.*, 2003, 2 ss..

³⁰ Si veda ad esempio G. Corso, *La protezione costituzionale dei diritti sociali*, in A. De Biase, *Convenzioni sui diritti umani e corti nazionali*, Roma, 2014, 275.

I diritti sociali condividono, dunque, con i diritti «nati nel tronco dell'idea di libertà»³¹ lo status di diritti fondamentali.

Si tratta di un aspetto di centrale importanza del modello di costituzionalizzazione dello Stato sociale, che determina un completo superamento delle concezioni che relegavano i diritti sociali in una posizione di “minorità” e “separatezza” rispetto ai diritti civili e politici propri della tradizione liberale³².

Del resto, anche la presunta dicotomia tra diritti negativi (che richiedono l'astensione della Repubblica) e diritti positivi (che invece ne presuppongono ed impongono l'intervento) viene meno, poiché i diritti di libertà necessitano, al pari di quelli sociali, di regolazioni ed organizzazioni per il loro effettivo godimento.

Si pensi, ad esempio, alla libertà personale e alla disciplina dettata dallo Stato per garantirla, mediante la predisposizione di strutture organizzate.

Peraltro, il principio di centralità della persona, che, come visto, muove i diritti sociali, non può prescindere dall'autodeterminazione dell'individuo, che di tali diritti è concreto portatore.

Ciò per evidenziare, ancora una volta, che dentro i diritti sociali c'è «sempre una quota di “libertà”: la libertà del malato di scegliere se farsi curare, la libertà dello studente di scegliere come realizzare il proprio diritto all'istruzione superiore...»³³.

La ricostruzione sin qui svolta sembra, dunque, negare che sussista una differenza strutturale tra diritti di libertà e diritti sociali, nella misura in cui le due categorie di diritti appaiono interconnesse e reciprocamente dipendenti: il riconoscimento e la

³¹ M. Luciani, *Sui diritti sociali*, cit., 111; G. Lombardi, *Diritti di libertà e diritti sociali*, cit., 13 ss.

³² E. Diciotti, *Sulla distinzione tra diritti di libertà e diritti sociali: una prospettiva di filosofia analitica*, in *Quad. cost.*, 2004, 4, 733-762; A. Schiavello - I. Trujillio Pèrez (a cura di), *Diritti sociali v. Diritti di libertà?*, in *Ragion Pratica*, 2000, 14 ss.; Th. Casadei, *I diritti sociali. Un percorso filosofico-giuridico*, Firenze, 2012, 28 ss.; contra P.F. Grossi, *I diritti di libertà ad uso lezioni*, I, Torino, 1991, 275-281 e S. Fois, *Analisi delle problematiche fondamentali dello “Stato sociale”*, in *Dir. e soc.*, 1999, 186 ss. che sottolineano la necessità di mantenere una visione unitaria della struttura dei diritti di libertà, negandone la dimensione sociale.

³³ A. Pioggia, *op. ult. cit.*, 8.

concreta fruizione dei diritti sociali è presupposto necessario per l'effettivo accesso ai diritti di libertà³⁴.

Una lettura "forte" dei diritti sociali si pone in un'ottica differente, ridimensionando, peraltro, anche la discrezionalità della scelta legislativa, che mai potrà privare un diritto sociale di effettività e garanzia.

In materia di diritto alla salute, la Corte costituzionale³⁵ ha, per esempio, stabilito come «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana. Ed è certamente a quest'ambito che appartiene il diritto dei cittadini in disagiate condizioni economiche, o indigenti secondo la terminologia dell'art. 32 della Costituzione, a che siano loro assicurate cure gratuite».

Ancora, con riferimento al diritto all'assistenza sociale, la Corte costituzionale³⁶ ha ritenuto, che «un tale intervento da parte dello Stato [in tema di *social card*] deve ... ritenersi ammissibile, nel caso in cui esso risulti necessario allo scopo di assicurare effettivamente la tutela di soggetti i quali, versando in condizioni di estremo bisogno, vantino un diritto fondamentale [...], in quanto strettamente inerente alla tutela del nucleo irrinunciabile della dignità della persona umana...».

In tempi più recenti, sempre la Consulta, in materia di diritto all'istruzione in favore delle persone disabili, ha stabilito che il finanziamento pluriennale del fondo regionale

³⁴ Si vedano le riflessioni di R. Alexy, *A Theory of Constitutional Rights*, Oxford, 2004, 340 ss., trad. it. *Teoria dei diritti fondamentali*, Bologna, 2012, 465 ss. secondo cui i diritti sociali, oltre ad essere diritti ad azioni positive dello Stato, sono anche diritti soggettivi che garantiscono la libertà reale, senza la quale la libertà in senso formale non avrebbe alcun valore: infatti se i diritti fondamentali, quali sono anche i diritti sociali, esprimono principi che presuppongono che l'individuo sia in grado di sviluppare liberamente la sua personalità nella comunità sociale, implicando un certo grado di libertà fattuale per consentire la reale capacità d'agire degli individui stessi.

³⁵ Cfr. Corte cost. 16 luglio 1999, n. 309 che ha dichiarato l'incostituzionalità dell'art. 37 della l. 27 dicembre 1978 n. 833 e degli artt. 1 e 2 del d.P.R. 31 luglio 1980 n. 618, nella parte in cui non prevedevano forme di assistenza sanitaria gratuita, da stabilirsi dal legislatore, a favore dei cittadini italiani in disagiate condizioni economiche che si trovassero temporaneamente all'estero per motivi diversi dal lavoro o dalla fruizione di borse di studio.

³⁶ Cfr. Corte cost. 15 gennaio 2010, n. 10, con commento di F. Pizzolato, *La "social card" all'esame della Corte costituzionale*, in *Riv. del dir. della sic. soc.*, n. 2/2010, 349-360.

per l'assistenza agli alunni con disabilità deve essere sempre garantito dallo Stato, perché strumentale all'erogazione dei servizi che attengono al nucleo essenziale dei loro diritti, e non può dipendere da scelte discrezionali del legislatore³⁷.

Le espressioni “nucleo irriducibile”, “nucleo irrinunciabile”, “nucleo essenziale” mettono in luce come esista un limite effettivo alla discrezionalità del legislatore, da rintracciarsi nel “cuore” dei diritti sociali, che corrisponde all'ambito non sacrificabile della dignità umana.

In questo modo i giudici costituzionali sembrano confermare la natura eminentemente soggettiva dei diritti sociali³⁸, chiarendo come la piena tutela del loro nucleo costitutivo sia funzione essenziale dello Stato, nei cui confronti l'individuo ha diritto di azione perché il diritto venga soddisfatto.

Le considerazioni finora svolte sull'ampio dibattito dottrinario e sulle numerose problematiche sottese all'inquadramento dei diritti sociali evidenziano il progressivo distacco dalla rigorosa distinzione – in termini oppositivi – tra libertà negative e libertà positive, tra diritti di libertà e diritti sociali e dal conseguente corollario tra dovere di astensione e dovere di intervento del potere pubblico.

E' emerso come tra diritti di libertà e diritti sociali non può esserci una distinzione di tipo qualitativo (concorrendo entrambe le categorie di diritti alla definizione del principio personalista) bensì meramente quantitativo³⁹, dal momento che ogni diritto presenta sia profili negativi che positivi, potendosi ravvisare in ciascuna situazione soggettiva una prevalenza degli aspetti dell'uno o dell'altro tipo⁴⁰.

Viene, così, in rilievo la variegata serie dei diritti sociali c.d. “di prestazione”, il cui contenuto è dato dalla pretesa ad una prestazione positiva da parte di soggetti, pubblici o privati.

³⁷ Cfr. Corte cost. 11 aprile 2019, n. 83.

³⁸ A. Pioggia, *op. ult. cit.*, 9.

³⁹ C. Ventimiglia, *I diritti sociali tra garanzia costituzionale e compiti dell'autorità*, Roma, 2013, 24.

⁴⁰ Sul punto si veda, *ex multis*, A. D'Aloia, *Introduzione. I diritti come immagini in movimento: tra norma e cultura costituzionale*, in Id. (a cura di), *Diritti e Costituzione. Profili evolutivi e dimensioni inedite*, Milano 2003, 20 ss.; M. Luciani, *Sui diritti sociali*, cit., soprattutto 118-128.; L. Principato, *I diritti sociali nel quadro dei diritti fondamentali*, in *Giur. cost.*, 2001, 873 ss.; S. Scagliarini, *Diritti sociali nuovi e diritti sociali in fieri nella giurisprudenza costituzionale*, in <http://www.gruppodipisa.it>, 6 ss.

In tale categoria si possono annoverare le pretese del soggetto allo scopo di ottenere dalla Repubblica i mezzi adeguati alle esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia, disoccupazione involontaria...; le pretese nei confronti dello Stato vantate dell'individuo portatore di handicap per una vita libera e dignitosa e, in generale, le pretese che l'individuo attende dalla Repubblica: il diritto alla salute (art. 32 Cost.), il diritto all'istruzione (art. 34 Cost.), nonché il diritto all'assistenza e alla previdenza sociale (art. 38 Cost.).

I diritti sociali così intesi devono essere letti come pretese "condizionate" di prestazioni, nelle quali l'elemento condizionante non è la mera *interpositio legislatoris* (che individua i soggetti attivi titolari della pretesa ed i soggetti passivi impegnati nell'adempimento della prestazione, l'oggetto delle prestazioni e i limiti della medesima), bensì una «nuova programmaticità dei diritti sociali, che emergerebbe sul piano costituzionale e della legislazione ordinaria, per cui il legislatore è chiamato ad attuare la previsione costituzionale relativa ai diritti di prestazione in rapporto agli altri interessi primari del medesimo rango ed alle esigenze di bilancio»⁴¹.

Per comprendere l'importanza di tale nuovo inquadramento dei diritti sociali, occorre partire dalle riflessioni di quegli autori che hanno evidenziato come la posizione di pretesa di un soggetto, che aspira ad ottenere una determinata prestazione sociale, non sia sempre configurabile come un "diritto"⁴².

I diritti sociali sono stati, infatti, significativamente definiti «diritti finanziariamente condizionati»⁴³.

⁴¹ C. Ventimiglia, *op. cit.*, 32.

⁴² V. Molaschi, *I servizi sociali e il modello di welfare delineato dalla legge n. 328/2000*, in R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, cit., 46.

⁴³ Sui diritti sociali come «diritti finanziariamente condizionati» si vedano le riflessioni di F. Merusi, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990. Il tema è stato approfondito negli studi dedicati da R. Ferrara al diritto alla salute: v. Id., *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in Id. (a cura di), *Trattato di biodiritto. Salute e sanità*, vol. 1, 2010, 33; Id., *L'ordinamento della Sanità*, Torino, 2007; Id., *Professioni mediche e tutela delle situazioni giuridiche degli utenti: appunti*, in *San. Pubbl.*, 1999, 1077 ss.; Id., voce *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, vol. XIII, Torino, 1997, 513 ss. In argomento v. inoltre R. Ferrara - P.M. Vipiana, *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999. e R. Ferrara, *Introduzione al diritto amministrativo*, Bari, 2014.

Con tale espressione ci si riferisce al fatto che la garanzia dei “diritti” in questione incontra limitazioni di carattere politico-istituzionale, con ciò rifacendosi alle scelte compiute a livello di indirizzo politico-legislativo e a quelle organizzative e gestionali poste in essere dalle pubbliche amministrazioni e, dall’altro, condizionamenti di natura economico-finanziaria.

Alla base di quest’ultimo ordine di restrizioni vi è la consapevolezza secondo cui «le aspettative nei confronti dello Stato sociale, fondate sui valori personali tutelati nella Costituzione, non possono essere realisticamente definite senza il riferimento al concetto di fattibilità economica...se si supera tale limite lo Stato sociale rovina su se stesso»⁴⁴.

Anche dalla crisi fiscale dello Stato sociale possono derivare stringenti vincoli di finanza pubblica che limitano l’attuazione dei diritti sociali.

La questione è stata oggetto di numerose pronunce della Corte costituzionale, che, con particolare riguardo al diritto alla salute (ma il tema investe anche altri diritti sociali), ha affermato che esso «è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato all’attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento»⁴⁵.

Lo stesso giudice delle leggi, peraltro, nell’intento di temperare l’orientamento sul carattere finanziariamente condizionato dei diritti sociali, ha elaborato, il concetto di «contenuto essenziale» dei diritti (su cui v. *supra*), espressione con la quale, lo si rammenta, si intende sancire l’esistenza di una soglia minima di tutela, individuabile caso per caso, al di sotto della quale un diritto fondamentale non può considerarsi assicurato.

⁴⁴ L. Mengoni, *Persona e iniziativa economica privata nella Costituzione*, in G. Vettori (a cura di), *Persona e Mercato. Lezioni*, Padova, 1996, 36.

⁴⁵ Cfr. Corte cost. 16 ottobre 1990, n. 455.

Nella rilevata tensione dialettica tra carattere (anche) finanziariamente condizionato dei diritti sociali e garanzia del «contenuto essenziale» dei medesimi si è inserita la coordinata costituzionale dei «livelli essenziali delle prestazioni»⁴⁶, che sarà oggetto di attenta analisi in momenti successivi.

Ciò che comunque interessa rilevare è che tale previsione sembra dare pieno contenuto al profilo della doverosità dei servizi, strettamente correlato all'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà, di cui all'art. 2 Cost., «concretizzandolo nella garanzia di determinate prestazioni la cui definizione diviene ora un preciso compito del legislatore»⁴⁷.

Sempre nell'ambito della riflessione che interessa l'accostamento dei «livelli essenziali delle prestazioni» al concetto di «contenuto essenziale» dei diritti, tema peraltro non sempre valorizzato in dottrina⁴⁸, la Corte costituzionale, in particolare con

⁴⁶ Sui livelli essenziali in materia di assistenza si rinvia a V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008 e alla bibliografia ivi citata; Id., *I livelli essenziali di assistenza sociale*, in R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, cit., 107 ss.; A. Galdani, *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Milano, 2007, in partic. 138 ss.; F. Pizzolato, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in <http://www.amministrazioneincammino.luiss.it> (2007); C. Saraceno, *I livelli essenziali di assistenza nell'assetto federale italiano*, in <http://www.reforme.it> (ottobre 2005); G. Guiglia, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Padova, 2007; A. Frego Luppi, *I principi*, in E. Codini - A. Fossati - A. Frego Luppi (a cura di), *Manuale di diritto dei servizi sociali*, Torino, 2011, 35 ss.; E. Jorio, *Diritto dell'assistenza sociale*, Milano, 2006, 131 ss.; V. Berlingò, *La nozione di servizio sociale e la qualificazione giuridica delle pretese a ricevere le prestazioni di cui alla legge 328 del 2000*, in R. Ferrara - F. Manganaro - A. Romano Tassone (a cura di), *Codice delle cittadinanze. Commentario dei rapporti tra privati ed amministrazioni pubbliche*, Milano, 2006, 847 ss.; C. Gori (a cura di), *Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Dai principi alla pratica?*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15-17/2003.

⁴⁷ V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, cit., 247.

⁴⁸ Sul rapporto tra «livelli essenziali» e «contenuto essenziale» dei diritti v. gli scritti di A. D'Aloia, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2003, 1063 ss. e di A. Rovagnati, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m)*, *Il comma, art. 117 Cost.*, in *Le Regioni*, 2003, 1141 ss..

In particolare, V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, cit., 241, ritiene che la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni possa in qualche misura costituire un argine al processo di dequotazione dei diritti sociali sopra descritto, configurando in capo ai privati situazioni di diritto soggettivo.

la sentenza 26 giugno 2002, n. 282⁴⁹, ha avuto modo di affermare, invero in un *obiter dictum*, che non si tratta di «una “materia” in senso stretto», bensì di «una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle».

Altri studiosi della materia hanno inoltre sottolineato come i «livelli essenziali» non solo debbano essere corrispondenti a ciò che è rispettoso del «contenuto essenziale» dei diritti, ma possono addirittura espandere il novero delle prestazioni esigibili, operando come elemento di estensione dello stesso⁵⁰.

Pur rimanendo di stringente attualità la constatazione che tutti i diritti costano, perché costa garantirli in modo equo ed uniforme⁵¹, non si può non evidenziare la riflessione di parte della dottrina, secondo la quale il legame dei diritti sociali con la nozione di diritti finanziariamente condizionati è fuorviante, poiché equipara il rango degli equilibri finanziari al contenuto dei diritti sociali, che vedono dispersa, di conseguenza, la propria identità costituzionale⁵².

Rileva in tal senso la c.d. definizione formale dei servizi sociali⁵³.

Secondo tale definizione, per servizi sociali si intendono quelle «prestazioni sociali la cui previsione legislativa risponde agli obiettivi di fondo voluti dalla Costituzione in tema di promozione del benessere fisico e psichico della persona»⁵⁴.

Gli «obiettivi di fondo» sono da ricercarsi nei fini a cui i servizi sociali devono tendere, ossia i principi di solidarietà ed eguaglianza, di cui agli artt. 2 e 3 Cost., ai quali viene data attuazione tramite l'attribuzione in capo ai pubblici poteri di specifici doveri di

⁴⁹ Corte cost., 16 ottobre 1990, n. 455, in *Regioni*, 1991, 1513 ss. con note di E. Ferrari e di M. Cocconi.

⁵⁰ A. D'Aloia, *op. ult. cit.*, 1116 ss.

⁵¹ Il riferimento va alla riflessione di S. Holmes - C.R. Sunstein, *The costs of Rights. Why Liberty depends on taxes*, New York- Londra, 1999, trad. it., Bologna, 2000.

⁵² C. Ventimiglia, *op. cit.*, 39.

⁵³ Tale definizione si deve a E. Ferrari, *I servizi sociali*, cit.

⁵⁴ E. Ferrari, *op. cit.*, 273.

protezione, dettati dalle norme costituzionali relative ai diritti sociali, aventi ad oggetto i bisogni ritenuti essenziali dall'ordinamento⁵⁵.

Sotto il profilo soggettivo, a tali compiti di protezione è correlata la pretesa dei privati in ordine al soddisfacimento dei bisogni ritenuti fondamentali dall'ordinamento, qualificata, secondo la dottrina, come un «diritto finanziariamente condizionato» (su cui v. *supra*).

Si badi bene, tuttavia, che le attività volte a garantire i servizi non sono riservate solo al soggetto pubblico, ma occorre riconoscere e valorizzare la libertà dei privati di operare sia all'interno che all'esterno del sistema pubblico per la soddisfazione dei bisogni ritenuti essenziali dall'ordinamento⁵⁶.

Il tema della garanzia della presenza dei privati, come elemento caratterizzante la nozione dei servizi sociali e, in particolare, la posizione di vantaggio degli operatori del privato sociale *non profit*, sarà ampiamente trattato nel prosieguo della trattazione. Tirando le fila del discorso, nel quadro sommariamente delineato, i diritti sociali rappresentano, secondo autorevole dottrina, «un arcipelago formato da entità di diversa natura e di diversa consistenza», che, mentre risultano refrattari ad una definizione unitaria di ogni loro aspetto, sono comunque suscettibili di una descrizione articolata in ragione del loro riconoscimento a livello costituzionale, «che pur conservando momenti di unitarietà, distingue i vari diritti sociali in gruppi dotati di una struttura giuridica omogenea»⁵⁷.

⁵⁵ Così, il diritto alla salute si collega al dovere della Repubblica di tutelarla e di garantire «cure gratuite agli indigenti» (art. 32 Cost.); il diritto all'istruzione si collega al dovere di istituire «scuole statali per tutti gli ordini e i gradi» (art. 33 Cost.) e di rendere effettivo il diritto allo studio con «borse di studio, assegni alle famiglie e altre provvidenze» (art. 34 Cost.); il diritto alla previdenza e all'assistenza sociale è correlato al dovere di istituire organismi che rendano effettivo tale diritto (art. 34 Cost.).

⁵⁶ E. Ferrari, *op. ult. cit.*, 93. La presenza di regole che accomunano tutti i servizi sociali è condivisa anche da G. Corso, *La gestione dei servizi locali fra pubblico e privato*, in *Servizi pubblici locali e nuove forme di amministrazione*, Milano, 1997, 31. In argomento si veda altresì E. Casetta, *Manuale di diritto amministrativo*, cit., 593.

⁵⁷ A. Baldassarre, *Diritti sociali*, cit., 29; A. Giorgis, *Diritti sociali*, in S. Cassese (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, I, Milano, 2006, 1096.

I.2.1 *Segue*: il collegamento tra diritti sociali e principio della dignità umana

Nell'analisi che segue si tenta di indagare l'idea della dignità umana⁵⁸, non solo come dote indisponibile e assoluta, ma anche come risultato da raggiungere, in forma di autodeterminazione o autorealizzazione.

Tale esame si rende necessario per comprendere i contenuti delle parti in cui saranno trattati i temi del diritto alla salute come libertà di cura e del diritto alla libera scelta del malato terminale di ricorrere alle cure palliative in forza del principio di autodeterminazione.

Da un punto di vista strettamente giuridico, occorre, dunque, interrogarsi su cosa significhi dignità umana, che contenuto abbia e quale sia la sua funzione nel nostro ordinamento, tralasciando ogni giustificazione morale e ontologica, anche se, occorre dirlo, è proprio nel campo del fondamento morale che viene introdotto il concetto di dignità umana nel discorso dei diritti⁵⁹.

Sviluppare una riflessione sul rapporto tra dignità e diritti, implica, in ogni caso, l'andare oltre la lettera delle norme, per concentrarsi sui diritti, dal momento che la dignità ne è il riferimento assiologico di base, la dimensione morale che ne dà specifico senso.

⁵⁸ Sul tema della dignità umana in un'ottica costituzionale, si v., *ex multis*, C. Amirante, *La dignità dell'uomo nella Legge fondamentale di Bonn e nella Costituzione italiana*, Milano, 1971; F. Bartolomei, *La dignità umana come concetto e valore costituzionale*, Torino, 1987; M. Di Ciommo, *Dignità umana*, in S. Mangiameli (a cura di), *Diritto Costituzionale*, Milano, 2008, 389 ss.; G. Ferrara, *La pari dignità sociale (Appunti per una ricostruzione)*, in *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, II, Milano, 1974; M. Flick, *Dignità umana e tutela dei soggetti deboli: una riflessione problematica*, in E. Ceccherini (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, Napoli, 2008, 39 ss.; F. Gambini, *Il principio di dignità*, in P. Cendon (a cura di), *I diritti della persona. Tutela civile, penale, amministrativa*, vol. I, Torino, 2005, 236-241; A. Pirozzoli, *Il valore costituzionale della dignità. Un'introduzione*, Roma, 2007; G. Silvestri, *Considerazioni sul valore costituzionale della dignità della persona*. Intervento al Convegno trilaterale delle Corti costituzionali italiana, portoghese e spagnola, tenutosi a Roma il 1° ottobre 2007, in <http://www.associazionedeicostituzionalisti.it>; U. Vicenti, *Diritti e dignità umana*, Roma-Bari, 2009.

⁵⁹ In argomento si v. F. Javier Ansuategui Roig, *Diritti fondamentali e dignità umana*, in *Ragion pratica*, giugno 2012, 11 ss.

Con l'entrata in vigore della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea⁶⁰ il principio della dignità umana entra a pieno titolo nel nostro ordinamento giuridico, qualificandosi come valore strettamente correlato a quelli di libertà, eguaglianza e solidarietà⁶¹.

Per la nostra Carta fondamentale la dignità è, innanzitutto, un «diritto» derivante sia dal riconoscimento e dalla garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo che dal divieto di discriminazione (artt. 2 e 3, Cost.), ma è anche un «dovere», poiché ogni essere umano, adempiendo ai «doveri inderogabili di solidarietà» (art. 2 Cost.), deve meritarsi il riconoscimento della propria dignità⁶². Dall'affermazione della dignità deriva, dunque, l'effettiva configurazione di un sistema di diritti di cui la persona gode, che comprende i valori della libertà, dell'uguaglianza e della solidarietà, ma anche di doveri a cui la stessa ottempera: diritti e doveri costituiscono, quindi, l'essenza della dignità.

Non è, tuttavia, intenzione di tale scritto riprendere le vicende della genesi del concetto di dignità, bensì indagare il rapporto tra dignità umana e diritti sociali.

Si è visto nel paragrafo precedente come uno degli elementi di forza dei diritti sociali sia da cogliere nella perdurante operatività della clausola del “nucleo essenziale” dei diritti sociali, quale strumento di garanzia della dignità umana. In particolare, si è riportata la significativa giurisprudenza della Corte costituzionale che – anche in tempi di crisi economica e di vincoli di bilancio – ha più volte ribadito che il (nucleo incompressibile del) diritto (all'assistenza, alla salute...) non ammette compressioni per effetto del bilanciamento con altre istanze di matrice economica o organizzativa.

Si tratta di un orientamento di estrema importanza che esprime il senso di un chiaro ordine di priorità per l'azione delle istituzioni pubbliche, rispettoso della necessità di assicurare la soddisfazione del contenuto essenziale dei diritti sociali, che corrisponde, come visto, all'ambito della dignità umana.

⁶⁰ La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, anche nota come Carta di Nizza, è stata solennemente proclamata il 7 dicembre 2000 a Nizza e riproclamata in una versione adattata il 12 dicembre 2007 a Strasburgo, in vista della firma del Trattato di Lisbona.

⁶¹ Si veda la proposizione del Preambolo della Carta e il Capo I della stessa intitolato: «Dignità».

⁶² F. Belvisi, *Dignità umana: una ridefinizione in senso giuridico*, in *Ragion pratica*, giugno 2012, 172 ss.

L'articolazione di un sistema di diritti – con un'adeguata istituzionalizzazione di forme di titolarità, esercizio e garanzia – si presenta, peraltro, come un mezzo per fare rispettare i contenuti della dignità umana. Ciò significa che la soddisfazione dei diritti è anche l'obiettivo dell'organizzazione sociale, perché attraverso gli stessi si possono materializzare i contenuti della dignità⁶³.

Spesso sono, infatti, proprio le dinamiche organizzative che determinano diversità o, in ipotesi penalizzanti, situazioni di tutela disuguale, nonostante la soglia di protezione minima offerta dai livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria e socio-sanitaria (su cui v. *infra*).

Si comprende quindi perché l'organizzazione riveste un ruolo importante ai fini dell'equità, come “veicolo” di uguaglianza⁶⁴, strettamente correlato al principio della dignità umana.

Si vedrà poi come anche l'integrazione socio-sanitaria, nelle sue diverse modalità attuative, ha a che fare con elementi organizzativo-professionali capaci di facilitare o di limitare l'effettiva realizzazione del principio di dignità.

La concezione della dignità umana riferita all'autodeterminazione del soggetto gioca un ruolo importante anche nelle questioni giuridiche relative al fine vita.

Da qui, innanzitutto, la rilevanza della tematica del consenso informato, la cui disciplina è stata introdotta dalla l. 22 dicembre 2017, n. 219, che detta «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento».

L'art. 1 della predetta legge prevede che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. Il dettato normativo in esame richiama il rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1 (dignità umana), 2 (diritto alla vita) e 3 (diritto all'integrità della persona) della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

In particolare, nell'ambito della medicina palliativa, oggetto di ampia trattazione nella seconda parte del presente elaborato, la vulnerabilità e la dipendenza, imposte dalla

⁶³ F. Javier Ansuategui Roig, *op. cit.*, 19.

⁶⁴ V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come veicolo di uguaglianza*, in corso di pubblicazione.

malattia, influenzano in maniera significativa la percezione che il paziente terminale ha di sé, il suo senso di dignità, la sua capacità di sentirsi *dignus*, meritevole di stima e di considerazione. Ecco anche perché le cure palliative sono state oggetto di un nuovo approccio terapeutico, la “terapia della dignità”, il cui obiettivo è il miglioramento dell’esperienza del fine-vita, aiutando il paziente (e i suoi familiari) a preservare la propria identità, allo scopo di non perdere la propria dignità personale⁶⁵. In definitiva, il collegamento tra il valore della dignità umana e i diritti sociali mette in evidenza il rapporto tra la garanzia di quest’ultimi e il principio pluralistico⁶⁶, da

⁶⁵ L’autore di questo metodo è lo psichiatra canadese Harvey Max Chochinov, Direttore della *Manitoba Palliative Care Research Unit*. Chochinov ha siglato assieme al suo team di ricerca un lavoro intitolato *Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations*, consultabile al seguente link <http://www.fedcp.org/news-menu/822-la-terapia-della-dignita.html>.

Lo scopo dello studio è l’identificazione di quattro popolazioni di pazienti terminali, affetti da patologie non oncologiche, che potrebbero beneficiare di cure palliative, descrivendo e confrontando la prevalenza e le manifestazioni del disagio legato alla sfera della dignità personale.

Tra febbraio 2009 e dicembre 2012 sono stati reclutati ai fini dello studio 404 partecipanti, circa 100 per quattro diverse patologie tra cui la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO), la malattia renale allo stadio terminale (ESRD) e la fragilità degli anziani.

I pazienti affetti da questo tipo di condizioni tendono, rispetto a quelli affetti da patologie oncologiche, a ricevere meno cure palliative, nonostante la sofferenza fisica, psicologica ed esistenziale.

Chochinov ha coniato un vero e proprio modello empirico per la valutazione del grado di percezione della dignità nei malati che affrontano il fine-vita e sulla base di questo modello è stato sviluppato il *Patient Dignity Inventory* (PDI), uno strumento di screening delle fonti di disagio che è stato adottato nei modelli di cure palliative in tutto il mondo.

Gli autori hanno concluso che la perdita complessiva di dignità non differisce significativamente tra le popolazioni oggetto dello studio e si è mantenuta su livelli paragonabili a quelli riscontrati nei pazienti oncologici. A risultare estremamente eterogenei sono stati invece i patterns associati al disagio connesso alla percezione della dignità. Il numero medio di elementi segnalati come problematici attraverso il PDI variavano in maniera significativa, dai 6,2 dei pazienti affetti da SLA, ai 5,6 nella BPCO, dai 3 degli anziani fragili ai 2,3 dell’ESRD.

I pazienti affetti da SLA hanno segnalato un maggior disagio correlato alla dignità come, ad esempio, il non essere in grado di svolgere ruoli o attività di routine quotidiane, avvertire una perdita di controllo...

Le conclusioni dello studio dimostrano che esistono diversità di disagio fisico, psicologico ed esistenziale in ciascuno dei gruppi di pazienti considerati.

Una percentuale di partecipanti variabile tra il 35 e il 58%, a seconda del gruppo di appartenenza, sono deceduti durante lo svolgimento dello studio, lungo un arco di tempo di diversi mesi.

Si tratta di una osservazione che riconferma la necessità di integrare precocemente le cure palliative, sviluppare sempre più il modello di *simultaneous care*, approfondendo la conoscenza della realtà, delle aspettative, dei traumi e delle paure del paziente.

⁶⁶ In argomento si v. A. Albanese, *Diritto all’assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Milano, 2007, 57.

intendersi come principio che valorizza l'uomo in quanto «essere immerso nella concreta esistenza sociale», in un ordinamento democratico e pluralista. Ed è proprio nel principio della dignità umana che «si scopre la radice prima sia dei diritti di libertà civile e politica», che, ed è quel che ci interessa ora, di tutti i diritti sociali⁶⁷.

I.2.2 *Segue*: valorizzazione dei profili di solidarietà, sussidiarietà ed eguaglianza come strumenti dei diritti sociali per la piena realizzazione della libertà e della dignità della persona

L'equazione tra diritti sociali e diritti fondamentali consente di valorizzare il primato della persona nell'ordinamento giuridico, rileggendo la struttura dei diritti sociali, appunto, come diritti fondamentali, in rapporto ai quali emerge la funzionalizzazione dello Stato, dei suoi poteri ed apparati per i bisogni della persona, nella ricerca dell'equilibrio ordinamentale tra libertà, uguaglianza e solidarietà⁶⁸.

Nell'analisi dell'architettura costituzionale dei diritti sociali si è visto come gli stessi, da un lato, continuino ad assolvere alla loro funzione originaria di barriera contro gli abusi del potere pubblico, mentre, dall'altro, divengano strumento di promozione della persona, attraverso le dinamiche dei principi di solidarietà (art. 2 Cost.), eguaglianza (art. 3 Cost.) e libertà (art. 13 Cost.). È proprio all'interno di questa dinamica che può essere, quindi, rinvenuto il fondamento costituzionale dei diritti sociali.

⁶⁷ A. Baldassarre, *Diritti sociali*, cit., 11.

⁶⁸ In argomento, *ex multis*, si vedano gli approfondimenti di G. Corso, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, cit., 755 ss.; G. Pastori, *Diritti e servizi oltre la crisi dello Stato sociale*, cit., 1082 ss.; L. Torchia, *Welfare, diritti sociali, e federalismo*, in <http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/TORC/TORCHIA-welfare-e-federalismo1.pdf>, 1 ss.; M. Luciani, *Sui diritti sociali*, cit., 97 ss.; F. Pallante, *I diritti sociali fra federalismo e principio di eguaglianza sostanziale*, in *Diritto pubblico*, 2011, 249 ss.; L. Ferrajoli, *L'uguaglianza e le sue garanzie*, in http://www.fcjuridicoeuropeo.org/wp-content/uploads/file/jornada3/4_Ferrajoliitaliano.pdf, 25 ss.; A. Massera, *Uguaglianza e giustizia nel Welfare State*, in *Dir. amm.*, 2009, 1 ss.; G. Palombella, *L'autorità dei diritti. I diritti fondamentali tra istituzioni e norme*, Bari, 2004, 65 ss.; B. Pezzini, *La decisione sui diritti sociali*, cit., VIII-222; L. Principato, *I diritti sociali nel quadro dei diritti fondamentali*, cit., 873 ss.; A. Baldassarre, voce *Diritti sociali*, cit., 1 ss.

Riprendendo le ultime considerazioni svolte, ci si interroga, dunque, se nell'elaborazione della nozione di servizio sociale sia verosimile un ribaltamento di prospettiva, che sposti il baricentro della definizione sul piano dei doveri: dai diritti sociali ai doveri di solidarietà sociale⁶⁹.

Tale ricostruzione trova una propria ragione, oltre che nell'articolato costituzionale di cui all'art. 2 Cost., in cui diritti e doveri sono in una posizione complementare, anche nella Carta di Nizza, che include la sicurezza sociale e l'assistenza sociale nonché la protezione della salute nel capo IV, dedicato alla solidarietà (artt. 34, 35)⁷⁰.

In virtù della stretta correlazione tra diritti e doveri, una simile impostazione fa riferimento ad una visione dinamica della solidarietà, comprensiva sia dell'intervento della Repubblica complessivamente considerata, ovvero di tutti i soggetti, pubblici e privati nei confronti di chi ha bisogno, che dei comportamenti doverosi degli individui che di essa vogliono essere parte, secondo una relazione biunivoca, di reciprocità.

Secondo tale prospettiva, si può ritenere che anche i livelli essenziali delle prestazioni (su cui v. *infra*) costituiscano, in un'ottica più generale, la concretizzazione del dovere di solidarietà sociale: il "livello" di solidarietà dal punto di vista di "chi aiuta" e di "chi è aiutato".

In relazione al significato e alla portata del principio in esame, tra le copiose elaborazioni dottrinali, si ritiene utile riportare la riflessione di chi ben evidenzia il nesso tra solidarietà e diritti sociali⁷¹.

Secondo tale interpretazione il principio di solidarietà può essere letto in una duplice accezione, che distingue la solidarietà «fraterna», una solidarietà «politica» che «opera come modo doveroso e cooperante da parte dei cittadini», collocandosi su un piano

⁶⁹ V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, cit., 39.

⁷⁰ Tale impostazione mutua alcuni dei suoi elementi dalle acquisizioni in materia ambientale, che, nello studio della nozione giuridica di ambiente, hanno valorizzato il nesso tra ambiente e solidarietà e ricondotto la definizione del primo nell'alveo della previsione dell'art. 2 Cost.. In argomento si veda F. Fracchia, *Sulla configurazione giuridica unitaria dell'ambiente: art.2 Cost. e doveri di solidarietà ambientale*, in *Dir. economia*, 2002, 215 ss.; Id., *Governo del territorio e ambiente*, Relazione al VI Convegno annuale organizzato dall'Associazione Italiana di Diritto Urbanistico, *Il governo del territorio*, Pescara, 29-30 novembre 2002, in <http://www.aipda.it>.

⁷¹ V. S. Galeotti, *Il valore della solidarietà*, in *Diritto e Società*, 1996, 1.

orizzontale, interno alla società, strettamente connesso al ruolo svolto dalle organizzazioni sociali, e la solidarietà «paterna», intesa come «motore della funzione attiva della Repubblica», da ricondursi, in un'ottica complementare ed integrativa, alle previsioni di cui agli artt. 2 e 3 Cost.⁷².

Il dovere di solidarietà, come specificato dalla previsione relativa ai «livelli essenziali delle prestazioni» e da una lettura della solidarietà in chiave «fraterna», può essere argomento di riflessione anche in relazione al principio di sussidiarietà orizzontale⁷³, di cui all'art. 118, quarto comma Cost.⁷⁴, nel contesto dei rapporti pubblico - privato nel sociale.

Nulla osta, infatti, a ritenere che i servizi sociali possano essere ricondotti nella nozione di «attività di interesse generale», ai sensi dell'art. 118 Cost., posto che si tratta di attività finalizzate alla promozione e allo sviluppo della persona umana, in adempimento dei doveri di solidarietà.

Un filone di pensiero vede, infatti, nella sussidiarietà orizzontale un «principio relazionale», espressione di una «società pluralista», connotata da «rapporti paritari fra diversi centri di riferimento di interessi, sia pubblici sia privati»⁷⁵. Tale tesi coglie

⁷² Sull'argomento diritti sociali e principio di solidarietà cfr. A. Albanese, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, cit., 68 ss.

⁷³ Sulla rilevanza del principio di sussidiarietà orizzontale nella materia dei servizi sociali si vedano, tra i molti, R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi (a cura di); *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, cit., 50 ss.; V. Molaschi, *Complessità e semplificazione nei servizi sociali*, in *Il Diritto dell'economia*, 2013, 474 ss.; G.U. Rescigno, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 5 ss.; G. Pastori, *Pubblico e privato nei servizi sociali*, in E. Balboni - B. Baroni - A. Mattioni - G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, II ed., 2007, 75 ss.; E. Ferrari, *Lo Stato sussidiario: il caso dei servizi sociali*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 99 ss.

⁷⁴ Ai sensi di tale norma «Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà».

⁷⁵ In tema di sussidiarietà si v. F.G. Arena, *Il principio di sussidiarietà orizzontale nell'art. 118, u.c. della Costituzione*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Napoli, 2005, 179 ss.; Id., *Sussidiarietà, la piattaforma costituzionale di una nuova cittadinanza*, in *Libertà civili*, v. II, 2011, 136 ss.; Id., *La sussidiarietà nel 2009: alcune luci e ancora tante ombre*, in *Labsus*, 2010, consultabile in http://www.labsus.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1739&Itemid=163; Id., *La sussidiarietà come fattore di riforma dell'amministrazione* in G. D'Alessio - F. Di Lascio (a cura di), *Il sistema amministrativo a dieci anni dalla "Riforma Bassanini*, Torino, 2009, 222 ss.; Id. - G.,

un'evoluzione del principio di sussidiarietà orizzontale, da tempo in atto nei diversi servizi sociali, che si manifesta nella creazione di sistemi "a rete", connotati da una forte sinergia pubblico-privato⁷⁶.

Del resto, come si avrà modo di vedere, la legge 8 dicembre 2000, n. 328, legge quadro in materia di servizi sociali, dà valore alla cultura dell'integrazione tra pubblico e privato già nel proprio titolo, dedicato alla realizzazione di un «sistema integrato di interventi e servizi sociali».

Anche i «livelli essenziali delle prestazioni» rivestono un ruolo importante nell'applicazione della sussidiarietà, in relazione alla misura dell'intervento pubblico e privato.

Per assicurare i «livelli essenziali delle prestazioni» su tutto il territorio nazionale, Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni debbono favorire l'iniziativa dei cittadini, in forma singola o associata e, laddove il mero sostegno all'iniziativa privata si riveli inadeguato allo scopo, i pubblici apparati hanno l'obbligo di assumerne la responsabilità.

Come per la solidarietà e la sussidiarietà, anche il valore dell'eguaglianza ha rilevanza, da un lato, come presidio d'orientamento per il legislatore nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ex art. 117 Cost., dall'altro, per l'attività regolatoria e di gestione delle amministrazioni, deputate a garantire il conseguimento dei livelli stabiliti di protezione, «ove il livello assunto altro non è che il congegno giuridico "custode" della dignità, dell'eguaglianza e della solidarietà costituzionalmente imposte come essenza inviolabile dell'individuo e delle sue forme di libertà»⁷⁷.

La pretesa di tutti i consociati all'uguaglianza sostanziale, come garanzia delle prestazioni concernenti i diritti sociali, almeno ai loro «livelli essenziali», è, dunque, parte integrante ed essenziale dello statuto costituzionale dei diritti sociali.

Cotturri (a cura di), *Il valore aggiunto: come la sussidiarietà può salvare l'Italia*, Roma, 2010, 302 ss.

⁷⁶ G. Pastori, *Pubblico e privato nei servizi sociali*, cit., 77.

⁷⁷ C. Ventimiglia, *op. cit.*, 81.

È noto, infatti, quanto l'eguaglianza rappresenti un principio costitutivo ed ineliminabile degli ordinamenti costituzionali ed è altrettanto nota la varietà delle concezioni che la definiscono, nell'ambito di un plurisecolare dibattito che investe non solo la scienza giuridica, ma anche la riflessione filosofica⁷⁸.

Il precetto dell'eguaglianza sostanziale sancisce l'impegno della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che limitano "di fatto" la libertà e l'eguaglianza, impedendo il «pieno sviluppo della persona umana», pregiudicando l'«effettiva partecipazione» alla vita politica, economica e sociale del Paese.

I diritti sociali – quale forma concreta dell'eguaglianza – sono lo strumento per salvaguardare la sfera di libertà di ciascuno e, nel contempo, sono veicolo di partecipazione, ovvero sono pensati come diritti a far parte del benessere di una società, realizzando quel principio di giustizia distributiva che sta alla base di ogni costituzione sociale⁷⁹. In questi termini, i diritti sociali realizzano il disegno del rapporto tra Stato e società, che è tratteggiato nella seconda parte dell'art. 3 Cost..

Secondo un'opzione interpretativa, maggiormente in linea con il filo conduttore della presente indagine, l'eguaglianza, declinata in termini territoriali, mette in luce la sussistenza di una relazione tra "essenzialità" ed "uniformità" delle prestazioni, tale per cui la garanzia, cui è chiamata la Repubblica, si concretizzerebbe nell'uniforme erogazione di quei livelli di prestazioni che costituiscono il contenuto irrinunciabile dei diritti sociali⁸⁰.

⁷⁸ Per una panoramica delle diverse concezioni del principio di eguaglianza elaborate in sede filosofica si v. P. Ferragamo, *Il principio di eguaglianza nell'etica contemporanea*, Torino, 2002, 1-28.

⁷⁹ A. Giorgis, *La costituzionalizzazione dei diritti all'eguaglianza sostanziale*, Napoli, 1999, 36 ss.; A. D'Atena, *Costituzionalismo e tutela dei diritti fondamentali*, in *Lezioni di diritto costituzionale*, Torino, 2012, 5 ss.

⁸⁰ In argomento si vedano le osservazioni di F. Paterniti, *Spunti di riflessione sui problemi di tutela dei diritti sociali nella legislazione regionale*, in *Dir. Reg.*, 2019, 7 ss., secondo il quale «bisogna infatti capire se, parlando di uniformità dei livelli essenziali delle prestazioni, si stia facendo riferimento ad una uniformità sul piano normativo e descrittivo ovvero ad un'uniformità sul piano della effettività e, dunque, della concreta erogazione delle prestazioni».

Sul rapporto tra decentramento ed esigenza di fruizione uniforme dei diritti costituzionali cfr. M. Belletti, *Diritti costituzionali e Regioni*, in R. Nania - P. Ridola (a cura di), *I diritti costituzionali*, III, Torino 2006, 1051 ss.

Lo Stato sarebbe così titolare di una competenza orientata a concretizzare il principio di eguaglianza, coniugandolo anche in chiave territoriale⁸¹. A prescindere dall'ente titolare della competenza legislativa, sarebbe così possibile parlare, con riferimento ai diritti sociali, di diritti "aterritoriali" poiché «non ammettono differenziazione oltre una certa soglia, in ragione dello spazio»⁸².

Una terza via, che affida alla prestazione l'obiettivo di realizzare istanze di equità e benessere, ricollega il concetto in questione all'idea di "adeguatezza"⁸³, tale per cui occorre tendere all'identificazione del livello essenziale "giusto", per «... conseguire obiettivi di uguaglianza sostanziale, e dunque per rimuovere situazioni di impedimento all'esercizio dei diritti in generale»⁸⁴.

In conclusione, nella prospettiva adottata dal nostro assetto costituzionale, l'ordinamento – anche per il tramite degli enti territoriali – deve promuovere nei confronti di tutti, e in modo particolare in favore dei soggetti deboli, un processo di

⁸¹ L. Cuocolo, *Articolo 117, comma 2*, in F. Clementi - L. Cuocolo - F. Rosa - G.E. Vigevani (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, II, Bologna, 2018, 339.

⁸² E. Vivaldi, *I diritti sociali tra Stato e Regioni: il difficile contemperamento tra il principio unitario e la promozione delle autonomie*, in <http://www.gruppodipisa.it>, 2012, 3. In argomento, cfr. S. Gambino, *Crisi economica e diritti sociali (con particolare riguardo al diritto alla salute, all'assistenza sociale e all'istruzione)*, in S. Gambino (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive*, Torino 2015, 48, laddove in particolare l'A. osserva come «nello Stato costituzionale, il principio di eguaglianza interpersonale si accompagna e si specifica con quello di eguaglianza interterritoriale. In tale prospettiva, le diversità dovute alle asimmetrie competenziali conoscono il limite inderogabile della eguaglianza interpersonale». In ragione di ciò, e con specifico riferimento alla tematica dei diritti fondamentali, «il diritto alla differenziazione (in base al quale la posizione giuridica dei soggetti può diversificarsi nelle diverse regioni nei termini delle articolate forme di esercizio delle competenze legislative e amministrative), mentre può riguardare (sia pure nelle sole forme consentite dalla Costituzione) l'ambito competenziale delle diverse articolazioni del sistema regionale e locale, non può ampliarsi fino a compromettere l'ambito dei diritti e dei doveri costituzionali».

⁸³ Con riferimento al dibattito dottrinale circa il significato dei livelli essenziali delle prestazioni in relazione all' "essenzialità", è stato autorevolmente sostenuto che il livello essenziale non è il livello minimo, poiché, se così fosse, ciò comporterebbe la definizione di una soglia minima astratta e uguale per tutti. Differentemente, il livello essenziale comporta la garanzia delle prestazioni necessarie e appropriate per assicurare pari opportunità e condizioni di vita a tutti i cittadini. In tal senso cfr. A. Baldassarre, *Diritti sociali*, cit., 11, laddove l'A. afferma che in base all'art. 3, co. 2, Cost., lo Stato deve impegnarsi nell'attuazione «di un programma di intervento attivo e positivo al fine di assicurare le condizioni essenziali o minime perché ogni cittadino abbia pari chances di libertà». In argomento si veda anche L. Trucco, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in <http://www.gruppodipisa.it>, 2012, 104 ss.

⁸⁴ E. Balboni, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Ist. del fed.*, 2001, 1103.

riduzione delle diseguaglianze e di implementazione delle politiche di integrazione sociale tese a garantire loro l'effettivo godimento dei diritti sociali. Il pieno ed effettivo sviluppo di ciascuna persona, infatti, oltre a richiedere formali garanzie di libertà ed eguaglianza (art. 3, comma 1, Cost.), implica parimenti un impegno concreto volto a rimuovere quegli ostacoli che impediscono l'effettivo esplicarsi della dignità umana (art. 3, comma 2, Cost.)⁸⁵.

La declinazione sostanziale del principio di eguaglianza, nei termini sopra accennati, si concretizza anche e soprattutto nella realizzazione di politiche legislative finalizzate ad offrire adeguati strumenti di ausilio in favore dei soggetti deboli, in vista del superamento di tutte quelle difficoltà, personali, ambientali e sociali, che, di fatto, costituiscono fonte di discriminazione ed impediscono il pieno affermarsi della dignità personale⁸⁶.

A conferma di quanto sin qui evidenziato, appare quanto mai prezioso il recente contributo offerto dalla giurisprudenza, dapprima costituzionale e successivamente amministrativa, che, soffermandosi sul particolare diritto sociale all'inclusione scolastica degli studenti disabili, ha concorso a delineare la corretta estensione della tutela da riservare a tale categoria di soggetti deboli.

In particolare, con la sentenza 19 ottobre 2016, n. 275⁸⁷, la Corte costituzionale è

⁸⁵ F. Paterniti, *op. cit.*, 33 ss.

⁸⁶ A tal proposito si vedano le riflessioni di M. Luciani, *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in *Astrid Rassegna*, 3/2013, 22 ss, laddove l'autore sottolinea la valenza del secondo comma dell'art. 3 quale «percorso di emancipazione umana».

⁸⁷ Per un commento della stessa si rimanda a A. Apostoli, *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in <http://www.forumcostituzionale.it>, 2017; E. Furno, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in *Consulta online*, 2017; L. Madau, *«È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»*, in *Osservatorio AIC*, 1/2017; A. Longo, *Una concezione del bilancio costituzionalmente orientata: prime riflessioni sulla sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in <http://www.federalismi.it>, 10/2017; R. Cabazzi, *Diritti incompressibili degli studenti con disabilità ed equilibrio di bilancio nella finanza locale secondo la sent. della Corte costituzionale n. 275/2016*, in <http://www.forumcostituzionale.it>, 2017; L. Ardizzone - R. Di Maria, *La tutela dei diritti fondamentali ed il "totem" della programmazione: il bilanciamento (possibile) fra equilibrio economico-finanziario e prestazioni sociali (brevi riflessioni a margine di Corte cost., sent. 275/2016)*, in *Dir. reg.*, II/2017; F. Masci, *L'inclusione scolastica dei disabili: inclusione sociale di persone*, in <http://www.costituzionalismo.it>, 2/2017.

intervenuta in un caso in cui il legislatore regionale abruzzese non aveva assicurato il pieno rispetto del “nucleo indefettibile di garanzie” del diritto fondamentale all’istruzione. Nella fattispecie in esame, oggetto di censure è stato l’art. 6, comma 2-bis, della l.r. Abruzzo n. 78/1978 (Interventi per l’attuazione del diritto allo studio), nella parte in cui prevedeva, per lo svolgimento del servizio di trasporto degli studenti portatori di handicap o di situazioni di svantaggio, che la Giunta regionale garantisse un contributo del 50% della spesa necessaria e documentata dalle Province solo «nei limiti della disponibilità finanziaria determinata dalle annuali leggi di bilancio e iscritta sul pertinente capitolo di spesa». In ragione di tale formulazione la menzionata legge regionale è stata censurata in quanto non garantiva l’effettivo impegno della Regione rispetto allo stanziamento dei fondi indispensabili per erogare il servizio di trasporto scolastico dei disabili⁸⁸. In considerazione di ciò la Corte ha quindi affermato che «la natura fondamentale del diritto (...) impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel “rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati”».

Sulla scia di tale decisione si è posta anche la sentenza del Consiglio di Stato 7 febbraio 2018, n. 809⁸⁹, che, sempre in materia di trasporto scolastico degli studenti disabili, estende il perimetro della tutela da garantire a tali soggetti, soffermandosi non più sul piano legislativo, quanto sulla concreta organizzazione ed erogazione dei servizi amministrativi, funzionali all’effettiva attuazione del diritto in questione.

Le problematiche denunciate al giudice amministrativo riguardano la fase dell’erogazione delle prestazioni assistenziali, che, in ragione delle omissioni e delle carenze operative poste in essere dai plurimi enti locali coinvolti, si è concretizzata

⁸⁸ Ad avviso della Corte il finanziamento regionale, indispensabile per permettere alle province l’attuazione del diritto, risulta in concreto estremamente aleatorio, venendo a dipendere integralmente dal mero arbitrio del decisore politico in sede di compilazione del bilancio regionale, impedendo così alle province di «programmare il servizio e di garantirne l’effettività, in base alle esigenze presenti sul territorio». Cosicché, per definire correttamente il rapporto da instaurare tra tutela dei diritti fondamentali e vincoli di bilancio, la Consulta arriva conclusivamente ad affermare che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (punto n. 11 del considerato in diritto).

⁸⁹ Per un commento alla predetta sentenza v. F. Paterniti, *La necessaria collaborazione tra enti locali nelle azioni di sostegno alla disabilità al fine di tutelare il diritto fondamentale all’istruzione. Nota alla sentenza del Consiglio di Stato n. 809 del 2018*, in <http://www.federalismi.it>, 7/2018.

nella mancata organizzazione ed erogazione del servizio di trasporto scolastico in favore di uno studente disabile.

Nel contesto sommariamente riportato, il Consiglio di Stato, con la sentenza in esame, prendendo spunto anche dai precedenti indirizzi della Corte costituzionale, afferma che «la pretesa di trasporto gratuito scolastico vantata da un determinato alunno portatore di handicap accertato ai sensi della legge n. 104 del 1992 assume la consistenza di diritto soggettivo, rientrando in quel «nucleo indefettibile di garanzia per gli interessati», che non è consentito nemmeno al legislatore, ed a maggior ragione alla pubblica amministrazione, escludere del tutto in forza di vincoli derivanti dalla carenza di risorse economiche, in quanto finirebbe per essere sacrificato il diritto fondamentale allo studio e all'istruzione».

Concludendo in argomento, si può asserire che la dignità sociale insieme alla libertà e al pieno sviluppo della persona umana delineano un ambiente relazionale, entro il quale l'eguaglianza acquisisce un indirizzo unitario: un'eguaglianza che, per il tramite dei diritti sociali, diviene «effettivamente disponibile»⁹⁰ e al cui interno convivono istanze personaliste e pluraliste, contenuti individuali e collettivi, profili formali (non discriminazione) e sostanziali (rimozione degli ostacoli all'eguaglianza).

⁹⁰ G. Ferrara, *La pari dignità sociale (appunti per una ricostruzione)*, in *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, Milano, 1974, 1098.

CAPITOLO II

IL DIRITTO ALLA SALUTE E ALL'ASSISTENZA SOCIALE

SEZIONE I

SALUTE E ASSISTENZA SOCIALE: SIGNIFICATO, CARATTERI E PROFILI COSTITUZIONALI

II.1 Una breve premessa

Il presente capitolo, articolato in due sezioni, si pone come obiettivo quello di dare una lettura dei diritti alla salute e all'assistenza sociale nella dimensione costituzionale di diritti sociali e nell'ottica di valutare la loro strumentalità per la realizzazione di un sistema integrato di interventi sociali e socio-sanitari.

Come meglio si dirà nel capitolo seguente, l'integrazione socio-sanitaria prevede infatti, a fronte di molteplici e complessi bisogni di salute ed assistenza, il coordinamento tra interventi e servizi di natura sanitaria e sociale, sulla base di progetti assistenziali personalizzati.

Nella prima sezione sarà, dunque, indagato il contenuto dei diritti alla salute e all'assistenza sociale e di quelli strettamente correlati ad essi e, nella sezione successiva, sarà valutata la rilevanza dei «livelli essenziali delle prestazioni» nell'ambito delle due materie, con particolare riguardo al criterio dell'appropriatezza organizzativa, che guida il rapporto tra ospedale e territorio.

II.2 Il diritto alla salute dalla sua genesi alla Costituzione

Nella ricostruzione giuridica del fenomeno salute, antecedente all'entrata in vigore della Costituzione, si evidenzia quanto fosse prevalente la dimensione collettiva: la

salute era, infatti, intesa come esclusivo interesse della collettività e come limite alla libertà individuale.

L'obiettivo della tutela della salute si traduceva, infatti, in un'azione "sanitaria"⁹¹, volta al controllo ed alla salvaguardia della società⁹².

Coerentemente con tale impostazione, la legge 20 marzo 1865 n. 2248 attribuiva al Ministero dell'Interno, nella sua amministrazione centrale e periferica, le competenze in materia e altrettanto coerentemente ulteriori disposizioni normative sottoponevano a regolazione e controllo dello Stato le innumerevoli istituzioni pubbliche e private (soprattutto religiose) che erogavano assistenza di tipo ospedaliero, soprattutto agli indigenti⁹³.

Il percorso della tutela del diritto alla salute – o meglio, della sua esplicita configurazione come diritto fondamentale – inizia il proprio cammino a partire dai primi dibattiti in Assemblea costituente.

La prima formulazione della disposizione relativa al diritto alla salute, originariamente rubricata nell'art. 26 della bozza di Carta costituzionale, si limitava a sancire che: «La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana»⁹⁴.

La bozza di articolo così formulata fu oggetto di severe obiezioni⁹⁵, che condussero all'accoglimento di un emendamento con il quale veniva proposto il seguente articolato: «La Repubblica si propone la tutela della salute come un fondamentale diritto dell'individuo e come un generale interesse della collettività. Lo Stato assolve tale compito attraverso istituzioni coordinate intorno ad un unico organo centrale ed

⁹¹ In argomento si vedano R. Ferrara, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007 e G. Cilione, *Diritto Sanitario*, Rimini, 2005, 2 ss.

⁹² Una delle motivazioni era quella di evitare la diffusione di malattie contagiose, così da consentire un costante aumento demografico, al fine di soddisfare il fabbisogno di forza lavoro e ampliare il mercato.

⁹³ Il r.d. n. 2841/1993 denominò le istituzioni operanti nel settore «Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza» (Ipub) allo scopo di precisare il tipo di attività svolta.

⁹⁴ Per un resoconto sulle differenti posizioni che condussero all'attuale formulazione dell'art. 32 della Costituzione, si rinvia a Camera dei Deputati - Segretariato generale, *La Costituzione della Repubblica nei lavori preparatori dell'Assemblea Costituente*, Roma, 1970, vol. 2, 1215 ss.

⁹⁵ Per alcune riflessioni in argomento, si veda A. Simoncini - E. Longo, Art. 32, in R. Bifulco - A. Celotto - M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Torino, 2006, 671 ss.

autonomo. Nessun cittadino può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, la quale inoltre garantisce il rapporto di fiducia fra medico e ammalato».

Si evidenziò, infatti, rispetto alla bozza originaria, la necessità di realizzare un sistema sanitario nazionale capace di assicurare la prevenzione e la cura delle malattie a tutti i cittadini, evidenziando come l'ordinamento repubblicano non potesse escludere dall'assistenza quelli meno abbienti, che sarebbero stati costretti a ricorrere a cure dai costi proibitivi.

Al termine del dibattito, l'Assemblea costituente, nel varare il testo definitivo, recepì la considerazione per i meno facoltosi e confermò l'attenzione per il rispetto della dignità umana.

Sicché, nella numerazione e versione definitiva, l'art. 32 della Costituzione dispone che «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». È questo un percorso che, in materia di diritto alla salute, è condiviso dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, che, come visto, non ammette compressioni del nucleo irriducibile del diritto – considerato come un ambito inviolabile della dignità umana –, anche di fronte all'evidente necessità di gestire con equilibrio le risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato.

In seguito all'approvazione del testo definitivo, la tutela della salute continuò ad essere garantita attraverso quella complessa organizzazione fatta di presidi di cura e da una molteplicità di enti pubblici operanti nel settore della previdenza sociale. Sicché, il disposto dell'art. 32 Cost. era da leggersi unitariamente a quello dell'art. 38, che, al comma 2, sancisce il diritto per i lavoratori alla previsione ed all'assicurazione di «mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria».

L'avvio di una nuova riflessione sul ruolo dei diritti sociali⁹⁶, ad opera della dottrina e della giurisprudenza, portò ad un ripensamento in ordine alla portata del diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, ponendo le premesse per una nuova interpretazione della norma di riferimento da meramente programmatica ad immediatamente precettiva⁹⁷.

Ciò assunse maggior rilievo e valore con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale⁹⁸, ad opera della l. 23 dicembre 1978, n. 833, che rappresentò un primo momento di attuazione del precetto costituzionale⁹⁹, cui corrispose l'avvio di un significativo processo di riordino della sanità pubblica del Paese.

Il Servizio sanitario nazionale fu strutturato secondo caratteri di universalità, sancendo definitivamente la responsabilità della Repubblica in ordine alla tutela della salute, da finanziarsi attraverso la fiscalità generale.

Dal punto di vista organizzativo, fu prevista un'articolazione territoriale basata su Unità sanitarie locali che avevano il compito di provvedere in modo uniforme «alla gestione unitaria della tutela della salute» avvalendosi delle strutture e dei servizi ereditati dal pregresso sistema mutualistico, dagli Enti locali e dagli ospedali, con oneri a carico dello Stato centrale, previa istituzione del Fondo sanitario nazionale.

La scelta dei costituenti si concentrò, quindi, verso l'articolazione di un modello di responsabilità degli enti pubblici di tipo "territoriale", in considerazione del fatto che

⁹⁶ Quanto riportato nel testo si ricollega al superamento della tradizionale contrapposizione, tra diritti di libertà e diritti sociali, oggetto di analisi nella parte che precede.

⁹⁷ Pur avendo assegnato la Costituzione un valore primario al diritto alla salute, riconoscendo in esso una delle più rilevanti espressioni dello Stato sociale, tuttavia per molto tempo alla disposizione contenuta nell' art. 32, comma 1, Cost. è stato attribuito un carattere meramente programmatico e non precettivo, fino a quando la Corte costituzionale non si è chiaramente espressa pienamente per la sua azionabilità, ritenendolo un diritto primario ed assoluto, anche processualmente, in caso di sua violazione (Cfr., tra le prime affermazioni in tal senso, Corte Cost. n. 88/1979; n. 559/1987).

⁹⁸ L'art. 1, comma 3, della l. n. 833/1978 dispone: «Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini».

⁹⁹ Ai sensi dell'art. 1, comma 1, della l. n. 833/1978: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale».

la territorializzazione delle strutture e la loro diffusione sul territorio nazionale costituissero il modello organizzativo più efficiente nella garanzia del diritto alla salute¹⁰⁰.

La revisione costituzionale operata nel 2001 ha poi, come noto, innovato il quadro delle competenze, riservando alla potestà legislativa esclusiva dello Stato «la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117, comma 2, lett. m, Cost.) e attribuendo la materia «tutela della salute» (che sostituisce la precedente dizione «assistenza sanitaria e ospedaliera») alla competenza legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni (art. 117, comma 3, Cost.).

Il legislatore statale e quello regionale hanno il compito, nei termini sopra accennati, di innovare il sistema delle fonti.

Rilevante, a tal proposito, è l'esempio della Regione Lombardia che, come si vedrà, ha avviato con la l. reg. 11 agosto 2015, n. 23 la sperimentazione di un nuovo servizio socio-sanitario, "positivizzando" un modello organizzativo e di gestione dei servizi socio-sanitari che supera parte delle fonti nazionali.

II.3 La multidimensionalità del bene salute in relazione alla sua nozione e al dettato costituzionale

Della salute, per lungo tempo, è stata data una spiegazione medica basata sul binomio salute-malattia, che configurava la prima come mera assenza della seconda. La salute aveva, dunque, un contenuto eminentemente biologico collegato all'integrità fisica e funzionale del corpo e della mente¹⁰¹.

Tale concezione viene, però, abbandonata a partire dalla metà del secolo scorso. Infatti, proprio al termine del secondo conflitto mondiale si inizia ad avvertire l'esigenza di garantire un pieno riconoscimento della persona umana realizzabile solo attraverso

¹⁰⁰ A. M. Poggi, *Istruzione, formazione e servizi alla persona tra regioni e comunità nazionale*, Torino, 2007, 87.

¹⁰¹ In argomento si veda la ricostruzione di V. Durante, *Dimensioni della salute: dalla definizione dell'OMS al diritto attuale*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2001, II, 132 ss.; Id., *Salute e diritti tra fonti giuridiche e fonti deontologiche*, in *Politica del diritto*, n. 4/2004, 563 ss.

forme di tutela che tengano conto della molteplicità degli aspetti costitutivi dell'individualità umana.

Al termine salute possono, infatti, essere attribuiti significati diversi e concorrenti, che danno conto della “multidimensionalità” del bene, sia sotto il profilo soggettivo (i soggetti coinvolti), che sotto quello oggettivo (i contenuti del diritto alla salute), rinvenibile anche nei principali documenti normativi in vigore nell'ordinamento europeo e internazionale.

Una compiuta definizione del termine salute a livello internazionale si rinviene nella Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1946¹⁰² che ne esplicita il contenuto «*health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*», e detta i contorni del relativo diritto «*The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition*»¹⁰³.

La stessa concezione di salute viene ripresa anche nell'articolo 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali¹⁰⁴, dove il godimento della salute viene indicato come un diritto di ciascun individuo, che, tuttavia, per trovare attuazione necessita dell'intervento della Repubblica sui versanti della prevenzione e della cura¹⁰⁵.

A ciò si aggiunga quanto affermato nella Carta di Ottawa¹⁰⁶, secondo cui «grazie ad un buon livello di salute l'individuo e il gruppo devono essere in grado di identificare

¹⁰² Reperibile nel sito dell'OMS, in <http://www.who.int>.

¹⁰³ Significativi sono, altresì, i seguenti passaggi del Preambolo: «*The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health. Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures*».

¹⁰⁴ Adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con Risoluzione 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966, entrata in vigore in l'Italia il 15 dicembre 1978. Reperibile in <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

¹⁰⁵ R. Balduzzi - G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 23 ss.

¹⁰⁶ Il Documento, stilato nel 1986 nella prima «Conferenza internazionale per la promozione della salute», costituisce un importante quanto attuale riferimento per lo sviluppo di politiche orientate alla salute.

e sviluppare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente e di adattarvisi».

Nella Convenzione di Oviedo¹⁰⁷ e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea¹⁰⁸ emerge, invece, una più profonda relazione tra la salute ed altri elementi, quali l'identità, la dignità e l'integrità¹⁰⁹.

Significativo sotto tale profilo è l'art. 1 della Convenzione di Oviedo che profila l'integrità della persona come valore fondante, entro cui si schiudono i principi di supremazia dell'uomo sugli interessi della società e della scienza (art. 2) e di tutela della salute (artt. 3 e 5).

Allo stesso modo, anche nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, l'integrità della persona¹¹⁰, qui strettamente collegata al valore supremo della dignità umana¹¹¹, sembra racchiudere in un orizzonte più ampio il valore della salute umana, a sua volta interpretata in senso esteso in considerazione della stretta relazione con i principi di autodeterminazione e di uguaglianza¹¹².

L'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea¹¹³, pur non fornendo una definizione del termine salute, chiarisce come la stessa si estrinsechi nel

¹⁰⁷ Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina (Oviedo, 4 aprile 1997). Com'è noto, nonostante l'Italia abbia approvato la legge 28 marzo 2001, n. 145, lo strumento di ratifica non è stato ancora depositato né sono stati emanati i «decreti legislativi recanti ulteriori disposizioni occorrenti per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della Convenzione e del Protocollo di cui all'articolo 1» (art. 3 l. n. 145/2001).

¹⁰⁸ La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, in Italia anche nota come Carta di Nizza, è stata solennemente proclamata una prima volta il 7 dicembre 2000 a Nizza e una seconda volta, in una versione adattata, il 12 dicembre 2007.

¹⁰⁹ In argomento si vedano le osservazioni di V. Durante, *La salute come diritto della persona*, in AA.V.V., *Il governo del corpo*, Trattato di Biodiritto (a cura di S. Rodotà e P. Zatti), tomo I, Milano, 2011, 582; P. Zatti, *Rapporto medico-paziente e «integrità» della persona*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, II, 406 ss.; R. Pucella, *Autodeterminazione e responsabilità nella relazione di cura*, Milano, 2010, 77 ss.

¹¹⁰ Art. 3 «Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica...».

¹¹¹ Art. 1 «La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata».

¹¹² L'art. 3, come visto, lega immediatamente l'integrità psico-fisica al «consenso libero e informato della persona», che risulta quindi lo strumento attraverso cui si forma un rapporto di «inclusione [...] tra integrità e autodeterminazione» (R. Pucella, *Autodeterminazione e responsabilità*, cit., 83).

¹¹³ L'art. 35 della Carta dei diritti prevede che «ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali».

«diritto di accedere alla prevenzione sanitaria» e in quello a «ottenere cure mediche» per un «livello elevato di protezione della salute umana»¹¹⁴.

Il nostro ordinamento recepisce, inizialmente solo in modo implicito, la definizione di salute dell'Oms attraverso il d.lgs. C.p.S. del 4 marzo 1947, n. 1068, di Approvazione del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità. Solamente più tardi la "salute" (e non solo il "diritto alla salute") è stata oggetto di un'esplicita menzione e di una più ampia rivalutazione, soprattutto ad opera della giurisprudenza (su cui v. *infra*).

Per lungo tempo, infatti, la definizione di salute dell'Oms è andata incontro ad obiezioni in ambito medico ed etico-filosofico (che si sono perlopiù tradotte in mere riflessioni scientifiche) da parte di chi¹¹⁵ si è interrogato sull'opportunità di rivedere la definizione di salute in relazione all'assolutezza del termine "completo" riferito al "benessere".

La principale obiezione sollevata a tal proposito muove dal fatto che il requisito di una salute "completa" potrebbe condurre ad un eccesso di medicalizzazione, che mal si rapporta, ad esempio, con le malattie croniche.

Tale critica viene necessariamente ridimensionata se si pensa che l'accettazione di un'idea ampia di salute non conduce alla "sanitarizzazione" di ogni aspetto della vita del malato¹¹⁶, ma al contrario, ci fa comprendere come la salute vada oltre a quanto è di stretta attribuzione della professione medica.

Peraltro, si vedrà in seguito come proprio l'idea di benessere "globale" muove i processi ed i percorsi dell'integrazione socio-sanitaria, mediante il coordinamento tra

Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». Ma si v. anche l'art. 3, comma 1, «ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica».

¹¹⁴ Disposizioni riferite al tema sono altresì rinvenibili nell'art. 25, comma 1, della Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948.

¹¹⁵ Sono note le critiche, in particolare di D. Callahan, *The WHO Definition of Health, in Hastings Center Studies*, I, 3, 1973, 77 ss., legate sostanzialmente alla presunta ampiezza eccessiva di tale definizione e al suo carattere utopistico; Id., *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, Washington, Georgetown University Press, 1990. Secondo tale impostazione, dunque, vi sarebbero da un lato il rischio di includere ogni problema sociale nella sfera dei problemi di salute e le conseguenti difficoltà nel delimitare i compiti della medicina, dall'altro i pericoli legati ad una definizione palesemente utopistica, non potendo alcun individuo affermare di trovarsi in uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

¹¹⁶ Cfr. R. Moynihan - R. Smith, *Too much medicine?*, in *British Medical Journal*, 2002, 859 ss.

interventi di natura sanitaria e sanitario-assistenziale con interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, non solo legati all'aspetto medicale. Ciò risulta di particolare evidenza nella medicina palliativa, laddove all'alta personalizzazione della cura in senso medico si affiancano interventi, individuati e posti in essere da un'équipe multidisciplinare, volti a valorizzare le capacità residue di autonomia del soggetto, nell'intento di identificare, alleviare e gestire la sofferenza attraverso la presa in carico del benessere fisico, psicologico, sociale e spirituale.

Ritornando al concetto di salute, il dettato dell'articolo 32 della nostra Costituzione non ne dà una compiuta definizione, ma, tramite una formulazione sintetica, che per la sua rigidità ed immediatezza parte della dottrina ha definito solenne¹¹⁷, intende tutelarne il relativo diritto¹¹⁸.

La salute, come «diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività»¹¹⁹, può essere intesa, lo si vedrà nei paragrafi che seguono, secondo due diverse accezioni:

¹¹⁷ N. Aicardi, *La sanità*, in S. Cassese (a cura di) *Trattato di diritto amministrativo*, Milano, 2003, 626.

¹¹⁸ Ai sensi dell'art. 32 Cost.: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

¹¹⁹ Tra i lavori di maggiore interesse che evidenziano i profili costituzionali del diritto alla salute, senza pretesa di completezza, si vedano: S. Lessona, *La tutela della salute pubblica*, in P. Calamandrei, A. Levi, *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Firenze, 1950, 336 ss.; C. Lega, *Il diritto alla salute in un sistema di sicurezza sociale*, Roma, 1952; F. Pergolesi, *Tutela costituzionale della salute*, in *Corriere amministrativo*, 1961, 991 ss.; C. Mortati, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Riv. infortuni e malattie professionali*, 1961, I, 1, ora in *Raccolta di scritti*, Milano, 1972, 433 ss.; R. Pasquini, *La tutela della salute nell'ordinamento italiano*, in *Problemi della sicurezza sociale*, 1966, 254 ss.; L. Carlassare, *L'art. 32 cost. e il suo significato*, in R. Alessi (a cura di), *L'amministrazione sanitaria italiana. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Vicenza, 1967; S. Merlini, *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in *Democrazia e Diritto*, 1970, 78 ss.; M. Bessone - E. Roppo, *Diritto soggettivo alla salute, applicabilità diretta dell'art. 32 Cost. ed evoluzione della giurisprudenza*, in *Politica del diritto*, 1974; Id., *Garanzia costituzionale del diritto alla salute e orientamenti della giurisprudenza di merito*, in *Giur. it.*, IV, 1975; F.D. Busnelli - U. Breccia (a cura di), *Tutela della salute e diritto privato*, Milano, 1978; F. Di Cerbo, *La tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*, Roma, 1978; M. Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, 769 ss.; R. D'Alessio, *I limiti costituzionali dei trattamenti "sanitari"*, in *Diritto e società*, 1981, 536 ss.; B. Pezzini, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, I, 21 ss.; B. Caravita, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1984; C. Bottari, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, 1991; F. Modugno, *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, cit., 40 ss.; I. Teresi, *La tutela della salute nelle decisioni della Corte costituzionale*, in *Rass. dir. civ.*, 1998, n. 1, 114 ss.; R. Ferrara, voce «Salute (diritto alla)», in *Digesto (disc. pubbl.)*, XIII, cit., 513 ss.; M. Cocconi, *Il diritto alla tutela della*

in base alla prima, il diritto alla salute è un diritto individuale alla integrità psico-fisica, connotato dall'essere anche espressione della libertà individuale (sia libertà positiva che libertà negativa); in base al secondo profilo, il diritto alla salute è inteso come diritto sociale di prestazione¹²⁰. Tema di successiva indagine sarà anche la relazione biunivoca che intercorre tra la concezione del bene salute e la tutela giuridica dello stesso: secondo un approccio negativo o passivo, la salute deve essere "protetta" da rischi che ne possono minare l'integrità; secondo un approccio attivo o positivo, la salute deve essere tutelata attivamente mediante la garanzia di prestazioni sanitarie.

Il diritto alla salute si interseca e si intreccia con un'elevata quantità di valori e diritti costituzionalmente garantiti, aventi lo scopo di garantire una condizione ottimale di benessere e di efficienza psico-fisica. La sua trasversalità gli consente di toccare differenti corde e branche del diritto, fino a regolare questioni attinenti alla vita strettamente personale ed intima dei consociati (si pensi alle tematiche oggetto di esame, quali la dignità della persona, il fine vita e le cure palliative).

La nostra Costituzione dimostra, dunque, di aver colto appieno la complessità che caratterizza la struttura del diritto alla salute, evidenziandone la multidimensionalità con componenti soggettive e oggettive, legate in primo luogo alla persona, ma anche alla famiglia, all'ambiente di vita e, in generale, alla collettività¹²¹.

salute, Padova, 1998; C. Bottari, *Il diritto alla tutela della salute*, in P. Ridola - R. Nania (a cura di), *I diritti costituzionali*, II, Torino, 2001; D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002. Sui profili organizzativi v. R. Balduzzi - G. Di Gaspare, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002; L. Chieffi (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, 2003; R. Balduzzi - G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 14 ss.

¹²⁰ Nell'ambito dei due profili cennati è possibile distinguere, secondo R. Balduzzi - D. Servetti, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. Balduzzi - G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 25 «cinque situazioni giuridiche soggettive coordinate tra di loro: il diritto dell'individuo a che la Repubblica tuteli la sua salute; l'interesse generale a che la Repubblica tuteli la salute collettiva; il diritto della persona in stato di indigenza a pretendere cure gratuite; la libertà dell'individuo di non sottoporsi a o di rifiutare trattamenti sanitari obbligatori; il dovere dell'individuo di sottoporsi a trattamenti sanitari in base ad un obbligo di legge, mai in violazione dei limiti imposti dal rispetto della persona umana».

¹²¹ E' importante sottolineare come la salute sia l'unico diritto che la Costituzione espressamente qualifica come fondamentale, per affermare la sua essenza di nucleo fondativo di tutti gli altri diritti e presupposto irrinunciabile per la piena realizzazione della persona umana.

All'evoluzione normativa si accompagna infine il percorso compiuto dalla giurisprudenza, che pure sembra aver condotto al riconoscimento di un'idea ampia e identitaria di salute, in particolare nelle decisioni sul diritto all'autodeterminazione, tema che sarà più volte esplorato nel corso della presente indagine¹²².

II.4 Il diritto alla salute nella sua dimensione soggettiva

Prima di procedere all'analisi del dettato costituzionale in relazione ai contenuti del diritto alla salute e, quindi, nella sua dimensione oggettiva, occorre partire quella soggettiva, che comprende il novero dei soggetti coinvolti.

La «Repubblica» è il soggetto attivo incaricato di tutelare la salute, comprensiva di tutti gli enti pubblici territoriali e funzionali e, secondo la lettura riconducibile in origine a Costantino Mortati, dell'insieme degli organismi che svolgono attività di interesse generale (v. l'art. 118 comma 2, Cost.). La mancata previsione nel dato testuale di indicazioni in ordine ai soggetti che al suo interno dovrebbero dare attuazione al diritto si rifà alla scelta dei costituenti di lasciare alla «Repubblica» il compito sia di guidare il legislatore, che di proclamare la funzione pubblica della tutela della salute¹²³, fatta salva la garanzia della libertà dell'assistenza privata, ai sensi dell'art. 38, ult. comma, Cost..

Titolare del fondamentale diritto alla salute è l'«individuo», in quanto «persona» nella sua dimensione singolare, indipendente dalle proprie condizioni sociali. In tale

¹²² In argomento si veda, ad esempio, la sentenza della Corte costituzionale 22 ottobre 1990, n. 471, che ha il pregio di ricondurre la salute all'art. 13 Cost., in termini dunque di «libertà», nella quale è postulata la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo e stabilendo così «un'interazione contenutistica tra salute, libertà e personalità». In tal senso P. Zatti, *Il diritto a scegliere la propria salute* (in margine al caso S. Raffaele), in *Nuova giur. civ. comm.*, 2000, 2. La portata innovativa in termini di concezione della salute è ben colta anche nel commento di A. Musumeci, *Dal "potere" alla "libertà" di disporre del proprio corpo*, (nota a Corte cost. n. 471/1990), in *Giur. cost.*, 1991, 631, il quale ben mette in evidenza che «di certo integrità fisica e salute rappresentano due stati di fatto assai simili tra loro ma mentre la prima resta legata ad un concetto ben definito, quale quello dell'assenza di malattia, la seconda è una nozione relativa, variabile non solo da soggetto a soggetto ma anche in relazione allo sviluppo della società che condiziona il benessere dell'individuo».

¹²³ R. Balduzzi - G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 26 ss.

prospettiva, l'art. 32 Cost. è strettamente collegato agli artt. 2 e 3 Cost., che, nel proprio testo, parlano appunto di «persona umana».

Appare inoltre chiaro che il diritto alla salute sia un «bisogno di base»¹²⁴ per il soggetto ed una *condicio sine qua non* per il godimento della restante gamma di diritti.

Mentre l'individuo è titolare di un diritto non definito nei suoi termini dal dettato costituzionale («La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo»), ad una particolare categoria, gli «indigenti», l'art. 32, comma 1, Cost. attribuisce il diritto a pretendere cure gratuite.

Infine, vi è la «collettività», da intendersi, sotto il profilo soggettivo, quale insieme dei consociati. Essa non costituisce un limite a quella individuale, anzi, andando oltre, va a creare un vincolo di solidarietà con l'individuo, nell'ambito del quale sono dettate le restrizioni al diritto alla salute.

II.5 La tutela “passiva” del diritto alla salute: dimensione oggettiva in relazione al diritto di libertà di cura

Si è visto come la salute sia un diritto, oltre che fondamentale, sicuramente multiforme, data la pluralità e l'eterogeneità delle situazioni soggettive in esso costituzionalmente garantite, specchio della complessità del bene giuridico da tutelare, che si riflette, a sua volta, nella multiformità degli strumenti di garanzia e tutela¹²⁵.

Volendo procedere all'analisi dei contenuti del diritto alla salute, occorre anzitutto operare una distinzione in relazione all'oggetto della posizione pretensiva

¹²⁴ Sul punto si richiama, L. Degrossi, *La razionalizzazione dello Stato sociale nell'ordinamento dei servizi alla persona e alla comunità*, Milano, 2004, 3 ss., la quale, rifacendosi anche a M.A. Stefanelli, *La tutela dell'utente nei pubblici servizi*, Padova, 1994, riprende la visione anglosassone che vede la presenza di “basic needs”, ossia dei bisogni fondamentali, di “needs”, bisogni semplici e delle “wants”, ossia delle preferenze. I “basic needs” sono necessità da cui dipende la sopravvivenza dell'individuo, che devono essere soddisfatte dall'apparato pubblico; i “needs” sono comunque bisogni essenziali; le “wants”, invece, sono bisogni espressi in base a valutazioni soggettive, con l'effetto che la presenza o meno di una tutela ricade all'interno della discrezionalità amministrativa.

¹²⁵ In argomento si veda C. Tripodina, *Commento all'art. 32 Cost.*, in S. Bartole - R. Bin (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova 2008, 321 ss.

dell'individuo da tutelare. Così, la tutela "passiva" garantisce che nessuna attività pubblica o privata possa ledere il bene salute, mediante la predisposizione di rimedi inibitori, risarcitori e ripristinatori in caso di lesione, in ossequio al principio del *neminem laedere*; la tutela "attiva" si ricollega, invece, alla pretesa positiva del soggetto all'esistenza e alla possibilità di fruire di prestazioni e servizi sanitari in grado di curare e migliorare il proprio stato di salute¹²⁶.

Il diritto alla salute come diritto fondamentale è oggetto di tutela passiva e coincide con il diritto dell'individuo a non subire lesioni nella propria integrità psico-fisica, coerentemente con la concezione di "integralità" della persona umana (art. 2 Cost.).

Si tratta di un diritto soggettivo primario e assoluto, valido *erga omnes* e direttamente azionabile davanti all'autorità giudiziaria senza la necessità dell'intervento del legislatore, essendo tutelato da norma costituzionale immediatamente precettiva¹²⁷.

La giurisprudenza ha concretizzato tale fattispecie nel diritto al risarcimento del c.d. danno biologico: ossia il danno derivante dalla lesione del bene salute a prescindere da qualsiasi conseguenza di ordine patrimoniale prodotta nella sfera giuridica del danneggiato¹²⁸.

In ordine alla qualificazione del diritto alla salute come diritto all'integrità psico-fisica della persona, dottrina e giurisprudenza confermano l'orientamento in forza del quale

¹²⁶ R. Balduzzi - D. Servetti, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. Balduzzi - G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 29 ss.

¹²⁷ In questo senso la giurisprudenza costituzionale è costante. Cfr. *ex multis*, Corte cost. 88/1979; 212/1983; 167/1986; 184/1986; 559/1987; 307/1990; 455/1990; 202/1991; 356/1991; 218/1994; 118/1996; 399/1996; 233/2003.

¹²⁸ Sul piano della giustiziabilità del diritto l'evoluzione giurisprudenziale ha contribuito a conferire alle decisioni la massima aderenza all'art. 32 Cost., affermando il diritto al risarcimento del danno a favore di chi abbia subito lesioni e/o menomazioni della propria integrità psico-fisica (a partire da Corte Cost. n. 184/1986). In precedenza, infatti, la risarcibilità del danno alla persona era limitata ai pregiudizi patrimoniali ex art. 1223 cod. civ. e ai danni patrimoniali ex art. 2059 cod. civ., derivanti dalla lesione psico-fisica.

Con il riferimento all'art. 32 Cost., invece, è stata introdotta dalla giurisprudenza una nuova tipologia di danno, il danno biologico, inteso come lesione dell'integrità psico-fisica in sé considerata (sul punto, *ex multis*, cfr. C. Castronovo, *Un itinerario di diritto giurisprudenziale*, Milano, 1998; P. G. Monateri - M. Bona - U. Oliva, *Il nuovo danno alla persona, strumenti attuali per un giusto risarcimento*, Milano, 1999; M. Bargagna - F. D. Busnelli, *La valutazione del danno alla salute - profili giuridici, medico legali ed assicurativi*, Padova, 2001).

il suo contenuto si configura come uno stato di completo benessere, che deve essere tutelato garantendo che «gli atti terapeutici, secondo una visione allargata dell'idea di salute [...] non [facciano] più solo riferimento ad una concezione organica della malattia, ma tengono conto degli aspetti fisici e psichici della persona, e delle sue personali ed insindacabili aspettative di vita»¹²⁹.

Altra situazione soggettiva, oggetto di tutela passiva della salute, è il c.d. diritto all'ambiente salubre, da intendersi come il diritto a godere di un ambiente naturale, antropico e sociale, che non generi rischi e danni per la salute umana.

Di conseguenza, in dialogo con pionieristiche decisioni della giurisprudenza, il diritto alla salubrità dell'ambiente di vita è inteso come prolungamento del diritto alla salute dell'individuo.

Proprio in virtù delle sue funzioni, si vedrà come la pratica palliativista preveda che il paziente possa essere accudito presso la propria abitazione, in un ambiente familiare e rilassante. Anche l'*hospice*, che nasce come un "prolungamento" dell'ambiente domestico del malato, è caratterizzato da una particolare cura ambientale orientata a dare al paziente il massimo *comfort*. La qualità di vita di un malato è, infatti, intrinsecamente legata alla possibilità di mantenere i contatti con l'ambiente relazionale e sociale.

Tornando all'analisi dei contenuti del diritto alla salute, l'art. 32, comma 2, Cost., assegna all'individuo un'altra situazione soggettiva, che viene indentificata come diritto di libertà.

La salute è, infatti, riconosciuta sia come tradizionale diritto di libertà che come diritto sociale di prestazione e tali due aspetti si presentano strettamente embricati, condizionando la concreta dimensione del diritto alla salute nell'ordinamento giuridico¹³⁰.

Il carattere fondamentale del diritto dell'individuo enunciato nell'art. 32 trova, peraltro, riconoscimento anche nell'affermazione del comma 2, laddove la pretesa all'astensione dei terzi da ogni condotta che possa incidere sulla salute individuale si

¹²⁹ Cfr. la sentenza del Tribunale di Milano, 14/5/1998, da cui prende spunto P. Zatti, *Il diritto a scegliere la propria salute (in margine al caso S. Raffaele)*, cit., 92 ss.

¹³⁰ F. Minni - Andrea Morrone, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in *Riv. Aic*, n. 3/2013, 1.

trasforma nell'affermazione di un diritto di libertà sulla propria salute e sul proprio corpo.

Se si esamina il diritto alla salute nella sua dimensione di libertà, si osserva come lo stesso rilevi come «posizione giuridica soggettiva complessa»¹³¹, articolandosi in molteplici profili.

Sicché, entro questa prospettiva, il diritto alla salute viene identificato come una situazione soggettiva che trova contenuto nella libertà negativa, da intendersi come libertà di non ricorrere o di rifiutare trattamenti sanitari (fatta salva la riserva di legge di cui all'art. 32, comma 2, Cost.¹³²), rinunciando, in tal modo, alla tutela attiva di cui all'art. 32, comma 1, Cost. (su cui *infra*).

Strettamente collegata a tale libertà è anche la scelta del soggetto di decidere come curarsi, la preferenza per il medico curante ed il luogo di cura, nell'esercizio della propria libertà di cura positiva.

Quando in gioco sia solo l'interesse del singolo alla propria salute, la Costituzione assegna, dunque, priorità assoluta al diritto all'autodeterminazione individuale,

¹³¹ La letteratura giuridica su questi temi è molto ampia. Fra i lavori di maggiore interesse, senza pretesa di completezza, si vedano B. Pezzini, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., 25.; L. Carlassare, *L'art. 32 cost. e il suo significato*, in R. Alessi (a cura di), *L'amministrazione sanitaria italiana. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, cit., 105 ss.; M. Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, cit., 769 ss.; M. Cocconi, *Il diritto alla tutela della salute*, cit.; D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana*, cit.

Sulla qualificazione delle posizioni giuridiche soggettive che si ricollegano alla salute v. V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008, 314 ss.; C. E. Gallo, *La configurazione delle situazioni giuridiche soggettive degli utenti*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà - P. Zatti - R. Ferrara (a cura di), *Salute e Sanità*, Milano, 2010, 381 ss.

¹³² L'articolo 32, comma 2, Cost., per cui «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» e in nessun caso la legge può violare «i limiti imposti dal rispetto della persona umana» - spesso letto congiuntamente all'art. 13, comma 1, Cost., che garantisce l'inviolabilità della libertà personale - viene interpretato nel senso che un determinato trattamento sanitario può essere legittimamente imposto solo in casi eccezionali e tassativi in cui vi sia una legge o un atto avente forza di legge a prevederlo, e ciò sia necessario «non solo a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, giacché è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale» (Corte cost. 22 giugno 1990, n. 307).

risolvendo così a favore di quest'ultimo il difficile bilanciamento con il parimenti fondamentale diritto alla vita¹³³.

Con particolare riferimento al tema delle cure palliative, che sarà oggetto di analisi nella seconda parte del presente contributo, si ritiene interessante soffermarsi sul profilo del diritto alla salute come libertà di scelta terapeutica, anche nell'ipotesi di rifiuto di cura, in ossequio al principio di autodeterminazione del soggetto.

Particolarmente rilevante a riguardo è la legge n. 219/2017, già enunciata, che, lo si ricorda, detta «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento».

La normativa sul biotestamento non aderisce né all'etica della "qualità della vita", che avrebbe indotto il legislatore a conferire rilievo primario alla volontà esclusiva del paziente, né all'etica della "sacralità della vita", che, al contrario, postulava la tutela della vita umana come "diritto inviolabile e indisponibile"¹³⁴. L'impianto normativo complessivo sembra, invece, valorizzare una declinazione (anche) relazionale del principio dell'autodeterminazione.

Da un lato, la legge riconosce un ampio spazio per l'esplicazione dell'autonomia del paziente in ogni tappa della sua malattia, attraverso le disposizioni anticipate di trattamento (art. 4) e/o la "pianificazione condivisa delle cure"¹³⁵ (art. 5). Dall'altro, si preoccupa di non abbandonare nell'ultima scelta il paziente a se stesso, ma, al contrario, si propone di integrare la sua volontà con quella di altri soggetti (medico responsabile, fiduciario, familiari) che, in varia forma, hanno relazioni con il paziente, al fine di incentivare quella "alleanza terapeutica" che costituisce un caposaldo simbolico e normativo della legge, e punto di forza e obiettivo delle cure palliative.

¹³³ C. Tripodina, *Commento all'art. 32 Cost.*, cit., 325.

¹³⁴ F. Losurdo, *L'ultima scelta. Dogmatiche dell'autodeterminazione e fine vita*, in *Riv. elettr. del Centro di docum. europ. dell'Univ. Kore di Enna*, 2018, 15 ss.

¹³⁵ La pianificazione condivisa presuppone l'esistenza di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta (art. 5).

Inoltre, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario, il medico, avvalendosi di mezzi appropriati in relazione allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38¹³⁶ (su cui v. *infra*).

Le brevi considerazioni fin qui svolte pongono in luce come sia presente nell'ordinamento italiano una serie di fonti e componenti normative che tutelano il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari e di ogni cura. Tale principio trova fondamento in un contesto giuridico-costituzionale complessivo che non si limita all'art. 32 della Costituzione, ma che si rivolge ad altre disposizioni costituzionali, a principi fatti propri dalla dimensione europea e internazionale, oltre che da quella deontologica. Il principio della volontarietà, in altri termini, pare porsi quale nuovo *jus commune* dotato di rango costituzionale¹³⁷, da cui trarre precise indicazioni anche nel caso in cui si debba decidere di trattamenti palliativi o di fine vita.

Si tratta di una posizione che permette di prendere sul serio il malato che, da mero oggetto di cura, viene ad essere pienamente riconosciuto quale soggetto titolare di libertà e diritti, portatore di una dimensione di dignità umana. Garantire a tutti il diritto di non soffrire, incentivando il ricorso alle cure palliative e alle terapie del dolore, creare strutture di assistenza e di sostegno materiale e psicologico per il malato terminale e per i suoi familiari (i c.d. *hospice*), devono essere gli obiettivi dell'azione dei pubblici poteri e delle istituzioni sociali, al fine di tutelare la salute dell'individuo, nella sua concezione multidimensionale (su cui v. *supra*), in un'ottica di piena integrazione socio-sanitaria di servizi e professionalità.

¹³⁶ La legge 15 marzo 2010, n. 38 sancisce il diritto ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, che individuano un tipo di trattamento sanitario volto ad alleviare la sofferenza, nelle sue sfumature tanto fisiche quanto mentali, della persona affetta da una malattia a prognosi sicuramente infausta che non risponde più a trattamenti specifici.

¹³⁷ C. Casonato, *Riflessioni sul fine vita. La tutela multilivello dell'autodeterminazione individuale*, in <http://www.astrid-online.it/rassegna>, n. 9/2009, 1-13.

II.6 La tutela “attiva” del diritto alla salute nel suo carattere “sociale”: dimensione oggettiva

La libertà correttamente concepita non esige affatto alcuna forma di indipendenza dallo Stato, ma, al contrario, necessita di un governo che assicuri i presupposti necessari per la libertà individuale.

Si è visto in precedenza come la categoria dei diritti sociali tragga origine proprio dalla necessità di garantire a tutti prestazioni, tali da riequilibrare le posizioni dei singoli all'interno della società attraverso l'intervento dei poteri pubblici¹³⁸.

Accanto a quella che è stata delineata come tutela “passiva” del diritto alla salute, l'art. 32, comma 1, Cost, attribuisce, infatti, al soggetto anche il diritto ad una tutela “attiva”, che consiste nella pretesa positiva a che la Repubblica garantisca un apparato organizzativo tale da assicurare un'effettiva assistenza sanitaria agli individui (cittadini e non) su tutto il territorio nazionale, sia direttamente, attraverso apposite strutture assistenziali, sia indirettamente, mediante la predisposizione degli strumenti idonei a consentire anche a soggetti privati lo svolgimento della medesima funzione, nonché assicuri, come prescrive lo stesso art. 32 Cost., «cure gratuite agli indigenti»¹³⁹. Secondo tale prospettiva, il diritto alla salute rientra a pieno titolo nella categoria dei diritti sociali¹⁴⁰.

Dalla lettera della Costituzione (che parla di «cure gratuite agli indigenti») non emerge tuttavia la garanzia di prestazioni sanitarie pubbliche e gratuite per tutti.

La pretesa ad un'effettiva assistenza sanitaria da parte della Repubblica è rimasta insoddisfatta sino alla l. n. 833/1978, che, ponendo termine alle disparità di trattamento ed alla limitatezza degli interventi che contraddistingueva il sistema mutualistico, ha istituito il Servizio sanitario nazionale, caratterizzato dai principi di globalità ed equità

¹³⁸ F. Minni - A. Morrone, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, cit., 8.

¹³⁹ Il riferimento alle cure gratuite è da ritenere espressamente collegato al principio di eguaglianza sostanziale affermato dall'art. 3, comma 2, Cost., laddove, lo si rammenta, è affermato che la Repubblica ha il compito «di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese».

¹⁴⁰ Con la sentenza n. 37/1991 la Corte costituzionale ha affermato che il diritto alla salute ha «valenza di diritto sociale, caratterizzante la forma di Stato sociale disegnato dalla Costituzione».

delle prestazioni, universalità dei destinatari, uguaglianza dei trattamenti, e da una struttura organizzativa tesa a coprire capillarmente il territorio nazionale mediante una diffusa rete di Unità sanitarie locali (ora Aziende sanitarie locali, in seguito al d. lgs. n. 502/1992 e succ. mod.), con il fine di assicurare la promozione, il mantenimento e il recupero «della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali» (art. 1, comma 3, l. n. 833/1978).

Così, se la Costituzione del 1948 garantiva a tutti il diritto di ricevere le cure, ma solo agli indigenti il diritto di essere curati gratuitamente, il legislatore del 1978 assicura a tutti – anche a chi non è indigente – il diritto all’assistenza sanitaria gratuita, o a costi ridotti e sopportabili, dando spazio alla «vocazione espansiva della previsione costituzionale»¹⁴¹.

I principi e la struttura organizzativa derivanti dall’indirizzo politico del 1978 restano pressoché immutati, nonostante alcuni significativi interventi normativi, soprattutto a partire dagli anni novanta del Novecento, volti ad introdurre regole di programmazione e di finanziamento del Sistema sanitario nazionale, finalizzate, in particolare, a razionalizzarne i costi anche attraverso la previsione di meccanismi di compartecipazione del beneficiario alla spesa¹⁴².

Negli stessi anni, la giurisprudenza costituzionale – sia pure in senso non univoco – si pronuncia in relazione al bilanciamento dell’interesse tutelato dal diritto alla salute con gli altri interessi costituzionalmente protetti, ritenendo che «il diritto a ottenere trattamenti sanitari [...] è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato [...] in relazione alle risorse organizzative e finanziarie ...»¹⁴³.

Con l’inizio del nuovo millennio, diviene tuttavia dominante il principio per cui il predetto bilanciamento non deve essere tale da pregiudicare il «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità

¹⁴¹ C. Tripodina, *Commento all’art. 32 Cost.*, cit., 326.

¹⁴² A partire dal d. lgs. n. 502/1992 con le modifiche successivamente apportate dal d.lgs. n. 229/1999.

¹⁴³ Corte cost. n. 455/1990. Ma cfr. anche n. 175/1982; n. 212/1983; n. 1011/1988; n. 40/1991; n. 247/1992; n. 356/1992; n. 218/1994; n. 416/1995. In letteratura, sulla giurisprudenza costituzionale degli anni Novanta, si v. B. Pezzini - C.E. Gallo, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, 18ss.; R. Ferrara, voce «Salute (diritto alla)», cit., 513ss..

umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto»¹⁴⁴.

Diviene così evidente che il diritto fondamentale dell'individuo alla salute, almeno nel suo «contenuto minimo essenziale», deve avere priorità nell'allocazione delle risorse, a fronte delle pur ragionevoli esigenze di contenimento della spesa. In altri termini, sussiste una soglia minima di interventi, sottratta a qualunque discrezionalità, che deve essere garantita, a prescindere da valutazioni di ordine finanziario.

Viene dunque in rilievo la tematica dei livelli essenziali delle prestazioni, introdotta dalla riforma del Titolo V della Costituzione, che sarà tema di approfondita analisi nel capitolo seguente e che sarà ripresa nelle parti relative all'integrazione socio-sanitaria e alle cure palliative.

II.7 Il carattere evocativo della nozione di assistenza sociale e i punti di forza nella l. quadro n. 328/2000 del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Anche per il bene che il diritto all'assistenza sociale mira a tutelare, occorre interrogarsi su significato e caratteri¹⁴⁵.

Il diritto all'assistenza sociale è presente nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea che, all'art. 43, comma 1, dispone: «l'Unione riconosce e rispetta

¹⁴⁴ Cfr. Corte cost. 20 novembre 2000, n. 509/2000.

La tutela dei diritti sociali come diritti finanziariamente condizionati è stata già oggetto di approfondimento nella parte che precede; si è ritenuto, dunque, di operare in argomento solo un breve richiamo, al fine di dar conto dell'evoluzione di pensiero della giurisprudenza costituzionale con particolare riguardo al diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato.

¹⁴⁵ Sulla nozione e sui caratteri della materia "assistenza sociale" si richiamano U. De Siervo, *Assistenza e beneficenza pubblica*, in *Dig. disc. pubbl.*, vol. I, Torino, 1987, 445 ss.; F. Pizzolato, *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Milano, 2002; E. Ferioli, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Torino, 2003; L. Violini, *Commento all'art. 38*, in R. Bifulco - A. Celotto - M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino, 2006, 789 ss.; A. Albanese, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, cit.; E. Vivaldi, *I servizi sociali e le regioni*, Torino, 2008; A. Marzanati, *Il ruolo dello Stato nel policentrismo repubblicano: l'assistenza sociale*, in E. Balboni (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, vol. I, Napoli, 2008, 277 ss.; N. Vettori, *Persona e diritto all'assistenza*, in *Diritto pubblico*, 1/2016, 307 ss.

il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali [...], secondo le modalità stabilite dal diritto dell'Unione e le legislazioni e prassi nazionali...».

Non meno esteso è il concetto di assistenza sociale, che trova riconoscimento nella nostra Carta costituzionale all'art. 38 Cost.¹⁴⁶

La definizione di assistenza sociale ivi contenuta risulta difficilmente circoscrivibile nei propri contenuti, per ciò che riguarda, innanzitutto, l'individuazione dei destinatari del diritto all'assistenza. Infatti, l'art. 38 Cost. fa esplicito riferimento soltanto al diritto al mantenimento e all'assistenza sociale che devono essere garantiti ai soggetti inabili al lavoro e sprovvisti di mezzi, mentre nel periodo successivo afferma l'esistenza di un più ampio diritto dei lavoratori a che siano previsti e assicurati i mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia e disoccupazione involontaria. Ci si interroga, dunque, se tali previsioni non contengano limitazioni di tipo "censitario", legate all'invalidità del soggetto e alla condizione di lavoratore (o ex lavoratore). Il problema risulta, ad ogni modo, poco rilevante, poiché la tutela del diritto all'assistenza sociale per tali categorie è "agganciato" ad altre disposizioni costituzionali che ne rafforzano la garanzia come diritto della persona¹⁴⁷. Resta, infine, la questione dell'ampiezza della garanzia del diritto all'assistenza in relazione al suo oggetto, che, come visto, risulta incerta nel dettato costituzionale. Tale riferimento fa comprendere come la materia dell'assistenza sociale abbia vissuto un'epoca di definizione di tipo allusivo, in assenza di un quadro normativo che ne stabilisse con sufficiente chiarezza la linea di confine rispetto ad altre materie o ambiti

¹⁴⁶ Art. 38 Cost. «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera».

¹⁴⁷ In argomento si v. A. Albanese, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, cit., 83 e M. Luciani, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza: configurazione e tecniche di tutela*, Convegno su *Il nuovo welfare dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto*, Roma Luiss, 17 maggio 2002, Resoconto di L. Castelli - P. Gambale - E. Menichetti - M. Procaccini, in <http://www.amministrazioneincammino.it>

di intervento¹⁴⁸. Si consideri soltanto come, in forza della previgente formulazione dell'art. 117 Cost., l'assistenza sociale veniva distinta dalla beneficenza pubblica, al fine di individuare la titolarità della competenza legislativa¹⁴⁹.

Per individuare gli attuali contorni del diritto all'assistenza sociale e dei relativi servizi, pare, dunque, utile ripercorre i tratti più significativi dell'evoluzione normativa in materia¹⁵⁰.

Con la progressiva operatività delle norme costituzionali e, in particolare, con la legislazione di trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni¹⁵¹, in attuazione degli artt. 117 e 118 Cost., l'attività di assistenza comincia a distinguersi sempre più nettamente dalla beneficenza pubblica, dalla previdenza e dalla sanità e, contestualmente all'affermarsi del principio personalista che supera la visione incentrata sugli interessi generali di sicurezza e di salute del corpo sociale, emerge un nuovo modo di concepire la materia¹⁵².

L'assistenza sociale inizia, così, ad essere considerata come un complesso di azioni rivolte alla persona, in quanto tale e come oggetto di un doveroso intervento da parte della Repubblica, in osservanza del principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma 2, Cost..

L'espressione servizi sociali compare per la prima volta nel d.p.r. 24 luglio 1977, n. 616, ove l'attività pubblica di assistenza, concretizzandosi soprattutto in termini di servizi, cioè di prestazioni materiali organizzate ed erogate dagli enti pubblici, diventa un «settore organico», comprensivo di più attività eterogenee, tra le quali, per quanto qui interessa, la «beneficenza pubblica» e l'«assistenza sanitaria ed ospedaliera».

¹⁴⁸ E. Rossi – E. Stradella, *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in AA.VV., *Il tempo della Regione – La Toscana*, II volume, *Un primo bilancio dopo quarant'anni*, Firenze, 2012.

¹⁴⁹ E' opportuno ricordare che il termine «assistenza sociale» ricorre nell'art. 38, comma 1, Cost., mentre alla «beneficenza pubblica» faceva riferimento il testo dell'art. 117 Cost. precedente alla riforma del Titolo V della Costituzione, che annoverava detta materia tra quelle oggetto di potestà legislativa concorrente e, conseguentemente, da trasferirsi alle Regioni ai sensi dell'art. 118 Cost..

¹⁵⁰ Sull'evoluzione normativa della materia dell'assistenza sociale si rinvia a V. Molaschi, *I servizi sociali e il modello di welfare delineato dalla legge n. 328/2000*, in Id. - R. Morzenti Pellegrini (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, cit., 55-60.

¹⁵¹ Legge 22 luglio 1975, n. 382 e d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616.

¹⁵² N. Vettori, *Persona e diritto all'assistenza*, cit., 8.

Tale innovazione, peraltro, induce la dottrina – che fino ad allora si era concentrata sugli aspetti organizzativi relativi ai soggetti erogatori – a mostrare interesse per lo studio dei servizi sociali e del loro contenuto¹⁵³.

Il «settore organico» dei «servizi sociali» è poi oggetto di richiamo nella l. 8 giugno 1990, n. 142, sull'ordinamento delle autonomie locali, nell'ambito dell'individuazione delle funzioni del Comune¹⁵⁴.

Con il d.lgs 31 marzo 1998, n. 112, i «servizi sociali» divengono, invece, essi stessi una «materia», da intendersi in un'accezione ristretta, enucleata dall'art. 128 del d.lgs. n. 112/1998¹⁵⁵, facente parte, tuttavia, del più ampio ambito dei «servizi alla persona e alla comunità», cui il decreto legislativo in questione dedica il Titolo IV.

Ai sensi dell'art. 128, comma 2, della normativa citata, per «servizi sociali» si intendono «tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».

Tale definizione mette chiaramente in luce la differenza tra i «servizi sociali» e i «servizi sanitari» (definiti dall'art. 1 della legge n. 883/1978 come l'insieme di attività volte alla «promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»), ma con ampi margini di incertezza sia con riguardo al confine tra gli uni e gli altri, che, più in generale, con riferimento all'individuazione dell'ambito di operatività dei servizi sociali, in relazione alla chiara individuazione delle situazioni di bisogno.

¹⁵³ Tra i molti si rinvia a E. Ferrari, *I servizi sociali. Introduzione, materiali e coordinate*, Milano, 1986; D. Sorace, *Gli 'interessi' di servizio pubblico tra obblighi e poteri delle amministrazioni*, in *Foro it.*, 1988, 205 ss.; G. Pastori, *Diritti e servizi oltre la crisi dello Stato sociale*, in *Studi in onore di Vittorio Ottaviano*, vol. II, Milano, 1993, 1081 ss.; A. Sandulli, *La letteratura in materia di assistenza e beneficenza: percorsi e tendenze*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1992, 753 ss.

¹⁵⁴ V. art. 9, l. n. 142/1990.

Successivamente, con il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, le competenze comunali in materia di sanità sono drasticamente ridimensionate a vantaggio delle Regioni, che ancora oggi rivestono un ruolo strategico nel Servizio sanitario nazionale.

¹⁵⁵ Sull'art. 128 del d.lgs. n. 112/1998 v. E. Ferrari, *Commento all'art. 128 d.lgs. 112/1998*, in G. Falcon (a cura di), *Lo stato autonomista*, Bologna, 1998, 432 ss.

Per giungere ad un momento di chiarificazione concettuale sul piano normativo si deve attendere l'approvazione della legge quadro 8 novembre 2000, n. 328, che detta norme «per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» in materia di assistenza sociale.

La l. n. 328/2000 evidenzia l'intento di riformare il sistema dei servizi sociali alla luce degli artt. 2, 3 e 38 Cost., avendo come fine la tutela del diritto all'assistenza sociale (anche mediante l'introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni), la parificazione degli erogatori di servizi sociali di natura pubblica con quelli di natura privata, in forza del principio di sussidiarietà orizzontale, e la valorizzazione dell'attività svolta dai soggetti del Terzo settore (su cui v. *infra*).

Territorialità ed integrazione sono sicuramente i punti di forza della legge. Per quanto riguarda il primo, la l. n. 328/2000 promuove dal punto di vista istituzionale lo sviluppo di una programmazione e gestione territoriale decentrata degli interventi di assistenza sociale; quanto, invece, al secondo punto, l'integrazione rappresenta il motore che muove la programmazione delle politiche e degli interventi socio-assistenziali, attuandosi nella cooperazione tra i diversi soggetti coinvolti, ivi comprese le organizzazioni del Terzo settore. La programmazione degli interventi si traduce, peraltro, nel coordinamento e nell'integrazione tra gli interventi socio-assistenziali e quelli sanitari¹⁵⁶.

Si intende così attuare la creazione di un sistema di *welfare* municipale, in cui la dimensione territoriale è luogo concreto di espressione e di attuazione delle linee programmatiche in materia di assistenza sociale¹⁵⁷.

II.8 Il diritto all'assistenza sociale nel quadro dei diritti sociali: il principio personalista e la personalizzazione degli interventi

¹⁵⁶ In argomento si veda E. Ferioli, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, cit., 82-84.

¹⁵⁷ In argomento cfr. N. Pavese - E. M. Tacchi, *Elementi di innovazione nel "welfare municipale"* in V. Cesareo (a cura di), *Welfare responsabile*, Milano, 2017, 261 ss..

Con l'affermarsi del principio personalista si consolida la stretta inerenza dei diritti sociali all'individuo, con la conseguenza che l'assistenza sociale si configura come diritto «alla rimozione di situazioni di svantaggio o di bisogno, per la promozione del benessere fisico e psichico della persona»¹⁵⁸.

La concezione personalista si accompagna, peraltro, al principio del c.d. universalismo selettivo¹⁵⁹, secondo il quale al diritto di ogni individuo di accedere ai servizi di assistenza corrispondono diverse modalità di compartecipazione al costo degli stessi o diversi criteri di priorità per l'accesso a prestazioni contingentate¹⁶⁰.

Si tratta di previsioni fondate sul dovere di solidarietà economica e sociale e sul principio di uguaglianza sostanziale.

Strettamente correlato al principio personalista è quello della “personalizzazione” delle prestazioni dei servizi sociali, a sua volta intrinsecamente legato alla finalità degli stessi («rimuovere e superare le situazioni di bisogno che una persona incontra nella sua vita»).

Nel sistema amministrativo di assistenza sociale, l'appropriatezza della prestazione è, infatti, condizionata da esigenze personali e inevitabilmente differenziate – variando da persona a persona – e da fattori sociali, legati alle peculiarità del contesto territoriale, che possono determinare situazioni di marginalità e bisogno.

A ciò si aggiunga che spesso gli interventi hanno come obiettivo quello di garantire la realizzazione e il perdurare di relazioni sociali, la cui durata e intensità non sono predeterminabili (si pensi ad es. all'assistenza psicologica ai malati terminali bisognosi di cure palliative).

¹⁵⁸ Cfr. Corte cost., 28 luglio 2004, n. 287.

¹⁵⁹ Sul modello di welfare delineato dalla l. n. 328/2000 v. V. Molaschi, *I servizi sociali e il modello di welfare delineato dalla legge n. 328/2000*, in Id. - R. Morzenti Pellegrini (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, cit., 60-63; Id., *Universalità e selettività del sistema integrato di interventi e servizi sociali: riflessioni sulle criticità di un difficile equilibrio*, in <http://www.giustamm.it>, 11/2012; A. Galdani - F. Pizzolato, *Commento all'art. 2*, in E. Balboni-B. Baroni- A. Mattioni- G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, II ed., 2007, 115 ss..

¹⁶⁰ V. d.lgs. 31 marzo 1998, n. 109, che introduce l'Indicatore della situazione economica (Ise) oggi Isee riformato dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, ed attuato con d.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159.

La “personalizzazione” degli interventi assicura, così, «la piena realizzazione del paradigma personalista nei diritti all’assistenza e nei servizi che li soddisfano»¹⁶¹, assegnando, nel contempo, al soggetto beneficiario un ruolo centrale nella definizione della prestazione.

Tale modello trova ampiamente riconoscimento nel nostro ordinamento: si pensi, per quanto qui interessa, ai progetti assistenziali individuali definiti nell’ambito della rete di cure palliative.

A tale profilo del sistema di assistenza sociale se ne aggiunge un altro strettamente connesso: quello della c.d. «cultura dell’integrazione» delle prestazioni sociali¹⁶².

La maggiore personalizzazione del contenuto dei servizi comporta, infatti, sul fronte delle attività, un aumento di rilevanza dei sistemi integrati (ad es. di tipo socio-sanitario) e con ciò la sinergia tra le diverse professionalità coinvolte nella gestione dei relativi servizi.

¹⁶¹ N. Vettori, *Persona e diritto all’assistenza*, cit., 324

¹⁶² A. Albanese, *L’integrazione socio-sanitaria*, in R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 129 ss.; A. Pioggia, *op. ult. cit.*, 209 ss.

SEZIONE II

L'INCIDENZA DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SUI DIRITTI ALLA SALUTE E ALL'ASSISTENZA SOCIALE

II.9 I «livelli essenziali delle prestazioni» in sanità nell'evoluzione normativa

Le riflessioni della parte che segue hanno ad oggetto la rilevanza dei «livelli essenziali delle prestazioni»¹⁶³ nell'ambito delle materie della salute e dell'assistenza sociale,

¹⁶³ Numerosi sono i contributi sulla nozione di livelli essenziali delle prestazioni. Tra questi si rinvia, senza pretesa di esaustività, a E. Balboni, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 2001, 1103 ss.; M. Luciani, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione*, in *Politica del diritto*, n. 3, 2002, 345 ss.; C. Pinelli, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, comma 2, lettera m), Cost.*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 881 ss.; G. Rossi - A. Benedetti, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lavoro nelle pubbliche amministrazioni, Supplemento al n. 1/2002*, 2 ss.; A. D'Aloia, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, cit., 1063; E. Balboni, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, 1183 ss.; R. Bifulco, *"Livelli essenziali", diritti fondamentali e statuti regionali*, in T. Groppi - M. Olivetti (a cura di), *La Repubblica delle autonomie. Regioni ed enti locali nel nuovo titolo V*, Torino, 2003, 137 ss.; A. Simoncini, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte alcune prime indicazioni su regolamenti del Governo e "livelli essenziali" nelle materie regionali*, in *Le Regioni*, 2003, 1199 ss.; G. Guiglia, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, cit.; V. Molaschi, *I livelli essenziali di assistenza sociale*, in Id. - R. Morzenti Pellegrini (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 107-128; Id., *«Livelli essenziali delle prestazioni» e Corte Costituzionale: prime osservazioni* (nota a Corte Cost. 26 giugno 2002 n. 282), in *Foro italiano*, 2003, I, coll. 398 ss. (estratto 6 ss.).

Sui livelli essenziali in sanità v. *ex multis* E. Jorio, *Diritto sanitario*, Milano, 2005, 109 ss.; A. Rovagnati, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m), Il comma, art. 117 Cost.*, in *Le Regioni*, 2003, 1141 ss.; V. Molaschi, *Sulla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni»: riflessioni sulla vis expansiva di "una materia"*, in *Sanità pubblica e privata*, 2003, 523 ss.; Id., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, cit., 159 ss.; Id., *I livelli essenziali delle prestazioni nella Sanità*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà - P. Zatti - vol. R. Ferrara (a cura di), *Salute e Sanità*, Milano, 2010, 445-547; Id., *«Livelli essenziali delle prestazioni» e LEA sanitari: prime indicazioni della giurisprudenza di merito*, (nota a Tar Lazio, sez. III ter, 10 luglio 2002, n. 6252), in *Foro amministrativo-TAR*, 2003, 181 ss.; Id., *«Livelli essenziali delle prestazioni» e diritto alla salute: possibili implicazioni in tema di situazioni giuridiche soggettive degli utenti del Servizio sanitario nazionale*, in Ferrara R. - Manganaro F. - Romano Tassone A. (a cura di), *Codice delle cittadinanze*, Milano, 2006, 822 ss.

con particolare riguardo al criterio dell'«appropriatezza organizzativa», filo conduttore del rapporto tra ospedale e territorio.

In particolare, obiettivo del presente paragrafo è quello di tracciare il percorso di nascita ed evoluzione normativa dei livelli essenziali di assistenza, c.d. Lea, che interessano la materia della salute.

Il sistema sanitario nazionale nasce nel 1978, stesso anno della storica Dichiarazione di Alma Ata¹⁶⁴, da cui recepisce non solo il riconoscimento della salute quale «diritto della persona», ma soprattutto la centralità del territorio come fattore cruciale per lo sviluppo di una politica sanitaria incentrata sul benessere complessivo del singolo individuo e dell'intera comunità.

Il Comune è, dunque, l'ente pressoché egemone dell'erogazione dei servizi assistenziali secondo un criterio selettivo di appartenenza territoriale espressa in “bacini di utenza”, all'interno dei quali si iscrive la competenza delle istituzioni ad occuparsi dei bisogni dei propri utenti. Il territorio rappresenta, infatti, lo spazio per il riconoscimento dei servizi da parte della popolazione e, al contempo, il campo in cui diverse componenti sono chiamate ad incontrarsi e a collaborare per obiettivi convergenti. Da luogo geografico il territorio diventa contesto socio-sanitario in cui si costruiscono politiche sanitarie e sociali integrate per la salute. In tale prospettiva, si

Molaschi V., I livelli essenziali delle prestazioni nella Sanità, in Trattato di Biodiritto, diretto da Rodotà S. - Zatti P., Ferrara R. (a cura di), Salute e Sanità, Milano, 2010, 445 ss.

M. Luciani, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. Catelani - G. Cerrina Feroni - M.C. Grisolia (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, 10; V. Antonelli, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *federalismi.it*, n.7/2018, 1-23; C. Tubertini, *I livelli essenziali di assistenza*, in G. Cerrina Feroni - M. Livi Bacci - A. Petretto (a cura di), *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Firenze, 2017, 89 ss.

Sull'evoluzione storico-normativo dei Lea si rinvia a F. S. Florio, *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. Bottari (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, 53 ss.

¹⁶⁴ Dichiarazione adottata nel corso della Conferenza Internazionale sulla *Primary Health Care* (“Assistenza Sanitaria Primaria”), Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre 1978, che, tra i molti punti, afferma con forza che la salute, intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità, è un diritto umano fondamentale, e che l'acquisizione del più alto grado possibile di salute è un obiettivo sociale di primaria importanza che interessa il mondo intero e presuppone la partecipazione di molti altri comparti socio-economici oltre che di quello sanitario.

vedrà nel capitolo dedicato all'integrazione socio-sanitaria, come l'Usl sia luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sulla base di un modello organizzativo articolato per distretti, cioè, come recita l'art. 10 della l. n. 833/1978, «strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento». Il disegno di unificazione proposto dalla legge istitutiva del servizio nazionale richiede, tuttavia, un rinnovamento radicale della sanità sia in termini organizzativi che finanziari e, per lungo tempo, la volontà del legislatore di dar vita ad un sistema sanitario attuativo dei valori costituzionali di uguaglianza (art.3), solidarietà e rispetto della dignità umana (art. 2) incontra alcuni problemi di realizzazione¹⁶⁵.

Tra le maggiori difficoltà incontrate a livello operativo vi è quella di fissare i livelli uniformi di assistenza da garantire all'intera cittadinanza, ovvero, l'insieme di attività che riguardano funzioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative.

Tale esigenza si afferma, infatti, già con la l. n. 833/1978, che, all'art. 3, comma 1, disponeva che la legge dello Stato, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale, dovesse fissare anche i «livelli delle prestazioni» che dovevano essere «comunque, garantite a tutti i cittadini».

L'art. 4, comma 1, inoltre, poneva in capo al legislatore statale il compito di formulare «norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniforme per tutto il territorio nazionale»¹⁶⁶.

Il riferimento ai «livelli delle prestazioni» non conteneva alcuna aggettivazione, non erano ancora definiti come “minimi” o “essenziali”, ma gli obiettivi e i principi che muovono la l. n. 833/1978 fanno logicamente ritenere tale nozione assimilabile a quella presente oggi in Costituzione, all'art. 117 Cost., comma 2, lett. m).

La fissazione di principi relativi ai «livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori», da formularsi «in termini di prestazioni», è negli anni'90 uno dei punti

¹⁶⁵ Cfr. F. S. Florio, *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, cit., 53 ss.

¹⁶⁶ Per una ricostruzione di questo processo storico v. R. Balduzzi - D. Servetti, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. Balduzzi - G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 81 ss.

cardine della l. 23 ottobre 1992, n. 421, che delega il Governo ad adottare decreti di revisione dell'assetto organizzativo della sanità. L'art. 1, comma 1, lett. g¹⁶⁷ della legge in esame, individuando una «soglia minima di riferimento da garantire a tutti i cittadini» fornisce, tuttavia, un'interpretazione riduttiva sul contenuto dei livelli. Tale disposizione non viene, infatti, riprodotta nel decreto attuativo, il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, che accoglie, invece, il concetto di «livelli uniformi di assistenza» da individuarsi ad opera del Piano sanitario nazionale, «sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione» (art. 4 d.lgs. n. 502/1992)¹⁶⁸.

Nel 1999 il Governo interviene con un secondo decreto di riordino, il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, che, modificando alcune parti del precedente d.lgs. n. 502/1992, dà attuazione alla seconda grande riforma del Servizio sanitario nazionale e definisce, per quanto qui interessa, i «livelli» come «essenziali».

La Costituzione riprenderà, come noto, tale formulazione nel dettato dell'art. 117, comma 2, lett. m) in relazione all'individuazione in tale materia della competenza legislativa esclusiva dello Stato.

Nella nuova versione del d.lgs. n. 502/1992, ex art. 1, comma 3, «l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza [...] è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale». Nella determinazione dei «livelli», l'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 502/1992 esige il rispetto dei «principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute,

¹⁶⁷ L'art. 1, comma 1, lett. g) della l. 23 ottobre 1992, n. 421 introduce la necessità di «definire principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori, tenuto conto della peculiarità della categoria di assistiti di cui all'articolo 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini, e il parametro capitaro di finanziamento da assicurare alle regioni e alle province autonome per l'organizzazione di detta assistenza, in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria».

¹⁶⁸ Tale impostazione differisce nettamente da quella posta alla base della disciplina istitutiva del Servizio sanitario nazionale, secondo la quale, il fabbisogno finanziario del Ssn era calcolato sulla scorta dei «livelli delle prestazioni» che dovevano essere «comunque, garantiti a tutti i cittadini» (art. 3, comma 1, l. n. 833/1978).

dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze».

Tramite accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni¹⁶⁹, si procede all'adozione del primo documento contenente i «livelli» in stralcio al Piano sanitario nazionale¹⁷⁰ e, di lì a poco, è emanato il d.P.C.M. 29 novembre 2001 di «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».

Pochi anni dopo, emerge nel dibattito pubblico l'esigenza di una revisione dei Lea¹⁷¹: il Patto per la salute 2014 - 2016 ne prevede l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2014 (art. 1, comma 3); tale previsione è “ratificata”, insieme alla restante parte del Patto, dalla l. n. 190/2014 (legge di stabilità 2015). La l. n. 208/2015, la legge di stabilità per il 2016 prevede poi un incremento di spesa per la revisione dei Lea, definendone le procedure. I lavori di revisione iniziano nei primi mesi del 2014 e si concludono con l'emanazione del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, tramite il quale si provvede all'aggiornamento e alla definizione organica dei nuovi «livelli essenziali di assistenza».

Le prestazioni e i servizi inclusi nei «livelli essenziali di assistenza» rappresentano il livello “essenziale” garantito a tutti i cittadini, ma le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nel d.P.C.M. di definizione.

Il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 è integralmente sostitutivo del precedente del 2001 e di numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore. Infatti, mentre il decreto del 2001 aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limitava, per la maggior parte dei sottolivelli, ad una descrizione generica, rinviando agli atti normativi vigenti alla data della sua emanazione, l'attuale provvedimento si propone come la fonte primaria per la puntuale definizione delle «attività, dei servizi e delle prestazioni» garantiti ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale.

¹⁶⁹ L'Accordo tra Stato, Regioni e province autonome è stato raggiunto il 22 novembre 2001.

¹⁷⁰ Tale stralcio ha trovato copertura legislativa con l'art. 6 del d.l. 18 settembre 2001, n. 347 convertito con modificazioni dalla l. 16 novembre 2001, n. 405.

¹⁷¹ G. Vicarelli, *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in *Politiche sociali*, n. 3/2017, 518.

Il primo dei sei capi del decreto identifica i tre ambiti dei livelli essenziali assicurati dal Ssn: «Prevenzione collettiva e sanità pubblica», «Assistenza distrettuale» e «Assistenza ospedaliera». Ciascun livello si articola poi in «attività, servizi e prestazioni», analiticamente dettagliati nei successivi capi del decreto.

L'«Assistenza socio-sanitaria», ricompresa nel livello dell'«Assistenza distrettuale», alla quale il decreto dedica il suo quarto capo, sarà tema di approfondita discussione nel capitolo che segue.

II.10 La specificazione dei Lea sanitari in relazione alla loro «appropriatezza organizzativa»: l'integrazione tra rete ospedaliera e rete territoriale per un'efficace “presa in carico” del soggetto

Il concetto di appropriatezza viene introdotto nel sistema normativo italiano solo alla fine degli anni '90, a seguito della Raccomandazione n. 17 del 1997 del Consiglio dei ministri del Consiglio d'Europa sullo sviluppo e l'attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e poi ripreso, nella prospettiva di un suo pieno sviluppo, nei Piani sanitari nazionali.

In particolare, il Piano sanitario nazionale del 1998-2000 ne ha esplicitato il significato, distinguendo tra «appropriatezza clinica», che si riferisce all'erogazione di cure mediche e alla resa di interventi sulla scorta di un corretto equilibrio tra rischi e benefici e «appropriatezza organizzativa», che concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee, nell'ottica di garantire la sicurezza e il benessere del paziente, ottimizzando il consumo di risorse per una migliore efficienza produttiva.

Gli studiosi che si occupano di sanità confermano tale distinzione, attribuendo al concetto di appropriatezza, oltre ad un significato «clinico (specifico)», una «dimensione organizzativa (o generica)»¹⁷² e qualificano lo stesso, più che un

¹⁷² In tema di «appropriatezza organizzativa» v. le riflessioni di E. Menichetti, *Livelli essenziali di assistenza sanitaria: un punto fermo sulla forma e sulla procedura per l'individuazione ... ed un punto interrogativo sull'accezione in chiave organizzativa (nota a Corte Cost. 27 marzo 2003, n. 88)*, in *Amministrazione in cammino*, 2003, <http://www.amministrazioneincammino.luiss.it/site/it->

principio, un criterio che guida le decisioni sanitarie ad un duplice livello. Il primo livello attiene all'individuazione delle prestazioni da inserire nei livelli essenziali delle prestazioni o, meglio, quali escludere perché inappropriate¹⁷³ e il secondo riguarda l'effettiva somministrazione delle prestazioni incluse nei Lea.

Ciò significa che l'appropriatezza di una prestazione non viene misurata solo sotto l'aspetto medico, ma include anche considerazioni attinenti alle modalità con le quali è resa nell'ambito del contesto strutturale e organizzativo in cui si trova.

In buona sostanza, il concetto di «appropriatezza organizzativa» fa riferimento alla scelta di un setting assistenziale, un percorso terapeutico (ricovero ordinario, *day hospital*, *day surgery*, ambulatorio, ma anche il livello socio-assistenziale) che, a parità di efficacia e di sicurezza con altri, consenta di raggiungere l'obiettivo clinico prefissato in minor tempo, al minor costo e con un utilizzo più efficiente delle risorse a disposizione.

L'appropriatezza, intesa in questa seconda accezione, che considera come prioritario l'interesse individuale del paziente e la migliore presa in carico per la sua cura, è oggetto della trattazione che segue e sarà in buona parte ripresa nel capitolo che tratta dell'integrazione socio-sanitaria.

Lo sviluppo degli interventi rivolti al controllo dell'appropriatezza non può essere sganciato da un coinvolgimento effettivo di tutte le attività necessarie per una reale presa in carico dei cittadini.

Si determina, quindi, un approccio al modello assistenziale per la presa in carico, che si rivolge in maniera integrata ai percorsi ospedalieri ed a quelli di presa in carico da parte del territorio, interessando l'integrazione multidisciplinare dei professionisti del servizio socio-sanitario e la valutazione multidimensionale del bisogno.

L'obiettivo strategico di tale modello si compie mediante un approccio organizzativo - in osservanza del principio/criterio dell'appropriatezza - che assume il bisogno di

IT/; A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 59 ss.; V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, cit., 179, e la bibliografia ivi richiamata: R. Balduzzi, *L'appropriatezza in Sanità: quadro di riferimento legislativo*, in N. Falcitelli - M. Trabucchi - F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2004. L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Bologna, 2004, 73 ss.

¹⁷³ Il riferimento va all'art. 1, comma 7, del d.lgs. n. 502/1992, che esclude dai Lea quei servizi e prestazioni che «non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza...»

salute prima o dopo l'insorgenza della malattia e che organizza un sistema di risposte che accompagna il cittadino, favorendo lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile; si realizza, così, una risposta assistenziale capace di gestire al meglio ad esempio le patologie croniche e consente di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute o i "fine vita".

L'appropriatezza viene a costituirsi, in tal senso, come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie, che l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali. Tale modello trova sicuramente compiuta attuazione nella presa in carico di soggetti con bisogno di cure palliative. Le stesse, come si vedrà più avanti, sono prestazioni che sono state incluse nei livelli essenziali di assistenza dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e la cui offerta implica la presenza congiunta e a volte simultanea di diversi attori, in quanto i servizi territoriali coinvolti richiedono l'erogazione non solo di attività assistenziali ma anche di attività sociali. Ciò favorisce sicuramente un equilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio in grado di dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute¹⁷⁴.

II.11 I «livelli essenziali delle prestazioni» nella materia dell'assistenza sociale: una riforma incompiuta

Anche la legislazione in materia di assistenza sociale ha recepito il concetto di «livelli essenziali delle prestazioni» - generalmente indicandoli come «Liveas» - già prima della riforma costituzionale del 2001.

Priorità del Fondo per le politiche sociali, di cui all'art. 59, comma 49, della l. n. 449/1997, ridenominato Fondo nazionale per le politiche sociali dall'art. 133 del d.lgs. n. 112/1998 e dal successivo art. 20 della l. n. 328/2000, era, infatti, quella relativa alla «promozione di interventi per la realizzazione di standard essenziali ed uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato...». Una simile previsione compare,

¹⁷⁴ In argomento si vedano le riflessioni di P. De Angelis - C. Bottari, *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, 2016, 225 ss.

peraltro, nell'art. 129 del d.lgs. n. 112/1998 che, come visto, contiene l'attuale definizione di servizi sociali, laddove riserva alla competenza dello Stato la «determinazione degli standard dei servizi sociali da ritenersi essenziali in funzione di adeguati livelli delle condizioni di vita»¹⁷⁵.

Anche la l. n. 328/2000, all'art. 2, comma 2, dispone che gli enti locali, Regioni e Stato sono tenuti alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali che garantisca i «livelli essenziali delle prestazioni», secondo quanto disposto dall'art. 22 della legge medesima.

Tale ultima disposizione, dedicata alla «Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», si occupa nello specifico dei «livelli» nella materia socio-assistenziale, fatte salve le «competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni».

L'art. 22, comma 2, non fornisce alcuna nozione generale di livelli, ma si limita ad elencare una serie di bisogni ed ampie aree di intervento ritenute prioritarie¹⁷⁶,

¹⁷⁵ Come correttamente osserva A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 64, anche se il riferimento è a «standard», il significato è quello che oggi si riconosce alla formulazione «livelli essenziali»; piuttosto l'autrice segnala come questi fossero riferiti a singoli settori (non in generale al campo socio-assistenziale), secondo l'approccio per ambiti che caratterizzava i servizi sociali fino alla fine degli anni '90. Questa impostazione è stata poi superata con il d.lgs. n. 112/1998, il cui art. 128, comma 2, ha espresso una nuova concezione dei servizi sociali di tipo universalistico, poi trasfusa nella l. n. 328/2000. In tal senso v. V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, cit., 188-189.

¹⁷⁶ L'art. 22, comma 2, della l. n. 328/2000 elenca le seguenti tipologie di intervento:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei

all'interno delle quali possono collocarsi diverse tipologie di prestazioni, a tutt'oggi indefinite.

L'obiettivo sembra, dunque, essere quello di garantire un livello uniforme di copertura dei servizi sociali nelle medesime aree in tutto il territorio nazionale.

Con il successivo comma 4, l'art. 22 procede poi a declinare una serie di «prestazioni», qualificabili più che altro come tipologie di offerta, da assicurare all'interno delle aree di intervento, di cui al comma 2¹⁷⁷.

Secondo l'impianto della legge quadro, alla definizione dei «livelli essenziali delle prestazioni» nella materia dell'assistenza sociale si sarebbe dovuto provvedere con l'adozione del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali.

In realtà, il successivo Piano 2001-2003 (d.P.R. 3 maggio 2001) non fornisce indicazioni concrete in ordine ai livelli essenziali delle prestazioni nell'assistenza sociale, limitandosi ad enunciare alcuni principi ispiratori di una futura legislazione in materia secondo un'articolazione basata su tre dimensioni: aree di intervento, tipologie

servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

- g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
- h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto».

¹⁷⁷ Art. 22, comma 4, l. n. 328/2000: «In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

di servizi e prestazioni e, da ultimo, direttrici per l'innovazione nella costruzione della rete degli interventi e dei servizi.

L'art. 46 della legge finanziaria per il 2003 non contiene, peraltro, alcun riferimento all'art. 22 della l. n. 328/2000, che costituisce, ad oggi, l'unica fonte di rango primario che disciplina i «livelli essenziali delle prestazioni» nel sociale¹⁷⁸.

Ci troviamo così di fronte ad una mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte dello Stato, cui hanno cercato di ovviare le Regioni, in accordo con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, mediante il riordino delle diverse prestazioni assistenziali in aree omogenee, che avrebbero potuto precedere la definizione dei Liveas.

Questa è stata la strada percorsa: dopo l'approvazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, «Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione», per giungere ad una valutazione finanziaria sul costo dei servizi, anche in relazione alla soppressione dei Fondi nazionali e all'individuazione di criteri per articolare il Fondo di perequazione, la Conferenza dei presidenti delle Regioni e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali hanno iniziato ad operare secondo quanto indicato dal d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68, che detta «Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario».

In particolare, l'art. 13 del d.lgs. n. 68/2011¹⁷⁹, in materia di «Livelli essenziali delle prestazioni e obiettivi di servizio», ha stabilito la procedura per individuare i Lep nelle diverse materie, tra cui l'assistenza sociale, prevedendo che, nella fase transitoria, sino alla determinazione dei «livelli essenziali delle prestazioni», Governo e Regioni possano definire (tramite intesa in sede di Conferenza unificata) macroaree e servizi

¹⁷⁸ Si badi, bene, peraltro, che il d.P.C.M. previsto dal comma 3 dell'art. 46 per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nella materia dell'assistenza sociale non è mai stato adottato.

¹⁷⁹ Il d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68 detta «Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario».

con caratteristiche di generalità e permanenza, da garantire sul territorio nazionale, e il fabbisogno finanziario necessario.

Per arrivare a questo risultato un primo e importante passo da parte delle Regioni è stata la codifica, in accordo con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Ministero dell'economia e delle finanze del Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle province autonome nel 2009 e aggiornato sul piano delle terminologie e dei contenuti nel 2014¹⁸⁰.

Le prestazioni sociali diffuse sul territorio nazionale sono state mappate e raggruppate dal Nomenclatore in macro-livelli, al cui interno sono stati individuati «obiettivi di servizio», recepiti anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e inseriti nei riparti del Fondo Nazionale Politiche Sociali per il triennio 2014/2017. Il termine «obiettivi di servizio» ha seguito la terminologia europea per specificare le attività condotte all'interno di quella determinata macro area.

Più puntualmente, con decreto interministeriale del 21 febbraio 2014 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha individuato all'all. n. 1 cinque macro-livelli con obiettivi di servizio, sulla scorta dei quali le Regioni programmano gli impieghi delle risorse loro destinate, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali.

Tale struttura a matrice ha prioritariamente una funzione di delimitazione di «campo» – definitoria cioè del sistema degli interventi e dei servizi sociali – finalizzata alla successiva definizione di «obiettivi di servizio», intesi quali standard da garantire nelle more della definizione dei livelli essenziali. Si tratta, in particolare, di servizi di accesso e presa in carico, domiciliari, territoriali, residenziali e di sostegno al reddito e all'autonomia, rivolti alle aree dell'infanzia e dell'adolescenza (e più in generale

¹⁸⁰ Sul Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali cfr. V. Molaschi, *Complessità e semplificazione nei servizi sociali*, in *Il Diritto dell'economia*, Modena, 2013, 474-494.

delle responsabilità familiari), della disabilità e della non autosufficienza e della povertà ed esclusione sociale.

Le definizioni esposte sono state riconosciute anche dalla Conferenza Unificata (Stato, Regioni e Comuni) con l'Accordo del 7 maggio 2015.

Venendo ad oggi, il d.lgs. 15 settembre 2017 n. 147, istitutivo del Reddito di inclusione, e, in particolare l'art. 21 dello stesso, nel riformare la *governance* del Fondo nazionale per le politiche sociali, ha previsto che la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali, sia responsabile dell'adozione di un «Piano sociale nazionale, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'articolo 20 della legge n. 328 del 2000» (art. 21, comma 6)¹⁸¹.

In realtà, non è la prima volta che si prevede un Piano nazionale per governare l'utilizzo delle risorse del Fondo. Il Fnps, infatti, seppur istituito nel 1998, ha trovato una sua piena definizione nell'ambito della legge quadro sul sistema degli interventi e dei servizi sociali (art. 20 della l. n. 328/2000) – nel contesto della quale è stabilita una stretta connessione tra gli strumenti finanziari – il Fondo, per l'appunto – e uno specifico strumento di programmazione: il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18). Insieme, Fondo e Piano rappresentavano, nel disegno del legislatore, strumenti fondamentali per l'attuazione delle politiche sociali nazionali, in quanto avrebbero dovuto garantire la definizione di livelli essenziali delle prestazioni (art. 22 della l. n. 328/2000). Infatti, il Piano, oltre ad essere uno strumento di governo delle politiche su base nazionale – esprimendo indirizzi, priorità di intervento, modalità attuative del sistema dei servizi, sperimentazioni – avrebbe dovuto indicare «caratteristiche e requisiti delle prestazioni sociali che costituiscono livelli essenziali». Il Fnps, dal canto suo, avrebbe dovuto finanziarli, posto che «la definizione dei livelli

¹⁸¹ Ai sensi dell'art. 21, comma 7, «I Piani di cui al comma 6, di natura triennale con eventuali aggiornamenti annuali, individuano lo sviluppo degli interventi a valere sulle risorse dei fondi cui si riferiscono nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale. A tal fine, i Piani individuano le priorità di finanziamento, l'articolazione delle risorse dei fondi tra le diverse linee di intervento, nonché i flussi informativi e gli indicatori finalizzati a specificare le politiche finanziate e a determinare eventuali target quantitativi di riferimento...».

essenziali è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo» (art. 20, comma 4, della l. n. 328/2000).

Tale disegno non ha però potuto realizzarsi per almeno due ordini di ragioni: dal punto di vista delle risorse, la dotazione del Fondo, sin dal principio, non ha assunto caratteri strutturali, rendendo impossibile il finanziamento delle relative prestazioni. In particolare, nel quinquennio successivo al 2007, gli stanziamenti si sono ridotti anno per anno fino quasi ad azzerarsi nel 2012¹⁸².

In secondo ordine, a seguito del nuovo riparto di competenze legislative e amministrative dopo la riforma del Titolo V della Costituzione è venuta meno la competenza statale ad adottare atti di pianificazione in materia di assistenza sociale, rendendo di fatto non più legittimo il Piano nazionale, inteso come strumento di indirizzo delle politiche sociali territoriali da parte del governo.

Purtuttavia, l'assenza di un qualunque strumento di coordinamento nazionale e l'evidente eterogeneità territoriale venutasi a creare nel nostro sistema di *welfare* hanno condotto all'emanazione del Piano sociale nazionale 2018-2020 in una forma costituzionalmente orientata¹⁸³.

Si tratta di uno strumento di programmazione nazionale dell'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, il cui compito principale è, più che disporre

¹⁸² Dal 2010 si è assistito ad una progressiva contrazione delle risorse assegnate: il Fondo, quasi azzerato dalla legge di stabilità 2011 e 2012, è stato parzialmente ricostituito dalla legge di stabilità 2013 (l. n. 228/2012), che gli ha destinato circa 344 milioni di euro. Per il 2014, la legge di stabilità (l. n. 147/2013) ha destinato al FNPS 317 milioni di euro. Con la legge di stabilità 2015 (l. n. 190/2014) lo stanziamento del Fondo ha acquistato carattere strutturale. L'art. 1, comma 158, della legge di stabilità 2015 ha infatti previsto uno stanziamento a regime di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2015.

In argomento v. le riflessioni di S. La Porta, *Il sistema di finanziamento dei servizi sociali*, in R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 155-173.

¹⁸³ Il Piano sociale nazionale del triennio 2018-2020 è stato emanato in allegato al decreto 26 novembre 2018 di «Riparto del Fondo nazionale politiche sociali. Annualità 2018».

la definizione immediata dei livelli essenziali delle prestazioni, quello di individuare obiettivi condivisi in modo da garantire maggiore uniformità territoriale.

In conclusione, resta da chiedersi quale siano le ragioni che ostano alla definizione dei «livelli essenziali delle prestazioni» nel sociale, diversamente da quanto è avvenuto in ambito sanitario.

Una motivazione può essere ricercata nell'assenza di una base uniforme di prestazioni e di standard minimi comuni, dovuta al contesto di scarsa omogeneità e di poche risorse nel quale si sviluppano i servizi sociali sino all'anno 2000. A ciò si aggiunga la necessità/difficoltà di elaborare le prestazioni sulla scorta di progetti individuali e personalizzati, che mal si conciliano con un processo di uniformazione. E senza dimenticare la difficile standardizzazione delle prestazioni assistenziali sul piano scientifico, a differenza di quella che si verifica in ambito sanitario, laddove la comunità scientifica internazionale svolge studi e ricerche sull'efficacia degli interventi volti a tutelare il diritto alla salute¹⁸⁴.

La serie di ragioni indicate non giustificano, tuttavia, la latitanza del legislatore statale nell'opera di definizione dei Liveas ad oltre diciotto anni dalla previsione costituzionale di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*).

La motivazione più accreditata, che rende ragione di tale inadempienza, risiede, dunque, nella scarsità delle risorse a disposizione dei servizi sociali e nella relativa preoccupazione da parte della Repubblica di non essere in grado di sostenere economicamente le pretese che formano oggetto di prestazioni legislativamente definite come livelli essenziali delle prestazioni.

Le azioni descritte in precedenza tracciano, tuttavia, la strada per un percorso che può essere impiegato per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nell'ambito sociale¹⁸⁵.

Si tratterebbe di un primo tentativo, anche se sperimentale, di riconoscere come livelli di assistenza le attività già presenti nei diversi territori che, con il Fondo nazionale

¹⁸⁴ A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 67-68. Si v. anche V. Molaschi, *Complessità e semplificazione nei servizi sociali*, in *Il Diritto dell'economia*, 2013, 474-494.

¹⁸⁵ In argomento v. A. Banchemo, *Contributi per facilitare l'applicazione degli interventi sociosanitari dei nuovi LEA, integrati con le attività sociali e riflessioni sulla definizione dei LEP sociali*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2018, 6.

delle politiche sociali, maggiormente consolidato con incrementi annuali (compatibili con la finanza pubblica), in accordo con Regioni e Comuni, potrebbero essere gradualmente potenziate.

I livelli individuati andrebbero a completare gli unici Liveas esistenti in campo sociale il Reddito di Inclusione, prima, e il Reddito di cittadinanza, oggi in vigore.

CAPITOLO III

L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

SEZIONE I

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN ITALIA: DEFINIZIONE, PRINCIPI, QUADRO NORMATIVO E SISTEMA DI OFFERTA

III.1 La “presa in carico” della persona per rispondere alla complessità dei bisogni di salute e di benessere sociale: principi e idee guida dell'integrazione socio-sanitaria

Nella parte che precede la presente trattazione si è fatto solo qualche breve cenno al tema dell'integrazione socio-sanitaria, con l'intento di riservare ad essa un capitolo dedicato¹⁸⁶.

Si è visto come il diritto alla tutela della salute e il diritto all'assistenza sociale si sostanzino in molteplici posizioni giuridiche soggettive, tra le quali riveste una posizione centrale il “diritto” alla prestazione, in stretta correlazione con il bene che i rispettivi diritti contemplano.

¹⁸⁶ Sull'integrazione socio-sanitaria in termini generali si v. A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria*, in R. Brolis - P. Maccani - A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 13-35; Id., *Il sistema dell'integrazione socio-sanitaria: attori, livelli e strumenti*, in R. Brolis - P. Maccani - A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 37-62; A. Pioggia, *L'integrazione socio-sanitaria*, in Id., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017; A. Albanese, *L'integrazione socio-sanitaria*, cit., 129-153; B. Baroni, *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, in E. Balboni - B. Baroni - A. Mattioni - G. Pastori, (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328/2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2007, 47 ss.; G. Bissolo - L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria, attori, strumenti, metodi*, Roma, 2005; L. Degani - R. Mozzanica, *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le Regioni, gli interventi*, Santarcangelo di Romagna, 2009.

Laddove si renda necessario un intervento che soddisfi sia la componente sanitaria, di tipo fisiologico, che quella sociale, di tipo economico/relazionale, il nostro ordinamento prevede una modalità di raccordo tra i due ambiti, comunemente definita «integrazione socio-sanitaria».

Si noti come il presente concetto presupponga, prima ancora che una soluzione tecnica/organizzativa di “presa in carico” del soggetto bisognoso di cura e assistenza, una «lettura antropologica rispetto ai bisogni globali dell’uomo che vede nel concetto di risposta al bisogno [...] una presa in carico globale delle necessità di vita del destinatario dell’attività»¹⁸⁷.

L’idea, che si vuole sostenere e che guida anche il capitolo successivo sullo sviluppo dell’integrazione socio-sanitaria nel sistema delle cure palliative, è quella di occuparsi del tema partendo da un approccio olistico, per poi giungere a tradurre il principio personalista in soluzioni organizzative e operative.

Secondo tale punto di vista, l’integrazione socio-sanitaria si pone come necessaria risposta organizzativa al termine di un percorso che ha inizio dalla persona, dai suoi diritti e dai bisogni da soddisfare, prosegue con l’individuazione dei servizi e delle prestazioni da erogare e si conclude con gli interventi di cui la persona stessa necessita. Tale prospettiva consente di riflettere anche in merito al rapporto tra prestazione e organizzazione del servizio, ponendo la prima in posizione preordinata rispetto alla seconda, nella consapevolezza che solo in tal modo è possibile un’effettiva ed efficace “presa in carico” del soggetto a partire dal bisogno individuale.

In questa logica, l’integrazione tra sociale e sanitario assurge a metodologia di lavoro che risponde all’esigenza pratica di farsi carico non solo dello stato di salute dell’utente dei servizi, ma considera lo stesso come un *unicum*, sviluppando un approccio, come detto, olistico, al bisogno assistenziale.

Sempre in tale ottica, l’integrazione socio-sanitaria assume pure una valenza strumentale, essendo indirizzata a realizzare un insieme di pratiche, culture e competenze professionali per aumentare il livello di collaborazione tra i due settori.

¹⁸⁷ Così L. Degani, *Commento al d.P.C.M. 14 febbraio 2001*, in E. Balboni - B. Baroni - A. Mattioni - G. Pastori (a cura di), *Il Sistema integrato dei servizi sociali*, cit., 535.

L'idea stessa dell'integrazione tra prestazioni sociali e sanitarie e tra le strutture che le erogano muove, infatti, la necessaria articolazione delle attribuzioni e delle competenze in capo alle amministrazioni coinvolte ed ai soggetti del privato sociale, chiamati ad operare congiuntamente ed in maniera integrata per affrontare i bisogni espressi dell'individuo.

Con riferimento ai due ambiti, sociale e sanitario, si considera, inoltre, come la centralità della persona venga in rilievo per poi tradursi in soluzioni organizzative: si pensi, ad esempio, all'espressione del consenso informato ad un trattamento terapeutico in sanità¹⁸⁸ e alla costruzione del progetto personalizzato per l'assistenza sociale.

In un contesto definitorio, l'espressione socio-sanitario indica l'unione o meglio la combinazione tra "due assistenze", sociale e sanitaria, e, dunque, la cura della persona che integri competenze ed interventi di tipo sanitario con competenze ed interventi di tipo sociale; in un processo che tiene conto della consapevolezza dell'insufficienza di una sola delle due ad offrire un adeguato livello di cura e di un uso maggiormente efficace delle risorse (si parla a tal fine di «appropriatezza economica»).

Con riguardo a tale ultimo aspetto, la necessità di un utilizzo ponderato delle risorse economiche, per un'efficiente realizzazione del sistema integrato, spinge a rifiutare la logica della separazione dei costi in ambito sociale e sanitario e, anzi, esorta i due settori a forme di collaborazione e interazione¹⁸⁹.

¹⁸⁸ Si vedano a tal proposito le riflessioni di V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2019, 49, secondo la quale, dal punto di vista della rilevanza dell'organizzazione sanitaria ai fini della tutela dei diritti correlati al consenso informato è significativo che la legge n. 219/2017 stabilisca che ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisca «con proprie modalità organizzative» la piena e corretta attuazione dei principi in essa affermati, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale (art. 1, comma 9.). L'autrice sottolinea come la portata e il contenuto delle posizioni vantate dagli utenti si risolvano «quasi integralmente nel modo di essere degli apparati» preposti all'erogazione dei servizi, «vale a dire nella loro organizzazione» anche nella prospettiva della tutela della libertà di autodeterminazione.

In generale, sul rapporto tra consenso informato e amministrazione sanitaria, v. A. Pioggia, *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in *Riv. trim. dir. pub.*, 1, 2011, 127 ss.

¹⁸⁹ In argomento v. A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, in R. Brolis - P. Maccani - A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, cit., 16.

L'integrazione socio-sanitaria può, dunque, essere definita come un insieme di indicazioni che, puntando sulla collaborazione tra sociale e sanitario, cerca di rispondere ai processi di cambiamento dei bisogni e di trasformazione dei sistemi di *welfare*¹⁹⁰.

Per far ciò è necessario che l'obiettivo primario dell'integrazione socio-sanitaria sia costituito dalla "cura" e dal "prendersi cura" della persona e dall'offrire opportunità che consentano alla stessa di trovare soluzione ai suoi diversi stati di bisogno (la «libertà dal bisogno»¹⁹¹, appunto).

I concetti di "cura" e di "prendersi cura", in inglese "to cure" e "to care", pur avendo due significati differenti, sono pervasi da logiche intimamente connesse. Il primo inerisce alle attività di cura prettamente sanitarie, che si esplicano sulla componente biologica dell'individuo; il secondo, che trova applicazione in ambito sociale, ha per oggetto le relazioni di assistenza che stimolano la componente psico-sociale della persona.

Anche se «la logica sanitaria o clinica è quella di "produrre guarigione"», mentre «la logica sociale è quella "fornire aiuto e sostegno"»¹⁹², entrambe devono essere impiegate in un sistema integrato che le colga ambedue.

Tale sistema è quello dell'integrazione socio-sanitaria che, come si vedrà nel prossimo capitolo, trova un esempio di compiuta applicazione nell'ambito delle cure palliative, laddove la dimensione del "prendersi cura" assume rilevanza quando le possibilità di guarigione sono limitate (si pensi alle malattie terminali o a quello cronico-degenerative), quando le cure di natura prettamente sanitaria non producono più effetti di rilievo.

In tale scenario, la "cura" e "il prendersi cura" non sono finalizzate alla guarigione, bensì a ridurre la sofferenza fisica e psichica dell'individuo.

In conclusione, se da un lato si avverte la necessità di promuovere azioni che stimolino e rafforzino il sistema di integrazione tra il sociale e il sanitario, dall'altro, non si può

¹⁹⁰ L. Degani - R. Mozzanica, *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*, cit., 16.

¹⁹¹ Così E. Rossi, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2018, 4.

¹⁹² Così G. Bissolo, *I principi dell'integrazione socio-sanitaria*, in G. Bissolo - L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, cit., 25.

fare a meno di evidenziare le difficoltà che hanno connotato – e che in parte continuano a connotare – l'accidentato percorso di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria in Italia (su cui v. *infra*).

Inoltre, non si può non evidenziare che le differenze regionali, che hanno portato a realizzare sistemi con caratteristiche diverse e peculiari (si pensi ad esempio alla sperimentazione di Regione Lombardia attuata con la l. 11 agosto 2015 n. 23, su cui v. *infra*), incidono nella definizione di un quadro generale dell'integrazione socio-sanitaria nel nostro Paese.

Obiettivo del presente capitolo è, dunque, quello di provare a delineare, alla luce della normativa di riferimento, il quadro nazionale, partendo, come si è visto, dalla definizione del concetto di integrazione socio-sanitaria, dai principi che la muovono, passando attraverso la sua evoluzione, analizzando il ruolo degli attori del sistema integrato e rilevando, in conclusione, alcune criticità che rendono gravoso il percorso di costruzione dell'integrazione tra i comparti sanitario e sociale.

III.2 Lo scenario normativo: dalla nascita all'evoluzione dell'integrazione socio-sanitaria sino alla «seconda riforma sanitaria»

Mentre la “cultura dell'integrazione” tra prestazioni sociali e sanitarie è entrata a far parte delle modalità di erogazione nell'ambito dei servizi in tempi relativamente recenti, il rapporto coordinato e integrato tra attività di cura sanitaria e assistenza sociale ha una tradizione molto più radicata nel tempo.

Sino ai primi decenni del Novecento, gli interventi sia di carattere sanitario che sociale rientrano nell'ambito della beneficenza pubblica, che trova un proprio riferimento normativo nella l. 17 luglio 1890, n. 6972¹⁹³.

¹⁹³ Ai sensi dell'art. 1 della l. n. 6972/1890 la beneficenza pubblica è l'attività volta a prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia, e a procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico.

Tutte le attività sia di carattere sanitario che socio-assistenziale pongono oneri a carico - secondo una scala decrescente - degli assistiti ove abbienti, dei congiunti obbligati agli alimenti e dei Comuni, competenti per domicilio di soccorso.

Ipab e Comuni si occupano di attività di beneficenza pubblica con estrema discrezionalità in ordine all'ammissione alle misure, all'organizzazione e strutturazione dei servizi e alla ripartizione degli oneri tra utenti e sistema pubblico.

Tale assetto muta con l'introduzione del sistema mutualistico.

Mentre i servizi sociali continuano ad essere di pertinenza dei Comuni a titolo di beneficenza pubblica, quelli sanitari sono attribuiti ad Enti assicurativi di carattere nazionale, cui i lavoratori sono obbligati ad iscriversi.

Si perviene poco dopo alla rigorosa distinzione tra previdenza sociale che, sotto forma di assicurazioni sociali, attribuisce al lavoratore, per sé o per i familiari, il diritto a prestazioni economiche e sanitarie in presenza di eventi lesivi, ed assistenza e beneficenza pubblica, circoscritte alle sole azioni dei Comuni per far fronte alle condizioni di bisogno dei soggetti¹⁹⁴.

La disposizione di cui all'art. 38 Cost., che fa riferimento all'«assistenza sociale», viene intesa come obbligo per la Repubblica di provvedere di istituire un sistema di assicurazione obbligatoria contro determinati rischi sociali¹⁹⁵. Il diritto all'assistenza, è, dunque, garantito prevalentemente attraverso erogazioni di tipo economico, piuttosto che mediante la prestazione di servizi alla persona.

Le conseguenze della netta distinzione tra sanità ed assistenza, del carattere prevalentemente sanitario o sociale di un certo tipo di servizio, delle competenze e dell'organizzazione settoriale del comparto di appartenenza, si sono rivelate

¹⁹⁴ In argomento si veda la ricostruzione effettuata da B. Baroni., *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, in E. Balboni - B. Baroni - A. Mattioni - G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, cit., 53 ss.

¹⁹⁵ L'assistenza sociale, di cui all'art. 38 Cost. richiede, sulla scorta di una rigorosa discrezionalità, la predeterminazione delle categorie di destinatari, ai quali garantire le prestazioni, che sono intese come reddito di lavoro. Invece, la beneficenza pubblica garantisce, sempre seguendo un criterio discrezionale, prestazioni in denaro e in servizi a favore di tutti coloro che si trovano in condizione di bisogno. Sulla beneficenza come carità al diritto all'assistenza sociale, cfr. la ricostruzione storica di N. Contigiani, *Le origini storiche della legislazione sociale e dell'assistenza pubblica*, in R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 28-37

particolarmente incisive. In definitiva, nell'ambito dei servizi socio-assistenziali non era presente alcuna componente d'ordine sanitario, né, di conseguenza, alcun obbligo di assunzione dei costi da parte dell'autorità sanitaria. Di contro, l'avente diritto all'assistenza sanitaria gratuita si trovava in taluni casi a dover farsi carico in proprio degli oneri degli interventi o, comunque, a dover colmare la parte rimanente dell'apporto fornito dall'ente locale, perché l'intervento ricadeva in prestazioni di matrice socio-assistenziale¹⁹⁶.

Nel corso degli anni '70, con il trasferimento alle Regioni di compiti e funzioni previsti in Costituzione, il legislatore sembra avvertire la necessità di garantire il coordinamento tra la sanità e il sociale. A tal fine si prevede che «tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza [...] sono attribuite ai comuni ai sensi dell'art. 118, primo comma, della Costituzione. La Regione determina con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali, e, se necessario, promuovendo ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 117 della Costituzione forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi. Gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari» (art. 25 del d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616).

E' solamente con la l. 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la cosiddetta «prima riforma sanitaria», che prende avvio il percorso di costruzione dell'integrazione socio-sanitaria in Italia.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è un obiettivo della legge sin dal suo primo articolo, nel quale viene indicata la necessità di un coordinamento tra gli stessi e le «attività e gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività».

La l. n. 833/1978, pur non esplicitando una definizione di integrazione socio-sanitaria, offre in ogni caso la possibilità di una gestione integrata dei servizi sociali e sanitari.

¹⁹⁶ Sulle tappe della evoluzione dell'integrazione socio-sanitaria v. B. Baroni., *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, cit., 55 ss.

Essa prescrive, infatti, i medesimi ambiti territoriali tra l'Unità sanitaria e i servizi sociali (art. 11), ne prevede la gestione da parte dei Comuni e richiede il coordinamento e l'integrazione dei servizi delle Usl con i servizi sociali del territorio (art. 14).

Purtuttavia, nonostante le buone intenzioni, alla l. n. 833/1978 non va sicuramente il merito di aver delineato con chiarezza gli aspetti organizzativi e finanziari, rimessi alle scelte, differenti e sovente ambigue, dei legislatori regionali, soprattutto per quel che concerne le modalità di finanziamento delle attività socio-sanitarie integrate.

Pochi anni dopo, la l. 27 dicembre 1983 n. 730 (legge finanziaria 1984) interviene per definire il quadro incerto, disponendo, all'art. 30, che «Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli Enti locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto e in parte, delle Unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate».

Detta norma sancisce per la prima volta in maniera chiara che l'onere finanziario delle prestazioni sanitarie presenti in interventi integrati e, dunque, connesse a quelle socio-assistenziali, è posto a carico del Servizio sanitario nazionale.

Con successivo atto normativo, il d.P.C.M. 8 agosto 1985, si completa l'assetto delineato dall'art. 30 della l. n. 730/1983.

L'art. 1 del d.P.C.M. individua le «attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali» nell'ambito dei servizi che «richiedono personale e tipologie di intervento propri del servizio socio-assistenziale», nelle azioni «dirette immediatamente e prevalentemente alla tutela della salute del cittadino [che] si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti».

Di rilievo è peraltro l'art. 6 del predetto d.P.C.M., che definisce le attività sanitarie connesse con quelle assistenziali, erogate in strutture protette ed individua le prestazioni socio-assistenziali non finanziate dal Fondo sanitario nazionale e, dunque, a carico degli Enti locali.

A seguito dell'emanazione di tale decreto, si avvia nei fatti l'inclusione di alcune tipologie di utenza nel nuovo comparto «di rilievo sanitario» e si individuano competenze professionali di tipo socio-assistenziale da impiegare nelle attività prettamente sanitarie¹⁹⁷. Purtroppo, ci si deve confrontare con una regolamentazione della materia per tratti non completa e per tratti suscettibile di interpretazioni difformi. In particolare, rimangono zone di incertezza per quanto riguarda l'Autorità (sanitaria o sociale) competente a disciplinare le strutture dell'integrazione, i requisiti organizzativi, i criteri di gestione delle attività qualificabili come sanitarie a rilevanza sociale e come sociali a rilevanza sanitaria, nonché per quanto riguarda la quota di spesa gravante sulla parte sociale o su quella sanitaria. Anche lo strumento della delega delle competenze socio-assistenziali da parte dei Comuni alle Usl, previsto dall'art. 30 della l. n. 730/1983 allo scopo di garantirne maggiormente l'integrazione con quelle sanitarie, è causa di controversie tra Comuni e Unità Sanitarie Locali, circa la spettanza degli oneri finanziari dei servizi erogati e in merito alla compartecipazione alle spese di assistenza sociale da parte dei destinatari delle prestazioni.

Le difficoltà anzidette per giungere ad un effettivo coordinamento tra prestazioni sociali e sanitarie, nonché le conflittualità derivanti dall'applicazione delle norme precedentemente esaminate inducono il legislatore ad intervenire nuovamente in materia.

Sia la cosiddetta «seconda riforma sanitaria», il d.lgs. n. 502/1992, che il successivo decreto di riordino, il d.lgs. 7 dicembre 1993 n. 517, operano, infatti, una revisione dell'organizzazione del Sistema sanitario nazionale, prevedendo, per quanto qui interessa: la “regionalizzazione” della sanità¹⁹⁸; l’“aziendalizzazione” delle Unità sanitarie locali (Usl), che non sono più strumenti operativi dei Comuni, ma divengono Aziende regionali (Asl), dotate di personalità giuridica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e deputate all'erogazione

¹⁹⁷ Sul punto v. A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria*, cit., 20.

¹⁹⁸ Alle Regioni spettano funzioni rilevanti nell'ambito della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie gestite dalle Aziende.

dei Lea; la separazione degli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali, ai fini contabili e finanziari.

In particolare, per quanto riguarda tale ultimo aspetto, le funzioni sanitarie sono attribuite alle Aziende sanitarie locali, mentre quelle sociali sono di competenza dei Comuni, che, con oneri a proprio carico, ne possono delegare la gestione alle Asl¹⁹⁹ (si tratta, tuttavia, di una soluzione nei fatti poco praticata).

Se, da un lato, la «seconda riforma sanitaria» ha il vantaggio di aver introdotto criteri per regolamentare il sistema di competizione tra soggetti pubblici e privati erogatori di servizi, consentendo al cittadino di scegliere a chi rivolgersi, dall'altro, estromettendo gli Enti locali dalla gestione dei servizi sanitari, ha finito per rallentare il percorso di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

III.3 Le prestazioni socio-sanitarie nella «terza riforma sanitaria» e nel successivo Atto di indirizzo e coordinamento

La «terza riforma sanitaria», introdotta dal d.lgs. 19 giugno 1999 n. 229, emanato in base alla delega contenuta nell'art. 2, lett. n) della l. 30 novembre 1998, n. 419, provvede ad un vero e proprio riordino del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di mantenere costante l'attenzione sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, richiamandone i principi e valorizzandone i processi programmatori.

In particolare, viene nuovamente in rilievo il ruolo dei Comuni nella programmazione concertata degli interventi socio-sanitari territoriali e nella costruzione dei Piani sanitari regionali; si prevede l'inserimento delle organizzazioni del Terzo settore tra i soggetti che si occupano dell'integrazione e la competenza delle Regioni nel fissare le modalità della stessa.

¹⁹⁹ La Conferenza dei Sindaci è l'organo di coordinamento tra Comuni e Asl in merito alla programmazione e all'andamento dei servizi.

A tal fine, il d.lgs. n. 229/1999 richiama i contenuti dell'assetto delineato nel Piano sanitario nazionale 1998-2000²⁰⁰, nel quale l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale si articola in tre livelli: quello istituzionale, che concerne il rapporto di collaborazione tra Comuni e Aziende sanitarie ed elegge il «distretto» dell'Unità sanitaria locale come ambito privilegiato per l'attuazione del processo di integrazione socio-sanitaria alla luce degli indirizzi regionali²⁰¹; quello gestionale, che riguarda sempre il distretto, struttura operativa che organizza l'integrazione; quello professionale, sede di scambio e di coordinamento integrato tra i vari professionisti, coinvolti anche nell'ambito delle unità valutative multidimensionali (su cui v. *infra*). Il d.lgs. n. 229/1999 dispone, dunque che la programmazione degli interventi socio-sanitari vada effettuata in ambito distrettuale (artt. 3-*quater*, 3-*quinqies*, 3-*sexies*), tramite intese tra le Direzioni generali delle Aziende sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati.

Di particolare interesse è l'art. 3, comma 1, del d.lgs. n. 229/1999, che aggiunge al d.lgs. n. 502/1992 un nuovo articolo, il 3-*septies*, dedicato proprio alla «integrazione socio-sanitaria».

Quest'ultima disposizione definisce le prestazioni socio-sanitarie e prevede la loro articolazione in prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, con fissazione di criteri per delimitare ciascun raggruppamento²⁰².

²⁰⁰ «Un patto di solidarietà per la salute», approvato con d.P.R. 23 luglio 1998.

²⁰¹ Significative sono le cure domiciliari e, in particolare, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), effettuate nell'ambito distrettuale.

²⁰² Ai sensi del comma 1 dell'art. 3-*septies*: «Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione».

Il comma 2 dell'articolo in commento prosegue nell'indicare le prestazioni incluse in quelle socio-sanitarie: «a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute».

«Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree

L'art. 3-*septies* opera, dunque, una nuova tipizzazione delle tipologie di attività socio-sanitarie in relazione all'intensità e alla rilevanza della presenza dell'una o dell'altra connotazione, sociale o sanitaria. In base a tale sistematizzazione, la norma definisce, quindi, le modalità di attribuzione delle spese al Servizio sanitario nazionale o ai Comuni.

Pochi mesi dopo, la l. n. 328/2000 recepisce appieno le disposizioni introdotte dal d.lgs. n. 229/1999, facendo proprio dell'integrazione tra diversi tipi di prestazioni uno dei punti di forza per la costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. I riferimenti all'integrazione socio-sanitaria sono riscontrabili soprattutto nelle disposizioni che disciplinano le modalità e i livelli di programmazione degli interventi sociali (art. 6, comma 3, lett. *b*); art. 8; art. 18, relativo al Piano sociale nazionale; art. 19, relativo al Piano sociale di zona).

Inoltre, come si è visto in precedenza, l'art. 22 della l. n. 328/2000, nell'elencare le prestazioni sociali che costituiscono livelli essenziali delle prestazioni, fa espresso riferimento a numerose attività volte a garantire interventi socio-sanitari integrati a favore di persone disabili, anziani, dipendenti dall'uso di sostanze stupefacenti, ecc.

L'art. 22 della l. n. 328/2000 fa comunque «salve le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni», facendo rinvio alla disciplina dettata dall'art. 3-*septies*, oggetto di precedente analisi.

In attuazione della l. n. 328/2000 viene poi emanato, il 3 maggio 2001, il Piano sociale nazionale 2001-2003²⁰³, che, nel tentare di tradurre in indicazioni di contenuto le linee

materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative» (comma 4) e sono assicurate «dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali» (comma 5); «le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La Regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza» (comma 6).

²⁰³ Il Piano sociale nazionale 2001-2003 è adottato con d.P.R. 3 maggio 2001.

tracciate dalla legge quadro, prevede modalità di coordinamento organizzative e procedurali - mediante molteplici raccordi con la programmazione sanitaria - volte a favorire l'integrazione socio-sanitaria.

La regolamentazione più significativa e puntuale in materia di integrazione socio-sanitaria si rinviene, tuttavia, nell'«Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie», di cui al d.P.C.M. 14 febbraio 2001²⁰⁴, che ha il merito di individuare le tipologie di prestazioni incluse nelle categorie di cui all'art. 3-septies del d.lgs. n. 502/1992 e di definire nel dettaglio le modalità di finanziamento delle stesse.

Gli interventi assumono nelle finalità del decreto la caratteristica della globalità, soddisfano le esigenze multidimensionali dei cittadini (sanitarie, sociali, economiche, relazionali..), i quali vengono identificati in qualità di destinatari del sistema²⁰⁵.

L'art. 2 del d.P.C.M. 14 febbraio 2001, di carattere introduttivo e dedicato alla «tipologia delle prestazioni», dispone al comma 1 che «l'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali». A partire dalle fasi temporali (intensiva, estensiva, lungo assistenza)²⁰⁶, che compongono il progetto individualizzato, si stabilisce poi l'intensità assistenziale dell'intervento.

²⁰⁴ Il d.P.C.M. 14 febbraio 2001 viene emanato in attuazione dell'art. 2, comma 1, lett. n), della l. n. 419/1998, laddove è prevista l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie di alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale e in considerazione dell'art. 3-septies del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, in cui è prevista la tipologia delle prestazioni socio-sanitarie e l'ambito dell'atto di indirizzo e coordinamento.

²⁰⁵ L. Degani. - R. Mozzanica., *op. cit.*, 2009, 58.

²⁰⁶ Ai sensi dell'art. 2, commi 4 e 5, del d.P.C.M. 14 febbraio 2001 «L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- c) la fase di lungo-assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato».

Il medesimo articolo dispone, inoltre, che le prestazioni socio-sanitarie, di cui all'art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., siano definite tenendo conto dei seguenti criteri: «la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata» (comma 2). E per la determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a: «a) funzioni psicofisiche; b) natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) modalità di partecipazione alla vita sociale; d) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento» (comma 3).

Nel merito della particolarità delle prestazioni interviene poi l'art. 3 che, come già anticipato, provvede alla tipizzazione delle prestazioni socio-sanitarie, richiamando la precedente classificazione operata dall'art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502/1992 e aggiungendo il riferimento alla competenza istituzionale e la quantificazione del carico economico.

Si legge infatti nell'art. 3 del d.P.C.M. 14 febbraio 2001 che le «prestazioni sanitarie a rilevanza sociale» sono di «competenza delle aziende Unità sanitarie locali ed a carico delle stesse; sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali» (comma 1). Le «prestazioni sociali a rilevanza sanitaria», di «competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi...» (comma 2). Le «prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza» (comma 3).

Le disposizioni esaminate sono completate da una tabella, allegata al d.P.C.M. e prevista dall'art. 4, che costituisce la parte immediatamente applicativa del decreto, in quanto fornisce una descrizione puntuale delle diverse prestazioni socio-sanitarie e

quantifica le quote percentuali che gravano finanziariamente rispettivamente sul Servizio sanitario nazionale e sui Comuni²⁰⁷.

Da ultimo, non si può non osservare come la riforma costituzionale del Titolo V, Parte II della Costituzione abbia avuto i propri effetti anche nel percorso di integrazione tra il comparto sanitario e sociale²⁰⁸.

Una rilevante conseguenza della riforma nel sistema di integrazione socio-sanitaria è sicuramente da ricercare nell'assenza, nel nuovo testo costituzionale, della previsione della funzione di indirizzo e coordinamento dello Stato nei confronti delle Regioni. Motivo per cui la qualificazione del d.P.C.M. 14 febbraio 2001 come atto che esprime la funzione statale di indirizzo e coordinamento ne abbia messo in discussione la vincolatività nei confronti delle Regioni.

A tal proposito, si osserva che il d.P.C.M. 14 febbraio 2001 è un provvedimento amministrativo conseguente ad una disciplina contenuta in leggi "sanitarie" (art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.) ed è diretto a regolamentare non tanto aspetti di natura sociale, quanto i contenuti e i limiti dell'apporto del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei servizi integrati. Inoltre, le sue disposizioni sono state fatte proprie dal successivo decreto che ha definito i livelli essenziali di assistenza (su cui si dirà a breve) e sono state richiamate dalle Regioni nei propri sistemi sanitari o sociali²⁰⁹.

²⁰⁷ Per la parte di spettanza dei Comuni è comunque prevista la compartecipazione da parte dell'utente, prevista dalla disciplina regionale e comunale.

A. Albanese, *L'integrazione socio-sanitaria*, cit., 140 osserva come la puntualità e la concretezza del decreto, nonché della tabella allegata, svolgono un ruolo molto importante ai fini della effettiva esigibilità delle prestazioni da parte degli utenti; tuttavia le modalità di riparto della spesa fra le amministrazioni competenti hanno causato problemi e contenziosi inerenti all'addebito dei costi alle Asl o ai Comuni anche dopo l'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento. Ciò è derivato anche dalle difficoltà di applicazione ai casi concreti dei parametri previsti dalla tabella allegata al d.P.C.M. e dalle perduranti incertezze sull'attribuzione del carico finanziario gravante su ciascun ente, connesse al fatto che la previsione delle modalità di calcolo delle percentuali del costo delle prestazioni non sia stata preventivamente definita.

²⁰⁸ In argomento v. le riflessioni di A. Albanese, *L'integrazione socio-sanitaria*, cit., 139-140.

²⁰⁹ Nel nuovo quadro costituzionale spetta alla programmazione regionale definire le azioni per raggiungere l'obiettivo di una rete integrata di servizi socio-sanitari; le scelte per l'attivazione degli interventi sul territorio sono invece rimesse agli attori locali, pubblici e privati.

In virtù di tali considerazioni, si ritiene ad oggi rilevante ed applicabile la disciplina contenuta nel decreto in esame²¹⁰.

III.4 L'area dell'integrazione socio-sanitaria nei livelli essenziali di assistenza

Definiti i confini della “materia” assistenza socio-sanitaria e dato conto della sua evoluzione normativa, è opportuno, a questo punto, volgere lo sguardo agli ambiti nei quali essa trova applicazione.

Un utile “campo di osservazione” può essere anzitutto individuato nei «livelli essenziali delle prestazioni», perché è indubbio che in essi debbano essere ravvisate le principali aree nelle quali integrare le prestazioni sanitarie e quelle sociali²¹¹.

Come ben noto, al momento soltanto i livelli essenziali sanitari sono stati definiti, dapprima con il d.P.C.M. 29 novembre 2001 e, recentemente, ri-disciplinati mediante il d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

Entrambi i decreti adottano un'impostazione generale e si muovono su una linea definitoria differenti rispetto a quelle previste dalle disposizioni richiamate nel precedente paragrafo, in particolare nel d.P.C.M. 14 febbraio 2001: se, infatti, quest'ultimo definisce le tipologie di prestazioni in relazione alla loro prevedibile durata e diversa intensità assistenziale, che in esse viene ad assumere la componente sanitaria rispetto a quella sociale (o viceversa), la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, operata in primo luogo con il d.P.C.M. del 2001, viene realizzata con il riferimento a tipologie di soggetti (ovvero a condizioni di bisogno) cui tali prestazioni devono essere assicurate e, di conseguenza, mediante una definizione puntuale e

²¹⁰ Sulla sopravvivenza della funzione statale di indirizzo e coordinamento dopo la riforma del Titolo V della Cost. cfr. V. Molaschi, *L'organizzazione amministrativa dei servizi sociali*, in Id. - R. Morzenti Pellegrini (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 85 ss. e alla bibliografia ivi richiamata.

²¹¹ In argomento v. V. Molaschi, *L'articolazione dei livelli essenziali delle prestazioni nei diversi settori dei servizi sociali*, in Id., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008, 215 ss.

preventiva delle prestazioni erogabili, con l'obiettivo di rendere chiaramente individuabile ciò che rientra nell'ambito degli interventi comunque garantiti dal Ssn. All'interno di tale logica complessiva, il d.P.C.M. 29 novembre 2001 ribadisce la necessità dell'integrazione socio-sanitaria, specificando che «la precisazione delle linee prestazionali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza», e che «questa specifica area erogativa merita una trattazione specifica [...] per il rilievo che assume, all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio» (Allegato 3, lettera *d*), rinviando nello specifico al d.P.C.M. del 14 febbraio 2001 sulle prestazioni socio-sanitarie.

Lo stesso decreto del novembre 2001 cerca di operare un raccordo con il precedente, inserendo nella tabella dell'allegato 1C, dedicato all'«area socio-sanitaria», una «tabella riepilogativa» che evidenzia, accanto alle prestazioni sanitarie, quelle sanitarie di rilevanza sociale, nonché quelle «nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN». In buona sostanza, laddove vi siano prestazioni in cui la componente sanitaria e quella di protezione sociale non possono essere distinte, si dichiara che la scelta relativa alla quota da far gravare sul bilancio dei Comuni è convenzionale, non rapportata, dunque, a parametri definiti.

La disomogeneità tra i due decreti ha creato problemi interpretativi ed applicativi, condizionando le scelte legislative delle Regioni e generando contenziosi in ordine all'imputazione dei costi delle prestazioni a carico del Ssn o dei bilanci comunali. Risulta evidente, tuttavia, come la qualificazione del d.P.C.M. 29 novembre 2001 quale atto di definizione dei Lea e, pertanto espressione della competenza normativa esclusiva statale, lo renda comunque prevalente sull'atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001, laddove le rispettive previsioni risultino incogruenti²¹².

²¹² Così A. Albanese, *L'integrazione socio-sanitaria*, cit., 145.

Il nuovo decreto in materia di livelli essenziali di assistenza, il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 non costituisce un mero aggiornamento del testo precedente, bensì «una riscrittura totale, secondo una nuova concezione di assistenza sanitaria»²¹³.

Si tenta, dunque, una comparazione tra i due testi.

Il d.P.C.M. 29 novembre 2001 ricomprendeva nell'«Assistenza distrettuale» le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, articolando le relative prestazioni nell'allegato 1C nell'ambito dell'«Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare»²¹⁴ e dell'«Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale»²¹⁵.

Il nuovo d.P.C.M. in materia di Lea dedica l'intero Capo IV (articoli 21-35) all'«Assistenza sociosanitaria», inclusa nell'ambito dell'«Assistenza distrettuale». L'area socio-sanitaria individua i percorsi domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. L'omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree dovrà essere garantita da specifiche linee di indirizzo, sancite con Accordo in sede di Conferenza unificata, anche con l'apporto delle autonomie (art. 21, comma 1).

²¹³ M. Bergo, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, n. 2/2017, 7. Secondo E. Rossi, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, cit., 10, tale affermazione forse appare eccessiva, perlomeno sul versante delle prestazioni sociosanitarie, ma esprime nondimeno il senso della profonda revisione cui sono stati sottoposti i Lea del 2001.

²¹⁴ - Assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale);
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie;
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV;

²¹⁵ - Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti;
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici;
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

Il provvedimento in esame individua e descrive le tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale, ai quali corrispondono diversi percorsi assistenziali, confermando di fatto quanto già previsto nel precedente decreto, se non per l'introduzione di nuove prestazioni e servizi, quali le cure palliative domiciliari (oggetto di trattazione successiva), il servizio di neuropsichiatria infantile, e per l'estensione dell'area delle dipendenze a tutte le dipendenze patologiche e ai comportamenti di abuso (fra questi anche la ludopatia).

Così, ad esempio, l'assistenza domiciliare integrata ai malati cronici non autosufficienti è stata declinata in quattro livelli di progressiva intensità: a) cure domiciliari di livello base; b) cure domiciliari integrate (ADI) di I livello; c) cure domiciliari integrate (ADI) di II livello; d) cure domiciliari integrate (ADI) di III livello che sostituiscono la c.d. ospedalizzazione domiciliare.

Analogamente, l'assistenza residenziale ai medesimi pazienti è stata articolata in: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale; b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.

Si può dunque ritenere, che il nuovo decreto, pur richiamando le medesime tipologie di prestazioni, indicate dal precedente, abbia di fatto ampliato le categorie di soggetti destinatari di prestazioni socio-sanitarie da ricomprendersi tra i livelli essenziali, sia con riferimento a nuove forme di dipendenza, che con riguardo a fattispecie non considerate nei precedenti livelli del 2001 (ad es. i soggetti bisognosi di cure palliative).

Altro elemento di novità, portato dal decreto sui Lea del 2017, sta nella nuova "accezione" data alla valutazione dei bisogni per la presa in carico del soggetto.

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, «il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale». La norma, al comma 2, specifica che le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

La valutazione multidimensionale, volta ad individuare i bisogni del soggetto sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), sostituisce nella sua formulazione (e non nel contenuto) la precedente «valutazione multidisciplinare», di cui al d.P.C.M. 14 febbraio 2001²¹⁶.

Il mutamento terminologico da «multidisciplinare» a «multidimensionale» tiene conto, nell'ottica di addivenire ad una completa ed integrata valutazione del bisogno, dell'intervenuto passaggio dal considerare il solo riferimento alle competenze professionali all'indagare le dimensioni personali del soggetto.

In tal senso, la differente formulazione esprime un significativo passo in avanti, perché centra l'obiettivo dell'intervento sulla persona da assistere e non solo sulle figure professionali coinvolte nella valutazione del bisogno²¹⁷.

In considerazione dei bisogni del malato, «l'Unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia» redige il «Progetto di assistenza individuale» (PAI), nel quale sono definiti «i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona» (art. 21, comma 3).

Anche in tale disposizione deve essere sottolineata una differenza terminologica rispetto alla previsione dettata dal decreto precedente: il d.P.C.M. del febbraio 2001 faceva, infatti, riferimento alla «definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato» (art. 4, comma 3). Tale mutamento di denominazione (da «piano di lavoro» a «progetto di assistenza») riprende quanto detto poc'anzi, in relazione all'evidente cambio di prospettiva, volta a privilegiare la finalità dello strumento (un «progetto di assistenza») e a ritenere di secondo ordine la predisposizione degli interventi da realizzare (il «piano di lavoro») da parte delle competenti professionalità. Per quanto riguarda le prestazioni che richiedono «l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali», esse sono definite

²¹⁶ Art. 4, comma 3, d.P.C.M. 14 febbraio 2001: «Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione *multidisciplinare* del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti».

²¹⁷ Si riprendono le osservazioni di E. Rossi, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, cit., 11.

- come nel 2001 - in relazione a categorie di soggetti destinatari; può essere utile, al riguardo, un confronto tra i due testi in relazione alla categoria dei “malati terminali”, che interessa il presente elaborato.

Il d.P.C.M. del 2001 prevedeva l’obbligo di «attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali», sia in ambito domiciliare e ambulatoriale, che attraverso strutture residenziali. Il d.P.C.M. del 2017, invece, prevede interventi di tipo residenziale, nell’ambito della rete locale di cure palliative, «alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta» (art. 31).

Pur trattandosi della medesima tipologia di pazienti, ci si domanda perché il nuovo decreto sui Lea non preveda espressamente, così come disciplinato in precedenza, interventi di tipo domiciliare a favore di malati terminali.

La risposta al quesito può essere ricercata nell’art. 23 del d.P.C.M. del 2017, che, come si avrà modo di vedere, assicura il diritto a «cure domiciliari palliative (...) a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita». Si tratta, con tutta evidenza, degli stessi soggetti destinatari della previsione di cui all’art. 31, i quali, dunque, sono destinatari anche di interventi domiciliari.

A conclusione dell’esame dei provvedimenti che hanno definito l’integrazione socio-sanitaria nell’ambito dei livelli essenziali delle prestazioni, si può osservare come le discipline richiamate non si occupino a sufficienza delle questioni strettamente organizzative, riguardanti l’erogazione delle prestazioni.

In argomento, la dottrina prospetta la possibilità di un riflesso della competenza esclusiva statale nel determinare i livelli essenziali sulla disciplina dell’organizzazione dei servizi preposti alla garanzia degli stessi²¹⁸.

²¹⁸ La disposizione dell’art. 117, comma 2, lett. m), è stata oggetto di ampia attenzione da parte della dottrina per quanto riguarda il profilo segnalato. In tal senso cfr. E. Balboni, *Il concetto di livelli essenziali e uniformi come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2001, 1103; M. Luciani, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell’art. 117, comma*

La questione consiste nello stabilire se, e fino a che punto, la competenza ex 117, comma 2, lett. m), Cost., possa estendersi alla disciplina dei profili dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Il giudice costituzionale, con la sentenza 20 marzo 2005, n. 120, ha escluso che gli aspetti inerenti all'organizzazione possano rientrare nella nozione di «prestazione».

Di contrario avviso è, invece, la Corte costituzionale, con sentenza 23 marzo 2006 n. 134, laddove ritiene che rappresenti legittimo esercizio della competenza ex 117, comma 2, lett. m), la determinazione degli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito».

Se, dunque, secondo il più recente orientamento della Consulta ed in linea con quanto ritenuto dalla dottrina, non sembrano sussistere dubbi in ordine alla possibilità di incidere, attraverso la determinazione dei livelli essenziali, sull'organizzazione delle strutture preposte ad erogare le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, meno chiaro appare il limite di tale competenza, cioè il confine oltre il quale l'intervento statale perde la copertura dell'art. 117, comma 2, lett. m), per tradursi in un'illegittima interferenza in ambiti riservati alla competenza regionale.

Si è visto in precedenza che l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni rappresenta lo strumento per dare corpo e definire il contenuto dei diritti, cui le relative prestazioni ineriscono.

2, lett. m), della Costituzione, cit., 345 ss.; secondo quest'ultimo autore il riferimento ai «livelli» essenziali non deve far pensare soltanto alla necessità di determinazione di livelli quantitativi, ma anche alla definizione della «struttura organizzativa» che assicura la garanzia dei diritti. Nello stesso senso, R. Balduzzi, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni regionali*, 2002, 65 ss.: «prescrivere livelli essenziali e uniformi di assistenza quale oggetto di competenza esclusiva statale sembra infatti implicare conseguenze importanti anche sull'organizzazione dei servizi sanitari». Cfr. anche C. Pinelli, *Sui «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, cit., 899: «Molte disposizioni del Titolo V presuppongono anzitutto una strutturale, anche se non integrale, disgiunzione fra determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ed erogazione delle prestazioni, con la connessa organizzazione dei relativi servizi».

In argomento si v. pure le riflessioni di V. Molaschi, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008, 314 ss.; Id., *I livelli essenziali delle prestazioni nella Sanità*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà - P. Zatti - R. Ferrara (a cura di), *Salute e Sanità*, Milano, 2010, 445 ss.

In tale prospettiva, la distinzione concettuale tra livello essenziale e «prestazione», anche alla luce della richiamata giurisprudenza sul contenuto essenziale (livello minimo) dei diritti, evidenzia come sia possibile, in astratto, separare il contenuto di ogni diritto dalla dimensione concreta dello stesso²¹⁹. Le singole prestazioni debbono, quindi, essere individuate sulla base di evidenze che garantiscano l'appropriatezza, nel quale è ricompreso anche il riferimento al condizionamento finanziario dei diritti, con la finalità di adeguare il ventaglio delle prestazioni erogate agli sviluppi delle scienze mediche e tecnologiche e consentire il loro costante aggiornamento.

Se la distinzione tra livelli essenziali e prestazioni che li sostanziano risulta agevole dal punto di vista teorico, lo stesso non può dirsi dal punto di vista dell'applicazione pratica; purtuttavia, tale separazione concettuale può essere di utilità al fine di risolvere la questione della congruità degli strumenti di regolazione normativa.

In buona sostanza, la distinzione tra livelli essenziali e prestazioni può consentire di definire i primi con legge, in osservanza dell'art. 117, lett. *m*), Cost., e con fonte secondaria o amministrativa, mediante procedure volte al coinvolgimento delle Regioni, nel rispetto del principio di leale collaborazione, le seconde.

Secondo tale prospettiva, la legge statale di definizione dei livelli impone (come, ad esempio, per l'ambito sanitario) il raccordo in Conferenza Stato-Regioni, con l'evidente pregio di limitare il rischio di conflitti di esclusione e sopraffazione di un livello di governo sull'altro. Tale meccanismo è in grado di tutelare le istanze autonomistiche e di garantire le esigenze del decentramento in ordine alla determinazione dei livelli, nonché di arginare eventuali interventi di straripamento della legislazione statale²²⁰.

Con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria, proprio gli aspetti organizzativi, come si vedrà nella prossima sezione, costituiscono l'ambito nella quale

²¹⁹ Cfr. E. Pesaresi, *La «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni» e la materia «Tutela della salute»: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, in *Giur. cost.*, 2006, fasc. 2, 1733-1764

²²⁰ Sul ruolo di co-normazione e di partecipazione alla determinazione dell'indirizzo politico della Conferenza Stato-Regioni, si veda I. Ruggiu, *Conferenza Stato-Regioni: un istituto del federalismo «sommerso»*, in *Le Regioni*, 5/2000, 883 ss.; Id., *La Conferenza Stato-Regioni nella XIII e XIV legislatura*, in *Giur. cost.*, 1/2003, 206 ss.

si è maggiormente sviluppata la differenziazione delle scelte operate dalla legislazione regionale.

Molte Regioni, infatti, nell'esercizio della propria potestà legislativa in materia di tutela della salute e di assistenza sociale, hanno fatto proprio del principio dell'integrazione socio-sanitaria uno dei punti cardine delle esperienze di coordinamento integrato tra i settori sociale e sanitario.

Sarà, infatti, oggetto di successiva trattazione la sperimentazione attuata dalla Regione Lombardia volta a riformare il servizio socio-sanitario lombardo.

III.5 Il sistema dell'integrazione socio-sanitaria: i livelli, gli attori e gli strumenti operativi della rete di offerta

L'integrazione socio-sanitaria presuppone un coordinamento tra interventi a diversi livelli, che trovano una propria specificazione già nel Piano sanitario nazionale 1998 - 2000.

Secondo le indicazioni dello stesso, ad un primo livello si colloca l'integrazione istituzionale: «i soggetti interessati a integrare responsabilità e risorse sono enti pubblici titolari di risorse finalizzate alla presa in carico integrata dei bisogni della popolazione, in particolare enti locali, aziende sanitarie, province, comunità montane, amministrazioni decentrate dello Stato, ecc...».

Tale integrazione si realizza tramite la pianificazione operata ai diversi livelli istituzionali (Piani socio-sanitari regionali²²¹, Piani di zona, Programmi delle attività territoriali²²²...) e attraverso un'ampia dotazione di strumenti giuridici (convenzioni,

²²¹ Il Piano socio-sanitario regionale definisce gli indirizzi per lo sviluppo e la gestione del sistema socio-sanitario di ciascuna Regione.

²²² Ai sensi dell'art. 3-quater del d.lgs. n. 229/1999:

«2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali [...]

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

accordi di programma, protocolli d'intesa...) e coinvolge, come si è detto, le realtà istituzionali che sono chiamate ad integrare le loro responsabilità (e quindi le loro competenze), nonché organismi come, ad esempio, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale²²³ e il Comitato dei sindaci di distretto²²⁴.

Tra i vari tentativi effettuati in ambito regionale per realizzare un'efficace integrazione socio-sanitaria, si ricorda quello della Regione Toscana, che dai primi anni del duemila iniziò un percorso di sperimentazione mediante la realizzazione della «Società della salute»: un modello, previsto dal Piano sanitario regionale 2002-2004, avviato sulla scorta della deliberazione 24 settembre 2003 n. 155 «Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute» ed entrato in vigore dopo la sperimentazione di durata biennale.

-
- a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;
 - b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
 - c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale[...].

²²³ Art. 2 del d.lgs. 229/1999: «(Modificazioni all'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. All'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti:
2. 2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali».

²²⁴ Art. 3-quater del d.lgs. 229/1999 «(Distretto)

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione».

La Società della Salute²²⁵ ha natura giuridica di consorzio pubblico, con piena personalità giuridica e senza fine di lucro (ai sensi degli artt. 31 e 113-bis del d.lgs. n. 267/2000).

Tale soluzione, che individua un soggetto organizzativo a livello territoriale, valorizza in particolare l'apporto delle comunità locali, delle parti sociali e del Terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione. Avendo il compito di gestire in maniera integrata i servizi socio-sanitari del Distretto e i servizi socio-assistenziali dei Comuni, protagonisti della Società della Salute sono Asl e Comuni, che esercitano anche il ruolo di committenti, negoziando e finanziando varie attività.

Il fine della sua costituzione è, dunque, quello di «rilanciare la cultura del distretto inteso come livello a cui collocare l'organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio-assistenziale, a partire dai Comuni, dalla società civile (in particolare volontariato e Terzo settore), dalle associazioni e dall'esperienza dei servizi territoriali»²²⁶.

Sempre in tema di integrazione istituzionale, occorre sottolineare come molte delle soluzioni regionali abbiano, comunque, riguardato l'ambito della programmazione integrata, disciplinando Piani integrati socio-sanitari variamente definiti²²⁷.

²²⁵ Sulla Società della Salute in Toscana si vedano, in particolare, la l.r. 24 febbraio 2005 n. 40 «Disciplina del servizio sanitario regionale»; la l.r. 28 dicembre 2015, n. 84 «Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. 40/2005»; la l.r. 23 marzo 2017, n. 11 «Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005».

²²⁶ C. Corposanto - A. Passerini - G. Splendore, *Le forme di gestione*, in G. Bissolo - L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, 2005, 142.

²²⁷ Ad esempio, la Regione Veneto con la legge regionale 14 settembre 1994 n. 56 ha stabilito che «La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale» (art. 6). Successivamente altre Regioni hanno percorso la medesima strada. Così in Emilia-Romagna da più di un decennio viene adottato un Piano integrato sociale e sanitario; come si legge nel Piano relativo al triennio 2017 -2019 (d.C.R. 12 luglio 2017 n. 120), la scelta è stata «di non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali», in quanto sarebbe «quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato

Ad un secondo livello si trova l'integrazione gestionale, che costituisce il piano della struttura operativa: essa si realizza nell'ambito del Distretto individuando «configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni». Tale livello di integrazione utilizza approcci multidimensionali e modalità operative, basate sul lavoro per progetti²²⁸.

Gli attori responsabili dell'integrazione gestionale sono i Comuni e le Aziende sanitarie locali, chiamati ad individuare, anche avvalendosi della collaborazione di soggetti pubblici e privati *non profit*, le modalità organizzative e gestionali che promuovono la collaborazione e l'integrazione²²⁹. Ciò è possibile grazie al ruolo di "regia" svolto dal Distretto che «assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali [...]. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale (art. 3-*quater* del d.lgs. n. 502/1992)²³⁰.

Su tale piano, l'elemento forse più significativo riguarda la redazione di progetti personalizzati, che costituisce la premessa logica ed operativa per interventi integrati. Oltre al riferimento contenuto nel decreto sui nuovi Lea e di cui si è già detto, va richiamato, per quanto qui interessa, il modello organizzativo per la realizzazione della

gli sforzi e gli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie».

²²⁸ A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, cit., 42.

²²⁹ Anche a tale livello, numerosi sono i modelli e le forme di gestione delle attività sociali e sanitarie, che, per ragioni di brevità, non possono, trovare spazio nel presente elaborato. Sui modelli di gestione dei servizi per la promozione dell'integrazione socio-sanitaria si rimanda, dunque, a A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, cit., 48-53.

²³⁰ Ai sensi dell'art. 3-*quinquies*, comma 2, del d.lgs. n. 502/1992, che disciplina le funzioni e le risorse del distretto, esso garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

rete di cure palliative (su cui v. *infra*), mediante la redazione di un piano di assistenza individuale da parte di un'equipe multidisciplinare.

Nella logica dei livelli, vi è infine il piano dell'integrazione professionale, finalizzata ad orientare il lavoro professionale, ad integrare ed armonizzare le competenze nella produzione di servizi socio-sanitari.

Sempre secondo il Piano sanitario nazionale 1998-2000, «condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate».

Al fine di perseguire tali obiettivi, si possono utilizzare alcuni strumenti operativi, tra i quali appositi protocolli che regolano le azioni da compiere e le mansioni professionali dei diversi operatori, l'individuazione di un *case management*²³¹, il lavoro di *équipe*, il Punto unico di accesso (Pua)²³², l'Unità di valutazione

²³¹ Il Case management secondo la definizione approvata dalla Case Management Society of America è «un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere *outcomes* di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia»

²³² Il Punto unico di accesso (Pua) è una modalità organizzativa che permette a coloro che presentano bisogni complessi di salute, l'accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari. Nella normativa nazionale si parla per la prima volta di «Sportello unico di accesso» nel decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007, essendo previsto all'interno della sperimentazione del modello assistenziale «Casa della Salute» al fine di realizzare l'integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali. L'ultimo riferimento è rinvenibile nell'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009, che presenta tra gli obiettivi primari l'incremento dell'Assistenza domiciliare integrata anche attraverso la costituzione dei Punti unici di accesso.

multidisciplinare (Uvm)²³³, la Valutazione multidimensionale (Vmd)²³⁴, il Piano o progetto assistenziale individualizzato (Pai)²³⁵.

Se è vero che l'integrazione socio-sanitaria si sviluppa ispirandosi ad una filosofia che rifiuta il dualismo – a livello istituzionale, gestionale ed economico – tra servizi sanitari, di competenza del Ssn e servizi sociali, attribuiti agli Enti locali²³⁶, è altrettanto vero che per potenziare i livelli attraverso i quali si compie la stessa è necessario, come visto, sviluppare forme integrate di coordinamento tra i Distretti socio-sanitari e i Comuni.

Purtuttavia, oltre ad un'integrazione tra più livelli, che investe le dimensioni istituzionale ed organizzativa, gestionale e professionale, è necessario che si verifichi anche un'integrazione tra gli interventi di uno specifico livello (professionale, gestionale...). Non bastano, infatti, la «multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, più punti di vista, più strategie, più idee, ma è essenziale la sommatoria di questi diversi elementi ed entità»²³⁷.

III.6 *Segue*: le professioni dell'integrazione socio-sanitaria: “ibridazione” dei ruoli, criticità e prospettive

²³³ L'Unità di valutazione multidisciplinare (Uvm) è un'équipe di specialisti, composta da molteplici figure professionali dell'area medica, sanitaria e sociale, la cui funzione è quella di leggere le esigenze dell'utente con bisogni complessi di natura socio-sanitaria e di trovare risposte ad essi, disegnando specifici percorsi di assistenza.

²³⁴ Si rimanda a quanto detto nel par. II.12

²³⁵ Il Piano o progetto assistenziale individualizzato (Pai) è il documento di sintesi, formato all'esito della valutazione multidimensionale. A partire da quanto emerge da essa, il Pai va a definire «le azioni e gli interventi necessari a rimuovere i problemi, i risultati attesi dalle prestazioni erogate, i tempi di verifica delle attività e gli *outcomes* previsti» (D. Buracchio, *Scenari e competenze per il manager sociale*, Milano, 2009, 82) con lo scopo di dare avvio ad un progetto di assistenza e di cura. Tra i componenti dell'équipe multidisciplinare è generalmente individuato il responsabile del “caso”, spesso definito *case manager*, che coordina gli interventi e verifica il raccordo tra interventi sanitari e sociali, stabilito nel piano assistenziale.

²³⁶ In argomento cfr. S. Piazza, *La pianificazione*, in G. Bissolo - L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, 2005, 103 ss.

²³⁷ P. Frau, *L'integrazione sociosanitaria*, in <http://www.astrid-online.it>.

Si è visto, nella parte che precede, come la promozione e la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria necessitino di considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti di cura impiegate dai diversi attori in ciascuno dei livelli descritti.

In tale sistema un ruolo cardine è rivestito dai professionisti dei due comparti in esame, il sanitario e il sociale.

Non è, tuttavia, interesse della presente trattazione soffermarsi sulla descrizione dei profili, quanto quello di evidenziare la necessità di una ridefinizione delle culture professionali e le prospettive di una ben strutturata condivisione interprofessionale e, infine, sottolineare alcuni aspetti critici che si ripercuotono sulle pratiche delle professioni socio-sanitarie nel percorso di cura.

Si parte dall'ipotesi formulata da alcuni studiosi della materia²³⁸, che muove dal concetto di «mutazione sociale», un processo di transizione tra il paradigma tradizionale di professione²³⁹ e qualcosa ancora in via di definizione²⁴⁰ e che interessa l'autonomia decisionale del professionista, i processi di lavoro e la relazione con l'utente.

²³⁸ R. Lusardi - S. Tomelleri, *Gli ibridi professionali. Le culture professionali alla prova dell'integrazione socio-sanitaria*, in *Salute e Società*, XVI, suppl. 3/2017, 12.

²³⁹ In argomento si richiamano le riflessioni di S. Tomelleri, *Quali professionalità per il nuovo welfare?*, in V. Cesareo (a cura di), *Welfare responsabile*, Milano, 2017, 465 ss. Secondo l'autore, T. Parsons, (*The Professions and Social Structure*, in *Social Force*, 1939, 457-467) è stato il primo e noto sociologo che ha tentato di chiarire il paradigma tradizionale delle professioni, sostenendo che nella società moderna l'economia capitalistica, l'organizzazione razionale-legale e l'affermarsi delle professioni sono processi sociali tra loro connessi che si bilanciano reciprocamente per il mantenimento di un ordine sociale e normativo. La specificità delle professioni rispetto alle organizzazioni gerarchiche si fonda, tuttavia, su principi di collegialità e di condivisione. Le professioni hanno, inoltre, modi diversi di organizzare il lavoro, di interagire con il cliente e i valori professionali si basano sulle competenze prodotte dall'istruzione, dalla formazione e dalla socializzazione attraverso l'apprendistato. Le relazioni professionali, secondo Parsons, sono collegiali, cooperative e di reciproco sostegno, caratterizzate da rapporti di fiducia nelle interazioni con il cliente e con il datore di lavoro.

S. Tomelleri evidenzia che, sebbene lo studio di Parsons sia stato oggetto di numerose critiche, soprattutto per la visione funzionalistica delle professioni, «la sua analisi dei principi di fiducia, collegialità e condivisione sono riconosciuti dagli studiosi delle professioni come contributi teorici fondamentali per comprendere l'emergenza di nuove professionalità nell'attuale scenario sociale». Sul punto v. anche E. Friedson, *Professionalism: the Third Logic*, Cambridge, 2001.

²⁴⁰ P.S. Adler - S.W. Kwon - C. Heckscher, *The mutation of professionalism as a contested diffusion process: Clinical guidelines as carriers of institutional change in medicine*, in *Journal of Management Studies*, 2013.

Secondo tale teoria, si assiste non solo ad un mutamento del «ruolo, [del]le funzioni o [del]lo *status* connesso alle professioni», ma ad una ridefinizione delle «culture professionali, cioè le configurazioni di idee, valori e comportamenti che contribuiscono a dare senso all'agire professionale».

Tale cambiamento sembra influenzare anche gli aspetti organizzativi che riguardano le pratiche di integrazione socio-sanitaria.

Le culture professionali, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, rappresentano delle vere e proprie subculture della più ampia cultura organizzativa, che viene fatta coincidere con la cultura del servizio.

Ogni subcultura, che possiede caratteristiche univoche, proprie dell'agire dei professionisti che ne fanno parte, prima di divenire una subcultura all'interno di un contesto di lavoro organizzato, nasce e si “forma” attraverso canali, che di norma coincidono con percorsi formativi istituzionalizzati. I tratti caratterizzanti la subcultura, a contatto con la cultura organizzativa e con eventuali altre culture professionali, tendono poi a mutare attraverso «il “processo di ibridazione”, ovvero la coesistenza nella medesima subcultura ibrida di proprietà e principi appartenenti a differenti domini professionali»²⁴¹.

Dall'esame delle proprietà univoche di ciascuna subcultura è, infine, possibile ricavare il profilo culturale “tipo” per ognuna delle principali professioni, coinvolte nella realizzazione del sistema di integrazione socio-sanitaria: professioni sanitarie (infermieristica e medica), sociali (assistenti sociali) e amministrative (personale amministrativo che adempie alle pratiche di integrazione socio-sanitaria)²⁴².

Le tre culture professionali si confrontano ed interagiscono quotidianamente nei contesti organizzativi dell'integrazione socio-sanitaria. E' proprio l'organizzazione lo strumento principe per incentivare i processi di ibridazione quando, tuttavia, rifiuta la

²⁴¹ R. Lusardi - S. Tomelleri, *Gli ibridi professionali. Le culture professionali alla prova dell'integrazione socio-sanitaria*, cit., 14.

²⁴² Occorre precisare che solo le culture sanitaria e sociale possono dirsi “professionali” in quanto relative a professioni istituzionalizzate. Diverso è per la componente amministrativa, che non gode di una propria autonomia professionale.

standardizzazione delle procedure di valutazione del servizio socio-sanitario e, al contrario, promuove una revisione costante dei processi organizzativi a partire dalle osservazioni degli operatori, dalla convergenza di modelli operativi e dalla prossimità logistica tra le diverse figure coinvolte. Solo così è possibile raggiungere una solida «comunità di pratica»²⁴³.

All'analisi delle culture professionali nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria segue quella che evidenzia i fattori volti a ridefinire le caratteristiche del tipo ideale di professionalità da impiegare nel comparto socio-sanitario.

Ci si riferisce, in particolare, all'affermarsi delle *service professions* e alla costruzione condivisa di unità di senso²⁴⁴.

Per quanto concerne il primo aspetto, si consideri che, in una società che “carica” le professioni sociali e sanitarie di sempre maggiori e crescenti aspettative, sono strategiche quelle tendenze che, al passo con le linee evolutive del momento e le grandi trasformazioni sociali, sono in grado di reinterpretare la cultura professionale tradizionale, declinando in un'ottica unitaria le biografie personali e le carriere professionali²⁴⁵.

Un passo in tale direzione può essere intrapreso mediante l'“ibridazione” delle professioni, di cui si è già detto, e la valorizzazione delle *service professions*, professionalità con un alto livello di conoscenza, in grado di raggiungere obiettivi sia economici sia sociali²⁴⁶, presenti in grande varietà nel settore pubblico e privato profit e non profit.

Nel creare valore sociale condiviso, tali professioni, emergenti e poco conosciute, la cui identità non è definita in maniera netta e distinguibile, sono in grado di concorrere

²⁴³ In argomento v. E. Wenger, *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Milano, 2006.

²⁴⁴ In argomento si vedano le riflessioni di S. Tomelleri, *Quali professionalità per il nuovo welfare?* cit, 471 ss.

²⁴⁵ In tal senso cfr. V. Cesareo - I. Vaccarini, *La libertà responsabile. Soggettività e mutamento sociale*, in *Vita e Pensiero*, Milano, 2006.

²⁴⁶ Sulle *service professions* v. F. Butera, *Service professions. Le professioni dei servizi nelle organizzazioni come fattore chiave per la competitività e contro la disoccupazione*, in *Studi organizzativi*, 2013, 91 ss.

allo sviluppo dell'organizzazione in cui operano, curandone i processi per raggiungere gli obiettivi, includendo il contributo attivo e il punto di vista degli *stakeholder* - come nel caso degli operatori sanitari di comunità²⁴⁷ - , in una visione strategica capace di creare *partnership* di comunità.

Per quanto riguarda il secondo aspetto – la costruzione condivisa di unità di senso –, esso muove dalla necessità di mettere in condizione gli attori della rete di orientarsi in maniera “sensata” all'interno della pluralità di servizi, linguaggi e documenti, con il fine di integrare i differenti approcci organizzativi e culturali dei servizi sociali e sanitari. La “produzione” di competenze, metodologie e punti di vista diviene una risorsa e un'opportunità anche per l'utente dei servizi.

Nella scena della cura, ad esempio, il modello tecnico e procedurale, che da ormai troppo tempo conduce alla settorializzazione e alla frammentazione dei servizi in sanità, sta lasciando faticosamente spazio a un «paradigma simbolico e relazionale, centrato sulla creazione di senso, su dinamiche tra gli attori di tipo empatico, sul primato dei saperi intersoggettivi»²⁴⁸.

La costruzione di un quadro di senso condiviso, per essere efficace, deve, tuttavia, essere completata da una serie di pratiche comuni e condivise, che danno luogo ad una collaborazione organizzata, in grado di creare condizioni di fiducia tra i soggetti che vi operano²⁴⁹.

Quali sono infine i limiti che ostano alla costruzione/realizzazione delle sinergie necessarie a dare unitarietà agli interventi nel percorso di “ibridazione” delle professioni?

Una riflessione induce a considerare il fatto che il percorso di “contaminazione” tra sociale e sanitario non è stato speculare tra i due settori: mentre le professioni sanitarie hanno inglobato contenuti e competenze anche sociali, risultanti dai vari interventi

²⁴⁷ M. Kaur, *Community Health Workers. Birth of a New Profession: GENERATIONS*, in *Journal of the American Society on Aging*, 2016, 56-63.

²⁴⁸ S. Tomelleri, *Quali professionalità per il nuovo welfare?*, cit., 476; Id., *Le metafore in opera nelle pratiche mediche*, in *Salute e Società*, 2009, 153-165; si veda anche R. Lusardi - S. Manghi, *I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura*, in G. Vicarelli (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, 2013.

²⁴⁹ Sul tema v. S. Tomelleri - G. Artioli, *Scoprire la collaborazione resiliente. Una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria*, Milano, 2013.

normativi ed organizzativi che ne hanno delineato i profili, lo stesso discorso non vale per i professionisti del sociale, che, in assenza di una normativa organica o sovente lacunosa, dimostrano di trovarsi spesso in difficoltà nel rapporto di interazione con i professionisti della sanità.

Inoltre, la complessità dello scenario nazionale, caratterizzato dall'eterogeneità dei modelli normativi e organizzativi regionali, che si traducono in pratiche e linguaggi differenti tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali, suggerisce di implementare la formazione continua e congiunta quale strumento trasversale in grado di armonizzare le procedure e di creare quella «comunità di pratica», di cui si diceva poc'anzi²⁵⁰.

Lo sviluppo delle professionalità, ibride e collaborative, necessita, innanzitutto, di una formazione appropriata, che chiama in causa la scuola e le università, per la ricerca dell'«interdisciplinarietà».

All'università, in particolare, sono richiesti insegnamenti interdisciplinari al fine di conseguire un'elevata integrazione di linguaggi, pratiche e obiettivi teorici e pratici - secondo un modello di alternanza tra istruzione e lavoro²⁵¹.

Tale funzione strategica, per essere realizzata, necessita tuttavia di nuovi modelli organizzativi della didattica e della ricerca.

Si pensi, ad esempio, ai corsi di studio in medicina, dove è sempre più sentita la necessità di integrare i percorsi formativi con discipline di matrice antropologica, sociologica, economica, capaci di fornire i quadri teorici, metodologici ed interpretativi, necessari per rispondere a una domanda di salute, sempre più complessa ed articolata.

L'attuale assetto delle competenze professionali, infatti, collegato ai percorsi formativi delle specifiche figure professionali induce all'esigenza di forti livelli di specializzazione, sia all'interno dell'area medica che, ancora di più, nella relazione tra personale medico e operatori dell'assistenza sociale.

Se la contaminazione tra gli ambiti professionali pare, dunque, favorire la prevalenza del settore sanitario sul sociale per via del maggiore peso delle professioni sanitarie,

²⁵⁰ M. Ferretti - A. Perino, *Le professioni dell'integrazione socio-sanitaria*, in R Brolis. - P.Maccani – A. Perino, *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 63 ss.

²⁵¹ G. Bertagna, *Fare laboratorio. Scenari culturali ed esperienze di ricerca nelle scuole del secondo ciclo*, Brescia, 2012.

ma anche in ragione del fatto che, in virtù di quanto detto sopra, gli operatori sociali abbiano in qualche modo fatto proprio il modello “medicalizzante” della lettura dei bisogni, non può che essere evidenziato il rischio di una declinazione, in chiave “sanitaria”, degli interventi anche di natura sociale.

Un secondo ostacolo alla creazione di contesti di cura integrati dal punto di vista delle professionalità è di natura organizzativo-gestionale e riguarda l’affermarsi di procedure standardizzate ed informatizzate, utilizzate sempre più frequentemente per rispondere alle sfide complesse dei bisogni di salute.

In termini generali, non è di per sé un fattore da considerarsi come ostacolo, ma nell’ottica di favorire l’integrazione delle professioni, l’influenza delle forme tecnologico-procedurali tende inevitabilmente a considerare residuale il valore degli elementi di natura relazionale, sebbene essi rappresentino il nucleo delle attività volte alla personalizzazione delle cure.

Si pensi, in particolare, all’integrazione socio-sanitaria strutturata soprattutto attraverso procedure informatizzate, quando esse siano prevalenti rispetto al lavoro di équipe interprofessionale, con una scarsa presenza in forma attiva di tutti gli altri attori della rete²⁵².

Anche il ricorso all’esternalizzazione dei servizi con convenzioni a lungo termine legittima rinnovi automatici, con la conseguente «polverizzazione e [alla] parcellizzazione degli attori sociali presenti sulla scena del *welfare*»²⁵³.

Un’ulteriore difficoltà che si può riscontrare nella creazione di un ambiente relazionale integrato è ravvisabile nella valenza del lavoro che devono svolgere i *caregivers* familiari²⁵⁴, in qualità di attori della multiprofessionalità.

Il lavoro sociale svolto dai *caregivers* può sicuramente contribuire ad innalzare la qualità delle interazioni nei contesti di cura.

²⁵² Sul punto v. S. Fargion - W. Wielander - D. Pintarelli, *Il servizio sociale in ambito ospedaliero: riflessioni sull’interprofessionalità in un contesto di squilibrio di potere*, in *Autonomia locali e servizi sociali*, 2, 2017, 301.

²⁵³ S. Tomelleri, *Quali professionalità per il nuovo welfare?*, cit., 470.

²⁵⁴ Il termine anglosassone “caregiver” è entrato ormai stabilmente nell’uso comune per indicare “colui che si prende cura”, facendo riferimento al familiare o ai familiari che assistono un loro congiunto non autosufficiente.

Purtuttavia, la loro fattiva collaborazione nel contesto multiprofessionale suscita interrogativi che investono più aspetti: le figure in esame sono “titolate” per avere spazio nella definizione dei bisogni e nella composizione degli interventi? Quali sono le modalità organizzative e le forme di intervento tramite le quali i *caregivers* sono coinvolti nella programmazione e nella realizzazione del processo di cura e di assistenza?

III.7 Il Terzo settore come espressione del principio di sussidiarietà orizzontale per un’integrazione «comunitaria»: definizione e statuto costituzionale

L’acuirsi ed il differenziarsi dei bisogni sociali fa sì che si ricorra a strategie complementari rispetto a quelle gestionali ed organizzative offerte dal *welfare* pubblico, indirizzando, quindi, l’attenzione verso nuove forme di collaborazione tra settore pubblico, mercato e società civile²⁵⁵.

Viene in rilievo, in tal senso, lo sviluppo di quello che viene comunemente definito “secondo *welfare*”, da intendersi come quel *mix* di protezioni e investimenti sociali a finanziamento non pubblico, resi da un’ampia categoria di attori economici e sociali, collegati in reti e spesso caratterizzati dal forte ancoraggio territoriale²⁵⁶.

All’interno di questo insieme, un segmento vitale è costituito dai soggetti del Terzo settore, un “mondo” costituito da organizzazioni di iniziativa privata, orientate all’interesse comune, diverse fra loro per storia, dimensioni, tipo e modalità di intervento, la cui puntuale definizione non è compito semplice.

²⁵⁵ In tal senso cfr. S. Benvenuti - S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016*, in *Osservatorioaic.*, n. 2/2017, 4 ss.

²⁵⁶ La locuzione “secondo *welfare*” è oggetto di significativi studi e approfondimenti, tra cui si segnalano, in particolare, quelli di F. Maino - M. Ferrera (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Torino, 2013 e *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Torino, 2015.

Con l’aggettivo “secondo” ci si riferisce sia al fatto che le forme di “secondo *welfare*” trovano attuazione nel “primo *welfare*”, edificato dall’intervento statale nel periodo 1945-1975, che alla connotazione funzionale delle forme stesse. Il “secondo *welfare*”, aggiungendosi al primo, ne integra le lacune e ne stimola la modernizzazione attraverso nuovi modelli organizzativi, gestionali e finanziari.

Secondo un approccio, che giunge ad un'identificazione della categoria per esclusione, il Terzo settore ricomprenderebbe tutti quei soggetti che non hanno titolo per rientrare né nel Mercato, inteso come “primo settore”, formato dagli attori economici che agiscono per profitto, né nello Stato, “secondo settore”, che ricomprende le istituzioni centrali e locali con i relativi apparati, facenti parte del sistema politico-amministrativo.

Preferibile appare tuttavia l'approccio che identifica il Terzo settore come un «ambito composto da soggetti giuridici privati collettivi costituiti per finalità di solidarietà sociale che, senza scopo di lucro, danno vita ad attività congruenti con le stesse finalità di partenza»²⁵⁷.

Si tratta di un'enunciazione che ricomprende diverse tipologie giuridiche ed organizzative, alle quali sono associate espressioni definitorie come *non profit*²⁵⁸ e privato sociale. In particolare, quest'ultima si contrappone a quella che considera il Terzo settore come una realtà residuale, ma, di converso, ricomprendendovi le sfere associative di società civile che operano in maniera autonoma e in forma privata per finalità di utilità sociale, lo intende come una realtà dotata di autonomia e originalità, portatrice di una visione della società con-corrente rispetto a quelle dello Stato e del Mercato.

Settori come l'istruzione, l'assistenza sociale, la sanità vedono, infatti, la partecipazione di privati (singoli individui, enti, imprese) che agiscono in modi economicamente efficienti e socialmente consapevoli, coadiuvando in una logica paritaria Stato e Mercato.

²⁵⁷ S. Zamagni (a cura di), *Libro bianco sul Terzo settore*, Bologna, 2011, 83.

²⁵⁸ Con tale espressione si fa riferimento a tutte quelle attività che vietano la distribuzione di utili, i quali, invece, devono essere reinvestiti nel perseguimento delle finalità istituzionali dei medesimi enti. Il termine, mutuato dalla tradizione di *common law* ed entrato a far parte anche del nostro linguaggio comune, individua le *non profit organizations*, quali enti che operano senza avere per fine primario il conseguimento del profitto (il termine più corretto è, infatti, *Not for Profit*). Per una lettura in chiave problematica, cfr. L.M. Salamon - H.K. Anheier, *Defining the Nonprofit Sector. A Cross-national Analysis*, Manchester, 1997.

Un'altra tesi identifica, invece, con il termine "economia civile", un gruppo di organizzazioni che produce i cosiddetti "beni relazionali", nel rispetto del principio di reciprocità²⁵⁹.

Di fronte al proliferare di teoriche definizioni, in un quadro di incertezza normativa, si comprende perché la legge delega di riforma del Terzo settore, la l. 6 giugno 2016, n. 106²⁶⁰ ed il Codice²⁶¹, emanato in sua attuazione, dal d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (con le modifiche apportate dal d.lgs. 3 agosto 2018, n. 105), siano intervenuti al fine di colmare un vuoto legislativo che perdurava da troppi anni.

Le nuove previsioni presentano spunti concreti, che aiutano a tradurre in termini giuridici i principali riferimenti sociali del Terzo settore²⁶².

Mentre l'art. 4 del d.lgs. n. 117/2017 definisce gli Enti del Terzo settore²⁶³ come tutte quelle organizzazioni volte al «perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche,

²⁵⁹ In argomento si v. S. Zamagni - L. Bruni, *Dizionario di Economia civile*, Roma, 2009.

²⁶⁰ Sulla legge delega cfr. L. Bozzi, *Terzo Settore: osservazioni a "prima lettura" su una riforma culturale prima che giuridica*, in *Contratto e impresa*, n. 4/2017, 1253 ss.; G. Ponzanelli, *Terzo settore: la legge delega di riforma*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2017, 726 ss.

²⁶¹ Sul Codice del Terzo settore si v. S. Visonà, *Il lavoro nella riforma del Terzo settore*, in *Anal. giur. dell'econ.*, 1, giugno 2018, 71 ss.; M. N. Iannaccone, *Prime considerazioni sul Codice del Terzo settore. Commento al d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117*, in *Cooperative e enti non profit*, 2017, 7-14; M.V. De Giorgi, *Terzo settore. Verso la riforma*, in *Studium juris*, 2016, 12, 1446 ss.; A. Mazzullo, *Il nuovo Codice del Terzo settore*, Torino, 2017; R. Dabormida, *La riforma del Terzo settore*, Milano, 2017.

Per un quadro attuale sul Terzo settore, v. G. Barbeta - G. Ecchia - N. Zamaro (a cura di), *Le istituzioni nonprofit in Italia. Dieci anni dopo*, Bologna, 2016, i quali sulla scorta di dati statistici ed analisi si interrogano su come il Terzo settore abbia risposto al periodo di crisi degli ultimi dieci anni.

²⁶² In argomento si vedano le riflessioni di R. Costi, *Le linee portanti dell'ordinamento del terzo settore*, in *Anal. giur. dell'econ.*, fasc. 1, giugno 2018, 11-18.

²⁶³ Per quanto riguarda la definizione di "Ente del Terzo settore", il Codice riprende il testo della precedente legge delega, aggiungendo un'elencazione esemplificativa delle tipologie già conosciute dei soggetti del Terzo settore (le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, le imprese sociali, le cooperative sociali), includendo altri soggetti, che già intuitivamente afferivano al Terzo settore, ma non ne facevano formalmente parte (gli enti filantropici e le società di mutuo soccorso), ricomprendendo soggetti nuovi (le reti associative) e, infine, individuando, sulla scorta della legge delega, un criterio residuale che rinvia alle «associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore» (art. 4 del d.lgs. n. 117/2017).

In definitiva, all'interno della macro categoria del Terzo settore, individuata dal Codice del Terzo settore, convivono diverse organizzazioni riconducibili sia agli enti di diritto privato, di cui al Libro

solidaristiche e di utilità sociale, mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi [...]», l'art. 2 ne detta i «Principi generali»: «è riconosciuto il valore e la funzione sociale degli enti del Terzo settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato [...] quali espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne è promosso lo sviluppo salvaguardandone la spontaneità ed autonomia, e ne è favorito l'apporto originale 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».

E', dunque, evidente come il Codice del Terzo settore abbia sufficientemente identificato e riconosciuto i caratteri comuni che unificano le diverse organizzazioni; il settore è stato, in altri termini, costruito concettualmente, acquisendo nei fatti la propria identità.

Individuata nel Codice una definizione normativa di come gli enti del Terzo settore debbano essere considerati²⁶⁴, espressi i principi che ne riconoscono il valore e la funzione sociale, si tenta ora di ricostruire lo «statuto costituzionale» del Terzo settore, mediante una lettura delle disposizioni della nostra Carta fondamentale che, pur non dettando indicazioni esplicite riferite agli enti del non profit²⁶⁵, «da un lato ne riconosce il valore e, dall'altro, ne regola lo spazio giuridico di azione»²⁶⁶.

Un primo riferimento va anzitutto all'art. 2 Cost., che riconosce, come già visto, il principio personalista (consistente nella centralità della persona e dei suoi diritti) e il

I del Codice civile, che altri soggetti giuridici disciplinati da leggi di settore. Si fa riferimento al volontariato, alle cooperative sociali, agli enti ecclesiastici, alle organizzazioni non governative, alle associazioni di promozione e alle onlus. Il Codice detta inoltre nuove norme per le fondazioni, per le associazioni riconosciute e non riconosciute e per le reti associative.

²⁶⁴ In tema v., da ultimo, P. L. Consorti, *La nuova definizione giuridica di Terzo settore*, in *Non Profit*, n. 3/2017, 29 ss.

²⁶⁵ Numerose sono invece le disposizioni che riguardano singoli tipi di enti *non profit*: i partiti politici, i sindacati, le cooperative...

²⁶⁶ In tal senso P. Consorti - L. Gori - E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, Bologna, 2018, 37.

c.d. pluralismo sociale (da attribuirsi al ruolo delle formazioni sociali che contribuiscono allo svolgimento delle personalità individuali).

Al *genus* delle formazioni sociali appartengono senza dubbio anche gli organismi del Terzo settore che danno attuazione al principio del pluralismo sociale nelle sue tre dimensioni: come strumento per favorire la socialità della persona; come partecipazione dei soggetti organizzati e collettivi al dibattito pubblico, in funzione di quella che viene denominata «democrazia partecipativa»²⁶⁷; come apporto al sistema di *welfare* nell'erogazione di servizi alla persona.

Lo statuto costituzionale del Terzo settore trova poi riferimento nell'altro principio espresso dall'art. 2 Cost., vale a dire nel principio di solidarietà e, strettamente connessi a questo, nel principio di uguaglianza sostanziale, sancito dall'art. 3, comma 2, Cost e nel principio di sussidiarietà orizzontale, di cui all'art. 118, ult. comma, Cost. L'art. 3 pone, infatti, l'impegno a carico della Repubblica – da intendersi costituita non solo dagli enti pubblici territoriali, ma anche da tutti coloro che svolgono attività di interesse generale e il cui ruolo i suddetti enti devono favorire (art. 118, ult. comma, Cost.) – nella garanzia dei diritti sociali, diritti che la stessa Costituzione correla agli ambiti della vita sociale e comunitaria.

Anche la recente riforma legislativa in materia di Terzo settore richiama espressamente la disposizione costituzionale di cui all'art. 3: la realizzazione dello Stato sociale è, infatti, una delle prospettive che giustifica la disciplina volta a regolamentare quegli enti che mirano a realizzare attività di interesse generale.

Di qui si rinviene non solo il richiamo alle disposizioni costituzionali di cui agli artt. 2 e 3, comma 2, Cost., ma anche il riconoscimento della sussidiarietà orizzontale quale principio ispiratore della legislazione in materia di cooperazione e volontariato.

²⁶⁷ Sul tema della «democrazia partecipativa», cfr., in particolare, U. Allegretti, *Democrazia partecipativa: esperienze e prospettive in Italia e in Europa*, Firenze, 2010 e V. Molaschi, *Le arene deliberative. Contributo allo studio delle nuove forme di partecipazione nei processi di decisione pubblica*, Napoli, 2018.

Dunque, la sussidiarietà orizzontale²⁶⁸, di cui all'art. 118, ult. comma Cost., oltre a divenire principio fondante dello statuto costituzionale dei soggetti *non profit*, riconosce agli stessi una «maggiore copertura costituzionale»²⁶⁹.

In relazione alla stessa trova peraltro affermazione²⁷⁰ il principio della solidarietà, laddove muta la tradizionale conformazione del potere pubblico che, da esclusivo soggetto gestore, deve convertirsi ad un compito nuovo: creare “alleanze” vantaggiose

²⁶⁸ La dottrina in materia di sussidiarietà orizzontale è molto vasta. Si citano senza pretesa di esaustività A. Albanese, *Il principio di sussidiarietà orizzontale: autonomia sociale e compiti pubblici*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 51 ss.; A. Albanese - C. Marzuoli (a cura di), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Bologna, 2003; L. Antonini, *Il principio di sussidiarietà nel processo di riforma della pubblica amministrazione*, in *Non profit*, 2000, 5 ss.; G. Arena - G. Cotturri (a cura di), *Il valore aggiunto. Come la sussidiarietà può salvare l'Italia*, Carocci, 2010; G. Arena, *Il principio di sussidiarietà orizzontale nell'art. 118 u.c. della Costituzione*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Napoli, 2005, vol. I, 179 ss.; Id., *Sussidiarietà e solidarietà*, in *Impresa sociale*, 2005, 140 ss.; Id., *Cittadini attivi. Un altro modo di pensare l'Italia*, Roma-Bari, 2006; A.M. Balestrieri, *Sussidiarietà, territorio, cooperazione tra mano pubblica e soggetti privati. Spunti per un inquadramento giuridico*, in *Dir. amm.*, 1998, 615 ss.; G. Berti, *Sussidiarietà e organizzazione dinamica*, in *Jus*, 2004, 171 ss.; Id., *Considerazioni sul principio di sussidiarietà*, in *Jus*, 1994, 405 ss.; C. Bertolini, *La sussidiarietà amministrativa, ovvero la progressiva affermazione di un principio*, in *Dir. amm.*, n. 4, 2007, 895 ss.; F. Bilancia, *Sussidiarietà (il principio di)*, in M. Ainis (a cura di), *Dizionario costituzionale*, Roma-Bari, 2000, 455 ss.; R. Bin, *Sussidiarietà o diritti dei cittadini?*, in *Istituz. del feder.*, 1998, 185 ss.; Id., *La sussidiarietà "orizzontale": alla ricerca dei soggetti "privati"*, in *Istituz. del feder.*, 1999, 5 ss.; M. Caputi Jambrenghi, *Volontariato, sussidiarietà, mercato*, Bari, 2008; V. Cerulli Irelli, voce *Sussidiarietà (dir. amm.)*, in *Enc. giur.*, agg. XII, 2004; M.P. Chiti, *Principio di sussidiarietà, pubblica amministrazione e diritto amministrativo*, in *Dir. pubbl.*, 1995, 505 ss.; G. Clemente Di San Luca, *La funzione amministrativa oggi. Tra sussidiarietà orizzontale e nuovi compiti di polizia amministrativa*, in *Enti pubblici*, 2001, 582 ss.; M. Consito, *Sussidiarietà e terzo settore*, *Labsus Paper*, 19/2010; D. D'alexandro, *Sussidiarietà, solidarietà e azione amministrativa*, Milano, 2004; A. D'atena, *Il principio di sussidiarietà nella Costituzione italiana*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 1997, 603 ss.; P. Duret, *Sussidiarietà orizzontale, radici e suggestioni di un concetto*, in *Jus*, 2000, 95 ss.; Id., *Sussidiarietà e autoamministrazione dei privati*, Padova, 2004; G. Falcon, *Autonomia amministrativa e principio di sussidiarietà*, in *Dir. soc.*, 1998, 279; I. Massa Pinto, *Il principio di sussidiarietà. Profili storici e costituzionali*, Napoli, 2003; G. Pastori, *Amministrazione pubblica e sussidiarietà orizzontale*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Milano, 2005, 1749-1762; A. Poggi, *Le autonomie funzionali "tra" sussidiarietà verticale e sussidiarietà orizzontale*, Milano, 2001; N. Polito, *Articolo 118 u.c. della Costituzione. Un approfondimento sul "favoriscono"*, contributo reperibile su www.astrid-online.it; G.U. Rescigno, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 5 ss.; A. Romano Tassone, *Sussidiarietà orizzontale e tutela della salute*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 6, 2003; G.C. Salerno, *Servizi di interesse generale e sussidiarietà orizzontale fra ordinamento costituzionale e ordinamento dell'Unione europea*, Torino, 2010.

²⁶⁹ In tal senso si esprimono S. Benvenuti - S. Martini, *La crisi del welfare pubblico e il "nuovo" Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016*, cit., 10.

²⁷⁰ In realtà, come ben evidenzia S. Galeotti, *Il valore della solidarietà*, cit., 1 ss., il principio di solidarietà investe anche la dimensione “paterna” o “pubblica”, operante su un piano verticale, quale funzione attiva dello Stato nei confronti dei cittadini.

nel perseguimento di attività di interesse generale, favorendo l'apporto delle diverse espressioni della società civile²⁷¹.

La riforma del Terzo settore, già nelle parole iniziali della l. n. 106/2016, dà piena attuazione al principio di sussidiarietà «al fine di sostenere l'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune».

Tale espressione deve essere letta congiuntamente alla definizione di enti del Terzo settore dettata del Codice, in virtù della quale, lo si ricorda, sono considerati tali quelle organizzazioni che svolgono «una o più attività di interesse generale», la stessa previsione riscontrabile nell'art. 118, ult. comma, Cost.

Richiami importanti per fondare lo statuto costituzionale del Terzo settore sono anche contenuti nell'art. 4, comma 2, Cost., secondo cui ogni cittadino ha il dovere di svolgere, sulla scorta della propria scelta e possibilità, un'attività o funzione che «concorra al progresso materiale e spirituale della società», nell'art. 18 Cost., che riconosce il diritto dei cittadini di associarsi liberamente, senza autorizzazione, per fini che non sono vietati ai singoli dalla legge penale e nell'art. 20 Cost., che stabilisce il principio di non discriminazione legislativa (e amministrativa) verso le associazioni e istituzioni di carattere ecclesiastico e che perseguono finalità di religione o di culto²⁷².

Le considerazioni svolte sino ad ora sulla nozione di Terzo settore e sullo statuto costituzionale che lo caratterizza aprono la strada al tema del suo ambito di sviluppo, che comprende non solo la tradizionale produzione di beni e servizi a vantaggio di terzi nel sistema di *welfare*, ma anche attività di partecipazione alla programmazione e progettazione dei servizi.

²⁷¹ In argomento si v. B. Pezzini - C. Sacchetto (a cura di), *Il dovere di solidarietà*, Milano, 2005, 115 ss.

²⁷² E' interessante notare che il d.lgs. n. 117/2017 inserisce nell'elenco degli articoli della Costituzione, che richiama, la previsione dell'art. 4, non inclusa nella legge delega, e l'art. 9. Quest'ultimo stabilisce che «La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica. Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione».

P. Consorti - L. Gori - E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit., 52, ritengono che tale disposizione possa fondare lo "statuto costituzionale" del Terzo settore, poiché lo sviluppo degli ambiti cui si riferisce il medesimo articolo (cultura, paesaggio, ricerca scientifica...) costituisce uno dei fini che il Ts può contribuire a realizzare, mediante lo svolgimento di attività di interesse generale. A tal riguardo si veda l'elenco delle attività di cui all'art. 5 del Codice, che presenta espressi richiami ai predetti ambiti.

II.8 *Segue*: la partecipazione del privato sociale alla programmazione e gestione dei servizi alla persona

Gli ordinamenti della sanità e dell'assistenza sociale hanno nel tempo e, soprattutto, in tempi più recenti, assistito a profonde trasformazioni dei propri assetti (il governo, la programmazione dei servizi, la loro gestione...), che hanno inciso in particolar modo nei rapporti tra soggetti pubblici e privati nell'ambito dei rispettivi settori.

In estrema sintesi, si può affermare che si è passati da un ruolo di “complementarietà” dei soggetti privati rispetto a quelli pubblici nell'organizzazione e gestione dei servizi, a quello di “integrazione” degli stessi «nell'ambito di un (ruolo di) coordinamento pubblico dei servizi»²⁷³.

Un fattore decisivo in tal senso è da ricercarsi nella finalizzazione e nella personalizzazione dei servizi alla persona, allo scopo di rendere effettivi i diritti fondamentali sottesi al diritto alla salute e all'assistenza sociale.

E' comunque indubbio che già nella riforma sanitaria intervenuta negli anni 1998-1999 e nella legge quadro di riforma del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali il profilo “finalistico” dei servizi emergeva in maniera forte in termini universalistici e di personalizzazione.

Nella medesima prospettiva si è assistito ad un ripensamento del sistema di *welfare* non più a carattere riparativo, ma in termini di protezione sociale attiva e, come corollario, le strutture pubbliche e private si sono mosse per concorrere insieme alla stessa comune finalità.

La legislazione sanitaria è, dunque, passata dal riconoscimento di un ruolo complementare delle strutture private nella programmazione sanitaria alla previsione di un sistema fondato su un concorso paritario tra i due attori, pubblico e privato, con i medesimi requisiti di qualità, nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari²⁷⁴.

²⁷³ G. Pastori, *Pubblico e privato nella sanità e nell'assistenza*, in Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “Vittorio Bachelet”, *Il nuovo welfare State dopo la riforma del titolo V. Sanità e assistenza a confronto. Atti del convegno – Roma, 17 maggio 2002*, Milano, 2005, 50.

²⁷⁴ La legislazione sanitaria, ad esempio, è passata dal riconoscimento di un ruolo complementare delle strutture private nella programmazione sanitaria alla previsione di un sistema fondato su un concorso

La linea tracciata dalle trasformazioni del servizio sanitario ha poi trovato riscontro e pieno sviluppo nel sistema dell'assistenza sociale con la l. n. 328/2000²⁷⁵, volta, fin dalla sua intitolazione, a creare un assetto di servizi alla persona come «sistema integrato» o «sistema a rete», che vede la compresenza di strutture pubbliche e private nella programmazione e gestione dei servizi sociali.

In tale sistema, i soggetti del privato sociale, orientati alla liberazione dal bisogno e arricchiti dal tratto della socialità rispondono, come visto, a pieno titolo al disegno costituzionale di attuazione dei diritti sociali, che si realizza a partire dalla loro partecipazione alla progettazione e programmazione dei servizi alla persona (funzione di «advocacy»²⁷⁶).

A tale approccio può essere anche accostata la tematica della democrazia partecipativa, sviluppata da un filone di studi che guarda alle politiche pubbliche in generale (e non specificamente alle politiche sociali)²⁷⁷, da riferire all'attività amministrativa di elaborazione delle decisioni riguardanti il perseguimento dell'interesse pubblico²⁷⁸.

paritario tra i due attori, pubblico e privato, con i medesimi requisiti di qualità, nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Si tratta del sistema delle c.d tre A: autorizzazione - accreditamento - accordo. In argomento v. R. Balduzzi - G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., 427 ss.; A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 118 ss., che sostiene un modello basato su quattro A.

²⁷⁵ A tal punto che sono mutuati dalla disciplina sanitaria gli istituti dell'autorizzazione, dell'accREDITAMENTO e dell'accordo.

²⁷⁶ La funzione di *advocacy* (dare voce a chi non l'ha) rappresenta infatti un elemento su cui costruire reti e sinergie. L'idea di fondo è che l'attività di promozione e tutela dei diritti costituisca una caratteristica qualificante dell'associazionismo, che si percepisce come soggetto attivo nella costruzione di un modello di società ispirato alla piena realizzazione dell'individuo. Sul tema si vedano le osservazioni di P. Consorti - L. Gori - E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit., 28; A. Ardigò, *Riflessioni critiche e idee per gli sviluppi possibili del volontariato di «advocacy»*, in *Studi Zancan*, 1/2003, 9 ss.; E. Rossi, *La funzione di advocacy per la tutela dei diritti della persona*, in M. Campedelli - P. Carrozza (a cura di), *Innovazioni nel welfare e nuovo patrocinio*, Bologna, 2009, 184 ss.

²⁷⁷ Sulle forme di partecipazione dei cittadini privati nel processo di decisione pubblica in una prospettiva giuridica e dal punto di vista del diritto amministrativo, si veda l'opera monografica di V. Molaschi, *Le arene deliberative. Contributo allo studio delle nuove forme di partecipazione nei processi di decisione pubblica*, Napoli, 2018.

²⁷⁸ Il concetto di partecipazione alla deliberazione pubblica, se riferito al coinvolgimento degli organismi del Terzo settore alle procedure deliberative del *welfare* locale, è rilevante nel contesto di questo lavoro, in quanto permette di cogliere un livello ulteriore di *empowerment* della categoria in esame.

Per quanto riguarda la presenza dei soggetti *non profit* nei servizi alla persona, c'è chi ravvede in essa uno degli elementi che maggiormente differenziano l'ambito sociale da quello sanitario: se infatti, come si dirà a breve, dalla lettura della l. n. 328/2000 emerge in maniera evidente il favore del legislatore nei confronti del Terzo settore, tale atteggiamento sfuma nella disciplina della materia sanitaria, ove invece, in via tendenziale, tutti i soggetti privati vengono posti sullo stesso piano, a prescindere dal loro carattere lucrativo o meno²⁷⁹.

Ciò emerge in maniera sufficientemente chiara dall'analisi della legislazione concernente la programmazione dei servizi sanitari²⁸⁰.

In ambito sociale, la partecipazione dei soggetti del privato sociale alla programmazione locale si è sviluppata a partire dalla l. n. 328/2000, laddove è previsto un loro intervento ai tavoli tematici di confronto e di programmazione delle diverse materie che compongono i Piani di zona. Questi ultimi si affacciano, così, da protagonisti sulla scena del *welfare*, di fatto partecipando alla sua realizzazione.

Se così non fosse, sarebbe inevitabile il ritorno a forme di autoreferenzialità istituzionale e di relazioni dirette pubblico-privato al di fuori dell'ambito pubblico, focalizzate esclusivamente sugli aspetti gestionali, che interessano il Terzo settore "di servizi" (e non il Terzo settore "di *advocacy*").

²⁷⁹ L'unica disposizione specificamente dedicata al privato sociale è l'art. 1, ult. comma, del d.lgs. n. 502/1992, modificato dal d.lgs. n. 229/1999:

«Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria...».

Per un commento della predetta norma v. L. Vandelli - C. Bottari, *Commento all'art. 1*, in F.A. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, 28 ss..

In generale sui temi della partecipazione e programmazione in sanità cfr. V. Molaschi, *La partecipazione nel servizio sanitario nazionale*, in A. Crosetti - F. Fracchia, *Procedimento amministrativo e partecipazione*, Milano, 2002, 89 ss.

²⁸⁰ In ambito sanitario il procedimento che porta alla definizione del Piano regionale è sostanzialmente incentrato sulla dialettica tra Regione ed Enti locali rappresentati dalla Conferenza permanente; In argomento v. D. Paris, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà*, in *Le Reg.*, n. 6/2007, 983 ss.

È possibile quindi utilizzare il prisma dell'integrazione e della partecipazione come chiave di lettura di particolare interesse nella dinamica delle relazioni tra pubblica amministrazione e soggetti *non profit*.

Per quanto riguarda, in particolare, il ruolo svolto dagli stessi nel sistema integrato dei servizi sociali, la l. n. 328/2000 richiama più volte il loro intervento nella programmazione dei servizi, sia in relazione alla disciplina delle funzioni dei soggetti pubblici, che in quella relativa agli strumenti di piano.

Il metodo della programmazione assume, infatti, un ruolo centrale nell'organizzazione dei servizi alla persona, a tal punto che la stessa l. n. 328/2000 ne detta i principi all'art. 3²⁸¹: «per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse [...] (art. 3, comma 1). I diversi livelli istituzionali «provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi: a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro; b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e tra questi ed i soggetti di cui all'art. 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete [...], nonché [con] le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale (art. 3, comma 2, lett. b).

In un contesto costituzionale connotato dalla sussidiarietà orizzontale, ove ogni livello istituzionale dovrebbe perseguire l'interesse generale, il tema della partecipazione del privato sociale alle decisioni assunte dai regolatori risulta, dunque, cruciale.

Il modello delineato nella l. n. 328/2000 risponde a tale esigenza, nel momento in cui prevede un coinvolgimento dello stesso non solo per la mera consultazione da parte dei decisori pubblici (art. 6, comma 3, lett. d; art. 8, comma 2), ma anche e soprattutto

²⁸¹ Sul metodo della programmazione così come disegnato dalla l. n. 328/2000, cfr. E. Jorio, *Diritto dell'assistenza sociale*, Milano 2006, 111 ss.

per la possibilità di concorrere alla programmazione dei servizi alla persona (laddove le disposizioni della legge quadro fanno riferimento alla «concertazione e cooperazione»²⁸²).

Sul punto, si osserva che tale processo non intende sostituire, sul piano delle decisioni, l'azione di governo, che resta tale. L'introduzione di nuovi strumenti di *governance* è tesa, invece, a rafforzare la fase istruttoria delle decisioni politiche²⁸³.

Si può, quindi, osservare come nella definizione dei compiti spettanti ai diversi livelli di governo e nella valorizzazione del ruolo del privato sociale a fianco di quello pubblico, la l. n. 328/2000 abbia di fatto anticipato alcune previsioni del legislatore costituzionale del 2001, in particolare per quanto riguarda la nuova formulazione dell'art. 118 Cost., che consacra i principi di sussidiarietà verticale e orizzontale.

Tra le direttrici fissate dalla l. n. 328/2000 (sussidiarietà, programmazione degli interventi rimessa ai diversi livelli istituzionali, concertazione e cooperazione tra gli enti territoriali, tra questi ultimi e i soggetti del Terzo settore e le Unità sanitarie locali per le prestazioni sanitarie ad elevata integrazione sociale) emergono, infatti, i principi costituzionali, di cui agli articoli 2, 3, 38 e 118 Cost.

In tale cornice il Piano di Zona è lo strumento deputato alla costruzione del sistema locale integrato di *welfare*, mediante la definizione e la programmazione degli interventi che compongono l'offerta complessiva dei servizi forniti da soggetti pubblici, privati e del privato sociale.

Di sicura rilevanza sono, altresì, le previsioni del Codice del Terzo settore che si riferiscono all'attività di co-programmazione e di co-progettazione degli interventi e dei servizi nell'ambito delle attività di cui all'art. 5 (art. 55), in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

²⁸² Il riferimento va all'art. 3, comma II, lett. b) sopra enunciato e all'art. 19, comma 3, che prevede forme di concertazione con i soggetti di cui all'art. 1, comma 4, al fine della loro partecipazione all'accordo di programma con cui viene emanato il Piano di zona, quando essi concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel Piano.

²⁸³ G. Tiberi, *La dimensione costituzionale del Terzo settore*, in C. Cittadino (a cura di), *Dove lo Stato non arriva. Pubblica amministrazione e Terzo settore*, Firenze, 2008 (estratto 1 ss).

Il Codice del Terzo settore disciplina il coinvolgimento dei soggetti *non profit* nelle attività di programmazione e progettazione nel Titolo VII, rubricato «Dei rapporti con gli enti pubblici», il cui art. 55 stabilisce che tutte le amministrazioni pubbliche, «nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi di cui all'art. 5²⁸⁴, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento»²⁸⁵.

La predetta disposizione definisce l'attività di co-programmazione come «l'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili».

Nell'ottica di «integrare conoscenza, competenze e risorse per costruire visioni e programmi condivisi»²⁸⁶, Amministrazione pubblica e soggetti del Terzo settore collaborano a partire dall'individuazione dei bisogni del territorio, sino alla valutazione delle risorse da impiegare, non limitate a quelle pubbliche, ma estese anche a quelle private *profit e non profit*²⁸⁷.

²⁸⁴ Occorre far notare che l'attuale formulazione inserita nel Codice del Terzo settore postula un allargamento dell'ambito di applicazione delle attività di co-programmazione rispetto a quello previsto dalla l. n. 328/2000 e dal d.p.c.m. 30 marzo 2001. Tale mutamento è indice della diversa percezione del Ts: se fino all'entrata in vigore del Codice, esso era considerato prevalentemente riferito ai servizi sociali, la nuova disposizione lo vede coinvolto in tutte le attività di interesse generale. In argomento si vedano le riflessioni di P. Consorti – L. Gori – E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit., 140.

²⁸⁵ In argomento si vedano le riflessioni di E. Frediani, *I rapporti con la pubblica amministrazione alla luce dell'art. 55 del codice del Terzo settore*, in *Non Profit*, 2017, 170-171.

²⁸⁶ F. Scalvini, *Co-programmazione, co-progettazione e accreditamento: profili e questioni applicative*, in A. Fici (a cura di), *La riforma del Terzo settore e dell'impresa sociale*, Napoli, 2018, 272.

²⁸⁷ Quanto ai criteri per l'individuazione da parte della pubblica amministrazione dei soggetti con cui svolgere detta attività, non viene indicata la necessità di forme di accreditamento o di procedure concorsuali, ma ci si limita a richiamare il «rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti e in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona». Critiche al riguardo sono mosse da P. Consorti - L. Gori - E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit., 142. Diversamente, per l'attività di co-progettazione (su cui si dirà subito dopo), l'art. 55, comma 4, del Codice prevede una procedura specifica per l'individuazione degli Enti del Ts, diretta espressione dei principi di trasparenza e *par condicio* sanciti dalla normativa dell'Unione europea.

L'attività di co-progettazione, che si pone in una logica consequenziale rispetto a quella di programmazione, è, nel testo del Codice, finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento, volti a soddisfare bisogni che sono definiti alla luce degli strumenti di programmazione.

Mentre la co-programmazione si sostanzia in una forma di partecipazione, c'è chi ritiene²⁸⁸ che la co-progettazione sia espressione anch'essa di partecipazione, ma anche, concretamente, di gestione di un servizio.

Per quanto riguarda, invece, la dimensione "gestionale" dell'attività posta in essere dai soggetti del Terzo settore, che consiste nell'erogazione dei servizi, occorre anzitutto ricordare che il nostro sistema di *welfare* si è da sempre contraddistinto per il ruolo svolto di soggetti privati nell'area dei servizi alla persona²⁸⁹, consacrato, anzitutto, nell'art. 38, comma 5, Cost., secondo cui «l'assistenza privata è libera».

Sino agli anni 2000, l'assenza di una legge organica della materia, l'omesso riferimento all'attività svolta dai privati nel sociale nel secondo decentramento attuato con il d.p.r. n. 616/77 (che trasferisce le funzioni in materia di "beneficenza pubblica" alle Regioni) e la natura spesso settoriale degli interventi nell'area dei servizi sociali hanno fatto sì che i soggetti privati diventassero protagonisti, a fianco di quelli pubblici, del sistema di offerta dei servizi²⁹⁰.

Successivamente, la valutazione della non sempre efficiente gestione dei servizi sociali da parte del pubblico e l'accentuarsi della spesa sociale hanno condotto ad un proliferare di leggi di settore (l. n. 266/91 sul volontariato; l. n. 381/91 sulle cooperative sociali; l. n. 460/97 sulle organizzazioni non lucrative di utilità sociale...), che hanno ulteriormente rafforzato il ruolo dei soggetti del privato sociale.

Infine, l'entrata in vigore della legge quadro n. 328/2000 e la costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà orizzontale hanno definitivamente riconosciuto al privato

²⁸⁸ Cfr. L. Gili, *Il Codice del Terzo settore ed i rapporti collaborativi con la P.A.*, in *Urb.e app.*, n. 1/2018, 8.

²⁸⁹ G. Bognetti, *Pubblico e privato nell'organizzazione dei servizi sociali*, in R. Artoni - E. Bettinelli, *Povertà e Stato*, Roma, 1987, 95 ss.

²⁹⁰ In tal senso si v. A. Frego Luppi, *Servizi sociali e diritti della persona*, Milano, 2004, 29.

sociale non solo un ruolo di supplenza del soggetto pubblico e del privato con finalità di lucro, ma la veste di protagonista privilegiato nel sistema di erogazione dei servizi sociali²⁹¹.

Anche le Regioni, in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, valorizzano il ruolo del Terzo settore quale elemento d'integrazione nell'offerta dei servizi, quale co-attore nella programmazione, progettazione e realizzazione degli interventi a servizio della persona.

Si prenda ad esempio l'esperienza della Regione Lombardia.

Il modello di *welfare* lombardo si è delineato nei suoi tratti essenziali già a partire dagli anni '90 ispirandosi al principio di sussidiarietà e definendosi come "plurale": «un modello di *welfare*, cioè, che riconosce la soggettività sociale di ogni attore [...] e la titolarità/capacità di ciascuno di contribuire al benessere comune (*welfare* e *well being*). È un *welfare* che valorizza la libertà e la responsabilità di ciascuno nel rispondere, secondo un proprio codice di azione, ai bisogni tradizionali ed emergenti»²⁹².

Il principio di sussidiarietà orizzontale, che orienta il *welfare* lombardo, ha inoltre modificato anche il quadro delle politiche socio-sanitarie a favore di un assetto non più esclusivamente pubblico (*welfare state*), ma plurale (*welfare mix*) e partecipato (*welfare community*)²⁹³.

²⁹¹ Sul ruolo del Terzo settore nel sistema integrato di interventi e servizi sociali si v. tra i tanti R. Morzenti Pellegrini - V. Molaschi (a cura di); *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, cit., 205 ss.; S. La Porta, *Commento all'art. 5 della legge n. 328/00. Ruolo del Terzo settore*, cit., 135 ss.; A. Albanese - C. Marzuoli (a cura di), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Bologna, 2003; R. Maggiani, *Il sistema integrato dell'assistenza*, Roma, 2001; A. Pagani- A. Perino, *Il co-settore dell'assistenza sociale tra pluralismo e multidimensionalità*, in C. Cipolla (a cura di), *Il co-settore in Italia*, Milano, 2000, 99 ss.; G.L. Fiorentini, *Pubblico e privato nel nuovo welfare: la regolamentazione delle organizzazioni non lucrative e dei servizi di utilità sociale*, Bologna, 2000; S. La Porta, *Commento all'art. 5 della legge n. 328/00. Ruolo del Terzo settore*, in E. Balboni - B. Baroni - A. Mattioni - G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato di interventi e servizi sociali*, Milano, 2003, 135 ss.

²⁹² Irer Lombardia, *Rapporto di fine legislatura*, Milano, 2010.

²⁹³ Sulle politiche di welfare nella X legislatura regionale v. C. Gori (a cura di), *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, Santarcangelo di Romagna, 2018.

Tra gli obiettivi della Regione Lombardia per la realizzazione di un modello di *welfare* sussidiario e plurale vi è, dunque, anche quello di promuovere lo sviluppo sociale e culturale del Terzo settore, potenziandone il ruolo nella programmazione e produzione dei servizi alla persona. Indicazioni in tal senso sono riscontrabili nella l.r. 12 marzo 2008, n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario», il cui art. 3 dispone che «nel quadro dei principi della presente legge e in particolare secondo il principio di sussidiarietà, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione: [...] c) i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario»²⁹⁴.

295

²⁹⁴ Si evidenzierà nella sezione seguente che la l.r. n. 3/2008, a seguito delle modifiche apportate dalla l. n. 23/2015, diviene legge riferita esclusivamente all'ambito dei servizi alla persona nell'area sociale. Viene eliminato, dunque, a partire dal titolo della legge e in tutta l'articolazione della stessa, ogni riferimento al "socio-sanitario".

²⁹⁵ Sulla questione si vedano le considerazioni di V. Ghetti, *La governance lombarda*, in C. Gori (a cura di), *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 73 ss. Secondo l'Autrice l'interlocuzione preliminare del Terzo settore all'approvazione alla legge di riforma del sistema socio-sanitario (l.r. n. 23/2015) ad esempio – nonostante la sua rilevanza e i lunghi mesi dedicati alla sua gestazione – è stata molto limitata, nulla a che vedere con il percorso di confronto che aveva anticipato la legge sul governo della rete (l.r. n. 3/2008).

SEZIONE II

IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN LOMBARDIA

II.9 L'affermazione del modello di *welfare* lombardo prima della legge di revisione del 2015

Nel presente capitolo l'attenzione si concentra sull'analisi del modello di *welfare* lombardo, con riguardo agli ambiti sanitario e sociale, sviluppatosi a partire dagli anni '90, finalizzata a comprendere in che modo le scelte compiute abbiano condotto all'«evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo», prevista, come si vedrà, dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23. L'obiettivo è analizzare il nuovo sistema che si è venuto a creare, evidenziandone positività e criticità sul versante della risposta ai bisogni socio-sanitari dei cittadini.

Considerata la complessità di tale testo normativo, che va a creare un sistema istituzionale dotato di grande articolazione, è opportuno fare riferimento all'agenda politica degli ultimi decenni.

Negli anni 2000-2010 l'amministrazione regionale lombarda realizza una complessiva riforma delle politiche sociali, tesa ad introdurre un “modello lombardo”.

In realtà, il ripensamento del *welfare* lombardo è stato originariamente formulato con la riforma sanitaria, introdotta dalla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31, «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali»²⁹⁶. La normativa in esame prevede la separazione tra enti finanziatori ed

²⁹⁶ L.r. 11 luglio 1997, n. 31 «Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali».

Art. 1 «Nel rispetto della dignità della persona umana e del diritto costituzionale alla tutela della salute, esercitato secondo le modalità previste dalla presente legge, nonché attraverso la facoltà di libera scelta del cittadino, secondo le modalità stabilite dalla programmazione regionale e

erogatori; i presidi ospedalieri vengono scorporati dalle Asl, andando a creare le Aziende ospedaliere; è introdotta la competizione tra i diversi soggetti erogatori accreditati, pubblici e privati; la libertà dell'utente di scegliere a quale soggetto erogatore rivolgersi è considerata strumento capace di incrementare la qualità delle prestazioni.

Si tratta, dunque, di una riforma nella quale si affermano alcuni dei principi cardine del modello regionale che, negli anni successivi, coinvolgeranno gli altri comparti del *welfare*²⁹⁷.

Con l'avvio del nuovo secolo prende avvio un'incisiva opera di rafforzamento dei servizi che porta allo sviluppo di un sistema d'offerta ampio e qualificato. Gli indirizzi strategici della *policy* lombarda puntano allo sviluppo di un «quasi mercato del *welfare* sociale»²⁹⁸, guidato anche qui dalla libera scelta del cittadino e dalla competizione tra

provinciale, la Regione disciplina il Servizio sanitario regionale e i servizi socio-assistenziali stabilendo i principi in base ai quali: [...]

d) viene promossa e favorita l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali di competenza degli enti locali, fermo restando il finanziamento a carico del Fondo sanitario regionale, ai sensi dell'art. 30 della L. 27 dicembre 1983, n. 730, delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario svolte nelle strutture, presidi e servizi assistenziali. In ogni caso non possono gravare sul Fondo sanitario regionale oneri diversi da quelli riferiti alle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario. A tali fini è istituito il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, di seguito denominato "Dipartimento per le A.S.S.I.", quale articolazione organizzativa delle Aziende sanitarie locali, di seguito denominate "A.S.L.";

e) concorrono alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria gli enti pubblici, gli enti non profit e i soggetti privati, secondo le specifiche loro peculiarità. È promossa la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale.

La presente legge è stata abrogata dalla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia sanitaria»

²⁹⁷ Sul tema v. R. Marotta, *Gli obiettivi della Regione*, in C. Gori (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Santarcangelo di Romagna, 2011, 19 ss.

²⁹⁸ Con l'obiettivo del "quasi-mercato", Regione Lombardia ha inteso modificare il sistema di erogazione dei servizi a finanziamento pubblico. Esso prevede la presenza di diversi erogatori – accreditati dall'ente pubblico – che competono tra loro per attrarre l'utente, libero di scegliere quello che preferisce. Gli erogatori possono essere pubblici, privati *non profit* e privati *for profit*, ma l'obiettivo dichiarato dalla Regione consiste nell'arrivare progressivamente ad avere esclusivamente soggetti privati, con priorità del *non profit*. Si ritiene, infatti, che quest'ultimo rappresenti il soggetto meglio attrezzato per sviluppare il *welfare* lombardo, mentre il pubblico dovrebbe concentrarsi sulle funzioni di Programmazione-Acquisto-Controllo (Pac). In argomento v. R. Marotta, *Gli obiettivi della Regione*, cit., 24;

M. Randazzo, *Il sistema socio-sanitario lombardo*, in C. Bottari - P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, 2016, 80 ss. evidenzia che un aspetto caratterizzante il "quasi mercato" risiede nel fatto che il sistema pubblico finanzia, ma non eroga

gli erogatori, considerati i veri *driver* per garantire lo sviluppo di un sistema d'offerta articolato.

In particolare, la valorizzazione delle organizzazioni del Terzo Settore si pone come obiettivi quello di incentivare il potenziamento del loro ruolo nella produzione di servizi e quello di farne interlocutori privilegiati dei processi programmatori, sia a livello locale che regionale.

La riforma del sistema di *welfare*, avviata in campo sanitario con la l.r. n. 31/1997, prosegue e viene estesa anche al comparto socio-sanitario attraverso i successivi Piani socio-sanitari regionali (Pssr 2000-2004 e Pssr 2007-2009).

Essi sono frutto della volontà politica di superare le criticità in parte determinate dalla l.r. n. 31/1997, mediante una ridefinizione e rilancio del ruolo svolto dalle Asl che – in un'ottica di sviluppo della domiciliarità e contestuale ridimensionamento della dimensione ospedaliera, sin ora fortemente centralizzata – sono chiamate a ricoprire il ruolo di acquirente delle prestazioni necessarie a garantire tutela, in un sistema strutturato secondo un modello a rete²⁹⁹.

In particolare, le Asl assumono il ruolo di soggetti pubblici con la funzione di regolazione dell'offerta, di programmazione, acquisto e controllo (c.d. Pac), mentre si completa il ritiro delle deleghe ad esse affidate da parte dei Comuni e si rafforza l'esternalizzazione delle attività socio-sanitarie. Per consolidare tale processo è riconosciuta all'Asl specifica autonomia nella programmazione delle risorse, con un preciso richiamo allo sviluppo delle sue competenze di controllo e verifica della coerenza programmatica e del contenimento della spesa. All'Asl viene, inoltre, demandato anche un ruolo di coordinamento del sistema dei servizi e della programmazione locale per la razionalizzazione e l'integrazione tra sociale e sanitario.

direttamente i servizi sanitari e, di conseguenza, il ruolo della Regione resta quello di "regolatore", mentre i soggetti terzi, pubblici e privati, erogano i servizi su base paritaria, a seguito della verifica del rispetto di standard da parte della Regione stessa attraverso le procedure di accreditamento, monitoraggio, tariffazione.

²⁹⁹ M. Randazzo, *Il sistema socio-sanitario lombardo*, cit. 84.

Il distretto, all'interno dell'Asl, rappresenta il livello ottimale per conoscere la domanda di salute e di benessere, programmare le risposte tramite interventi sanitari, socio-sanitari, favorire l'interazione tra gli operatori del territorio. Il Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, denominato «Dipartimento per le A.S.S.I.», quale articolazione organizzativa delle Aziende sanitarie locali³⁰⁰, diviene l'anello di congiunzione tra sociale e sanitario, il livello intermedio tra programmazione regionale e programmazione locale. Il suo operato deve essere centrato sulla «promozione di ogni forma di azione volta a garantire ai cittadini fragili la continuità assistenziale, che va dal sistema sanitario a quello sociale e viceversa» (Piano socio-sanitario regionale 2007-2009).

Anche il ruolo dei Comuni tende progressivamente verso una funzione di Pac. Ciò viene esplicitato nel Piano socio-sanitario regionale 2007-2009, laddove si chiarisce che i Comuni, prediligendo forme di gestione associata, sono «regolatori dei servizi, potenziando le capacità propulsive degli attori del privato sociale radicati nel territorio» e garantendo ai cittadini «le prestazioni erogate da una molteplicità di attori accreditati».

In merito alle funzioni di governo, il ruolo della Regione viene sempre più circoscritto a quello di regolatore del sistema socio-sanitario, con una posizione “terza”, che si estrinseca nella definizione e nel presidio delle regole del sistema: finanziamento e distribuzione delle risorse; determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini; negoziazione e contratti; autorizzazione, accreditamento e qualità; sistema dei controlli. La Regione assicura, inoltre, l'erogazione dei livelli uniformi di assistenza previsti dalla legislazione nazionale ed eventualmente assicura livelli più elevati sulla base di proprie risorse³⁰¹.

La riforma e la configurazione del sistema di governo del *welfare* regionale attuato sin ora trovano compimento nella l.r. 12 marzo 2008, n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario».

³⁰⁰ Il Dipartimento per l'Assistenza socio-sanitaria integrata (ASSI) è stato istituito dalla l.r. n. 31/1997.

³⁰¹ E. Ranci Ortigosa - V. Ghetti, *Il governo e la governance regionali*, in C. Gori, *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, cit., 80.

In coerenza con quanto già tratteggiato dal Pssr 2007-2009, la l.r. n. 3/2008 chiarisce e formalizza i ruoli e le funzioni in capo agli attori istituzionali, con esplicito riferimento alla presenza di una duplice rete, quella socio-sanitaria, la cui programmazione e regolazione è in capo alle Asl, e quella sociale, di competenza dei Comuni. La legge regionale formalizza, dunque, la netta divisione tra rete sociale e rete socio-sanitaria, in termini di attribuzioni, sfere operative e flussi di finanziamento. Tale separazione, peraltro già enunciata nel Pssr 2002-2004, è attenuata da un richiamo all'obiettivo di integrazione attuato dal Piano di Zona.

L'art. 18 della l.r. n. 3/2008 definisce, infatti, il Piano di Zona come lo strumento della programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale e dell'attuazione dell'integrazione tra la programmazione sociale e la programmazione socio-sanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità.

La legge regionale, come visto, rinnova anche il richiamo alla valorizzazione di tutte le risorse che concorrono a costruire il sistema d'offerta, con particolare riferimento ai soggetti del Terzo Settore.

La rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie è definita dalla l.r. n. 3/2008 come «l'insieme integrato dei servizi, delle prestazioni, anche di sostegno economico, e delle strutture territoriali, domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali» (art. 1, comma 2); il legislatore regionale stabilisce, altresì, che tale rete debba garantire «il diritto alla esigibilità delle prestazioni sociali e sociosanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza» (art. 1, comma 3).

L'individuazione degli ambiti di attività, in cui le unità d'offerta operano si diversificano nel settore sociale ed in quello socio-sanitario, e l'identificazione della rete degli interventi socio-sanitari riprende le prestazioni tipiche delle aree dell'integrazione sociosanitaria, di cui al d.P.C.M. 14 febbraio 2001 e al d.P.C.M. 29 novembre 2001; la legge demanda poi alla giunta regionale l'individuazione sia delle unità di offerta sociali che di quelle socio-sanitarie (art. 5).

La distinzione dei soggetti erogatori in ambito sociale e socio-sanitario si riflette ulteriormente sulla disciplina relativa ai soggetti beneficiari delle prestazioni. Se da un lato l'ambito relativo all'assistenza sociale è molto ampio, stante la concezione lata di servizi sociali nel nostro ordinamento, più precisa è la caratterizzazione dei fruitori

delle prestazioni socio-sanitarie, che corrispondono, anche in questo caso, alle previsioni di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001³⁰².

In conclusione, le indicazioni regionali intendono promuovere, attraverso percorsi di integrazione socio-sanitaria, una programmazione coordinata tra le politiche, perseguendo il reale obiettivo di una presa in carico unitaria dei bisogni della persona. In particolare, pare declinarsi, nel disegno regionale, un'attenzione all'integrazione socio-sanitaria con riguardo alle funzioni di accesso integrato (ad es. il Segretariato sociale³⁰³), sulla valutazione dei casi e sulla definizione dei percorsi individualizzati da attuarsi a domicilio, prevedendo momenti valutativi interdisciplinari, funzionali all'individuazione di percorsi e metodologie organizzative condivise ed omogenee. Purtroppo, nonostante tali aspetti siano sicuramente da guardare con favore, il chiarimento dato dalla normativa nella definizione di ruoli e funzioni tra sociale e

³⁰² Art. 6, comma 3, della l.r. n. 3/2008: «Accedono prioritariamente alla rete delle unità di offerta sociosanitarie, in considerazione delle risorse disponibili e relativamente alle prestazioni non incluse nell'allegato 1 C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), le persone e le famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da:

- a) non autosufficienza dovuta all'età o a malattia;
- b) inabilità o disabilità;
- c) patologia psichiatrica stabilizzata;
- d) patologie terminali e croniche invalidanti;
- e) infezione da HIV e patologie correlate;
- f) dipendenza;
- g) condizioni di salute o sociali, nell'ambito della tutela della gravidanza, della maternità, dell'infanzia, della minore età;
- h) condizioni personali e familiari che necessitano di prestazioni psico-terapeutiche e psico-diagnostiche».

³⁰³ Art. 6, comma 4, della l.r. n. 3/2008: «I comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, organizzano una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:

- a) garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
- b) orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
- c) assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
- d) segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell'ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale».

Sul segretariato sociale, sia consentito rinviare a P. Grazioli, *Il Segretariato Sociale*, in R.M. Pellegrini (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2008, 177-197; Id., *Punto unico di accesso. Studio di fattibilità per la realizzazione di uno Sportello Sociale*, Bergamo 2008.

socio-sanitario, pur se necessario, ha di fatto orientato nuovamente verso una separazione e una «spartizione di aree di competenza tra i due settori»³⁰⁴.

Da ultimo, occorre fare riferimento alla l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», che si limita di fatto ad effettuare un intervento meramente ricognitivo senza innovare, nel merito, la materia sanitaria.

A questo punto, occorre “tirare le somme” con riguardo all’attuazione del modello socio-sanitario lombardo sino all’entrata in vigore della nuova legge di riordino del 2015.

A tal fine, si prende spunto dalle osservazioni critiche e dalle prospettive di crescita delineate nel «Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute»³⁰⁵, che hanno, peraltro, posto le basi per il rivoluzionario intervento normativo di un anno dopo.

Il Libro bianco traccia uno spaccato del Ssr lombardo – con i suoi punti di maggiore e minore forza – dettando le linee guida per il suo riordino, con l’«ambizione della Lombardia di rappresentare la prima Regione europea per risultato e qualità attraverso una coraggiosa evoluzione e un nuovo punto di vista», fermo restando il rispetto di alcuni principi che hanno caratterizzato il modello lombardo già a partire dalla l. n. 31/1997.

Partendo da un’analisi dettagliata dell’esistente e dei risultati, il Libro bianco richiama alcuni principi cardine che devono guidare l’evoluzione del sistema sanitario e socio-sanitario lombardo e mette in luce i punti critici e gli strumenti da implementare per promuovere uno sviluppo del sistema, in relazione ai cambiamenti demografici, ai nuovi bisogni emergenti nel territorio regionale e alle necessità di sostenibilità economica.

Successivamente, esso presenta un’ipotesi di riordino del modello socio-sanitario lombardo, che vede una nuova articolazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

³⁰⁴ In argomento v. la ricostruzione effettuata da P. Ferrario, *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 1/2009, 3-7

³⁰⁵ Il Libro bianco è stato presentato dal Presidente della Regione Lombardia, Roberto Maroni, il 1° luglio 2014, a tutti gli attori politici, istituzionali del Servizio sanitario regionale, oltre che alle forze sociali del volontariato. Esso è consultabile al seguente link: <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2014/07/Libro-Bianco.pdf>.

In particolare, il documento evidenzia, per quanto interessa la presente analisi, come l'offerta territoriale socio-sanitaria presenti alcune criticità: l'assenza di una chiara azione di regia e la difficile riconoscibilità dei percorsi non solo da parte dei cittadini, ma anche degli operatori stessi; il rischio di sovrapposizione tra servizi, che si ripercuote sulla risposta ai bisogni complessivi dell'utenza; la discontinuità tra ospedale e territorio, che conduce ad un rapporto tra professionisti non sempre ideale e collaborativo; la marginalizzazione del ruolo dei Comuni, pur coinvolti attraverso la Conferenza dei Sindaci nella programmazione socio-sanitaria e sociale d'ambito, che impedisce una programmazione unitaria delle risorse, contribuendo ad alimentare la frammentazione e la disomogeneità dell'attuale rete d'offerta.

A fronte di tali premesse, all'interno del Libro bianco, il concetto di presa in carico rappresenta il fattore di cambiamento per superare quella dicotomia ospedale-territorio, caratteristica e, nel contempo, limite del modello sanitario lombardo, per far transitare il Ssr verso una modalità di servizio integrato tra i diversi livelli di cura.

L'obiettivo delle politiche regionali deve essere pertanto quello di dare unitarietà di intervento alle persone e alle famiglie, con pari opportunità di accesso e prestazioni, partendo proprio dalla presa in cura globale integrata, tramite un necessario e forte raccordo tra Asl e Comune e tra operatori professionali qualificati, per poter integrare le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, poiché da qui scaturisce il progetto personalizzato di intervento.

Con riferimento alla presa in carico di soggetti fragili, non autosufficienti, terminali (individuati nel documento nell'area rossa), il Libro bianco sottolinea la necessità di una forte integrazione con l'ambito di pertinenza socio-sanitaria (assistenza domiciliare integrata, cure palliative domiciliari, ricovero in hospice...).

In conclusione, il documento rappresenta un'importante piattaforma di discussione e di confronto tra gli attori istituzionali e gli interlocutori sociali sulle prospettive di sviluppo di un sistema sanitario e socio-sanitario, da attuarsi con cultura, strumenti, competenze e organizzazioni innovative, per avviare un'integrazione e una «continuità di sistema» tra i soggetti di tutta la rete dei servizi.

II.10 L'integrazione ospedale-territorio: la legge regionale n. 23/2015 e l'evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo

A seguito dell'emanazione del «Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia», prendono corpo diverse proposte di legge volte al riordino del Ssr, seguite dalla presentazione di numerosi emendamenti, culminati in un accordo di maggioranza per la presentazione di un testo – definito maxi emendamento – che ha sostituito il Titolo I del progetto di legge approvato dalla Giunta regionale nel dicembre 2014³⁰⁶.

Nel giugno del 2015, il testo giunge all'esame della terza Commissione affari sociali e, dopo essere approdato in Consiglio regionale, viene definitivamente approvato nell'agosto del medesimo anno.

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» è definita, come si evince dal titolo, legge di «evoluzione del sistema», in quanto essa “ridefinisce” l'assetto istituzionale del *welfare* lombardo, delineando il profilo di nuovi organismi deputati a governare e gestire il sistema pubblico dei servizi sanitari e socio-sanitari, declinandone compiti e funzioni³⁰⁷.

La revisione normativa intrapresa punta ad adeguare il Ssr a partire dalla sua stessa denominazione: nella legge si fa riferimento al sistema socio-sanitario lombardo (Ssl) – e non più solamente sanitario –, nella convinzione che non sia più possibile scindere i due ambiti di intervento in “compartimenti stagni”, ma sia necessaria la costruzione di una rete unica socio-sanitaria.

Ciò è evidente già nell'art. 1, comma 1, della predetta legge, che riforma l'art. 1 della l.r. n. 33/2009 come segue: «Il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (Ssl), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività,

³⁰⁶ Si tratta del progetto di legge n. 228 formalizzato con delibera n. X/2983 del 23/12/2014, successivamente sostituita per vizi formali dalla delibera n. X/3021 del 16/01/2015.

³⁰⁷ In argomento v. P. Ferrario, *La riforma del sistema sociosanitario in Lombardia*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 2015.

professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e socio-sanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali».

Un'altra importante evoluzione, in linea con la nuova visione della programmazione e gestione unitaria del sistema socio-sanitario lombardo, è l'istituzione di un unico Assessorato regionale al *welfare* (art. 1, *sub 27-ter* della l.r. n. 23/2015), denominato «Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare)»³⁰⁸, che riassume le deleghe appartenenti in precedenza all'Assessorato alla salute e all'Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità.

Prima di delineare il nuovo assetto organizzativo portato dalla legge di revisione, è opportuno richiamarne i principi ispiratori, in parte già enunciati nella l.r. n. 31/1997 e nel Libro bianco (su cui v. *supra*).

Tra questi compaiono nuovamente il principio della libera scelta del cittadino nell'accesso alle strutture sanitarie e socio-sanitarie (art. 1, *sub 2*, lett. *b*), collegato alla valutazione multidimensionale del bisogno (art. 1, *sub 3*, comma 6), così come quello della sussidiarietà orizzontale («per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta» (art. 1, *sub 2*, lett. *h*). Nel contempo, viene enunciato l'orientamento della presa in carico della persona in una visione olistica, attraverso l'erogazione di prestazioni da parte della rete sanitaria e socio-sanitaria e la collaborazione tra i vari soggetti pubblici e privati coinvolti nel processo di cura (art. 1, *sub 9*)³⁰⁹.

³⁰⁸ Art. 1, *sub 27-ter* della l.r. n. 23/2015 (Istituzione dell'Assessorato alla salute e politiche sociali «Welfare»)

«Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione, secondo quanto previsto dallo Statuto d'autonomia, istituisce l'Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla salute e all'Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità, all'atto dell'approvazione legge regionale recante «Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)».

³⁰⁹ Art.1, *sub 9* della l.r. n. 23/2015 (Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile)

Il punto cardine della riforma sembra sostanziarsi nell'obiettivo di offrire al cittadino non singole prestazioni, ma processi di presa in carico attiva³¹⁰.

Ragion per cui, nel contesto della legge di evoluzione, si parla di «sistema» e non più di servizi, evidenziando con ciò l'intenzione di proporre non uno sviluppo, bensì un'organizzazione degli stessi in maniera sistemica, all'interno di un modello che separi le funzioni di programmazione, erogazione delle prestazioni e controllo.

Per quanto riguarda gli attori istituzionali, in capo alla Regione permangono le competenze in materia di programmazione e di indirizzo; la funzione a garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; la definizione dei requisiti di accreditamento; l'elaborazione di sistemi informativi sulla qualità delle strutture; gli indirizzi per l'appropriatezza clinica e organizzativa (art. 1, *sub* 5).

Lo strumento operativo è individuato nell'elaborazione annuale da parte della Giunta di «regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti» (art. 1, *sub* 5, comma 6).

-
- «1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.
 2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione onnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.
 3. La Regione a tali fini definisce in particolare:
 - a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;
 - b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.
 4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime».

³¹⁰ S. Manfredi, *Il modello lombardo della presa in carico, spunti normativi e cambiamenti organizzativo-gestionali*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2018, 346.

La Regione assicura l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata e favorisce l'integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali (art. 1, *sub* 6, comma 17); la stessa, inoltre, promuove «crescita e sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo» (art. 1, *sub* 5, comma 16).

A tal fine, la Regione, in stretta sinergia anche con le Università, sostiene la formazione, l'aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, per lo sviluppo di figure professionali sanitarie, socio-sanitarie e sociali dedicate alla presa in carico (art. 1, *sub* 18)³¹¹.

Infine, ai Comuni rimane la responsabilità dei servizi socio-assistenziali, ma è prevista, nella legge di riordino e negli atti emanati successivamente, una forte connessione con il sistema sanitario proprio per garantire la presa in carico e la continuità delle cure (art. 1, *sub* 20)³¹².

³¹¹ Art. 1, *sub* 18 della l.r. n. 23/2015 (Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)

«1. La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni, delle competenze e l'attuazione del governo clinico. La Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l'aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità...».

³¹² Con la d.G.R. n. X/5507 del 2 agosto 2016 – «Attuazione l.r. 23/2015: regolamento di funzionamento della conferenza dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci, dell'assemblea dei sindaci di distretto e dell'assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale (a seguito di parere della commissione consiliare)» – sono confermate le Conferenze dei sindaci quali organismi di partecipazione dei Comuni alla programmazione socio-sanitaria e all'integrazione tra prestazioni/funzioni sociali, sanitarie e sociosanitarie. Nella geografia della nuova *governance* si aggiunge un nuovo livello: all'assemblea dei sindaci di ambito coincidente con il livello politico della programmazione zonale, si aggiunge (e si sposta a questo livello il principale peso negoziale) un ulteriore organismo, ovvero l'Assemblea dei sindaci di distretto. Quest'ultima è l'organo di rappresentanza dei Comuni che ha la funzione di: formulare pareri e proposte alla Conferenza dei sindaci, che poi interloquisce con l'ATS, sulla programmazione dei servizi sociosanitari e la finalizzazione/distribuzione delle risorse; garantire il coordinamento e l'uniformità territoriale dei singoli piani con la programmazione del distretto.

Per quanto attiene al profilo strettamente organizzativo del nuovo sistema lombardo, il legislatore è intervenuto incidendo sulla *governance* dello stesso, ridisegnandone profondamente l'articolazione.

Vengono istituite otto Agenzie di tutela della salute (Ats), nuovi soggetti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica – chiamati a sostituire le quindici Asl, istituite dalla precedente normativa regionale – che hanno, per conto della Regione, compiti di programmazione, acquisto e controllo. In particolare, alle Ats, anche attraverso i distretti, sono attribuiti i seguenti compiti: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle strutture accreditate; attivazione di un «governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi...»³¹³.

Sul tema si v. V. Ghetti (a cura di), *L'attuazione della riforma sociosanitaria e le aree di innovazione del welfare*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 2017, 12 ss.; Id., *Il sistema di governance in Lombardia*, in <http://www.welforum.it>, 2018

³¹³ Art. 1, sub 6 (Agenzie di tutela della salute)

- «1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge.
2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).
3. Alle ATS, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:
 - a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale;
 - b) governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
 - c) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;
 - d) governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;
 - e) promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;

Ogni Ats adotta «l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale», organizzandosi in dipartimenti³¹⁴, tra i quali, per quanto di interesse, ricordiamo il dipartimento della «programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'Ats secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza» (art. 1, *sub* 6, comma 6, lett. *f*).

Il già sperimentato Dipartimento «Assi»³¹⁵ trova spazio, con una nuova definizione, nel nuovo sistema.

Altro elemento di novità del modello organizzativo delineato dalla legge in esame è l'istituzione di ventisette Aziende socio-sanitarie territoriali (Asst), che, nelle

-
- f) prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
 - g) sanità pubblica veterinaria;
 - h) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
 - i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11 [...].

³¹⁴ Art. 1, punto 6, comma 6: «Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolandosi nei seguenti dipartimenti:

- a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;
- b) dipartimento delle cure primarie;
- c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
- e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
- f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza».

³¹⁵ Si tratta del dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, denominato «Dipartimento per le A.S.S.I.», quale articolazione organizzativa delle Aziende sanitarie locali, e previsto dall'art. 1, lett. *d*), della l. l.r. 11 luglio 1997, n. 31 «Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali».

intenzioni del legislatore, si pongono come centro di riferimento dei cittadini al fine di facilitare l'accesso alle prestazioni.

Le Asst, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (art. 1, *sub* 7)³¹⁶, «concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei Lea e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona» (art. 1, *sub* 7, comma 2). «Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le Asst garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del Terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni» (art. 1, *sub* 7, comma 3).

Le Asst si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti «rete territoriale» e «polo ospedaliero», che afferiscono direttamente alla direzione generale.

Formano il «polo ospedaliero» tutte le strutture ospedaliere presenti nel territorio di competenza³¹⁷; mentre fanno parte della «rete territoriale»: i presidi ospedalieri

³¹⁶ Art. 1, *sub* 7 della l.r. n. 23/2015 (Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere)

«1. Sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1.

2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).

3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

³¹⁷ Art. 1, *sub* 7 della l.r. n. 23/2015:

territoriali (Pot), strutture multi-servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e socio-sanitarie, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari; i presidi socio-sanitari territoriali (Presst), modalità organizzative che hanno lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario e sociale; le altre unità d'offerta territoriali³¹⁸.

Il settore aziendale «rete territoriale» delle Asst, per quanto di propria competenza, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. n. 502/1992, favorendo l'integrazione

«9 Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica.

10. Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato su più livelli che distinguono i presidi ospedalieri e/o i dipartimenti per complessità di cura, tecnologica e organizzativa in coerenza con la normativa nazionale. Nel settore aziendale polo ospedaliero le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dai CCNL di riferimento; il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del POAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero».

³¹⁸ Art. 1, *sub* 7 della l.r. n. 23/2015:

«13. Al settore rete territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali nei limiti previsti dalla presente legge e al quale afferiscono:

a) i presidi ospedalieri territoriali (POT);

b) i presidi socio sanitari territoriali (PreSST).

14. Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure.

15. I POT sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

16. I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST:

a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità;

b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;

c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

17. I PreSST possono essere anche organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70».

delle funzioni sanitarie e socio-sanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali (art. 1, *sub* 7, comma 11).

Finalità della predetta disposizione è il superamento della logica che vede la separazione tra ospedale e territorio.

La programmazione si compie tramite il Piano sociosanitario integrato lombardo (Psl), «quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL» che individua: il quadro dei bisogni della popolazione; gli indicatori per determinare i volumi di attività; gli indicatori di risultato per il controllo e la valutazione; i progetti obiettivo e le azioni per rispondere a specifiche aree di bisogno; le linee di indirizzo per la promozione della salute; l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, i processi di integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali; l'identificazione dei contenuti delle prestazioni distinguendo fra quelle di tipo acuto, intermedio, subacuto, postacuto o riabilitativo, a media e bassa intensità (art. 1, *sub* 4).

Nei contenuti del Piano si sottolinea il richiamo ai processi di integrazione tra servizi e la tendenziale suddivisione tra le diverse tipologie di intervento.

E' previsto anche un Piano regionale della prevenzione (art. 1, *sub* 4-*bis*), con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisico, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio e ridurre le diseguaglianze.

Tale piano ha una durata triennale e anche qui si richiama l'obiettivo dell'«integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale» (art. 1, *sub* 4-*bis*, lett. *c*).

E' istituita anche un'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo che ha lo scopo di produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione a livello nazionale e internazionale (art. 1, *sub* 14).

Quest'ultima istituisce anche un «Osservatorio delle *best practices* cliniche» al fine di garantire le migliori performances di cura e di processo e un «Osservatorio di soddisfazione degli utenti» (art. 1, *sub*. 14, comma 4 e 5).

Da ultimo, occorre fare breve cenno a come la riforma in esame incida sulla l.r. n. 3/2008³¹⁹.

E' noto che la l.r. n. 23/2015 ridefinisce, soprattutto, l'assetto organizzativo del sistema sanitario lombardo e si esibisce come modifica al testo della l.r. n. 33/2009.

La domanda, sottesa all'istruzione del rapporto tra le due normative, si interroga sulla vigenza della l.r. n. 33/2008, a seguito dell'entrata in vigore della l.r. n. 23/2015.

La risposta va cercata nell'art. 2, comma 8, lett. j) della l.r. n. 23/2015, ai sensi del quale «il titolo (della l.r. n. 3/2008) è sostituito dal seguente: “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale”».

La l.r. n. 3/2008 si trasforma, dunque, in legge relativa all'ambito dei servizi alla persona nell'area esclusivamente sociale, con la conseguente soppressione di ogni riferimento al “socio-sanitario” presente nel titolo e nel testo della legge.

II.11 La *governance* lombarda: territorio al centro, maggiore integrazione tra i livelli e i servizi, l'obiettivo della “presa in carico”. Il lento percorso di sperimentazione ed attuazione della riforma

La riorganizzazione della geografia territoriale del sistema lombardo è, nelle intenzioni del legislatore, un buon punto di partenza per superare la frammentazione e la disomogeneità dell'offerta socio-sanitaria sul territorio, per garantire una “presa in carico” continuativa in tutte le fasi del percorso di cura e per dare finalmente avvio ad una piena integrazione socio-sanitaria.

L'articolazione delineata nella l.r. n. 23/2015³²⁰ intende, in particolare, valorizzare l'aspetto della programmazione territoriale, che assume un ruolo strategico nell'integrazione tra i comparti sociale e sanitario, declinata in tutti i livelli del nuovo modello lombardo.

³¹⁹ In argomento v. l'analisi svolta V. Ghetti, *Riforma sociosanitaria: come cambia la legge regionale 3/2008*, in <http://www.lombardiasociale.it>, ottobre 2015.

³²⁰ La configurazione territoriale prevista dalla legge di riordino è tuttavia suscettibile di modifiche grazie all'inserimento della norma transitoria che permette alla Giunta alcune “correzioni” all'allegato 1, che delinea numero e composizione delle Ats e Asst, oltre alla trasformazione in Aziende ospedaliere di alcuni grandi presidi.

A partire dalla Regione che «promuove ed elabora [...] forme e modelli di integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali» (art. 5, comma 16, della l.r. n. 23/2015)

A seguire, dalle Ats che, a differenza delle precedenti Asl, sono chiamate ad interagire con tutti gli attori della rete territoriale per la programmazione e la definizione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

Tali funzioni vengono implementate e rafforzate, all'interno delle stesse Ats, dal «Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali», anche mediante l'attivazione di una «cabina di regia»³²¹, deputata a risolvere eventuali situazioni di criticità riscontrabili nel territorio di competenza (art. 6, comma 6, lett. f).

Un'altra importante novità, che mette in evidenza la centralità dell'integrazione socio-sanitaria, è rappresentata dall'istituzione delle Asst, che, lo si ricorda, agiscono nella «logica della presa in carico della persona».

La concentrazione, al loro interno, delle funzioni di erogazione delle prestazioni ospedaliere e territoriali (in precedenza suddivise tra Aziende ospedaliere e Asl) pongono le premesse per il superamento di quella logica di separazione tra due realtà (ospedaliera e territoriale) spesso non comunicanti o non sufficientemente coordinate tra loro.

Anche l'articolazione in settori aziendali («polo ospedaliero» e «rete territoriale»), che il legislatore ha attribuito alle Asst, è indicativa del fatto che il nuovo servizio socio-sanitario lombardo è concepito per «fare squadra», costruendo «sinergie funzionali all'appropriatezza clinica e organizzativa»³²².

Con riguardo al livello istituzionale che coinvolge i Comuni, tra le competenze della Conferenza dei sindaci rientrano la formulazione, nell'ambito della programmazione

³²¹ La d.g.r. 27 giugno 2013, n. 326 «Determinazioni in ordine alla ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale 2013» aveva già previsto la costituzione di una specifica Cabina di regia integrata tra A.S.L. e Comuni, quale declinazione attuativa del principio di integrazione tra i diversi livelli istituzionali nei processi di analisi e di risposta al bisogno evitando duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi, e contestualmente garantendo appropriatezza nella risposta.

³²² M. Randazzo, *Il sistema socio-sanitario lombardo*, cit., 104.

territoriale dell'Ats di competenza, di «proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività socio-sanitaria e socio-assistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria e sociale»; la partecipazione alla «definizione dei piani socio-sanitari territoriali all'interno delle cabine di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f)»; la promozione dell'integrazione delle «prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria anche favorendo, a tal fine, la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica» (art. 20, comma 2).

L'integrazione è anche il filo conduttore di modelli per la gestione dei servizi socio-sanitari.

L'art. 9, comma 1, della l.r. n. 23/2015 dispone infatti che «Il Ssl attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali».

Tale sistema pone le basi per una connessione tra evoluzione scientifica, sperimentazione di modelli innovativi, processi trasversali (tra ospedale e territorio, al cui interno si collocano i servizi socio-sanitari) e programmazione degli interventi per una presa in cura “differenziata” in relazione al tipo di bisogno³²³.

A conclusione di tale analisi, è possibile affermare che lo scenario di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, riassunto nella l.r. n. 23/2015, è sicuramente rivoluzionario: ripensa le relazioni fra gli attori del sistema e pone al centro i percorsi e il territorio.

³²³ Cfr. S. Casazza, *Il sistema socio-sanitario lombardo dopo la legge regionale n. 23/2015*, in *Welfare oggi*, 2016, 24-25.

Purtuttavia, nonostante l'*imprinting* fortemente innovativo, la legge che disciplina l'evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo ha suscitato e suscita perplessità sia sul piano della *governance* che sotto il profilo organizzativo/gestionale e territoriale.

In particolare, forze politiche di opposizione, parti di alcune componenti sociali e alcune associazioni di categoria dei medici rimproverano al legislatore lombardo di aver confezionato una riforma rivoluzionaria nei principi e nei suoi tratti essenziali, ma «“reazionaria” nei fatti poiché rischia di rafforzare ulteriormente la predominanza dell'approccio sanitario e del centralismo regionale»³²⁴, a scapito del protagonismo dei territori e degli attori locali.

In particolare, un rilievo di natura sostanziale muove dall'attribuzione alla rete territoriale delle Asst di funzioni che, invece, l'art. 3-*quinquies* del d.lgs. n. 502/1992 riserva ai distretti delle Asl, con l'inevitabile conseguenza di un disallineamento rispetto all'articolazione organizzativa del Servizio sanitario nazionale (articolato nei due modelli distinti, Asl e Aziende ospedaliere).

Sulla base di tale rilievo, in conformità alle osservazioni formulate dal Ministero della salute, la l.r. 22 dicembre 2015, n. 41, nell'ottica di prevedere una certa uniformità tra il modello sanitario lombardo e il Servizio sanitario nazionale, precisa che la precedente l.r. n. 23/2015 ha per oggetto il «servizio sanitario, socio-sanitario e sociale integrato lombardo» e non più, dunque, il «sistema».

Inoltre, il testo riformulato afferma il carattere sperimentale dell'articolazione in Ats e Asst del Servizio sanitario e socio-sanitario regionale, prevedendo da parte della Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, la valutazione dei risultati conseguiti al termine di un periodo di cinque anni e dopo una verifica intermedia allo scadere dei tre³²⁵.

Altra osservazione critica, che tiene conto di alcuni risultati della sperimentazione, considera la limitata attenzione in ordine alla complessità insita nei percorsi d'implementazione delle politiche a livello locale, che avrebbe richiesto la costruzione di adeguate condizioni per il cambiamento nei territori ed il loro effettivo

³²⁴ M. Randazzo, *Il sistema socio-sanitario lombardo*, cit. 107.

³²⁵ V. art. 1-bis (Carattere sperimentale dell'articolazione in Ats e Asst)

accompagnamento nell'impegnativo cammino previsto dalla legge di riordino del sistema.

Anche il processo di ridisegno dell'assetto istituzionale, richiesto dalla riforma sanitaria, si è posto come difficoltoso, poiché ha assorbito gran parte dei soggetti coinvolti, determinando una lunga fase d'incertezza³²⁶.

In particolare, è opinione diffusa che dai regolamenti regionali non si evinca con chiarezza la *governance* di sistema; sembra esserci, innanzitutto, confusione rispetto ai nuovi interlocutori: sul fronte dell'integrazione socio-sanitaria, le Assemblee dei sindaci, gli Uffici di piano e i gruppi tecnici comunali faticano a rapportarsi con le nuove figure referenti, che sono mutate rispetto al passato (i direttori di distretto delle ex Asl, i direttori di dipartimento delle ex Aziende ospedaliere) e delle quali devono ancora apprendere ruoli e funzioni e creare nuovi equilibri di sistema.

Un altro dato comune evidenzia una certa indefinitezza della nuova dimensione del distretto, che, data la coincidenza con i territori di competenza delle Asst, deve essere delineato con precisione per poter attuare la programmazione e il governo dell'integrazione socio-sanitaria³²⁷.

Per quanto riguarda la parte sociale, non si deve dimenticare, poi, che spesso il distretto aggrega ambiti zionali con storie differenti, sia nella programmazione che nella gestione del *welfare* locale³²⁸.

Nondimeno, l'ampliamento delle Conferenze dei sindaci, imposto dai confini delle nuove Ats, sembra aver indebolito la parte negoziale dei Comuni con l'ambito sanitario.

Si tenga, comunque, in considerazione che il percorso di evoluzione del servizio socio-sanitario lombardo, tra "luci" ed "ombre", è pur sempre in una fase di sperimentazione e di monitoraggio condivisa anche dal Ministero della Salute.

³²⁶ C. Gori, *Un bilancio*, in Id. (a cura di), *Il welfare delle riforme*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 193-194

³²⁷ V. le osservazioni di V. Ghetti, *L'attuazione della riforma sociosanitaria e le aree di innovazione del welfare*, cit., 35 ss.

³²⁸ Sul punto v. V. Ghetti, *Il sistema di governance in Lombardia*, in <http://www.welforum.it>, novembre 2018.

In questo senso, lo stesso «diventa, sotto molteplici aspetti, una sorta di “osservato speciale”»³²⁹, che, solo in caso di valutazione positiva dei risultati raggiunti, in relazione agli obiettivi dichiarati, potrà eventualmente essere esteso ad altri contesti regionali.

³²⁹ M. Randazzo, *Il sistema sociosanitario lombardo*, cit., 110.

CAPITOLO IV

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN PRATICA: IL PERCORSO INTEGRATO PER LA PRESA IN CARICO DEL MALATO CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

IV.1 Un'introduzione al tema delle cure palliative: definizione e principi

Gli incessanti progressi in campo medico, incluso lo sviluppo di nuove applicazioni tecnologiche, pur avendo influito positivamente sulle aspettative di vita, hanno, nel contempo, incrementato sempre più la possibilità di convivere con malattie cronicodegenerative in condizioni protratte di potenziale sofferenza.

In simili circostanze il “processo del morire” appare diluito nel tempo e si distingue come fase autonoma dell'esistenza in grado di reclamare un *corpus* di diritti e regole proprie³³⁰, tra le quali assume una posizione centrale il “diritto a non soffrire”, strettamente correlato ai principi della dignità umana, dell'autodeterminazione terapeutica e della solidarietà.

Per dare corpo a tali principi se ne richiamano anzitutto i contenuti minimi, prendendo le mosse dalla «Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina» del 4 aprile 1997, ratificata in Italia con l. 28 marzo 2001, n. 145, il cui art. 1 prevede un obbligo di protezione dell'essere umano nella sua dignità e nella sua identità, garantendo ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e degli altri diritti e libertà fondamentali, riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina. Nel variegato e complesso quadro normativo delle fonti sovranazionali, il principio di dignità trova espliciti riferimenti, come peraltro già accennato, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, ora integrata nel Trattato costituzionale

³³⁰ Il riferimento va, tra gli altri, a P. Cendon, *I malati terminali e i loro diritti*, Milano, 2003.

europeo (art. II-63, comma 2) - il cui art. 1 afferma che la dignità umana è inviolabile - e in numerose raccomandazioni del Consiglio d'Europa³³¹. In particolare, si richiama quella del 25 giugno 1999 n. 1418, destinata ai malati incurabili ed ai pazienti in punto di morte³³², che sottolinea l'esigenza di tutela della dignità del malato di fronte all'accresciuta tecnicizzazione della medicina, volta a prolungare artificialmente la vita del sofferente.

Nell'ambito del "processo del morire", viene in rilievo, quale *corpus* di diritti e norme, la disciplina delle cure palliative, che proprio al carattere olistico che le contraddistingue devono il loro *nomen*. Palliativo deriva, infatti, dal latino *pallium*, ossia, mantello, che, oltre ad assolvere ad una funzione protettiva, possiede un carattere altamente simbolico legato al gesto solidaristico del prestare aiuto ad una persona in stato di bisogno.

L'espressione *palliative care* presenta, invece, carattere multidimensionale, poiché il termine *care*, come visto, corrisponde al verbo *to care*, cioè prendersi cura del soggetto con bisogni di cure palliative, mediante un approccio olistico, integrato e multidisciplinare.

I caratteri e i principi che danno corpo alle cure palliative si ritrovano sotto varie formule nelle definizioni elaborate dalle organizzazioni sanitarie di riferimento.

Fondamentale è, per ovvie ragioni, quella dell'Organizzazione mondiale della sanità, che nel 2002 definisce il trattamento palliativo come «un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e delle famiglie che hanno a che fare con i problemi associati ad una malattia potenzialmente mortale, attraverso la prevenzione e il trattamento della

³³¹ Il Consiglio d'Europa rappresenta la più antica istituzione internazionale nata dall' "idea di Europa". Fondato nel 1949, con la progressiva adesione delle nuove democrazie dei Paesi dell'Europa Orientale, l'Organizzazione di Strasburgo ha oggi acquisito una dimensione paneuropea, comprendendo attualmente 47 Stati. Hanno status di osservatore la Santa Sede, gli Stati Uniti, il Canada, il Giappone e il Messico. Funzione del Consiglio d'Europa è promuovere gli ideali che costituiscono il patrimonio comune degli Stati membri: democrazia, stato di diritto e rispetto dei diritti umani, questi ultimi tutelati dalla più importante delle Convenzioni del Consiglio: la Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali del 4 novembre 1950.

³³² Raccomandazione del 25 giugno 1999 n. 1418, intitolata «Protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morienti»

sofferenza e tramite l'identificazione tempestiva e il trattamento di altri problemi, fisici, psicologici e spirituali [...]. Utilizzando un approccio multidisciplinare in équipe, le cure palliative rispondono ai bisogni dei malati e delle famiglie [...] migliorano la qualità della vita e possono influire positivamente sul decorso della malattia [...]»³³³.

Si badi bene che l'Oms descrive le cure palliative non come un ramo specialistico della medicina, bensì, come un «approccio», anche «multidisciplinare», quale insieme di saperi, tecniche ed interventi medici, il cui ambito di specializzazione coincide con l'area dei pazienti prossimi alla morte³³⁴. Da qui un evidente richiamo all'integrazione dei servizi e delle professionalità.

Tale approccio è fatto proprio anche dalla l. 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», che disciplina la medicina palliativa nel nostro Paese (l'analisi del provvedimento è rinviata ai paragrafi seguenti).

La predetta legge, nel definire le stesse come «l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici» (art. 1, comma 1, lett. a), dispone che l'accesso ai trattamenti palliativi è tutelato e garantito «al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della

³³³ A conclusione di un progetto condiviso e multidisciplinare che ha coinvolto 88 paesi, nel 2018 l'International Association for Hospice and Palliative Care ha individuato una nuova definizione di cure palliative (CP). L'obiettivo della formulazione di una nuova definizione di CP è promuovere la loro implementazione a livello mondiale superando gli ostacoli legati ad una mancanza di consenso circa il «quando, il come e da chi» devono essere offerte. Il progetto prese le mosse dal rapporto «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief. An Imperative of Universal Health Coverage» stilato nel 2017 dalla Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief. La Lancet Commission ha formulato una nuova e più ampia concezione di CP rispetto alle storiche definizioni di CP dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, raccomandando a quest'ultima la revisione della definizione. La IAHP, in accordo con l'OMS, ha realizzato un progetto di costruzione per consenso progressivo di una definizione focalizzata sul sollievo dalle sofferenze di tutti i malati che ne necessitano, indipendentemente dalla diagnosi, prognosi, localizzazione geografica e reddito. Ulteriori informazioni sono reperibili al seguente link: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>.

³³⁴ Sui caratteri fondamentali delle cure palliative v. E. Ivalù Pampalone, *Cure palliative* (voce), in R. Sacco (a cura di), *Digesto delle discipline privatistiche*, Milano, 2014, 149 ss. e l'ampia bibliografia ivi citata.

persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze...» (art. 1, comma 2).

Per tali fini, le strutture sanitarie che erogano cure palliative «assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia» (art. 1, comma 3).

E' evidente anzitutto il richiamo all'integrazione socio-sanitaria, laddove l'art. 1, comma 1, lett. a) sottolinea l'approccio globale («cura totale») alla persona e l'art. 1, comma 3, lett. c) ricomprende tra i principi fondamentali un «adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale». Le cure palliative non sono, infatti, limitate all'aspetto strettamente sanitario, ma sono estese anche ad interventi di tipo socio-assistenziale (il prendersi cura oltre che il curare) rivolti al malato ed alla sua famiglia, in un sistema, come si vedrà, articolato a rete.

Nella disciplina che regola la rete di cure palliative è pure frequente l'appello ai principi della dignità umana e dell'autodeterminazione terapeutica, non tanto al fine di una tenace difesa della vita e della sua indisponibilità, quanto, piuttosto, per la piena affermazione del diritto del soggetto di essere informato e di effettuare, ove ne abbia la capacità, scelte di cura nella fase terminale della propria vita³³⁵.

In buona sostanza, dal consenso libero ed informato, come espressione massima del rispetto della dignità umana, si fa discendere il diritto del soggetto ad autodeterminarsi. In tale prospettiva, la medicina palliativa è stata definita come una «medicina delle scelte»³³⁶.

³³⁵ In argomento v. T. Pasquino, *Dignità della persona e diritti del malato*, in L. Lenti - E. Palermo Fabris - P. Zatti (a cura di), *Trattato di biodiritto - I diritti in medicina*, Milano, 2011, 555.

³³⁶ In tal senso F. Persano, *Cure palliative in Italia tra etica e diritto*, Siena, 2015, 38.

A tal riguardo si sostiene che nella formula secondo cui «nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» bisogna riconoscere un diritto all'autodeterminazione che si sostanzia, per quanto qui interessa, nella scelta di avere accesso alle

E' importante, tuttavia, che il principio di autodeterminazione non sia declinato solo in relazione alla costruzione di una «sfera individuale riservata» nel rispetto delle cure che riguardano il malato, ma anche sul piano dell'effettività, mediante la realizzazione delle condizioni in cui l'autodeterminazione della cura sia possibile³³⁷.

Nello specifico, la definizione delle condizioni di effettività dell'autodeterminazione alla cura coinvolge una serie di fattori, che attengono, da un lato, all'effettiva disponibilità di mezzi, di strutture organizzate, di servizi e, dall'altro, all'appropriatezza della cura, con il fine di garantire al soggetto la migliore qualità di vita in relazione alle sue effettive condizioni di salute. Con riguardo a tale ultimo aspetto, la medicina palliativa si configura, infatti, come l'alternativa all'accanimento terapeutico, dotato di una connotazione negativa e per questo ben distante dalla continuità terapeutica, propria, invece, dell'assistenza al malato terminale e garantita attraverso il sostegno artificiale alle funzioni vitali³³⁸.

Alla luce di quanto sin ora detto, si può concludere affermando che i rapporti tra la l. n. 38/2010 ed il complesso dei principi richiamati sono molteplici e ricchi di sfaccettature.

Si è visto come l'approccio palliativo, nella sua accettazione del morire, riconosca ai "morenti" quella pari dignità sociale che spetta ad ogni cittadino e come, al contrario, la negazione del morire, oltre a confinare la persona in quella che è stata definita come «la solitudine del morente», impedisca la presa in carico dei suoi bisogni specifici.

Sotto un altro punto di vista, in attuazione del principio di uguaglianza, le cure palliative appaiono come una prestazione, ex art. 3, comma 2, Cost., volta alla rimozione di quegli ostacoli, primo fra tutti il "dolore", che impediscono il pieno sviluppo della persona sino al confine ultimo della vita.

cure palliative, come forma di salvaguardia della dignità umana. Sul tema v. G.U. Rescigno, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l'art. 32, co. 2, cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Diritto pubblico*, 2008, 109; S. Tordini Cagli, *Principio di autodeterminazione e consenso dell'avente diritto*, Bologna 2008.

³³⁷ Cfr. le riflessioni di B. Pezzini, *Diritto costituzionale alla salute, trattamento sanitario, cure palliative: spunti di riflessione sulla relazione terapeutica*, in E. Stradella (a cura di), *Diritto alla salute e alla "vita buona" nel confine tra il vivere e il morire: riflessioni interdisciplinari*, Pisa, 2011, 172-173.

³³⁸ L'appropriatezza della cura palliativa viene riconosciuta dall'art. 16 del Codice di deontologia medica del 18 maggio 2014, il quale afferma che il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Solo nella libertà da questo, il morente è messo, infatti, nelle condizioni di pensare la propria fine, di scegliere “che fare” tra le tante, se pur non risolutive, opzioni terapeutiche, senza timore che il rifiuto di sottoporsi a trattamenti gravosi equivalga ad una morte segnata dal tormento.

Anche la normativa di settore, di rango secondario, si è fatta carico di disciplinare tale aspetto: l’art. 3 del Codice di deontologia medica del 2014 sottolinea, infatti, tra i doveri dei medici, anche quello del «trattamento del dolore e del sollievo dalla sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali in cui opera».

Non da ultima, la giurisprudenza, nel pronunciarsi in tema di responsabilità medica per omessa tempestiva diagnosi di patologia ad esito infausto, affronta il tema della medicina palliativa, per stabilire che l’area dei danni risarcibili non si esaurisce nel pregiudizio arrecato all’integrità fisica del paziente, ma include la perdita di un “ventaglio” di opzioni con le quali affrontare la prospettiva della fine ormai prossima³³⁹.

³³⁹ Cfr. in tal senso, Cass. civ., sez. III, 18 settembre 2008, n. 23846.

Due medici di un ospedale romano omettono di diagnosticare una malattia incurabile ad una paziente, afflitta da fortissimi dolori alla schiena e all’addome, la quale, circa un mese dopo, si sottopone privatamente ad ulteriore visita presso altro specialista, apprendendo di essere affetta da un tumore già in fase molto avanzata.

La paziente, alla quale subentrano poi gli eredi, promuove la causa civile per chiedere il risarcimento del danno conseguente alla mancata tempestiva diagnosi nei confronti dei medici e della struttura sanitaria. Su queste basi il Tribunale e la Corte d’Appello di Roma respingono la domanda risarcitoria, osservando che, pur sussistendo l’errore professionale, esso tuttavia non aveva svolto alcuna incidenza sull’aggravamento delle condizioni di salute della paziente e sulla sua morte, in quanto l’ultimo stadio della malattia si era già sviluppato irreversibilmente.

Tale prospettazione viene rovesciata dalla Corte di Cassazione che si sofferma ad esaminare i vari profili del danno alla persona e da perdita di chance sofferti dall’ammalato a causa dell’omissione della diagnosi di una malattia terminale.

La Cassazione osserva che il ritardo nell’esecuzione dell’intervento, a causa della mancata tempestiva diagnosi, ha privato la paziente dei benefici terapeutici, seppur palliativi, per circa un mese. La perdita della qualità della vita che i benefici avrebbero potuto assicurarle durante detto lasso di tempo integra certamente un danno alla salute in conseguenza dell’accertata responsabilità dei sanitari (che fa carico anche alla struttura ospedaliera), che erroneamente la Corte territoriale ha invece escluso.

Inoltre la Cassazione censura la sentenza di merito per aver escluso l’esistenza di un danno sotto il profilo della perdita della qualità della vita anche per il periodo successivo alla diagnosi esatta. In

Ancora, la Corte di cassazione ricorda come il legislatore sia intervenuto a dare tutela alla libertà dell'individuo in ordine alle «scelte ultime» mediante la l. n. 38/2010 e la l. n. 219/2017, attraverso le quali trova attuazione, sul piano normativo, l'autodeterminazione del soggetto, chiamato «alla più intensa ed emotivamente pregnante prova della vita, qual è il confronto con la realtà della fine»³⁴⁰.

La copertura costituzionale del diritto di accesso alle cure palliative appare, in definitiva, particolarmente solida, tanto da potersi sostenere che la legge n. 38/2010 rappresenta oggi uno dei tasselli fondamentali per la realizzazione di quel programma di solidarietà verso i soggetti deboli, che costituisce un tratto distintivo del nostro ordinamento.

Le cure palliative rappresentano, infatti, un terreno privilegiato in cui si esprime la solidarietà umana, l'ambito in cui si attua, come si vedrà più avanti, la «medicina di relazione»: la progettazione, l'organizzazione e l'erogazione della cura e dell'assistenza al malato terminale si fondano sul rispetto dei diritti dei più deboli e sul compimento del dovere della solidarietà.

IV.2 L'approccio palliativo in Italia: origini e sviluppo normativo

Uno sguardo retrospettivo ai precorsi della l. n. 38/2010 può risultare utile per comprendere le ragioni che hanno condotto all'emanazione della legge che oggi disciplina la medicina palliativa in Italia.

L'esigenza sempre più pressante di regolamentare il sistema di cure qualificate rivolte a pazienti in fase di malattia terminale spinge, sul finire del secolo scorso,

proposito la Suprema Corte rileva che la paziente avrebbe tratto maggiori benefici dalle terapie - sia pure inidonee a scongiurare l'esito finale della malattia - qualora esse fossero state tempestivamente effettuate, in considerazione delle sue migliori condizioni generali di salute. La qualità di vita della persona nelle sue proiezioni psico-fisiche ne risulta, pertanto, compromessa, sì che si configura un danno morale.

³⁴⁰ Cass. civ., sez. III, 15 aprile 2019, n. 10424, in <https://www.biodiritto.org/Biolawpedia/Giurisprudenza/Corte-di-Cassazione-sez.-III-civ.-sent.-10424-2019-responsabilita-medica-per-danni-da-omessa-tempestiva-diagnosi-di-patologia-oncologica-ad-esito-infausto>

organizzazioni di vario titolo (volontariato, associazionismo politico-culturale, professionismo dell'informazione...) ad esigere la realizzazione di un modello di erogazione sul territorio nazionale di cure per la terapia del dolore³⁴¹.

Un primo passo per l'introduzione di una specifica disciplina in materia si compie con l'approvazione del d.l. 28 dicembre 1998, n. 450 («Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000»)³⁴², convertito con modifiche dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, il cui art. 1, prevede, tra l'altro, che il Ministro della salute adotti un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna Regione e Provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio, in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa³⁴³.

Con l'approvazione del decreto del Ministero della salute del 28 settembre 1999 è quindi adottato il «Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative» e con il successivo d.P.C.M. 20 gennaio 2000 viene emanato l'«Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative».

L'Accordo del 19 aprile 2001, in Conferenza unificata tra il Ministro della sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, detta poi le «linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative» (all.- art. 1).

Pochi mesi dopo, il decreto del Ministro della salute del 5 settembre 2001, oltre alla ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001, 2002 per la realizzazione di strutture per le cure palliative, prevede all'art. 2, comma 1, la verifica dell'attuazione

³⁴¹ Sulle «Norme interne che hanno preceduto la legge 38/2010» v. F. Persano, *Cure palliative in Italia tra etica e diritto*, cit., 106-109.

³⁴² Per un commento cfr. M. Zucco Furio, *Un decreto atteso e condiviso*, in *Rivista italiana di cure palliative*, 1999, 51-53; C. Calvaruso, *Promozione della salute. La cultura delle cure palliative e il percorso delle istituzioni*, in L. Crozzoli Aite (a cura di), *Sarà così lasciare la vita?*, Milano, 2001, 25-32.

³⁴³ Rileva, al riguardo, E. Ivalù Pampalone, *Cure palliative* (voce), cit., 147 ss.: «La legge del 1999 ha, quindi, il pregio di avere introdotto le c.p. nell'orbita dell'intervento pubblico, dando così l'avvio a numerosi altri provvedimenti che nel tempo hanno concorso al loro progressivo consolidamento nel nostro paese».

del programma di cure palliative sulla base di specifici indicatori, da parte del Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Degno di attenzione è altresì il d.P.C.M. 29 novembre 2001, già oggetto di approfondita analisi, che ricomprende nei Lea l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale nei centri residenziali di cure palliative a favore dei pazienti terminali, i trattamenti erogati nel corso del ricovero ospedaliero (quindi anche per pazienti terminali) e gli interventi ospedalieri a domicilio.

Da rammentare, anche il decreto del Ministro della salute 22 febbraio 2007 n. 43, recante «Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della L. 30 dicembre 2004, n. 311», diretto ad individuare, in modo uniforme nel territorio nazionale, gli standard qualitativi, strutturali e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali.

Per quanto riguarda le cure palliative pediatriche si perfeziona l'Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni del 27 giugno 2007, seguito dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 marzo 2008, nei quali si evidenzia la necessità di garantire maggiore continuità all'assistenza con attenzione ai bisogni evolutivi del minore, promuovendo un modello di organizzazione a più livelli.

Con riferimento ai Piani sanitari nazionali del decennio in esame, si richiamano, in particolare, il Psn 2003-2005³⁴⁴ che ricomprende nella categoria di malati bisognosi di cure palliative anche i pazienti non oncologici e il Psn 2006-2008³⁴⁵ che per la prima volta mette in luce la distinzione, ripresa in seguito dalla l. n. 38/2010, tra terapia del dolore e cure palliative, dedicando a tali temi due paragrafi (3.9 e 3.10) riguardanti, rispettivamente, «il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura» e «la rete assistenziale per le cure palliative».

Si giunge, infine, all'approvazione della l. n. 38/2010, che costituisce la prima disciplina nazionale complessiva a livello legislativo della materia delle cure

³⁴⁴ Emanato con d.P.R. 23 maggio 2003.

³⁴⁵ Emanato con d.P.R. 7 aprile 2006.

palliative, diretta ad introdurre principi e linee guida omogenee su tutto il territorio nazionale, con riguardo all'erogazione dell'assistenza, alla formazione del personale, all'uso dei farmaci per la terapia del dolore e al monitoraggio dell'attuazione delle nuove disposizioni (e di quelle preesistenti).

La dottrina³⁴⁶ rileva come l'impianto della legge sia costruito su cinque pilastri: rete, formazione, informazione, semplificazione delle procedure e monitoraggio.

Sulla definizione di cure palliative riportata nella legge e sui principi di cui la stessa è portatrice si è già ampiamente discusso nel paragrafo che precede; si ritiene dunque interessante, anche in considerazione del tema ricorrente nel presente elaborato (l'integrazione socio-sanitaria), soffermarsi nei prossimi paragrafi sul *setting* assistenziale della rete di cure palliative, concepito al fine di ottimizzare la gestione e l'erogazione delle prestazioni e per garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio; sulle cure palliative così come delineate nei Lea; sul profilo delle relazioni interprofessionali, che trova piena espressione nella valutazione globale e multidisciplinare del lavoro di équipe e, non da ultimo, sul ruolo delle organizzazioni *non profit* coinvolte nella rete di cure palliative.

IV.3 La Rete di cure palliative

La l. n. 38/2010 conferisce effettività al diritto del soggetto di accedere alla medicina palliativa (art. 1), mediante l'istituzione di una rete nazionale per le cure palliative e di una rete nazionale per la terapia del dolore³⁴⁷, «volte a garantire la continuità

³⁴⁶ Così F.D. Busnelli, *Le cure palliative*, in E. Stradella (a cura di), *Diritto alla salute e alla vita "buona" nel confine tra il vivere e il morire*, Pisa, 2011, 187 ss.; cfr. anche E. Ivalù Pampalone, *L'accesso alle cure palliative: scelta delle fonti, qualità dei diritti*, in <https://www.biodiritto.org/content/download/2114/20596/file/Pampalone.pdf>, 3.

³⁴⁷ Nell'apparato di norme di cui si compone la l. n. 38/2010 è, infatti, contemplata anche la «terapia del dolore». Mentre le cure palliative si rivolgono alla cura dei pazienti con bisogno sanitario, sociale ed assistenziale "complesso", in quanto malati ad uno stadio terminale o con una patologia ad esito probabilmente infausto, la terapia del dolore – intendendosi per tale «l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee ed

assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio». Le due Reti sono «costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari» (art. 2, comma 1, lett. d). Esse operano in coordinamento tra loro sia a livello nazionale che regionale (art. 5, comma 1), avendo come comune denominatore l'importanza accordata alla qualità della vita, nonché il sollievo dalla sofferenza, quale componenti fondamentali del diritto alla salute dei malati terminali.

Le Reti che erogano cure palliative e terapie del dolore assicurano, quindi, un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente, offrono un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e di appropriatezza, evidenziando, nel contempo, le diverse specificità dei percorsi assistenziali.

A tal fine, l'art. 5 della l. n. 38/2010³⁴⁸ detta le norme programmatiche per l'effettiva implementazione delle reti, secondo una logica ispirata ai principi di sussidiarietà e di

appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore» (art. 2, comma 1, lett. b) – che non include la famiglia del malato tra i suoi destinatari, è rivolta a prevenire e lenire il dolore fisico associato a forme morbose croniche ma non terminali.

³⁴⁸ Art. 5 (Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore)

1. «Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministero della salute attiva una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.
2. Con accordo stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri,

leale collaborazione tra Stato e Regioni, sancita dall'adozione degli strumenti dell'accordo e dell'intesa³⁴⁹.

L'art. 5, comma 2, della l. n. 38/2010 demanda, infatti, ad un accordo stipulato in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, su proposta del Ministro della salute l'individuazione, tra l'altro, delle tipologie di strutture nelle quali, a livello regionale, si articola la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore³⁵⁰. Ai sensi del comma 3 dell'art. 5, alla medesima Conferenza, su proposta del Ministro della salute, mediante intesa, viene poi demandata la definizione dei requisiti necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità

agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie. Per le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica, l'intesa di cui al precedente periodo tiene conto dei requisiti di cui all'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto il 27 giugno 2007 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e del documento tecnico approvato il 20 marzo 2008.
4. L'intesa di cui al comma 3 prevede, tra le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura appartenente alle due reti, quelle volte a consentire l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare. La medesima intesa provvede a definire un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalla rete delle cure palliative e dalla rete della terapia del dolore per permettere il superamento delle difformità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza.
5. All'attuazione del presente articolo si provvede, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

³⁴⁹ Così F. Persano, *Cure palliative in Italia tra etica e diritto*, cit., 245.

³⁵⁰ L'Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni, intervenuto il 16 dicembre 2010, ha dato impulso alla strutturazione delle reti di cure palliative, avendo definito le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore. Tale documento identifica per la prima volta la struttura organizzativa delle Reti di cure palliative e delle Reti di terapia del dolore, le cui indicazioni sono state poi riprese nell'intesa tra Stato e Regioni del 25 luglio 2012.

operative di assistenza domiciliare³⁵¹. La stessa intesa, a norma del comma 4, deve poi prevedere le modalità di integrazione tra le predette strutture, nonché un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalle due reti, al fine del superamento delle difformità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire un'omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza (su cui v. *infra*).

L'intesa richiamata viene siglata nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 25 luglio 2012.

Con riguardo alla Rete di cure palliative, oggetto di attenzione nel presente elaborato, l'intesa ne fornisce una nuova definizione (differente rispetto a quella contenuta nell'allegato 1 del decreto del Ministero della sanità del 28 settembre 1999³⁵²), disponendo che: «La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in *hospice*, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale»³⁵³.

Sulle funzioni della Rete locale di cure palliative, la predetta intesa chiarisce che la stessa definisce o concorre a definire piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura. I piani devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni *non profit* ed il settore sociale degli Enti locali.

³⁵¹ In adempimento dell'art. 5, comma 3, della l. n. 38/2010 si è dunque perfezionata l'intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 su cui si dirà nel corso della trattazione.

³⁵² La prima definizione di rete di cure palliative è, infatti, presente nell'allegato 1 del decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999, secondo il quale: «La rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti».

³⁵³ Per ragioni di completezza occorre segnalare che l'intesa del 25 luglio 2012 ha in realtà disciplinato oltre alla Rete nazionale per le cure palliative, oggetto della presente trattazione, la Rete nazionale per la terapia del dolore e la Rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica. Il modello assistenziale proposto per la Rete pediatrica prevede, dunque, un'unica Rete specialistica di terapia del dolore e cure palliative dedicata al paziente pediatrico. Tale Rete, coordinata da un Centro di riferimento, risponde in maniera continuativa a tutti i bisogni di salute di minori che necessitano di terapia del dolore specialistica e di cure palliative pediatriche.

Inoltre, nella Rete locale di cure palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari *setting* di cura (domicilio, *hospice*, strutture ospedaliere e residenziali).

L'integrazione di queste opzioni assistenziali, in un programma di cure individuali, è condizione essenziale per poter dare una risposta efficace ai bisogni dei malati e dei loro familiari. Tra gli strumenti possibili di tale integrazione l'intesa richiama il Punto unico di accesso (su cui v. *supra*).

La funzione di coordinamento della Rete viene affidata ad una struttura dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'art. 5, comma 2, della l. n. 38/2010 (su cui v. *infra*)³⁵⁴.

L'intesa provvede poi a delineare i diversi *setting* assistenziali nell'ambito dei quali sono erogate le cure palliative: assistenza ospedaliera; assistenza domiciliare – Unità di cure palliative domiciliari; assistenza residenziale in *hospice*; assistenza in strutture residenziali.

Si vedrà nel paragrafo seguente come la disciplina sui Lea, portata dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017, nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria (capo IV – artt. 21-35), abbia di fatto provveduto a delineare con precisione i contenuti di alcuni dei *setting* assistenziali sopra richiamati, includendo, in particolare, le cure palliative domiciliari nei nuovi livelli essenziali di assistenza (art. 23).

Con riguardo all'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'approccio palliativo è garantito a tutti i malati durante l'intero percorso di cura, in funzione dei bisogni, integrando le varie fasi terapeutiche delle malattie croniche evolutive.

Le cure palliative in ospedale, nell'ambito della Rete di cure palliative, prevedono: consulenza palliativa; prestazioni in ospedalizzazione in regime diurno per casi di particolare complessità non eseguibili in altre strutture della Rete; attività ambulatoriale nell'ipotesi di pazienti autosufficienti che necessitino di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi, ivi compreso il dolore, e per il supporto alla famiglia; degenza in *hospice* qualora tale struttura sia

³⁵⁴ Le funzioni di coordinamento sono previste nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

presente.

Sulla scorta di quanto richiesto dall'art. 5, comma 2 della l. n. 38/2010, in relazione alla tipologia di strutture, l'intesa chiarisce poi che nell'Azienda sanitaria, strutture specifiche garantiscono l'assistenza di cure palliative in *hospice*, a domicilio e ove necessario in ospedale. Una struttura organizzativa di cure Palliative con compiti di coordinamento garantisce infine una reale operatività della Rete³⁵⁵.

Con riferimento, invece, all'ambito dell'assistenza domiciliare, le cure palliative sono costituite da un «complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita».

Tali prestazioni sono erogate dall'Unità di cure palliative (Ucp) domiciliari che garantiscono sia interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, che interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità,

³⁵⁵ Secondo l'intesa del 25 luglio 2012, la Struttura organizzativa di coordinamento della Rete locale di cure palliative valuta la quantità e la qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali e garantisce l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei familiari per le cure prestate al malato durante il periodo di assistenza palliativa.

nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *caregiver*³⁵⁶ (cfr. art. 2, lett. *f*), l. n. 38/2010³⁵⁷)³⁵⁸.

Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di un'equipe professionale e la definizione di un «Piano di cura personalizzato». Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale.

L'assistenza residenziale è, invece, garantita dalle strutture denominate *hospice* (cfr. art. 2, lett. *e*) della l. n. 38/2010³⁵⁹), e da un livello intermedio, i *day hospice* (cfr. art. 2, lett. *g*), l. n. 38/2010³⁶⁰), a cui si ricorre quando si renda necessario coordinare un'attività domiciliare con alcune prestazioni a ciclo diurno, che richiedono specifiche attrezzature non utilizzabili a domicilio³⁶¹.

³⁵⁶ Con il termine *caregiver* informale (o anche *caregiver* familiare) si identificano quei soggetti (coniunti, parenti, amici di una persona disabile, non autosufficiente, con malattia cronica invalidante e/o in fase terminale della propria esistenza) che supportano il paziente nelle attività della vita quotidiana senza essere retribuiti e in virtù dei legami affettivi che li coinvolgono. È quindi necessario distinguerli dai *caregiver* professionisti (e quindi retribuiti) quali possono essere tutti i soggetti istituzionali che ruotano intorno alla medicina palliativista. In Italia – attualmente – possiamo anche evidenziare la presenza statisticamente significativa degli assistenti privati alla cura (più comunemente definiti “badanti”) che accudiscono persone non autosufficienti dietro retribuzione, con un impegno orario ben specificato e che, nella maggioranza dei casi, coabitano con la persona assistita. Sul tema del *caregiver* nell'ambito della medicina palliativa v. L. Occhini - A. Pulerà - M. Felici, *Cure palliative, assistenza domiciliare e caregiver burden: il modello dell'efficienza terapeutica*, in *Quaderni - Italian Journal of Medicine*, 2017, 48 ss.

³⁵⁷ Art. 2, comma 1, lett. *f*), l. n. 38/2010: «assistenza domiciliare»: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle équipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta».

³⁵⁸ L. Crozzoli Aite, *Sarà così lasciare la vita?*, cit., 12, sottolinea l'importanza e la necessità di diffondere sempre più il modello dell'assistenza domiciliare con un'integrazione tra ospedale e territorio, che consenta l'erogazione delle cure palliative all'interno dell'ambiente familiare, ove ve ne siano le condizioni.

³⁵⁹ Art. 2, comma 1, lett. *e*), l. n. 38/2010: «assistenza residenziale»: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da équipe multidisciplinari presso una struttura, denominata «hospice».

³⁶⁰ Art. 2, comma 1, lett. *g*), l. n. 38/2010: «day hospice: l'articolazione organizzativa degli hospice che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio».

³⁶¹ Le funzioni del *day-hospice* sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Gli *hospice* sono situati all'interno delle strutture ospedaliere o nel territorio e possono essere gestiti direttamente dalle aziende sanitarie o da organismi appartenenti al Terzo settore.

Le cure palliative in *hospice* sono costituite da un «complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da équipe multidisciplinari e multi professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette»³⁶².

Infine, le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le cure palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della Unità di cure palliative domiciliari territorialmente competente.

Sull'«Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita» si rimanda all'art. 31 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, oggetto di trattazione del prossimo paragrafo.

IV.4 Le cure palliative nei livelli essenziali di assistenza

Il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui livelli essenziali di assistenza ha completato il quadro dei principali provvedimenti in materia di cure palliative, recependo la normativa progressivamente adottata e definendo i Lea nell'ambito della Rete locale di cure palliative³⁶³.

³⁶² Ai fini della definizione dei requisiti strutturali e tecnologici per i centri residenziali di cure palliative (*hospice*), in coerenza con quanto previsto dall'art. 5, comma 3, si rimanda al d.P.C.M. 20 gennaio 2000.

³⁶³ Ai sensi dell'art. 1, comma 2, della l. n. 38/2010: «E' tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato [...] nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001...». La

Di seguito l'analisi delle norme di interesse contenute nel decreto.

Ai sensi dell'art. 15 del decreto in esame, l'«Assistenza specialistica ambulatoriale», garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 al decreto.

Il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale richiama, per quanto qui interessa, la «Prima visita multidisciplinare per cure palliative», raggruppando nella stessa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che presentano il medesimo codice: «stesura del PAI»; «visita di controllo per cure palliative»; «rivalutazione del PAI».

Nell'ambito dei «Percorsi assistenziali integrati», l'art. 21 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Progetto di assistenza individuale (PAI).

Si tratta di una norma importante, in considerazione del fatto che la valutazione multidimensionale del bisogno permette di identificare il malato con bisogni di cure palliative.

Di particolare rilevanza è pure l'art. 23 del decreto, intitolato e dedicato alle «Cure palliative domiciliari».

Ai sensi della predetta disposizione, «Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita». Le cure sono erogate dalle «Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni

predetta disposizione ricorda che il d.P.C.M. 29 novembre 2001 contiene già nell'elenco dei Lea le cure rivolte ai pazienti terminali; ciò avviene in attuazione di quanto previsto dal d.lgs. n. 502/1992 che, tuttavia, non fa espressa menzione delle cure palliative e della terapia del dolore. Nel testo modificato dal d.lgs. n. 229/1999 è comunque previsto che le Regioni garantiscano l'assistenza ai malati nella fase terminale della propria vita (cfr. artt. 3-*quinquies* e 3-*septies* del d.lgs. n. 502/1992).

professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico [...], assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale».

L'articolo continua specificando i due livelli nei quali le cure palliative domiciliari si articolano: livello base e livello specialistico³⁶⁴, riprendendo di fatto la normativa precedente, già oggetto di analisi. Importanti in tale contesto, sono le figure del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, nell'identificazione dei pazienti che hanno bisogno di accedere alle cure palliative e per la collaborazione con gli altri medici specialisti delle strutture componenti le Reti locali nella presa in carico del paziente malato.

Ancora, il comma 2 dispone che «le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) e sono «integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale».

E' evidente, nella lettera della norma, un chiaro riferimento alla necessaria integrazione tra le professionalità e i servizi della Rete di cure palliative domiciliari.

Altro richiamo alla medicina palliativa è contenuto nell'art. 31 del decreto, intitolato «Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita».

Il predetto articolo dispone che «Il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni [...], erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative - *Hospice* che, anche

³⁶⁴ Art. 23, comma 1, del d.P.C.M. 12 gennaio 2017: «a) livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specialistico: costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore».

quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale».

L'ultimo riferimento alla medicina palliativa è presente nell'art. 38 del decreto, che dispone in ordine al «Ricovero ordinario per acuti». Il comma 2 stabilisce, infatti, che «nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni [...] incluse la terapia del dolore e le cure palliative».

IV.5 Le figure professionali coinvolte nella Rete di cure palliative

Nella riunione del 10 luglio 2014, in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, viene sottoscritto l'accordo previsto dall'art. 5, comma 2, della l. n. 38/2010³⁶⁵, riguardante l'«identificazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore»³⁶⁶.

³⁶⁵ Art. 5, comma 2, l. n. 38/2010: «Con accordo stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali...»

³⁶⁶ Prima dell'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014, si era posto il problema dell'esclusione di quei medici che prestavano servizio senza essere in possesso di una specializzazione nelle Reti regionali di cure palliative. La legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014) si è dunque preoccupata di intervenire per sanare la posizione di quanti già lavorassero nelle reti per le cure palliative e che, proprio mediante tale attività lavorativa, avessero già di fatto dimostrato di avere raggiunto un livello di formazione professionale equivalente a quello universitario richiesto dalla legge. L'art.1, comma 425, della l. n. 147 /2013 dispone che «Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di

Il provvedimento forma tre elenchi, ciascuno dei quali è dedicato ad ognuna delle Reti: cure palliative, terapia del dolore, rete pediatrica. Si tratta, in ogni caso, di elenchi che, ai sensi del predetto accordo, possono comunque prevedere l'eventuale partecipazione di ulteriori figure professionali, già presenti nelle strutture del territorio.

In particolare, «le cure palliative sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali: a) medico specialista in anestesia, rianimazione, terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia; b) medico di medicina generale; c) psicologo specialista; d) infermiere, fisioterapista, dietista; e) assistente sociale, operatore socio-sanitario. Le figure professionali, di cui al comma 1, possono essere integrate dall'assistente religioso» (art. 1, commi 1 e 2).

Si badi bene che la norma fa espresso riferimento all'«integrazione degli ambiti di assistenza» prima di elencare le diverse figure professionali che vi trovano impiego. Ciò in considerazione del fatto che, in un sistema a forte integrazione socio-sanitaria come quello delle cure palliative, il professionista può sviluppare capacità tecniche, organizzative e gestionali, promuovendo partecipazione e condivisione sia tra gli attori della Rete, chiamati all'erogazione della cura e dell'assistenza, che tra i cittadini che fruiscono dei servizi.

Affrontare le tematiche correlate alle cure palliative spinge a centrare l'attenzione su due punti fondamentali che riguardano la pratica medica e assistenziale e che hanno profondi riflessi, come si dirà a breve, anche sulla formazione degli operatori sanitari: da una parte la multidimensionalità delle problematiche del paziente, dall'altra, l'interprofessionalità di un sistema in cui gli operatori si trovano ad agire con competenza e responsabilità propria, ma consapevoli che il loro intervento trova complemento, con pari dignità, in quelli di altri professionisti.

Se si considera, dunque, il tema della formazione in cure palliative occorre evidenziare vari aspetti che lo completano: quelli che per necessità sono propri delle singole

Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate». Con tale norma si consente, dunque, con le garanzie previste, di ampliare la sfera dei soggetti che possono operare nella Rete, assicurando l'erogazione di prestazioni di qualità e di alta specializzazione, senza disperdere quel bagaglio di conoscenze e competenze, acquisito nel lavoro accanto ai pazienti con bisogni di cure palliative.

discipline e dei singoli profili professionali e quelli che afferiscono alla cosiddetta competenza trasversale e che, pertanto, risultano rilevanti soprattutto per le figure mediche coinvolte.

E' opportuno ricordare che già l'art. 8 della l. n. 38/2010 dispone in ordine alla «Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore», rinviando ad un accordo successivo la definizione dei contenuti formativi obbligatori ed omogenei dei professionisti della Rete. L'accordo del luglio 2014 interviene, dunque, in tal senso, specificando nell'allegato tecnico i contenuti comuni e specifici dei percorsi formativi delle varie figure professionali.

Nonostante le indicazioni intervenute successivamente alla l. n. 38/2010, volte a regolamentare l'esercizio della professioni mediche nell'ambito della Rete di cure palliative, in relazione alla formazione o alla specializzazione dei medici³⁶⁷, ad oggi la

³⁶⁷ Per ragioni di completezza espositiva, occorre menzionare l'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 febbraio 2013, che individua, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del d.P.R. n. 484 del 1997, la disciplina di «Cure Palliative» nell'area della medicina diagnostica e dei servizi per la categoria professionale dei medici, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del Servizio sanitario nazionale dedicato alle cure palliative.

Il decreto del Ministro della salute del 28 marzo 2013 porta poi a termine l'istituzione della disciplina cure palliative, sancendo le equipollenze dei titoli sia a livello di anzianità di servizio che di specialità, inquadrando la disciplina «Cure Palliative» nell'area della medicina diagnostica e dei servizi.

Nell'ipotesi, invece, in cui i medici siano privi di specializzazione, il decreto del Ministero della salute del 4 giugno 2015 prevede che quelli che abbiano svolto la loro attività professionale per almeno tre anni, dall'entrata in vigore della l. n. 147/2013, comma 425, in una struttura pubblica o privata accreditata dalla Regione, possano chiedere la certificazione dell'esperienza professionale alla Regione o alla Provincia autonoma di riferimento.

Nel «Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010», relativo al triennio 2015-2017, la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute evidenzia come i medici in formazione specialistica in ambito palliativo dovrebbero poter conseguire crediti formativi universitari (CFU) specifici in cure palliative nell'ambito delle scuole di specialità equipollenti, così come già avviene per la terapia del dolore nell'ambito della relativa scuola di specializzazione e nell'ambito dei corsi di formazione specifica in medicina generale organizzati dalle Regioni.

Sempre secondo il Ministero, la concreta attuazione dell'art.8, comma 1, della l. n. 38/2010) è «il presupposto irrinunciabile affinché si possa dare certezza e dignità al percorso formativo dei medici, delle professioni sanitarie non mediche e sociali».

Cfr. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2814_allegato.pdf

materia cure palliative non rientra tra gli insegnamenti della carriera medica universitaria, ma trova attuazione pressoché esclusivamente nell'istituzione di master di I e di II livello.

Si auspica dunque che il gruppo di lavoro, nominato con decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca del 1 agosto 2018, giunga quanto prima a definire i programmi di formazione universitaria in cure palliative e a delineare il profilo dei docenti, come previsto dalla l. n. 38/2010. La novità riguarderà i corsi di laurea in medicina, professioni sanitarie, psicologia e servizio sociale³⁶⁸.

Spostando l'attenzione sul ruolo che gli operatori svolgono nella Rete di cure palliative, si è visto come gli stessi, coinvolti in équipe multiprofessionali, effettuino una valutazione multidimensionale dei bisogni, seguita dalla redazione del piano di assistenza individuale (cfr. gli artt. 23, 31 e 38 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017), per giungere alla costruzione di una rete di interventi che risponda ai bisogni del malato e della sua famiglia.

Tale processo integrato è ravvisabile anche nella pianificazione condivisa delle cure (Pcc), introdotta dall'art. 5 della l. n. 219/2017³⁶⁹.

Secondo il predetto articolo, «nella relazione tra paziente e medico [...], rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità» (art. 5, comma 1).

³⁶⁸ Il decreto del Miur del 1 agosto 2018 è consultabile al seguente link <http://www.fedcp.org/images/news/miur-1.08.18.pdf>.

³⁶⁹ In generale, sulla pianificazione condivisa delle cure, v. G. Baldini, *La pianificazione condivisa delle cure: prime riflessioni a margine della l. 219/2017*, in M. Foglia (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pisa, 2019, 129-147; C. Casonato, *La pianificazione condivisa delle cure*, in S. Rodolfi - C. Casonato - M. Penasa, *Consenso informato e Dat: tutte le novità*, in *Il civilista*, 4, 2018, 41 ss.; sul tema delle cure palliative in relazione alla pianificazione delle cure cfr. A. Vallini, *Pianificazione delle cure, medicina palliativa. I nuovi paradigmi del "fine vita"*, in *Riv. it. med. legale*, 3, 2016, 1139 ss.

E' evidente che tale strumento ben può trovare impiego nel sistema di cure palliative come, del resto, riferisce la stessa disposizione.

A tal proposito, si precisa che la pianificazione condivisa delle cure incentiva la collaborazione non solo dei medici (di assistenza primaria, palliativisti, oncologi, geriatri...), degli infermieri (ospedalieri e domiciliari), degli psicologi, ma vuole il coinvolgimento anche della parte sociale (assistenti sociali, operatori socio-sanitari, volontari...) ³⁷⁰.

Purtuttavia, in mancanza di ulteriori disposizioni di legge che regolamentino lo strumento, gli studiosi della materia e, in particolare, le figure professionali coinvolte nei processi di cura hanno ritenuto utile proporre uno schema di indicazioni per l'elaborazione di un regolamento applicativo dell'art. 5 della l. n. 219/2017 nelle varie realtà sanitarie, sia di ricovero ospedaliero, che di trattamento in *hospice* o a domicilio ³⁷¹.

A conclusione di quanto detto nella parte che precede, una riflessione appare pertinente soprattutto in relazione al tema della formazione delle figure professionali coinvolte nella Rete di cure palliative: occorre superare l'idea che la collaborazione tra i professionisti sia solo un mezzo per ottenere un risultato (la cura del malato), su cui investire impegno e risorse, per giungere alla consapevolezza (o, meglio, al cambiamento culturale) che è invece necessario, a partire da un percorso formativo che contamina i saperi sanitari e sociali, creare strumenti in grado di facilitare la pratica collaborativa ed aiutare nell'individuazione delle soluzioni al bisogno ³⁷².

³⁷⁰ Il medesimo articolo 5, al comma 2, contempla che possano essere presenti, oltre al paziente, anche: «i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia». Il ruolo significativo conferito ai familiari in molti passi della l. n. 219/2017 induce a ritenere conforme al suo spirito una Pcc condivisa tra équipe curante e *caregiver*, in caso di incapacità del paziente ad operare scelte consapevoli.

³⁷¹ D. Rodriguez - A. Aprile, *La "pianificazione condivisa delle cure". Una novità che coglie impreparati sia medici che pazienti*, in http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=60539; D. Rodriguez - L. Orsi, *La condivisione delle terapie nelle cure palliative a domicilio*, in http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=73462.

³⁷² In argomento v. le riflessioni di R. Lusardi, *Formazione e collaborazione interprofessionale in cure palliative*, in M. Foglia (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pisa, 2019, 278-281.

In tal senso, la collaborazione diviene essa stessa un «*outcome* organizzativo» di risorse e competenze³⁷³.

IV.6 L'attuale quadro d'offerta lombardo nell'ambito delle Reti di cure palliative

In linea con l'evoluzione normativa nazionale in tema di cure palliative, Regione Lombardia recepisce i principi della l. n. 38/2010 per applicarli al proprio sistema³⁷⁴,

³⁷³ R. Lusardi, *Formazione e collaborazione interprofessionale in cure palliative*, cit., 281.

³⁷⁴ Si richiamano, per ragioni di completezza espositiva, i provvedimenti regionali che, nel tempo, hanno determinato lo sviluppo dell'organizzazione della medicina palliativa sul territorio, prima dell'emanazione della d.g.r. n. X/5918 del 28/11/2016, oggetto di trattazione nel corso del presente paragrafo:

- d.g.r. n. VII/39990 del 30/11/1998 «Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative»;
- d.g.r. n. VII/1884 del 31/10/2000 «Adempimenti conseguenti all'attuazione del Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative da proporre al Ministero alla Sanità ai sensi del DM 28 settembre 1999» e successive integrazioni;
- d.g.r. n. VII/12619 del 7/4/2003 «Attuazione dell'art.12, commi 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31 Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice»;
- d.d.g. Sanità n. 23454 del 30/12/2004 «Determinazioni per la costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSP) presso le strutture sanitarie di ricovero e cura e l'adozione del Manuale applicativo per la realizzazione dell'ospedale senza dolore»;
- d.g.r. n. VIII/7180 del 24/4/2008 «Determinazioni in merito alle Nuove Reti Sanitarie per l'anno 2008 e ampliamento delle stesse con il modello di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche e conseguenti indicazioni alle strutture»;
- d.g.r. n. VIII/11085 del 27/1/2010 «Determinazioni in merito alla Rete delle Cure Palliative Pediatriche della Regione Lombardia»;
- d.g.r. n. IX/1963 del 6/7/2011 «Servizi sperimentali di Nuove Reti Sanitarie: prosecuzione attività per l'anno 2011» e successive modifiche;
- d.g.r. n. IX/3541 del 3/5/2012 «Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata» e successiva rettifica con d.g.r. n. IX/3584 del 6 giugno 2012;
- d.g.r. n. IX/3851 del 25/7/2012 «Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) »;
- d.g.r. n. IX/4610 del 28/12/2012 «Determinazioni in ordine alla rete di Cure Palliative e alla rete di Terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della Legge 38 del 15 marzo 2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» e, in particolare, il documento tecnico «Documento per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Lombardia» che ha, in particolare, definito l'organizzazione della Rete d'offerta con i suoi elementi costitutivi prevedendo un coordinamento a livello locale e a livello regionale in coerenza ai documenti sanciti in Conferenza Stato-Regioni (accordo n. 239 del 16/12/2010; intesa n. 152 del 25/7/2012);

sviluppando così un complesso ed integrato modello di erogazione di assistenza palliativa.

In particolare, con la delibera di Giunta regionale n. X/5918 del 28 novembre 2016, «Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle Cure Palliative della Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario», il legislatore regionale intende armonizzare lo sviluppo delle Reti di cure palliative anche in considerazione dell'«Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo», attuata con la l.r. n. 23/2015, già oggetto di analisi.

Il nuovo modello organizzativo declinato nel documento tecnico allegato alla d.g.r. in commento ha nello specifico la finalità di promuovere la convergenza dei modelli residenziali e domiciliari di cure palliative - storicamente sviluppati attraverso percorsi paralleli afferenti a due assessorati - pervenendo ad un unico profilo di *hospice* e ad un unico profilo di Unità di cure palliative domiciliari.

Da un lato, infatti, erano previste le Unità operative di cure palliative ospedaliere ai sensi della d.g.r. n. VII/39990 del 30 novembre 1998 (i cosiddetti *hospice* sanitari) e le Unità di cure palliative domiciliari specialistiche accreditate per l'erogazione dell'assistenza specialistica territoriale cure palliative (Sptc); tali strutture avevano come riferimento istituzionale il precedente assessorato alla Sanità e seguivano le regole della medicina specialistica e delle Aziende ospedaliere.

Dall'altro, erano presenti gli *hospice* socio-sanitari e l'assistenza domiciliare integrata (Adi) cure palliative, istituzionalmente riferiti all'assessorato alle Politiche sociali e alle regole del sistema socio-sanitario.

Nello spirito della legge n. 23/2015, la d.g.r. n. X/5918/2016 unifica, dunque, i due modelli in un unico sistema di erogazione che fa capo all'assessorato al *Welfare*.

- d.g.r. n. X/2563 del 31/10/2014 «Prime determinazioni in merito allo sviluppo della rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in attuazione alla Delibera di Giunta Regionale n. IX/4610/2012»;
- d.g.r. n. X/5341 del 2/6/2016 «Disposizioni in merito alla certificazione regionale della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle Cure palliative, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, art.1 comma 425 e successivo d.m. 4 giugno 2015».

Inoltre, la delibera definisce e completa l'articolazione in Reti: la Rete regionale di cure palliative (Rrcp) si presenta come un'aggregazione funzionale ed integrata delle diverse Reti locali, mentre la Rete locale di cure palliative (Rlcp) è l'insieme dei nodi erogativi³⁷⁵ e degli organismi di volontariato coinvolti nel percorso assistenziale di cure palliative, che operano nel territorio di una o più Asst.

Per il coordinamento della Rlcp, ciascuna Ats in collaborazione con le Asst individua uno o più Dipartimenti aziendali o interaziendali di cure palliative in relazione al bacino di utenza e alle peculiarità geografiche³⁷⁶.

L'accesso alla Rete di offerta locale, sempre secondo la d.g.r., avviene presso ciascuno dei soggetti erogatori accreditati, che effettua la verifica dei criteri di eleggibilità³⁷⁷ e la valutazione multidimensionale dei bisogni sulla base di strumenti adottati dalla Regione. Alla valutazione iniziale segue poi la presa in carico nel *setting* più appropriato.

Con le successive circolari attuative della d.g.r. n. X/5918/2016, Regione Lombardia dà ulteriore impulso all'implementazione della Rete regionale e delle Reti locali di cure palliative, fornendo indicazioni operative per la riclassificazione delle Unità di offerta cure palliative.

³⁷⁵ Le cure palliative possono essere erogate dai seguenti nodi:

- assistenza ospedaliera consulenza palliativa multiprofessionale medico specialistica e infermieristica nei diversi regimi di assistenza; ospedalizzazione in regime diurno per l'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili nelle altre strutture della Rete; assistenza ambulatoriale e quanto indicato dalla normativa regionale vigente; assistenza residenziale (ove erogata in *hospice*). Tali attività sono garantite attraverso le UO ospedaliere di cure palliative;
- assistenza in *hospice*: complesso integrato di prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, preparati di nutrizione artificiale, prestazioni sociali, tutelari, alberghiere, di sostegno spirituale e di assistenza al lutto, attraverso ricovero, anche in regime diurno (*Day Hospice*) o assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare: complesso integrato di cure, erogate da soggetti accreditati per le cure palliative ed il *setting* specifico, attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate (prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, da aiuto infermieristico-OSS, assistenza tutelare e sostegno spirituale). I percorsi domiciliari prevedono un livello di base e un livello specialistico tra loro interdipendenti in funzione della stabilità-instabilità clinica e assistenziale.

³⁷⁶ Per quanto concerne i Dipartimenti interaziendali di cure palliative viene identificata la Asst capofila.

³⁷⁷ I criteri generali di eleggibilità (Cge) consentono l'inserimento del malato in un programma assistenziale fornito e gestito dalle Rete regionale delle cure palliative e dalle sue articolazioni locali.

Degna di nota è anche la d.g.r. n. X/6691 del 9 giugno 2017 che, nel dettare ulteriori disposizioni in merito al modello organizzativo della Rete delle cure palliative e della Rete di terapia del dolore in Lombardia, istituisce due Organismi di coordinamento con il compito di monitorare lo stato di attuazione delle rispettive Reti.

Da ultimo, si segnala la d.g.r. XI/1046 del 17 dicembre 2018 «Regole per la gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019», con la quale il legislatore regionale prosegue nell'opera di riorganizzazione delle cure palliative, approvando gli opportuni strumenti atti a garantire la valutazione del bisogno e l'appropriatezza della cura nell'ambito delle cure palliative in modo uniforme sul territorio regionale (sub allegati E e F).

Lo «strumento di valutazione del bisogno di cure palliative» per la selezione dei malati da prendere in carico da parte della Rete locale di cure palliative consta di due parti: la prima delinea il quadro clinico generale del paziente (gravità, stabilità e instabilità), la seconda individua i campi che identificano di per sé il bisogno di cure palliative nel malato con diverse patologie.

Lo «strumento di valutazione della complessità sociale, clinica e assistenziale del malato in cure palliative nel setting domiciliare» prende, invece, in considerazione tre aree specifiche: il bisogno sociale; il bisogno clinico-assistenziale; la complessità erogativa (Pai), risultante dalla valutazione delle due aree precedenti.

Oltre a rappresentare validi ausili per tutti i soggetti erogatori di cure palliative operanti nelle Rlcp, tali strumenti costituiscono, altresì, un utile supporto per le Ats nella valutazione della coerenza tra il Piano di assistenza individuale (Pai) e l'evoluzione del quadro clinico della persona assistita³⁷⁸.

Come è emerso dall'analisi normativa che precede, in Regione Lombardia si è tracciata da tempo una via per dare forma e sostanza al percorso assistenziale delle cure palliative e della terapia del dolore, mediante molteplici indicazioni organizzative.

³⁷⁸ Attraverso l'analisi del Pai potrà quindi essere valutata, in relazione alla complessità clinico-assistenziale, la coerenza degli accessi per ciascuna figura professionale con i provvedimenti assistenziali assunti dall'équipe nel percorso di cura.

Tuttavia, nonostante l'approvazione della legge nazionale n. 38/2010 e degli atti di indirizzo regionali che ne danno attuazione, la gestione del malati con bisogni di cure palliative è ancora lontana dalle reali potenzialità, complice anzitutto una scarsa conoscenza del tema³⁷⁹.

Risulta, quindi, necessario promuovere campagne di informazione rivolte sia ai cittadini che agli operatori coinvolti nelle Reti, costruire sinergie ed implementare le connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, socio-sanitario e sociale, tra settore pubblico, privato e organizzazioni *non profit*, in un'ottica di *empowerment* del malato terminale e della sua famiglia.

Occorre, inoltre, considerare attentamente la complessità insita nei percorsi d'implementazione delle Reti palliative a livello locale, che richiedono la costruzione di adeguate condizioni per il cambiamento nei territori ed il loro effettivo accompagnamento nell'impegnativo cammino di presa in carico tempestiva del malato.

IV.7 *Segue*: il ruolo determinante del Terzo settore e, in particolare, del volontariato per combattere il rischio di un'eccessiva "sanitarizzazione" del sistema di cure palliative

Il modello lombardo, come visto, in osservanza del principio di sussidiarietà, è orientato all'attuazione di un sistema di *welfare community*³⁸⁰ nel quale la responsabilità di cura è diffusa nel contesto familiare e sociale.

³⁷⁹ Tale osservazione investe in realtà l'intero territorio nazionale. La Società italiana di cure palliative stima che due italiani su tre ancora non sappia di poter accedere alle cure palliative. Ulteriori elementi di criticità si rinvengono nel documento di «Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico» del 10 aprile 2019, reperibile in <http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2019/04/10/leg.18.bol0173.data20190410.com12.pdf>

³⁸⁰ Sul rapporto tra *welfare community* e principio di sussidiarietà, v. S. Belardinelli (a cura di), *Welfare Community e sussidiarietà*, Milano, 2005; F. G. Arena, *Il welfare di comunità*, in G. Arena - C. Iaione (a cura di), *L'Italia dei beni comuni*, Roma, 2012, 89-108.

Oltre alla famiglia, che svolge funzioni di assistenza nella rete dei servizi, la realtà del *non profit* è uno degli assi portanti del *welfare* regionale soprattutto nell'erogazione delle prestazioni.

E' già emerso come, in ambito sociale, il progressivo ampliamento del rapporto con le istituzioni (Comuni e Ats) e l'affermazione della dimensione sovra comunale (ambito zonale), quale luogo di programmazione delle politiche e del sistema dei servizi, abbia spinto il Terzo settore a coordinarsi con gli altri attori anche nella definizione delle scelte di *policy* territoriale³⁸¹.

Va dunque considerato il progressivo rafforzamento del *non profit* come soggetto programmatore e gestore di servizi, interventi e progettualità in area socio-sanitaria.

Il tema è presente nella legge di riordino del sistema socio-sanitario lombardo, la l. n. 23/2015, che fa espresso riferimento anche agli organismi del *non profit*. Si legge infatti che «le Asst garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni» (art. 7, comma 3)³⁸².

Con riguardo al coinvolgimento del privato sociale nell'ambito della medicina palliativa, il legislatore lombardo conferma il valore dello stesso come parte integrante e qualificante delle Reti di cure palliative.

³⁸¹ Tale rapporto è stato formalmente disciplinato dalla l.r. n. 3 del 2008 sul governo della rete, a cui sono seguite specifiche determinazioni in ordine all'istituzione di organismi di consultazione finalizzati al coinvolgimento sulla programmazione delle politiche di *welfare* regionale (Tavoli permanenti di consultazione del Terzo settore sia regionali che locali – cfr. d.g.r. n. 7797/2008 e d.g.r. n. 7798/2008).

³⁸² Secondo V. Ghetti, *La governance lombarda*, in C. Gori (a cura di), *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 73 ss. con la l.r. n. 23/2015 il legislatore lombardo sembra, tuttavia, privilegiare la relazione con gli Enti del Terzo settore in quanto gestori di servizi, allestendo spazi di confronto tecnico su questioni specifiche inerenti alla regolazione del *welfare* lombardo, e riferendosi dunque agli stessi prioritariamente come erogatori e non nel loro ruolo di rappresentanti istituzionali e di *advocacy*. Sempre secondo l'Autrice, sembra, dunque, che l'asse della legislatura sia cambiato, più in favore del sostegno alla titolarità pubblica di alcune funzioni, più attento alla presa in carico, che alla programmazione del sistema di offerta

Ciò risulta evidente, ad esempio, quando è stata approvata la legge di riforma del sistema socio-sanitario lombardo che – nonostante la sua rilevanza e i lunghi mesi dedicati alla sua gestazione – ha visto un limitato coinvolgimento del Terzo settore, diversamente da quanto è avvenuto con il percorso di confronto che aveva anticipato la legge sul governo della rete (l.r. n. 3/2008).

A tal proposito, si richiama la d.g.r. n. IX/4610/2012, ai sensi della quale «l'accesso alle cure palliative è garantito attraverso Reti Integrate di soggetti erogatori accreditati e con il supporto delle associazioni di volontariato che assicurano percorsi individualizzati sulla base dei bisogni del malato e della famiglia».

Anche nella d.g.r. n. X/5918/2016, esaminata in precedenza, il Terzo settore è riconosciuto come attore del sistema a rete in grado di promuovere l'integrazione e il governo dei percorsi di cura; nella premessa all'allegato tecnico della delibera si legge, infatti, che «in Regione Lombardia [...] le numerose Onlus che gestiscono direttamente circa la metà dei servizi residenziali e domiciliari di cure palliative, rappresentano un esempio rilevante di attuazione del principio di sussidiarietà che merita una particolare attenzione nella progettazione dei meccanismi di integrazione». Sempre secondo la delibera, i rappresentanti del Terzo settore e del volontariato fanno parte del Gruppo di lavoro (costituito anche da professionisti esperti e dai direttori dei Dipartimenti di cure palliative, quando presenti) che opera nella struttura di coordinamento della Rete regionale di cure palliative, con il compito di monitorare lo stato di realizzazione della stessa e fornire linee di indirizzo circa l'implementazione e la qualità dei servizi erogati.

Inoltre, come soggetto erogatore della Rete, anche il Terzo settore rappresenta un possibile punto di accesso ad essa, ed è quindi chiamato a gestire la valutazione multidimensionale dei bisogni, verificare l'appropriatezza dei criteri di eleggibilità delle persone al sistema di cure palliative e a progettare la loro presa in carico nel *setting* più appropriato.

La delibera dispone inoltre che, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'unitarietà dei percorsi, è comunque necessario che i soggetti erogatori accreditati siano in grado di avviare la presa in carico della persona malata in tutti i livelli assistenziali.

Il legislatore regionale sembra, dunque, favorire, nell'ambito che ci occupa, la relazione con il Terzo settore, riferendosi ad esso nei suoi ruoli di rappresentante istituzionale e di erogatore di servizi, prevedendo spazi di confronto tecnico, nei quali il *non profit* è chiamato a discutere e a relazionarsi con gli altri attori per lo sviluppo di una rete di offerta integrata ampia, flessibile e calibrata sui bisogni degli interessati e dei loro familiari.

Tra gli enti del Terzo settore coinvolti nella Rete di cure palliative, la disciplina lombarda privilegia il volontariato³⁸³.

Sul piano costituzionale, la relazione proporzionata che si instaura tra la spontaneità dell'opera del volontario e la valorizzazione della fiducia che la persona bisognosa ripone in questi si nutre dei principi e dei valori della solidarietà e della sussidiarietà, già oggetto di analisi.

Con la propria opera, esso contribuisce, peraltro, a combattere il fenomeno della “sanitarizzazione” dei servizi³⁸⁴, favorendo il reinserimento della persona malata nel proprio contesto di vita.

Ad esempio, la medicalizzazione dei servizi in favore delle persone con bisogni di cure palliative può essere rappresentata come una sorta di amplificazione ed enfaticizzazione dei soli aspetti sanitari, a discapito di quelli socio-assistenziali, che sono altrettanto necessari.

In tale contesto, il volontario assume, quindi, un ruolo fondamentale all'interno della rete di assistenza, mediante un contributo che si pone come complementare a quello reso dalle figure professionali impiegate nell'ambito della medicina palliativa.

Proprio perché il volontario non svolge solo una fondamentale opera di raccordo nella comunità, ma garantisce anche una strategica funzione di *provider* di servizi, rappresenta una necessità strutturare per lo stesso un percorso formativo omogeneo.

³⁸³ Sul volontariato v. gli scritti di F. G. Arena, *Il volontariato, una risorsa per la democrazia. Ma come?*, in *Labsus*, 2012, reperibile http://www.labsus.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3191:il-volontariato-una-risorsa-per-la-democrazia-ma-come&catid=92:home-page-di-sezione&Itemid=40; Id., *Volontariato, sussidiarietà, beni comuni*, in G. Turus - L. Capalbo (a cura di), *Per una cittadinanza responsabile*, Padova, 2011, 35-54; Id., *I veri soggetti della sussidiarietà: volontari e cittadini attivi*, in *Labsus*, 2010, consultabile in http://www.labsus.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2435&Itemid=163.

³⁸⁴ Il concetto di “sanitarizzazione” dei servizi può essere inteso come il prevalere di forme di cura e di assistenza, tipicamente “sanitarie”, sui processi e le relazioni sociali. Sul concetto di “sanitarizzazione” dei servizi nel *welfare* lombardo, con particolare riguardo alle persone disabili, v. G. Merlo, *L'importante è la Salute e non la sanità. La sanitizzazione nei servizi per le persone con disabilità in Regione Lombardia*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 12 aprile 2017; Id., *La complicata vita delle unità di offerta per le persone con disabilità*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 7 maggio 2017; Id., *Sanitarizzazione: la responsabilità è anche nei servizi?*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 17 maggio 2017.

Ciò trae origine da una serie di fattori: la complessità contestuale in cui il volontariato opera, la specificità del profilo assunto all'interno dei contesti di cura e l'essere parte integrante dell'équipe multidisciplinare.

In tal senso, la l. n. 38/2010³⁸⁵ evidenzia l'esigenza di definire per i volontari percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale al fine di conferire maggiore certezza e uniformità all'attività formativa e garantire l'acquisizione di competenze che superino la personale e spontanea iniziativa, per assicurare al malato e alla sua famiglia cure palliative di elevata qualità.

Anche la d.g.r. n. 5918/2016 si muove sulla scia della legge nazionale, prevedendo processi di selezione, di formazione specifica e continua dei volontari in cure palliative per promuovere e facilitare la loro presenza nei nodi della rete, sulla base di protocolli d'intesa/documenti formalizzati che regolino l'attività, le responsabilità, le forme di integrazione tra l'équipe professionale e la componente di volontariato.

IV.8 *Segue*: la Rete locale di cure palliative e l'Associazione cure palliative onlus di Bergamo: l'occasione di un *welfare* del territorio

Il tema delle cure palliative è da anni al centro dell'attenzione di Bergamo, a tal punto da farne una provincia d'eccellenza.

Si considerino, innanzitutto, le risorse attive e i numeri dei pazienti in carico: nel comprensorio urbano e provinciale sono presenti 7 *hospice* per la degenza e 29 soggetti accreditati per la domiciliarità. Nell'anno 2018, nei 7 *hospice* bergamaschi sono stati ricoverati 1.086 malati³⁸⁶ e i 29 soggetti accreditati hanno seguito a domicilio 1.995 pazienti³⁸⁷: 3.081 malati inguaribili in fase avanzata sono stati così accompagnati nei

³⁸⁵ Cfr. l'art. 8 della l. n. 38/2010.

³⁸⁶ Nei 7 Hospice operativi al 30 settembre 2018 sono accreditati e a contratto 74 posti, oltre a 3 posti letto di day hospital, 2 posti tecnici MAC, ambulatorio e cure domiciliari.

³⁸⁷ I 29 Enti Erogatori Ucp- Dom attivi hanno complessivamente seguito, nel periodo 1 ottobre 2017-30 settembre 2018, 1.995 pazienti, di cui 410 afferenti al distretto di Bergamo, 651 al distretto di Bergamo Est, 934 al distretto di Bergamo Ovest.

percorsi di cura ed assistenza nel territorio bergamasco, a cui vanno aggiunti altri 2.719 malati in fase avanzata che progressivamente si inseriscono nella Rete locale di cure palliative³⁸⁸.

Quest'ultima, unitamente al Dipartimento interaziendale di cure palliative (Dicp) sono stati istituiti e regolamentati con le delibere n. 1070 del 27 dicembre 2017 e n. 1112 del 29 dicembre 2017 dell'Ats di Bergamo, in osservanza delle disposizioni di cui alla delibera di Giunta regionale n. 5918 del 28 novembre 2016.

Nella Rlcp operano, con il governo programmatico dell'Ats, 3 Asst provinciali e tutti gli erogatori pubblici e privati del sistema. Per l'attivazione della Rete, l'Ats ha previsto, in accordo con i soggetti erogatori, l'adozione di uno specifico regolamento che ne definisce l'organizzazione e le modalità di funzionamento, garantendo la più ampia partecipazione rappresentativa dei soggetti erogatori e, in particolare, delle organizzazioni di volontariato.

La Rlcp aggrega in modo funzionale le strutture ed i servizi che la compongono ed è composta da 120 soggetti, tra persone ed organizzazioni: 3 direttori di distretto Ats, 6 direttori socio-sanitari e sanitari delle Asst, il coordinatore del Dicp, 7 *hospice*, 29 enti erogatori di cure palliative domiciliari (Ucp-Dom), 4 organizzazioni di volontariato di settore, 65 residenze sanitarie assistenziali, 6 rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia per distretto.

Per le funzioni di coordinamento operativo, la Rlcp dispone, come già detto, di un Dipartimento interaziendale di cure palliative, il cui soggetto capofila è stato individuato nell'Asst Papa Giovanni XXIII, struttura ospedaliera in possesso di tutti i *setting* assistenziali previsti dalla normativa regionale.

Per quanto riguarda, in particolare, l'accesso alla Rete, i 7 *hospice* della provincia di Bergamo hanno sottoscritto un protocollo per la condivisione di una modalità unica di attivazione della richiesta di ricovero sui posti letto attivi in provincia. Il processo

³⁸⁸ AA.VV., I dati ottobre 2017 - settembre 2018, in *Verso sera*, febbraio 2019, 7, consultabile in <http://www.associazione cure palliative.it/immagini/63versionewversoserafebbraio2019casaacp08febbraio.pdf>.

consta di un colloquio preventivo in uno degli *hospice*, finalizzato a determinare i criteri di eleggibilità³⁸⁹.

Si ritiene, dunque, che il lavoro di redazione di tale protocollo operativo (e di altri che per ragioni di brevità non saranno menzionati) possa risultare di indubbia utilità per il lavoro dei professionisti, per i pazienti e per le loro famiglie a garanzia dell'equa accessibilità alla Rete e della corretta erogazione delle prestazioni³⁹⁰.

Tale attività rientra a pieno titolo nelle funzioni organizzative dell'Ats che, anche attraverso la promozione e l'adozione di regolamenti e di procedure innovative, mediante il coinvolgimento attivo e partecipato di tutti gli attori, consente l'integrazione della continuità assistenziale ospedale-territorio nell'ambito delle cure palliative.

Per quanto riguarda i soggetti del privato sociale operativi nell'ambito della medicina palliativa sul territorio bergamasco, lo sguardo non può che essere rivolto all'Associazione Cure Palliative onlus.

Si tratta di un'organizzazione di volontariato, costituita nel 1989, che opera con finalità di solidarietà sociale nel campo dell'assistenza sociale e socio-sanitaria a favore di pazienti con malattia inguaribile in fase avanzata o terminale e dei loro famigliari.

L'Associazione promuove iniziative di comunicazione, sensibilizzazione ed informazione sul territorio, volte alla promozione delle cure palliative ed alla loro conoscenza (anche tramite rapporti di collaborazione con il Dipartimento di Scienze umane e sociali dell'Università degli studi di Bergamo³⁹¹ e con l'Ats), realizza percorsi formativi per il personale e per i volontari (sostiene l'Asst Papa Giovanni XXIII di Bergamo e il Dipartimento interaziendale di cure palliative al fine di potenziare e migliorare le cure palliative, contribuendo anche finanziariamente alla formazione

³⁸⁹ Cfr. deliberazione del direttore generale di Ats 10 agosto 2017 n. 609_Formalizzazione e recepimento di documentazione di sistema inerente la continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio congiuntamente elaborata da Ats e soggetti accreditati e contrattualizzati, di natura pubblica e privata presenti sul territorio della provincia di Bergamo. Secondo provvedimento: continuità assistenziale ospedale-territorio: percorsi per subacuti, percorsi per cure intermedie, accesso alla rete degli hospice della provincia di Bergamo.

³⁹⁰ M. Azzi, *Continuità assistenziale ospedale-territorio: la funzione di governance dell'ATS di Bergamo*, in *Politiche sanitarie*, 2018, 146.

³⁹¹ Sul rapporto di collaborazione tra l'Associazione cure palliative e l'Università di Bergamo si rinvia a R. Lusardi, *Formazione e collaborazione interprofessionale in cure palliative*, in M. Foglia (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, cit., 275-277.

degli operatori professionali), acquista e dona attrezzature, e si occupa di attività caritatevoli.

Lo stesso *hospice* cittadino, realizzato dall'Associazione e dato in gestione agli Ospedali riuniti di Bergamo (oggi Asst Papa Giovanni XXIII), intitolato a Kika Mamoli, volontaria fondatrice, già presidente dell'Associazione, ha contribuito e contribuisce allo sviluppo di un modello di cura ed assistenza innovativo e di eccellenza nel settore, costituendo un punto di riferimento per la diffusione di una corretta cultura delle cure palliative e, soprattutto, per il supporto ai pazienti con malattie inguaribili e ai loro famigliari.

Oggi l'*hospice* Kika Mamoli fa parte della Uoc cure palliative-terapia del dolore-*hospice* della Asst-Papa Giovanni XXIII, che si occupa dell'assistenza a domicilio, degli ambulatori di terapia del dolore e cure palliative ed è la struttura capofila del Dipartimento interaziendale cure palliative.

L'Associazione cure palliative di Bergamo può contare sull'azione prevalente e diffusa del volontariato (113 volontari attivi), ma si avvale anche di personale dipendente nonché di personale libero professionale per l'erogazione dei servizi.

I volontari, dopo un iniziale corso di formazione, si occupano di assistenza al malato e alla famiglia, in degenza e a domicilio, partecipando alla équipe di cura con gli operatori sanitari.

Essi prestano la loro assistenza in day hospital Uoc oncologia Asst Papa Giovanni XXIII, in *hospice* Kika Mamoli, a domicilio, presso l'ambulatorio di terapia del dolore e cure palliative del Papa Giovanni XXIII, occupandosi dell'accoglienza, dell'ascolto e dell'accompagnamento del paziente e della sua famiglia.

Infine, l'Unità cure palliative domiciliari garantisce un servizio gratuito di assistenza domiciliare 24 ore su 24, 7 giorni su 7, erogato dall'équipe multidisciplinare (medico palliativista, psicologo, infermiere, operatore socio-sanitario e volontario), della Uoc cure palliative dell'Asst Papa Giovanni XXIII.

Anche nell'anno in corso è stato rinnovato il sostegno da parte dell'Associazione, da anni a fianco dell'Ospedale di Bergamo, nella cura e nell'assistenza dei malati terminali: un contributo pari a 132.800 euro versato nel corrente anno permetterà di rinnovare i contratti di quattro operatori in servizio all'*hospice* Kika Mamoli e di

garantire l'assunzione di figure specialistiche in affiancamento agli operatori dell'*hospice*.

In questo senso l'Associazione cure palliative onlus sposa una logica circolare e di comunità, fondata sulla promozione di un rapporto stabile, sinergico e collaborativo con la parte pubblica, il territorio e la comunità di appartenenza, presentandosi non solo come semplice erogatrice di servizi, bensì come parte attiva nella promozione della cultura della medicina palliativa, nella formazione delle figure professionali, nella definizione ed organizzazione degli assetti e degli interventi³⁹², che formano il processo di cura e di assistenza del malato con bisogni di cure palliative.

³⁹² In vista della riorganizzazione del sistema in ottemperanza della d.g.r. n. 5918/2016, l'Associazione cure palliative di Bergamo è stata chiamata a partecipare al tavolo tecnico di progettazione, insieme ai responsabili delle unità ospedaliere di cure palliative, alla rappresentanza dei medici di famiglia, degli enti accreditati e dell'Università di Bergamo.

CONCLUSIONI

La discussione sull'integrazione socio-sanitaria ha preso spunto dall'analisi dei contenuti dei diritti alla salute e all'assistenza sociale, e ciò perché il "socio-sanitario" sta a cavallo delle due attività e delle due nozioni: l'integrazione socio-sanitaria è sì, come è stato argomentato, un fatto sociale complesso³⁹³, ma lo è proprio perché viene ad integrare - nel senso che porta a pienezza e secondo differenti graduazioni³⁹⁴ - due attività che, se considerate e praticate isolatamente, rischiano di non raggiungere il proprio fine.

Il tema affrontato ha imposto, dunque, un confronto o, meglio, un parallelo tra le due materie (salute e assistenza sociale), che ha preso in considerazione il dettato costituzionale, lo sviluppo normativo e l'esame delle prestazioni connesse al loro esercizio nell'ambito dell'organizzazione di cui sono dotate.

Si è visto come l'evoluzione della nozione di assistenza sanitaria, che viene ricondotta dapprima al completamento del trasferimento delle funzioni operato con il d.P.R. n. 616/1977 e poi alla l. n. 833/1978, abbia portato inevitabilmente ad una riduzione della distanza tra questa e l'assistenza sociale. Tale avvicinamento, a lungo ostacolato da preoccupazioni di ordine politico-culturale che paventavano la cosiddetta "sanitarizzazione" del sociale, ha avuto una forte accelerazione con la riforma portata dal d.lgs. n. 502/1992, così come modificato dal d.lgs. n. 229/1999, nella cui cornice giuridico-culturale possiamo ritrovare anche una compiuta definizione di integrazione socio-sanitaria.

Rispetto a tale area, si riscontrano nella legislazione esaminata elementi di tendenza che conducono, con sempre maggior frequenza, al passaggio dall'assistenza alla

³⁹³ A. Favretto, *Dalle diadi alle costellazioni: considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 332.

³⁹⁴ R. Balduzzi, *La persona in tutte le politiche (sociali): una "scommessa" quasi compiuta? Presentazione di un Convegno sul "socio-sanitario" e della correlata ricerca*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 2, 246, ritiene che tale affermazione permetta di spiegare l'espressione "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", che viene talora impiegata dalla normativa vigente (art. 3-septies, commi 4 e 5, del d.lgs. n. 502/1992, introdotto dal d.lgs. n. 229/1999) e anche nei relativi d.P.C.M. di definizione dei Lea.

promozione del benessere, dalla sanità alla salute (ponendo attenzione non solo alla malattia, ma anche alle condizioni di salute del malato), dall'universalismo all'universalismo selettivo (agendo sui fattori che "discriminano in positivo" l'utilizzo dei servizi, aumentando l'accessibilità e riducendo le disuguaglianze), dalle prestazioni predefinite alla personalizzazione degli interventi, dalla verifica quantitativa delle prestazioni alla valutazione dell'appropriatezza degli interventi (che implica un costante riferimento a prove di efficacia ed efficienza sia in termini clinici che organizzativi), dalla partecipazione alla condivisione (mirando alla costruzione di percorsi di programmazione ed intervento che responsabilizzino più attori, tra i quali rientrano a pieno titolo i soggetti del privato sociale)³⁹⁵.

Sul versante dei servizi socio-sanitari l'obiettivo è, dunque, quello di garantire i livelli essenziali delle prestazioni, di ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza, creando connettività, allineamento e collaborazione entro e tra le istituzioni e le diverse professionalità coinvolte nel sistema.

Per rispondere a tale obiettivo, il concetto di integrazione socio-sanitaria deve tener conto di due aspetti: considerare l'utente dei servizi come un *unicum*, sviluppando un approccio olistico al problema del bisogno; concentrarsi sul livello di collaborazione tra servizi sociali e sanitari e sulle prestazioni da erogare.

Si badi bene che i due modi di intendere il concetto sono strettamente correlati, ma nel dibattito e nelle scelte politiche sono spesso sovrapposti o non valorizzati in maniera unitaria, con i rischi di considerare solo gli aspetti strumentali, organizzativi, gestionali e di perdere di vista l'utente e i suoi bisogni, riducendo, in tal senso, la dimensione di comunità dell'intervento sociale³⁹⁶.

Definiti i confini complessivi della materia ed indagato l'ambito nel quale essa trova applicazione (in particolare, i livelli essenziali di assistenza), l'attenzione non può a questo punto che ricadere su alcuni punti di forza ma anche di criticità di tale strumento

³⁹⁵ Cfr. G. Gosetti - M. La Rosa, *Elementi per un quadro sull'evoluzione dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria in Italia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, n. 1/2007, 63 ss.

³⁹⁶ Si faccia attenzione che la logica dell'integrazione socio-sanitaria vuole che l'impegno e le risorse siano dirette a promuovere relazioni integrate; la prestazione è, quindi, uno strumento per creare benessere, non l'esclusiva finalità dell'intervento.

complesso, per poi tentare di fornire, senza alcuna pretesa di esaustività, alcune indicazioni e strategie di sviluppo.

Con riferimento ai livelli dell'integrazione socio-sanitaria, si è visto come la stessa vada attuata e verificata su più piani, che comprendono quello istituzionale, gestionale e professionale.

L'integrazione istituzionale si fonda sulla necessità di promuovere collaborazioni tra le istituzioni che hanno competenze in materia sanitaria e sociale.

Il percorso di riforma lombardo ha, per esempio, condotto, con la l.r. n. 3/2008, ad una chiara definizione dei ruoli e delle funzioni delle Asl e dei Comuni³⁹⁷, richiamando il Piano di zona come luogo deputato a concedere spazi di integrazione tra la rete sociale e quella socio-sanitaria.

Che l'integrazione tra il sociale e il sanitario sia tema di attenzione per il legislatore lombardo è emerso chiaramente anche dall'analisi della l.r. n. 23/2015, che ha l'obiettivo di costruire il sistema socio-sanitario lombardo. A tal fine la legge prevede la creazione delle aziende socio-sanitarie territoriali, le quali, articolate in «polo ospedaliero» e «rete territoriale», favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio-sanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali.

L'obiettivo del sistema integrato che si realizza a livello istituzionale è, in definitiva, quello di creare una rete di servizi socio-sanitari, che, purtuttavia, non sempre è in grado di conseguire un uniforme livello qualitativo e di porre le basi per un proficuo coordinamento degli interventi sul territorio.

L'integrazione a livello gestionale si esplica invece nel rapporto operativo tra i soggetti che si occupano di realizzare il sistema integrato dei servizi socio-sanitari. Essa ha come priorità quella di definire l'organizzazione distrettuale, effettuando il passaggio da una struttura settorializzata ad una struttura che lavora per obiettivi e progetti³⁹⁸.

³⁹⁷ Prima dell'emanazione della l.r. n. 3/2008 era previsto un sistema locale basato sulla "spartizione delle competenze" tra Asl e Comuni. Nel panorama nazionale tale situazione segnava una sorta di anomalia del caso lombardo rispetto a quanto dichiarato dalla l. n. 328/2000. Si rammenta, infatti, che uno dei principali elementi di innovazione dei Piani di Zona previsti dalla l. n. 328/2000 è dato dalla pianificazione congiunta tra Comuni e Asl nella logica dell'integrazione operativa a livello territoriale.

³⁹⁸ G. Pilati, *Azioni strategiche per lo sviluppo dell'assistenza sociosanitaria primaria*, in *Studi Zancan*, n. 6/2000, 129 ss.

Non mancano, tuttavia, anche in tale contesto serie difficoltà operative.

Da una parte vi è il sistema sanitario con risposte medicali standardizzate e con figure professionali formate nella propria disciplina; dall'altra, i servizi sociali, più creativi e rispondenti alle differenze dei bisogni, ma con scarse risorse e con operatori di variegata professionalità, non sempre pronti a confrontarsi con competenze che non sono proprie.

Da ciò consegue, sul piano gestionale, l'esigenza di raggruppare una varietà di modelli differenziati nell'ottica di garantire unitarietà, che, lo si ricorda, sta alla base dell'integrazione socio-sanitaria.

Una soluzione potrebbe essere ricercata nell'analisi delle varie forme applicative sul territorio italiano, prendendo come riferimento i risultati ottenuti anche a livello delle singole scene della cura e dell'accudimento, a partire dall'introduzione di quegli elementi che sono importanti per la creazione di contesti relazionali: forme strutturate di ascolto dei pazienti e dei loro *caregivers*, adozione di contiguità logistica tra i professionisti sociali e sanitari; fluidità delle comunicazioni tra gli stessi, limitando quanto possibile la proceduralizzazione degli scambi, in una logica comunque improntata al *problem solving*.

Con riferimento, in particolare, al contesto/livello gestionale, alcuni modelli innovativi di gestione dei servizi socio-sanitari, in atto in alcune Regioni, unitamente a sistemi informativi e digitalizzati, sostenuti da un impianto organizzativo solido, quale quello dei distretti, si presentano come valide forme operative per compiere una proficua ed organizzata integrazione socio-sanitaria.

Per rendere operative le indicazioni e le raccomandazioni che permettano il collegamento sistematico tra il livello programmatorio regionale e quello organizzativo locale è, tuttavia, necessario rendere disponibili su scala nazionale modalità e sistemi di valutazione comuni, con strumenti di verifica sistematicamente applicati. La raccolta e l'analisi dei dati di attività e di indicatori di qualità sono inoltre necessari per promuovere il miglioramento continuo delle prassi clinico-assistenziali, permettendo confronti tra differenti soluzioni o modelli organizzativi delle cure, sia in

termini di esiti attesi che di impiego di risorse, utili alla pianificazione e alla programmazione dei servizi³⁹⁹.

Sempre a livello gestionale, l'integrazione socio-sanitaria si compie non solo mediante l'interazione tra i soggetti istituzionali, ma prevede anche il coinvolgimento della famiglia e della comunità. Nella prassi, tuttavia, si fatica a considerare tale livello dell'integrazione - che può definirsi "comunitaria" - come trasversale al livello gestionale. Il versante della partecipazione (dei cittadini, delle associazioni e della società in genere) così come quello della condivisione (sviluppata anche attraverso meccanismi di *governance* che tendono a mobilitare contemporaneamente diversi livelli e attori, in un'ottica di sussidiarietà verticale ed orizzontale) devono ancora trovare un'adeguata maturazione.

A tal fine potrebbe essere necessaria una trasformazione organizzativa in favore di strutture flessibili, che operino per progetti e in dialogo con una pluralità di interlocutori, tra i quali ha un ruolo fondamentale il Terzo settore, quale portatore di quei tratti di inclusività e di solidarietà, che gli attori di natura privata *for profit* non riuscirebbero a garantire.

Infatti, agendo da veri e propri attori della rete dei servizi, gli Enti del Terzo settore si caratterizzano per la loro tendenza a produrre «beni relazionali [...] tramite le relazioni che connettono i soggetti coinvolti»⁴⁰⁰, tra i quali rientrano a pieno titolo anche il malato e la propria famiglia.

Si è visto, peraltro, come il tema dell'integrazione "comunitaria", per come sopra intesa, trova nel Codice del Terzo settore un riconoscimento significativo, laddove riconosce ai soggetti del *non profit* le funzioni di co-programmare e di co-progettare, oltre a quella di erogare i servizi.

³⁹⁹ La misurazione dei risultati, soprattutto relativamente all'appropriatezza, è ormai elemento imprescindibile per garantire servizi adeguati, consentendo la riduzione degli sprechi e una corretta riallocazione delle risorse disponibili.

⁴⁰⁰ S. Zamagni, *Dal liberismo welfarista al welfare sussidiario: la sfida dell'economia civile*, in *I Quaderni dell'Economia Civile*, 2001, 21.

La valorizzazione delle sue funzioni, pur essendo un ottimo punto di partenza per creare sinergia con la pubblica amministrazione⁴⁰¹, non è, tuttavia, semplice e scontata: molto dipende da quanto le istituzioni pubbliche sanno rapportarsi con gli Enti del Terzo settore nella costruzione della rete dei servizi e da come il privato sociale sa leggere i bisogni del territorio, al fine di individuare risposte innovative ed efficaci, che sono oggetto di discussione ai tavoli della co-programmazione e della co-progettazione⁴⁰².

A questo scopo pare necessario riflettere su come strutturare la partecipazione del Terzo settore nella rete territoriale, partendo da valutazioni in ordine alla sua capacità di far parte della programmazione dei servizi e di coordinarsi con gli altri attori, il malato e la sua famiglia.

Decisiva potrebbe essere a tal fine l'implementazione delle sedi di consultazione e di partecipazione.

Adottare un modello di funzionamento a rete ha, in definitiva, importanti conseguenze operative che incidono anche sul piano dell'integrazione professionale.

Ai soggetti del sistema è infatti richiesto un cambiamento delle modalità di lavoro, che consiste nell'aprirsi ad una costante comunicazione e condivisione delle informazioni, nella capacità di condividere dati in tempo reale, nella disponibilità alla gestione di responsabilità condivise in un modello di continuità di cure.

Tale visione d'insieme non può tuttavia concretizzarsi se non con un preliminare sguardo al profilo delle competenze degli attori del comparto integrato, soprattutto per ciò che concerne la loro formazione.

Gli stessi si trovano, infatti, a dover operare «sul crinale che separa (e al contempo unisce) due vallate: quella popolata dalle comunità scientifiche e dagli standard internazionali, con i relativi strumenti operativi (linee guida e protocolli), e quella popolata dalle specifiche realtà socio-sanitarie, caratterizzate da configurazioni

⁴⁰¹ Sul tema v. L. Gili, *Il Codice del Terzo settore ed i rapporti collaborativi con la P.A.*, cit., 1 ss.

⁴⁰² P. Consorti - L. Gori - E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit., 151.

organizzative peculiari e univoche»⁴⁰³, per via della morfologia dei territori, della demografia delle popolazioni, della storia dei servizi e della biografia dei professionisti e degli utenti⁴⁰⁴.

Un luogo di confine che alcuni studiosi della materia⁴⁰⁵ definiscono di «universalità locale»: un ossimoro che ben delinea la tensione tra le due dimensioni, universale e locale, che sono presenti e che convivono necessariamente nelle pratiche di cura.

Tutto ciò comporta un ripensamento dei ruoli, delle funzioni e delle responsabilità delle figure professionali, che deve necessariamente partire da un'adeguata formazione ai fini di una "ibridazione" delle loro competenze.

Al di là delle difficoltà evidenziate e delle deboli soluzioni individuate, la vera sfida per una proficua integrazione socio-sanitaria è innanzitutto culturale.

E' necessario superare una visione della medicina ancora autoreferenziale, che vede nella struttura dell'ospedale e nella dotazione esclusiva di mezzi e risorse fattori di qualità dell'intervento professionale⁴⁰⁶.

La sfida presente è anche quella di potenziare le trame dei servizi socio-sanitari per sviluppare un'assistenza integrata, incentrata sul soggetto bisognoso, sulla sua famiglia e sulla comunità, finalizzata a pratiche che privilegino le cure domiciliari, favorita dal lavoro di cura del settore pubblico, privato e degli Enti del Terzo settore, al di fuori di una logica segregante del malato.

Occorre cambiare prospettiva a favore di una «visione che rimanda a una costellazione costituita da tutti i soggetti che agiscono in modo negoziale nelle scene della cura e dell'accudimento, creando insieme struttura e ordine»⁴⁰⁷.

⁴⁰³ R. Lusardi, *Etnografia partecipativa e comunità di pratica: metodi formativi e risorse professionali per il nuovo welfare*, in *Professionalità Studi*, n. 2/II – 2018, 11.

⁴⁰⁴ In argomento v. le osservazioni di R. Lusardi - S. Tomelleri, *Phenomenology of health and social care integration in Italy*, in *Current Sociology*, 2017.

⁴⁰⁵ S. Timmermans - M. Berg, *Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols*, in *Social Studies of Science*, 1997, 273 ss.

⁴⁰⁶ P. Cannatelli - L. M. Munari, *Il territorio integrato con l'ospedale: strategie di management*, in G.F. Gensini - P. Rizzini - M. Trabucchi - F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2007. Servizi sanitari in rete. Dal territorio all'ospedale al territorio*, Bologna, 2007, 245.

⁴⁰⁷ A. R. Favretto, *Dalle diadi alle costellazioni: considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari*, cit., 10.

Per far ciò è necessario imboccare con forza la strada dell'effettiva ed efficace leale collaborazione, che specie in materie come quelle qui considerate necessita di essere «stabilizzata, rafforzata e raffinata», stante la natura sempre più contigua ed integrata dei diritti alla salute e all'assistenza sociale⁴⁰⁸.

Nonostante le zone d'ombra, che inducono a ritenere che una piena integrazione socio-sanitaria non si sia ancora compiuta, bisogna evidenziare che la tradizionale distinzione tra “sanitario” e “sociale” tende comunque a svanire di fronte all'emergere di nuovi e complessi bisogni di cura, cui soltanto una risposta integrata può fornire adeguata risposta.

Ne sono prova l'allargamento dell'ambito di integrazione socio-sanitaria operato dalla nuova disciplina sui Lea; il riconoscimento della necessità di una programmazione integrata sul versante socio-sanitario; la valorizzazione del ruolo degli Enti del Terzo settore.

L'integrazione tra i settori “sanitario” e “sociale” risulta peraltro evidente nel contesto delle cure palliative, all'interno del quale vi è la delicata necessità di garantire una risposta positiva ai bisogni di una popolazione crescente di malati affetti da patologie cronico-degenerative in fase avanzata o terminale, in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza fisica e psicologica.

In tale scenario, si è visto come la cura della salute non possa significare rimozione della malattia, bensì tutela e rispetto dell'individualità del malato e come il dovere di salvaguardare la vita debba trovare un punto di incontro con il dovere di salvaguardare la dignità del malato.

Anche se la Repubblica mantiene uno spazio di discrezionalità nel definire i termini di tale rapporto, è innegabile che siano da privilegiare tecniche di bilanciamento in concreto, caso clinico per caso clinico, paziente per paziente, da implementare mediante adeguate prassi, procedure e servizi dedicati.

⁴⁰⁸ E. Vivaldi, *I diritti sociali tra Stato e Regioni: il difficile contemperamento tra il principio unitario e la promozione delle autonomie*, cit., 18, richiamato da E. Rossi, *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due «materie» difficilmente separabili*, in R. Balduzzi (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, 2016, 197.

In considerazione di ciò, qualsiasi intervento che non tenga conto della complessità delle esigenze del paziente nelle fasi finali della propria vita rischia di essere parziale. A tal fine, la Rete di cure palliative delinea un nuovo paradigma di cura capace di garantire una risposta positiva ai bisogni del malato mediante interventi socio-sanitari integrati, in modo da assicurare la necessaria continuità assistenziale, resa tra l'altro possibile dal coordinamento delle competenze professionali, dal potenziamento dei rapporti tra le équipes operanti a livello specialistico e distrettuale, dalla interazione tra i diversi *setting* di cura e dallo sviluppo delle attività delle organizzazioni *non profit* e, in particolare, del volontariato.

E' strategico, anche nell'ambito della medicina palliativa, operare un riequilibrio di attività e risorse tra ospedale e territorio, garantendo l'integrazione tra i diversi *setting* assistenziali.

Paradigmatico di questo equilibrio è proprio il modello organizzativo adottato dall'Associazione cure palliative di Bergamo, nell'ambito del quale la continuità assistenziale si configura come l'ottimale raccordo tra settori di cura (ospedale-territorio), come integrazione dell'attività tra operatori sanitari e socio-sanitari (interdisciplinarietà e multidisciplinarietà) e come continuità di cura nel tempo.

Considerare l'integrazione con il territorio in una prospettiva strategica ha significato e significa per l'Associazione ripensare il ruolo dell'ospedale, valorizzandone tutti gli ambiti di potenziale utilità per il sistema.

E' evidente che nell'esperienza bergamasca in tema di medicina palliativa non vi è competizione tra ospedale e territorio, bensì un solo obiettivo comune: rispondere nel migliore dei modi alla domanda di salute e cura del malato e della sua famiglia.

Per soddisfare le aspettative di diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza in uno scenario dominato dalla cronicità o terminalità, si è creato un sistema integrato nel quale ogni componente contribuisce all'offerta complessiva di servizi secondo le proprie specificità, ma in collegamento e in collaborazione con gli altri erogatori.

In tale *network* l'ospedale non ha solo una funzione di erogatore in proprio di prestazioni, ma funge anche da supporto per altri servizi attraverso la condivisione di competenze, professionalità, informazioni e tecnologie.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *I dati ottobre 2017 - settembre 2018*, in *Verso sera*, febbraio 2019, in <http://www.associazione cure palliative.it/immagini/63versonewversoserafebbraio2019casaacp08febbraio.pdf>.

Adler P.S. - Kwon S.W. - Heckscher C., *The mutation of professionalism as a contested diffusion process: Clinical guidelines as carriers of institutional change in medicine*, in *Journal of Management Studies*, 2013.

Aicardi N., *La sanità*, in Cassese S. (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, Milano, 2003, 625 ss.

Albanese A., *Il principio di sussidiarietà orizzontale: autonomia sociale e compiti pubblici*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 51 ss.

Albanese A. - C. Marzuoli (a cura di), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Bologna, 2003.

Albanese A., *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Milano, 2007.

Albanese A., *L'integrazione socio-sanitaria*, in Morzenti Pellegrini R. - Molaschi V. (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 129 ss.

Alexy R., *A Theory of Constitutional Rights*, Oxford, 2004.

Allegretti U., *Democrazia partecipativa: esperienze e prospettive in Italia e in Europa*, Firenze, 2010.

Amirante C., *La dignità dell'uomo nella Legge fondamentale di Bonn e nella Costituzione italiana*, Milano, 1971.

Antonelli V., *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *federalismi.it*, n.7/2018, 1 ss.

Antonini L. - Brancasi A. - De Siano A. - Ferraro R. - Manfredi R. - Petrillo G. - Posillipo M. (a cura di), *I principi costituzionali e comunitari del federalismo fiscale. Atti dell'incontro di studi del 30 novembre 2007*, Torino, 2008.

Antonini L., *Il principio di sussidiarietà nel processo di riforma della pubblica amministrazione*, in *Non profit*, 2000, 5 ss.

Antonini L., *Sussidiarietà fiscale: la frontiera della democrazia*, Milano, 2005.

Antonini L., *La vicenda e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119 Cost.*, in *Reg.*, 2003, 11 ss.

Apostoli A., *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in <http://www.forumcostituzionale.it>, 2017.

Ardigò A., *Riflessioni critiche e idee per gli sviluppi possibili del volontariato di «advocacy»*, in *Studi Zancan*, 1/2003, 8 ss.

Ardizzone L. - Di Maria R., *La tutela dei diritti fondamentali ed il "totem" della programmazione: il bilanciamento (possibile) fra equilibrio economico-finanziario e prestazioni sociali (brevi riflessioni a margine di Corte cost., sent. 275/2016)*, in *Dir. reg.*, II/2017, 185 ss.

Arena F. G., *Il volontariato, una risorsa per la democrazia. Ma come?*, in *Labsus*, 2012.

Arena F. G., *Il welfare di comunità*, in Arena F. G. - Iaione C. (a cura di), *L'Italia dei beni comuni*, Roma, 2012, 89 ss.

Arena F. G., *Sussidiarietà, la piattaforma costituzionale di una nuova cittadinanza*, in *Libertà civili*, v. II, 2011, 136 ss.

Arena F. G., *Volontariato, sussidiarietà, beni comuni*, in Turus G. - Capalbo L. (a cura di), *Per una cittadinanza responsabile*, Padova, 2011, 35 ss.

Arena F. G. - Cotturri G. (a cura di), *Il valore aggiunto: come la sussidiarietà può salvare l'Italia*, Roma, 2010, 302 ss.

Arena F. G., *I veri soggetti della sussidiarietà: volontari e cittadini attivi*, in *Labsus*, 2010.

Arena F. G., *La sussidiarietà come fattore di riforma dell'amministrazione* in D'Alessio G. - Di Lascio F. (a cura di), *Il sistema amministrativo a dieci anni dalla "Riforma Bassanini"*, Torino, 2009, 222 ss.

Arena F. G., *Cittadini attivi. Un altro modo di pensare l'Italia*, Roma-Bari, 2006.

Arena F. G., *Il principio di sussidiarietà orizzontale nell'art. 118 u.c. della Costituzione*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Napoli, 2005, vol. I, 179 ss.

Arena F. G., *Sussidiarietà e solidarietà*, in *Impresa sociale*, 2005, 140 ss.

Azzi M., *Continuità assistenziale ospedale-territorio: la funzione di governance dell'ATS di Bergamo*, in *Politiche sanitarie*, 2018, 141 ss.

- Balboni E., *I servizi sociali*, in Amato G. - Barbera A. (a cura di), *Manuale di diritto pubblico*, Bologna, 1997, 167 ss.
- Balboni E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, 1183 ss.
- Balboni E., *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 2001, 1103 ss.
- Baldassarre A., *Diritti della persona e valori costituzionali*, Torino, 1997.
- Baldassarre A., *Diritti sociali*, in *Enc. Giur. Treccani*, vol XI, 1989.
- Baldini G., *La pianificazione condivisa delle cure: prime riflessioni a margine della l. 219/2017*, in Foglia M. (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pisa, 2019, 129 ss.
- Balduzzi R. - Carpani G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013.
- Balduzzi R. - Di Gaspare G., *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.
- Balduzzi R. - Servetti D., *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in Balduzzi R. - Carpani G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 13 ss.
- Balduzzi R., *L'appropriatezza in Sanità: quadro di riferimento legislativo*, in Falcitelli N. - Trabucchi M - Vanara F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2004. L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Bologna, 2004, 73 ss.
- Balduzzi R., *La persona in tutte le politiche (sociali): una "scommessa" quasi compiuta? Presentazione di un Convegno sul "socio-sanitario" e della correlata ricerca*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 245 ss.
- Balduzzi R., *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni regionali*, 2002, 65 ss.
- Balestrieri A.M., *Sussidiarietà, territorio, cooperazione tra mano pubblica e soggetti privati. Spunti per un inquadramento giuridico*, in *Dir. amm.*, 1998, 615 ss.
- Banchero A., *Contributi per facilitare l'applicazione degli interventi socio-sanitari dei nuovi LEA, integrati con le attività sociali e riflessioni sulla definizione dei LEP sociali*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2018, 279 ss.
- Barbero M., *Progressività del sistema tributario, uguaglianza ed autonomia impositiva regionale*, in *Reg.*, 2006, 764 ss.
- Barbero M., *Se il federalismo fiscale diventa questione di ... principi*, in *Reg.*, 2008, 723 ss.

Barbetta G. - Ecchia G. - Zamaro N. (a cura di), *Le istituzioni nonprofit in Italia. Dieci anni dopo*, Bologna, 2016.

Bargagna M. - Busnelli F. D., *La valutazione del danno alla salute – profili giuridici, medico legali ed assicurativi*, Padova, 2001.

Baroni B., *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, in Id. - Balboni E. - Mattioni A. - Pastori G., (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328/2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2007, 47 ss.

Bartolomei F., *La dignità umana come concetto e valore costituzionale*, Torino, 1987.

Belardinelli S. (a cura di), *Welfare Community e sussidiarietà*, Milano, 2005.

Belletti M., *Potere sostitutivo “straordinario” e “ordinario” nella sentenza n. 43 del 2004 - La Corte propone la quadratura del cerchio della riforma del titolo V*, in <http://www.associazionedeicostituzionalisti.it>, marzo 2004.

Belletti M., *Diritti costituzionali e Regioni*, in Nania R. - Ridola P. (a cura di), *I diritti costituzionali*, III, Torino, 2006, 1051 ss.

Belvisi F., *Dignità umana: una ridefinizione in senso giuridico*, in *Ragion pratica*, 2012, 161 ss.

Benvenuti M., *Diritti sociali*, Torino 2013.

Benvenuti S. - Martini S., *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016*, in *Osservatorioaic.*, n. 2/2017, 4 ss..

Bergo M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, n. 2/2017.

Berlingò V., *La nozione di servizio sociale e la qualificazione giuridica delle pretese a ricevere le prestazioni di cui alla legge 328 del 2000*, in Ferrara R. - Manganaro F., Romano Tassone A. (a cura di), *Codice delle cittadinanze. Commentario dei rapporti tra privati ed amministrazioni pubbliche*, Milano, 2006, 925 ss.

Bertagna G., *Fare laboratorio. Scenari culturali ed esperienze di ricerca nelle scuole del secondo ciclo*, Brescia, 2012.

Berti G., *Considerazioni sul principio di sussidiarietà*, in *Jus*, 1994, 405 ss.

Berti G., *Sussidiarietà e organizzazione dinamica*, in *Jus*, 2004, 171 ss.

Bertolini C., *La sussidiarietà amministrativa, ovvero la progressiva affermazione di un principio*, in *Dir. amm.*, n. 4, 2007, 895 ss.

- Bessone M. - Roppo E., *Diritto soggettivo alla salute, applicabilità diretta dell'art. 32 Cost. ed evoluzione della giurisprudenza*, in *Politica del diritto*, 1974, 768 ss.
- Bessone M. - Roppo E., *Garanzia costituzionale del diritto alla salute e orientamenti della giurisprudenza di merito*, in *Giur. it.*, IV, 1975, 3 ss.
- Bifulco D., *Cittadinanza sociale, eguaglianza e forma di Stato*, in Chieffi L. (a cura di), *I diritti sociali tra regionalismo e prospettive federali*, Padova, 1999, 27 ss.
- Bifulco D., *L'inviolabilità dei diritti sociali*, Napoli, 2003.
- Bifulco R., *“Livelli essenziali”, diritti fondamentali e statuti regionali*, in Groppi T. - Olivetti M. (a cura di), *La Repubblica delle autonomie. Regioni ed enti locali nel nuovo titolo V*, Torino, 2003, 135 ss.
- Bilancia F., *Sussidiarietà (il principio di)*, in Ainis M. (a cura di), *Dizionario costituzionale*, Roma-Bari, 2000, 455 ss.
- Bin R., *Sussidiarietà o diritti dei cittadini?*, in *Istituz. del feder.*, 1998, 185 ss.
- Bin R., *La sussidiarietà “orizzontale”: alla ricerca dei soggetti “privati”*, in *Istituz. del feder.*, 1999, 5 ss.
- Bin R., *Che ha di federale il “federalismo fiscale”?*, in *Istit. feder.*, 2008, 525 ss.
- Biscaretti di Ruffia P., *I diritti sociali*, in *Novissimo Digesto Italiano*, Torino, 1968, 759 ss.
- Bissolo G. - Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria, attori, strumenti, metodi*, Roma, 2005.
- Bissolo G., *I principi dell'integrazione socio-sanitaria*, in Bissolo G. - Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, 2005, 23 ss.
- Bobbio N., *Sui diritti sociali*, in AA.VV., *Cinquant'anni di Repubblica italiana*, Torino, 1996, 461 ss.
- Bognetti G., *Pubblico e privato nell'organizzazione dei servizi sociali*, in Artoni R. - Bettinelli E., *Povertà e Stato*, Roma, 1987, 95 ss.
- Bottari C., *Il diritto alla tutela della salute*, in Ridola P. - Nania R. (a cura di), *I diritti costituzionali*, II, Torino, 200, 761 ss.
- Bottari C., *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, 1991.
- Bozzi L., *Terzo Settore: osservazioni a “prima lettura” su una riforma culturale prima che giuridica*, in *Contratto e impresa*, n. 4/2017, 1253 ss.

Brancasi A., *Il coordinamento della finanza pubblica come potestà legislativa e come funzione amministrativa*, in *Le Regioni*, 2004, 763 ss.

Brancasi A., *L'autonomia finanziaria degli enti territoriali: note esegetiche sul nuovo art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, 2003, 41 ss.

Brancasi A., *La finanza regionale e locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Dir. pubbl.*, 2007, 857 ss.

Brancasi A., *Osservazioni sull'autonomia finanziaria*, in *Le Regioni*, 2004, 451 ss.

Buracchio D., *Scenari e competenze per il manager sociale*, Milano, 2009.

Busnelli F.D., *Le cure palliative*, in Stradella E. (a cura di), *Diritto alla salute e alla vita "buona" nel confine tra il vivere e il morire*, Pisa, 2011, 177 ss.

Busnelli F. D. - Breccia U. (a cura di), *Tutela della salute e diritto privato*, Milano, 1978.

Butera F., *Service professions. Le professioni dei servizi nelle organizzazioni come fattore chiave per la competitività e contro la disoccupazione*, in *Studi organizzativi*, 2013, 91 ss.

Buzzacchi C., *Coesione e solidarietà sociale: un primo approccio alle tematiche del "federalismo fiscale"*, in *Le Regioni*, 2002, 882 ss.

Cabazzi R., *Diritti incompressibili degli studenti con disabilità ed equilibrio di bilancio nella finanza locale secondo la sent. della Corte costituzionale n. 275/2016*, in <http://www.forumcostituzionale.it>, 2017.

Calvaruso C., *Promozione della salute. La cultura delle cure palliative e il percorso delle istituzioni*, in Crozzoli Aite L. (a cura di), *Sarà così lasciare la vita?*, Milano, 2001, 25 ss.

Cannatelli P. - Munari L. M., *Il territorio integrato con l'ospedale: strategie di management*, in G.F. Gensini - Rizzini P. - Trabucchi M. - Vanara F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2007. Servizi sanitari in rete. Dal territorio all'ospedale al territorio*, Bologna, 2007, 229 ss.

Caputi Jambrenghi P.M., *I servizi sociali*, in Mazzaroli L. - Pericu G. - Romano A. - Roversi Monaco F.A. - Scoca F.G. (a cura di), *Diritto amministrativo*, Bologna, 2001, 1019 ss.

Caputi Jambrenghi P. M., *Volontariato, sussidiarietà, mercato*, Bari, 2008.

Caravita B., *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1984, 21 ss.

Caravita B., *Oltre l'uguaglianza formale*, Padova 1984.

- Carlassare L., *Forma di Stato e diritti fondamentali*, in *Quaderni Costituzionali*, 1995, 33 ss.
- Carlassare L., *L'art. 32 cost. e il suo significato*, in Alessi R. (a cura di), *L'amministrazione sanitaria italiana, Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Vicenza, 1967, 103 ss.
- Casadei Th., *I diritti sociali. Un percorso filosofico-giuridico*, Firenze, 2012.
- Casazza S., *Il sistema sociosanitario lombardo dopo la legge regionale n. 23/2015*, in *Welfare oggi*, n.2/2016, 24 ss.
- Casetta E., *Manuale di diritto amministrativo*, Milano, 2002.
- Casonato C., *La pianificazione condivisa delle cure*, in Rodolfi S. - Casonato C. - Penasa M., *Consenso informato e Dat: tutte le novità*, in *Il civilista*, 4, 2018, 41 ss.
- Casonato C., *Riflessioni sul fine vita. La tutela multilivello dell'autodeterminazione individuale*, in <http://www.astrid-online.it/rassegna>, n. 9/2009, 1 ss.
- Castronovo C., *Un itinerario di diritto giurisprudenziale*, Milano, 1998.
- Cavallo Perin R., *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, 2010.
- Cavasino E. - Scala G. - Verde G. (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Napoli 2013.
- Cendon P., *I malati terminali e i loro diritti*, Milano, 2003.
- Cerulli Irelli V., voce *Sussidiarietà* (dir. amm.), in *Enc. giur.*, agg. XII, 2004.
- Cesareo V. - Vaccarini I., *La libertà responsabile. Soggettività e mutamento sociale*, in *Vita e Pensiero*, Milano, 2006.
- Chieffi L. (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, 2003.
- Chiti M.P., *Principio di sussidiarietà, pubblica amministrazione e diritto amministrativo*, in *Dir. pubbl.*, 1995, 505 ss.
- Cicala G., *Diritti sociali e crisi del diritto soggettivo nel sistema costituzionale italiano*, Napoli, 1965.
- Cilione G., *Diritto Sanitario*, Rimini, 2005.
- Ciolfi I., *I diritti sociali*, in Angelini F., Benvenuti M. (a cura di), *Il diritto costituzionale alla prova della crisi economica*, Napoli, 2012, 83 ss.
- Ciolfi I., *Le ragioni dei diritti e il pareggio di bilancio*, Roma, 2012.

- Clemente Di San Luca G., *La funzione amministrativa oggi. Tra sussidiarietà orizzontale e nuovi compiti di polizia amministrativa*, in *Enti pubblici*, 2001, 582 ss.
- Cocconi M., *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998.
- Consito M., *Sussidiarietà e terzo settore, Labsus Paper*, 19/2010
- Consorti P. - Gori L. - Rossi E., *Diritto del Terzo settore*, Bologna, 2018.
- Consorti P., *La nuova definizione giuridica di Terzo settore*, in *Non Profit*, n. 3/2017, 29 ss.
- Contigiani N., *Le origini storiche della legislazione sociale e dell'assistenza pubblica*, in Morzenti Pellegrini R. - Molaschi V., *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 28 ss.
- Corposanto C. - Passerini A. - Splendore G., *Le forme di gestione*, in Bissolo G. - Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, 2005, 142 ss.
- Corso G., *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 3/1981, 755 ss.
- Corso G., *La gestione dei servizi locali fra pubblico e privato*, in *Servizi pubblici locali e nuove forme di amministrazione*, Milano, 1997, 31 ss.
- Corso G., *La protezione costituzionale dei diritti sociali*, in A. De Biase, *Convenzioni sui diritti umani e corti nazionali*, Roma, 2014, 275 ss.
- Costi R., *Le linee portanti dell'ordinamento del terzo settore*, in *Anal. giur. dell'econ.*, fasc. 1, giugno 2018, 11 ss.
- Cuocolo L., *Articolo 117, comma 2*, in Clementi F. - Cuocolo L. - Rosa F. - Vigevani G.E. (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, II, Bologna, 2018, 339.
- D'Alessandro D., *Sussidiarietà, solidarietà e azione amministrativa*, Milano, 2004.
- D'Alessio R., *I limiti costituzionali dei trattamenti "sanitari"*, in *Diritto e società*, 1981, 536 ss.
- D'Aloia A., *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2003, 1063 ss.
- D'Aloia A., *Diritti e Costituzione. Profili evolutivi e dimensioni inedite*, Milano 2003.
- D'Aloia A., *Storie costituzionali dei diritti sociali*, in *Scritti in onore di Michele Scudiero*, II, Napoli 2008, 717 ss.

- D'Atena A., *Costituzionalismo e tutela dei diritti fondamentali*, in *Lezioni di diritto costituzionale*, Torino, 2012, 5 ss.
- D'Atena A., *Il principio di sussidiarietà nella Costituzione italiana*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 1997, 603 ss.
- Dabormida R., *La riforma del Terzo settore*, Milano, 2017.
- De Burca G., *The future of social rights protection in Europe*, in De Burca G. - De Witte B. (a cura di), *Social rights in Europe*, Oxford, 2005, 4 ss.
- De Giorgi M.V., *Terzo settore. Verso la riforma*, in *Studium juris*, 2016, 71 ss.
- De Siervo U., *Assistenza e beneficenza pubblica*, in *Dig. disc. pubbl.*, vol. I, Torino, 1987, 445 ss.
- Degani L. - Mozzanica R., *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*, Santarcangelo di Romagna, 2009.
- Degrassi L., *La razionalizzazione dello Stato sociale nell'ordinamento dei servizi alla persona e alla comunità*, Milano, 2004.
- Di Cerbo F., *La tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*, Roma, 1978.
- Di Ciommo M., *Dignità umana*, in Mangiameli S. (a cura di), *Diritto Costituzionale*, Milano, 2008, 389 ss.
- Diciotti E., *Sulla distinzione tra diritti di libertà e diritti sociali: una prospettiva di filosofia analitica*, in *Quad. cost.*, 2004, 4, 733 ss.
- Durante V., *Dimensioni della salute: dalla definizione dell'OMS al diritto attuale*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2001, II, 132 ss.
- Durante V., *La salute come diritto della persona*, in AA.V.V., *Il governo del corpo, Trattato di Biodiritto* (a cura di Rodotà S. e Zatti P.), tomo I, Milano, 2011, 582 ss.
- Durante V., *Salute e diritti tra fonti giuridiche e fonti deontologiche*, in *Politica del diritto*, n. 4/2004, 585 ss.
- Duret P., *Sussidiarietà orizzontale, radici e suggestioni di un concetto*, in *Jus*, 2000, 95 ss.
- Duret P., *Sussidiarietà e autoamministrazione dei privati*, Padova, 2004.
- Falcon G., *Autonomia amministrativa e principio di sussidiarietà*, in *Dir. soc.*, 1998, 279 ss.

- Fargion S. - Wielander W. - Pintarelli D., *Il servizio sociale in ambito ospedaliero: riflessioni sull'interprofessionalità in un contesto di squilibrio di potere*, in *Autonomia locali e servizi sociali*, 2, 2017, 299 ss.
- Favretto A. R., *Dalle diadi alle costellazioni: considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 321 ss.
- Ferioli E., *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Torino, 2003.
- Ferragamo P., *Il principio di eguaglianza nell'etica contemporanea*, Torino, 2002.
- Ferrajoli L., *L'uguaglianza e le sue garanzie*, in http://www.fcjuridicoeuropeo.org/wp-content/uploads/file/jornada3/4_Ferrajoliitaliano.pdf
- Ferrara G., *La pari dignità sociale (Appunti per una ricostruzione)*, in *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, II, Milano, 1974, 1089 ss.
- Ferrara R., voce «Salute (diritto alla)», in *Digesto (disc. pubbl.)*, XIII, Torino, 1997, 513 ss.
- Ferrara R., *Professioni mediche e tutela delle situazioni giuridiche degli utenti: appunti*, in *San. Pubbl.*, 1999, 1077 ss.
- Ferrara R. - Vipiana P.M., *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999.
- Ferrara R., *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007.
- Ferrara R., *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in Id. (a cura di), *Trattato di biodiritto. Salute e sanità*, vol. 1, 2010, 33 ss.
- Ferrara R., *Introduzione al diritto amministrativo*, Bari, 2014.
- Ferrari E., *Commento all'art. 128 d.lgs. 112/1998*, in Falcon G. (a cura di), *Lo stato autonomista*, Bologna, 1998, 432 ss.
- Ferrari E., *I servizi sociali*, in Cassese S. (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo. Diritto amministrativo speciale*, tomo I, 2000, 597 ss.
- Ferrari E., *I servizi sociali. Introduzione, materiali e coordinate*, Milano, 1986.
- Ferrari E., *Lo Stato sussidiario: il caso dei servizi sociali*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 99 ss.
- Ferrario P., *La riforma del sistema sociosanitario in Lombardia*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 2015.
- Ferrario P., *Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 1/2009, 3 ss.
- Ferrera M., *Modelli di solidarietà*, Bologna, 1993.

- Ferretti M. - Perino A., *Le professioni dell'integrazione socio-sanitaria*, in Brolis R. - Maccani P.- Perino A., *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 63 ss.
- Fiorentini G.L., *Pubblico e privato nel nuovo welfare: la regolamentazione delle organizzazioni non lucrative e dei servizi di utilità sociale*, Bologna, 2000.
- Flick M., *Dignità umana e tutela dei soggetti deboli: una riflessione problematica*, in Ceccherini E. (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, Napoli, 2008, 39 ss.
- Florio F. S., *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. Bottari (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, 53 ss.
- Fois S., *Analisi delle problematiche fondamentali dello "Stato sociale"*, in *Dir. e soc.*, 1999, 163 ss.
- Fontana G., *Alla ricerca di uno statuto giuridico dei poteri sostitutivi ex art. 120, comma 2 Cost.*, in Modugno F. - Carnevale P. (a cura di), *Nuovi rapporti Stato - Regioni dopo la Legge costituzionale n. 3 del 2001*, Milano, 63 ss.
- Fracchia F., *Governo del territorio e ambiente. Relazione al VI Convegno annuale organizzato dall'Associazione Italiana di Diritto Urbanistico: Il governo del territorio*, Pescara, 29-30 novembre 2002, in <http://www.aipda.it>
- Fracchia F., *Sulla configurazione giuridica unitaria dell'ambiente: art. 2 Cost. e doveri di solidarietà ambientale*, in *Dir. economia*, 2002, 215 ss.
- Frau P., *L'integrazione sociosanitaria*, in <http://www.astrid-online.it>
- Frediani E., *I rapporti con la pubblica amministrazione alla luce dell'art. 55 del codice del Terzo settore*, in *Non Profit*, 2017, 157 ss.
- Frego Luppi A., *I principi*, in Codini E., Fossati A., Frego Luppi A. (a cura di), *Manuale di diritto dei servizi sociali*, Torino, 2011, 35 ss.
- Frego Luppi A., *Servizi sociali e diritti della persona*, Milano, 2004.
- Friedson E., *Professionalism: the Third Logic*, Cambridge, 2001.
- Furno E., *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in *Consulta online*, 2017.
- Gabriele F., *Diritti sociali, unità nazionale e risorse (in)disponibili: sulla permanente violazione-inattuazione della parte prima (quella "intoccabile") della Costituzione*, in <http://www.rivistaaic.it>, 3/2013.
- Galeotti S., *Il valore della solidarietà*, in *Diritto e Società*, 1996, 1 ss.

Gallo C. E., *La configurazione delle situazioni giuridiche soggettive degli utenti*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da Rodotà S. - Zatti P. - Ferrara R. (a cura di), *Salute e Sanità*, Milano, 2010, 381 ss.

Gambini F., *Il principio di dignità*, in Cendon P. (a cura di), *I diritti della persona. Tutela civile, penale, amministrativa*, vol. I, Torino, 2005, 236 ss.

Gambino S., *Stato e diritti sociali*, Napoli, 2009.

Gambino S., *Crisi economica e diritti sociali (con particolare riguardo al diritto alla salute, all'assistenza sociale e all'istruzione)*, in Gambino S. (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive*, Torino 2015, 45 ss.

Ghetti V., *Riforma sociosanitaria: come cambia la legge regionale 3/2008*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 2015.

Ghetti V. (a cura di), *L'attuazione della riforma sociosanitaria e le aree di innovazione del welfare*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 2017.

Ghetti V., *Il sistema di governance in Lombardia*, in <http://www.welforum.it>, 2018.

Ghetti V., *La governance lombarda*, in Gori C. (a cura di), *Il welfare delle riforme? Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 61 ss.

Gili L., *Il Codice del Terzo settore ed i rapporti collaborativi con la P.A.*, in *Urb.e app.*, n. 1/2018, 1 ss.

Giorgis A., *La costituzionalizzazione dei diritti all'eguaglianza sostanziale*, Napoli, 1999, 36 ss.

Giorgis A., *Diritti sociali*, in Cassese S. (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, I, Milano, 2006, 1096 ss.

Gori C. (a cura di), *Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Dai principi alla pratica?*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15-17/2003, 1 ss.

Gori C., *Un bilancio*, in Id. (a cura di), *Il welfare delle riforme*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 179 ss.

Gosetti G. - La Rosa M., *Elementi per un quadro sull'evoluzione dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria in Italia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, n. 1/2007, 63 ss.

Grazioli P., *Il Segretariato Sociale*, in Pellegrini R.M. (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2008, 177 ss.

Grazioli P., *Punto unico di accesso. Studio di fattibilità per la realizzazione di uno Sportello Sociale*, Bergamo 2008.

- Grossi P.F., *I diritti di libertà ad uso lezioni*, I, Torino, 1991.
- Gualdani A. - Pizzolato F., *Commento all'art. 2*, in Balboni E. - Baroni B. - Mattioni A. - Pastori G. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, II ed., 2007, 115 ss.
- Gualdani A., *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Milano, 2007.
- Guiglia G., *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Padova, 2007.
- Holmes S. - Sunstein C.R., *The costs of Rights. Why Liberty depends on taxes*, New York - Londra, 1999, trad. it., Bologna, 2000.
- Iannaccone M. N., *Prime considerazioni sul Codice del Terzo settore. Commento al d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117*, in *Cooperative e enti non profit*, 2017, 7 ss.
- Ivalù Pampalone E., *Cure palliative* (voce), in Sacco R. (a cura di), *Digesto delle discipline privatistiche*, Milano, 2014.
- Ivalù Pampalone E., *L'accesso alle cure palliative: scelta delle fonti, qualità dei diritti*, in <https://www.biodiritto.org/content/download/2114/20596/file/Pampalone.pdf>
- Javier Ansuategui Roig F., *Diritti fondamentali e dignità umana*, in *Ragion pratica*, giugno 2012, 11 ss.
- Jorio E., *Diritto dell'assistenza sociale*, Milano, 2006.
- Jorio E., *Diritto sanitario*, Milano, 2005.
- Kaur M., *Community Health Workers. Birth of a New Profession: GENERATIONS*, in *Journal of the American Society on Aging*, 2016, 56 ss.
- La Porta S., *Commento all'art. 5 della legge n. 328/00. Ruolo del Terzo settore*, in Balboni E. - Baroni B. - Mattioni A. - Pastori G. (a cura di), *Il sistema integrato di interventi e servizi sociali*, Milano, 2003, 135 ss.
- La Porta S., *Il sistema di finanziamento dei servizi sociali*, in Morzenti Pellegrini R. - Molaschi V. (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 155 ss.
- Lega C., *Il diritto alla salute in un sistema di sicurezza sociale*, Roma, 1952.
- Lessona S., *La tutela della salute pubblica*, in Calamandrei P. - Levi A., *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Firenze, 1950.
- Lombardi G., *Diritti di libertà e diritti sociali*, in *Pol. dir.*, 1/1999, 7 ss.

- Longo A., *Una concezione del bilancio costituzionalmente orientata: prime riflessioni sulla sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in <http://www.federalismi.it>, 10/2017.
- Losurdo F., *L'ultima scelta. Dogmatiche dell'autodeterminazione e fine vita*, in *Riv. elettr. del Centro di docum. europ. dell'Univ. Kore di Enna*, 2018, 15 ss.
- Luciani M., *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, 769 ss.
- Luciani M., *Sui diritti sociali*, in AA.VV., *Studi in onore di Manlio Mazziotti di Celso*, II, Padova 1995, 104 ss.
- Luciani M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione*, in *Politica del diritto*, n. 3, 2002, 345 ss.
- Luciani M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in Catelani E. - Cerrina Feroni G.- Grisolia M.C. (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, 10 ss.
- Luciani M., *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in *Astrid Rassegna*, 3/2013, 22 ss.
- Luciani M., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 3/2016
- Luciani M., *Diritto alla salute e diritto all'assistenza: configurazione e tecniche di tutela*, Convegno su *Il nuovo welfare dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto*, Roma Luiss, 17 maggio 2002, Resoconto di Castelli L. - Gambale P. - Menichetti E. - Procaccini M., in <http://www.amministrazioneincammino.it>
- Lusardi R. - Manghi S., *I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura*, in Vicarelli G. (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, 2013, 145 ss.
- Lusardi R., *Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazioni, tecnologie e professioni*, in *Salute e Società*, 2015, 185 ss.
- Lusardi R. - Tomelleri S., *Gli ibridi professionali. Le culture professionali alla prova dell'integrazione socio-sanitaria*, in *Salute e Società*, XVI, suppl. 3/2017, 11 ss.
- Lusardi R. - Tomelleri S., *Phenomenology of health and social care integration in Italy*, in *Current Sociology*, 2018, 1031 ss.
- Lusardi R., *Etnografia partecipativa e comunità di pratica: metodi formativi e risorse professionali per il nuovo welfare*, in *Professionalità Studi*, n. 2/II – 2018, 10 ss.

- Lusardi R., *Formazione e collaborazione interprofessionale in cure palliative*, in Foglia M. (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pisa, 2018, 271 ss.
- Madau L., “È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”, in *Osservatorio AIC*, 1/2017.
- Maggian R., *Il sistema integrato dell'assistenza*, Roma, 2001.
- Mainardis C., *I poteri sostitutivi statali: una riforma costituzionale con (poche) luci e (molte) ombre*, in *Le reg.*, 2001, 1357 ss.
- Mainardis C., *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, Milano, 2007.
- Maino F. - Ferrera M. (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Torino, 2013 e *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Torino, 2015.
- Manfredi S., *Il modello lombardo della presa in carico, spunti normativi e cambiamenti organizzativo-gestionali*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2018, 345 ss.
- Marazzita G., *I poteri sostitutivi tra emergency clause e assetto dinamico delle competenze*, in *Istit. feder.*, 2005, 819 ss.
- Marotta R., *Gli obiettivi della Regione*, in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo*, Santarcangelo di Romagna, 2011, 19 ss.
- Marzanati A., *Il ruolo dello Stato nel policentrismo repubblicano: l'assistenza sociale*, in E. Balboni (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, vol. I, Napoli, 2008, 277 ss.
- Masci F., *L'inclusione scolastica dei disabili: inclusione sociale di persone*, in <http://www.costituzionalismo.it>, 2/2017.
- Massa Pinto I., *Il principio di sussidiarietà. Profili storici e costituzionali*, Napoli, 2003.
- Massera A., *Uguaglianza e giustizia nel Welfare State*, in *Dir. amm.*, 2009, 1 ss.
- Mazziotti M., *Diritti sociali*, in *Enc. Dir.*, Milano, 1962, 802 ss.
- Mazzullo A., *Il nuovo Codice del Terzo settore*, Torino, 2017.
- Mengoni L., *Persona e iniziativa economica privata nella Costituzione*, in G. Vettori (a cura di), *Persona e Mercato. Lezioni*, Padova, 1996, 36 ss..
- Menichetti E., *Livelli essenziali di assistenza sanitaria: un punto fermo sulla forma e sulla procedura per l'individuazione ... ed un punto interrogativo sull'accezione in*

chiave organizzativa (nota a Corte Cost. 27 marzo 2003, n. 88), in *Amministrazione in cammino*, 2003, <http://www.amministrazioneincammino.luiss.it/site/it-IT/>

Merlini S., *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in *Democrazia e Diritto*, 1970, 78 ss.

Merlo G., *L'importante è la Salute e non la sanità. La sanitarizzazione nei servizi per le persone con disabilità in Regione Lombardia*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 12 aprile 2017.

Merlo G., *La complicata vita delle unità di offerta per le persone con disabilità*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 7 maggio 2017.

Merlo G., *Sanitarizzazione: la responsabilità è anche nei servizi?*, in <http://www.lombardiasociale.it>, 17 maggio 2017.

Merusi F., *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990.

Minni F. - Morrone A., *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in *Riv. Aic*, n. 3/2013

Modugno F., *I "nuovi" diritti nella giurisprudenza costituzionale*, Torino 1995.

Molaschi V. - Morzenti Pellegrini R. (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012.

Molaschi V., «Livelli essenziali delle prestazioni» e Corte Costituzionale: prime osservazioni (nota a Corte Cost. 26 giugno 2002 n. 282), in *Foro italiano*, 2003, I, coll. 398 ss. (estratto 6 ss.).

Molaschi V., «Livelli essenziali delle prestazioni» e diritto alla salute: possibili implicazioni in tema di situazioni giuridiche soggettive degli utenti del Servizio sanitario nazionale, in Ferrara R. - Manganaro F. - Romano Tassone A. (a cura di), *Codice delle cittadinanze*, Milano, 2006, 822 ss.

Molaschi V., «Livelli essenziali delle prestazioni» e LEA sanitari: prime indicazioni della giurisprudenza di merito, (nota a Tar Lazio, sez. III ter, 10 luglio 2002, n. 6252), in *Foro amministrativo-TAR*, 2003, 181 ss.

Molaschi V., *Complessità e semplificazione nei servizi sociali*, in *Il Diritto dell'economia*, 2013, 474 ss.

Molaschi V., *I livelli essenziali delle prestazioni nella Sanità*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da Rodotà S. - Zatti P., Ferrara R. (a cura di), *Salute e Sanità*, Milano, 2010, 445 ss.

Molaschi V., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008.

Molaschi V., *I servizi sociali*, in Mangiameli S. (a cura di), *I servizi pubblici locali*, Torino, 2008, 363 ss.

Molaschi V., *La partecipazione nel servizio sanitario nazionale*, in Crosetti A. - Fracchia F., *Procedimento amministrativo e partecipazione*, Milano, 2002, 89 ss.

Molaschi V., *Le arene deliberative. Contributo allo studio delle nuove forme di partecipazione nei processi di decisione pubblica*, Napoli, 2018.

Molaschi V., *Sulla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni»: riflessioni sulla vis expansiva di una “materia”*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2003, 523 ss.

Molaschi V., *Sulla nozione di servizi sociali: nuove coordinate costituzionali*, in *Il Diritto dell'economia*, 2004, 95 ss.

Molaschi V., *Universalità e selettività del sistema integrato di interventi e servizi sociali: riflessioni sulle criticità di un difficile equilibrio*, in *Giustamm.it.*, 11/2012, 1 ss.

Molaschi V., *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come “veicolo” di eguaglianza*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2019, 51 ss.

Monateri P. G. - Bona M. - Oliva U., *Il nuovo danno alla persona, strumenti attuali per un giusto risarcimento*, Milano, 1999.

Morana D., *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002.

Mortati C., *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Raccolta di scritti*, III, 1972, 433 ss.

Moynihan R. - Smith R., *Too much medicine?*, in *British Medical Journal*, 2002, 324, 859 ss.

Occhini L. - Pulerà A. - Felici M., *Cure palliative, assistenza domiciliare e caregiver burden: il modello dell'efficienza terapeutica*, in *Quaderni - Italian Journal of Medicine*, 2017, 48 ss.

Pagani A. - A. Perino, *Il co-settore dell'assistenza sociale tra pluralismo e multidimensionalità*, in Cipolla C. (a cura di), *Il co-settore in Italia*, Milano, 2000, 99 ss.

Pallante F., *I diritti sociali fra federalismo e principio di eguaglianza sostanziale*, in *Diritto pubblico*, 2011, 249 ss.

Palombella G., *L'autorità dei diritti. I diritti fondamentali tra istituzioni e norme*, Bari, 2004.

Paris D., *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà*, in *Le Reg.*, n. 6/2007, 983 ss.

Parsons T., *The Professions and Social Structure*, in *Social Force*, 1939, 457 ss.

Pasquini R., *La tutela della salute nell'ordinamento italiano*, in *Problemi della sicurezza sociale*, 1966, 254 ss.

Pasquino T., *Dignità della persona e diritti del malato*, in Lenti L. - Palermo Fabris E. - Zatti P. (a cura di), *Trattato di biodiritto - I diritti in medicina*, Milano, 2011, 555 ss.

Pastori G., *Amministrazione pubblica e sussidiarietà orizzontale*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Milano, 2005, 1749 ss.

Pastori G., *Diritti e servizi oltre la crisi dello Stato sociale*, in *Studi in onore di Vittorio Ottaviano*, vol. II, Milano, 1993, 1081 ss.

Pastori G., *Pubblico e privato nei servizi sociali*, in Balboni E. - Baroni B. - Mattioni A. - Pastori G. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, II ed., 2007, 75 ss.

Pastori G., *Pubblico e privato nella sanità e nell'assistenza*, in Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet", *Il nuovo welfare State dopo la riforma del titolo V. Sanità e assistenza a confronto. Atti del convegno – Roma, 17 maggio 2002*, Milano, 2005, 50 ss.

Pastori G., *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 85 ss.

Paterniti F., *La necessaria collaborazione tra enti locali nelle azioni di sostegno alla disabilità al fine di tutelare il diritto fondamentale all'istruzione. Nota alla sentenza del Consiglio di Stato n. 809 del 2018*, in <http://www.federalismi.it>, 7/2018.

Paterniti F., *Spunti di riflessione sui problemi di tutela dei diritti sociali nella legislazione regionale*, in *Dir. Reg.*, 2019, 7 ss.

Pavesi N. - Tacchi E. M., *Elementi di innovazione nel "welfare municipale"*, in Cesareo V. (a cura di), *Welfare responsabile*, Milano, 2017, 261 ss.

Perfetti L.R., *I diritti sociali. Sui diritti fondamentali come esercizio della sovranità popolare nel rapporto con l'autorità*, in *Dir. pubbl.*, 1/2013, 61 ss.

Pergolesi C. F., *Tutela costituzionale della salute*, in *Corriere amministrativo*, 1961, 991 ss.

- Perino A., *Il sistema dell'integrazione socio-sanitaria: attori, livelli e strumenti*, in Brolis R. - Maccani P. - Perino A., *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 37 ss.
- Perino A., *L'integrazione socio-sanitaria*, in Brolis R. - Maccani P. - Perino A., *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 13 ss.
- Persano F., *Cure palliative in Italia tra etica e diritto*, Siena, 2015.
- Pesaresi E., *La «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni» e la materia «Tutela della salute»: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, in *Giur. cost.*, 2006, 1733 ss.
- Pezzini B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, 21 ss.
- Pezzini B. - Gallo C.E., *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998.
- Pezzini B., *La decisione sui diritti sociali*, Milano, 2001.
- Pezzini B. - Sacchetto C. (a cura di), *Il dovere di solidarietà*, Milano, 2005.
- Pezzini B., *Diritto costituzionale alla salute, trattamento sanitario, cure palliative: spunti di riflessione sulla relazione terapeutica*, in Stradella E. (a cura di), *Diritto alla salute e alla "vita buona" nel confine tra il vivere e il morire: riflessioni interdisciplinari*, Pisa, 2011, 177 ss.
- Piazza S., *La pianificazione*, in Bissolo G. - Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, 2005, 103 ss.
- Pilati G., *Azioni strategiche per lo sviluppo dell'assistenza sociosanitaria primaria*, in *Studi Zancan*, n. 6/2000, 129 ss.
- Pilia R., *Diritti sociali*, Napoli, 2005.
- Pinelli C., *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, comma. 2, lettera m), Cost.*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 87 ss.
- Pioggia A., *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in *Riv. trim. dir. pub.*, 2011, 127 ss.
- Pioggia A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017.
- Pioggia A., *L'integrazione socio-sanitaria*, in Id., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017, 197 ss.
- Pirozzoli A., *Il valore costituzionale della dignità. Un'introduzione*, Roma, 2007.
- Pizzolato F., *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Milano, 2002.

- Pizzolato F., *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in <http://www.amministrazioneincammino.luiss.it>, 2007.
- Pizzolato F., *La “social card” all’esame della Corte costituzionale*, in *Riv. del dir. della sic. soc.*, n. 2/2010, 349 ss.
- Poggi A., *Le autonomie funzionali “tra” sussidiarietà verticale e sussidiarietà orizzontale*, Milano, 2001.
- Poggi A. M., *Istruzione, formazione e servizi alla persona tra regioni e comunità nazionale*, Torino, 2007.
- Poggi A. M., *I diritti delle persone. Lo Stato sociale come Repubblica dei diritti e dei doveri*, Milano, 2014.
- Politi F., *Diritti sociali*, in R. Nania - P. Ridola (a cura di), *I diritti costituzionali*, Torino, 2006, 187 ss.
- Politi F., *I diritti sociali quali diritti costituzionalmente fondamentali*, in D’Amico M. - Randazzo B. (a cura di), *Alle frontiere del diritto costituzionale. Scritti in onore di Valerio Onida*, Milano 2011, 1475 ss.
- Politi F., *Diritti sociali e dignità umana nella Costituzione Repubblicana*, Torino 2011.
- Politi F., *La tutela dei diritti sociali nella Costituzione repubblicana*, in AA.VV., *Studi in onore di Claudio Rossano*, II, Napoli 2013, 755 ss.
- Polito N., *Articolo 118 u.c. della Costituzione. Un approfondimento sul “favoriscono”*, contributo reperibile su www.astrid-online.it.
- Ponzanelli G., *Terzo settore: la legge delega di riforma*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2017, 726 ss.
- Principato L., *I diritti sociali nel quadro dei diritti fondamentali*, in *Giur. cost.*, 2001, 873 ss.
- Pucella R., *Autodeterminazione e responsabilità nella relazione di cura*, Milano, 2010.
- Ranci Ortigosa E. - Ghetti V., *Il governo e la governance regionali*, in Gori C., *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Santarcangelo di Romagna, 2011, 80 ss.
- Randazzo M., *Il sistema socio-sanitario lombardo*, in Bottari C. - De Angelis P. (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, 2016, 75 ss.
- Rescigno G.U., *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 5 ss.

Rescigno G.U., *Attuazione regionale delle direttive comunitarie e potere sostitutivo dello Stato*, in *Reg.*, 2002, 729 ss.

Rescigno G.U., *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l'art. 32, co. 2, cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Diritto pubblico*, 2008, 109 ss.

Rodriguez D. - Aprile A., *La "pianificazione condivisa delle cure". Una novità che coglie impreparati sia medici che pazienti*, in http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=60539

Rodriguez D. - Orsi L., *La condivisione delle terapie nelle cure palliative a domicilio*, in http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=73462

Romano Tassone A., *Sussidiarietà orizzontale e tutela della salute*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 6, 2003.

Rossi G. - Benedetti A., *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, Supplemento al n. 1/2002, 2 ss.

Rossi E., *La funzione di advocacy per la tutela dei diritti della persona*, in Campedelli M. - Carrozza P. (a cura di), *Innovazioni nel welfare e nuovo patrocinio*, Bologna, 2009, 184 ss.

Rossi E. - Stradella E., *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in AA.VV., *Il tempo della Regione – La Toscana*, II volume, *Un primo bilancio dopo quarant'anni*, Firenze, 2012, 1 ss.

Rossi E., *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due «materie» difficilmente separabili*, in Balduzzi R. (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, 2016, 157 ss.

Rossi E., *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2018, 249 ss.

Rovagnati A., *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m), Il comma, art. 117 Cost.*, in *le Regioni*, 2003, 1141 ss.

Ruggiu I., *Conferenza Stato-Regioni: un istituto del federalismo «sommerso»*, in *Le Regioni*, 5/2000, 883 ss.

Ruggiu I., *La Conferenza Stato-Regioni nella XIII e XIV legislatura*, in *Giur. cost.*, 1/2003, 206 ss.

Salamon L.M. - Anheier H.K., *Defining the Nonprofit Sector. A Cross-national Analysis*, Manchester, 1997.

- Salazar C., *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali: orientamenti e tecniche decisorie della Corte costituzionale a confronto*, Torino, 2000.
- Salerno G.C., *Servizi di interesse generale e sussidiarietà orizzontale fra ordinamento costituzionale e ordinamento dell'Unione europea*, Torino, 2010.
- Sandulli A., *La letteratura in materia di assistenza e beneficienza: percorsi e tendenze*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1992, 753 ss.
- Saraceno C., *I livelli essenziali di assistenza nell'assetto federale italiano*, in <http://www.reforme.it>, 2005.
- Scaccia G., *Il potere di sostituzione in via normativa nella legge n. 131 del 2003*, in *le Reg.*, 2004, 883 ss.
- Scagliarini S., *Diritti sociali nuovi e diritti sociali in fieri nella giurisprudenza costituzionale*, in <http://www.gruppodipisa.it>, 6 ss.
- Scalvini F., *Co-programmazione, co-progettazione e accreditamento: profili e questioni applicative*, in Fici A. (a cura di), *La riforma del Terzo settore e dell'impresa sociale*, Napoli, 2018, 272 ss.
- Schiavello A. - Trujillio Pèrez I. (a cura di), *Diritti sociali v. Diritti di libertà?*, in *Ragion Pratica*, 2000, 14 ss.
- Silvestri G., *Considerazioni sul valore costituzionale della dignità della persona*. Intervento al Convegno trilaterale delle Corti costituzionali italiana, portoghese e spagnola, tenutosi a Roma il 1° ottobre 2007, in <http://www.associazionedeicostituzionalisti.it>
- Simoncini A. - Longo E., *Art. 32*, in Bifulco R. - Celotto A. - Olivetti M. (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Torino, 2006, 671 ss.
- Simoncini A., *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte alcune prime indicazioni su regolamenti del Governo e "livelli essenziali" nelle materie regionali*, in *Le Regioni*, 2003, 1199 ss.
- Sorace D., *Gli 'interessi' di servizio pubblico tra obblighi e poteri delle amministrazioni*, in *Foro it.*, 1988, 205 ss.
- Sorace D., *Diritto delle amministrazioni pubbliche. Una introduzione*, Bologna, 2002, 121 ss.
- Spadaro A., *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un "nuovo modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile*, in *Riv. Aic. it.*, 4/2011.
- Stake R.E., *The art of case study research*, Sage Publications, Thousand Oaks, 1995.
- Stefanelli M.A., *La tutela dell'utente nei pubblici servizi*, Padova, 1994.

- Teresi I., *La tutela della salute nelle decisioni della Corte costituzionale*, in *Rass. dir. civ.*, 1998, 14 ss.
- Tiberi G., *La dimensione costituzionale del Terzo settore*, in Cittadino C. (a cura di), *Dove lo Stato non arriva. Pubblica amministrazione e Terzo settore*, Firenze, 2008, (estratto 1 ss.).
- Timmermans S. - Berg M., *Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols*, in *Social Studies of Science*, 1997.
- Tomelleri S., *Le metafore in opera nelle pratiche mediche*, in *Salute e Società*, 2009, 153 ss.
- Tomelleri S. - Artioli G., *Scoprire la collaborazione resiliente. Una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria*, Milano, 2013.
- Tomelleri S., *Quali professionalità per il nuovo welfare?*, in Cesareo V. (a cura di), *Welfare responsabile*, Milano, 2017, 465 ss.
- Torchia L., *Welfare, diritti sociali, e federalismo*, in <http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/TORC/TORCHIA-welfare-e-federalismo1.pdf>
- Tordini Cagli S., *Principio di autodeterminazione e consenso dell'avente diritto*, Bologna, 2008.
- Tripodina C., *Art. 32 Cost.*, in Bartole S. - Bin R. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova 2008, 321 ss.
- Trucco L., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in <http://www.gruppodipisa.it>, 2012.
- Tubertini C., *I livelli essenziali di assistenza*, in Cerrina Feroni G. - Livi Bacci M.-Petretto A. (a cura di), *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Firenze, 2017, 89 ss.
- Vallini A., *Pianificazione delle cure, medicina palliativa. I nuovi paradigmi del "fine vita"*, in *Riv. it. med. legale*, 3, 2016, 1139 ss.
- Vandelli L. - Bottari C., *Commento all'art. 1*, in F.A. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, 28 ss.
- Ventimiglia C., *I diritti sociali tra garanzia costituzionale e compiti dell'autorità*, Roma, 2013.
- Veronesi G., *Il regime dei poteri sostitutivi alla luce del nuovo art. 120, co. 2, della Costituzione*, in *Istit. feder.*, 2002, 733 ss.
- Vettori N., *Persona e diritto all'assistenza*, in *Diritto pubblico*, 1/2016, 307 ss.
- Vicenti U., *Diritti e dignità umana*, Roma-Bari, 2009.

- Violini L., *Commento all'art. 38*, in R. Bifulco - A. Celotto - M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino, 2006, 789 ss.
- Visonà S., *Il lavoro nella riforma del Terzo settore*, in *Anal. giur. dell'econ.*, giugno 2018, 71 ss.
- Vivaldi E., *I diritti sociali tra Stato e Regioni: il difficile contemperamento tra il principio unitario e la promozione delle autonomie*, in <http://www.gruppodipisa.it>, 2012.
- Vivaldi E., *I servizi sociali e le regioni*, Torino, 2008.
- Wenger E., *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Milano, 2006.
- Zamagni S., *Dal liberismo welfarista al welfare sussidiario: la sfida dell'economia civile*, in *I Quaderni dell'Economia Civile*, 2001, 21 ss.
- Zamagni S. - Bruni L., *Dizionario di Economia civile*, Roma, 2009.
- Zamagni S. (a cura di), *Libro bianco sul Terzo settore*, Bologna, 2011.
- Zatti P., *Il diritto a scegliere la propria salute (in margine al caso S. Raffaele)*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2000, 1 ss.
- Zatti P., *Rapporto medico-paziente e «integrità» della persona*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, 406 ss.
- Zucco Furio M., *Un decreto atteso e condiviso*, in *Rivista italiana di cure palliative*, 1999, 51 ss.