

La partecipazione degli enti privati all'organizzazione dei servizi socio-sanitari in Toscana*

Emanuele Rossi

Sommario: 1. I precedenti storici della legislazione regionale toscana attuale: la legge regionale n. 72/1997 e lo Statuto regionale del 2005 – 2. La successiva evoluzione della legislazione toscana in materia – 3. L'integrazione pubblico-privato nell'attuale assetto normativo del sistema sanitario toscano: i principi ispiratori della legislazione regionale – 4. Il ruolo riconosciuto ai soggetti profit nell'organizzazione del sistema sanitario toscano – 5. Il ruolo riconosciuto ai soggetti non profit nell'organizzazione del sistema sanitario toscano – 6. Segue. Il coinvolgimento dei soggetti non profit nell'organizzazione e nelle attività delle Società della salute – 7. Segue. Il ruolo dei soggetti non profit nel «sistema di emergenza urgenza» – 8. Il rapporto pubblico/privati nel campo dell'assistenza sociale – 9. Considerazioni d'insieme

1. I precedenti storici della legislazione regionale toscana attuale: la legge regionale n. 72/1997 e lo Statuto regionale del 2005

Per comprendere le linee di tendenza della situazione legislativa toscana attuale, occorre prendere le mosse dalla legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72, contenente norme finalizzate alla «Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità», anche mediante il «riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati»¹. Già il titolo della legge aiuta a comprendere come il te-

(*) Il presente lavoro riprende, con omissione di alcune parti, i contenuti di una Relazione presentata al Convegno organizzato da CESIFIN FIRENZE sul tema «Dove il pubblico non arriva: il caso Toscana», e destinata alla pubblicazione dei relativi Atti.

(1) Su tale evoluzione cfr. E. ROSSI, E. STRADELLA, *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in P. BAGNOLI, M. CARLI, A. PIZZORUSSO (a cura di), *Il tempo della Regione. La Toscana, Consiglio regionale della Toscana*, Firenze, 2012, p. 249 ss. Per indicazioni sulla legislazione precedente v. C. REDI, *Salute, assistenza sociale, benessere delle persone*, in P. CARROZZA,

ma dell'*integrazione*, soprattutto tra politiche sociali e sanitarie, abbia fin da subito costituito uno dei fondamenti del sistema toscano, al fine di superare logiche di frammentazione e di inorganicità e di coordinare tutti i servizi finalizzati alla cura della persona. In tal senso va segnalato il tentativo della Regione di forzare al massimo possibile, pur nell'impossibilità di superarle del tutto, non solo la distinzione in ordine al riparto di competenze ma, soprattutto, la tradizionale distanza tra "sanità" e "sociale".

Al fine di perseguire tale obiettivo di fondo, la legge enfatizzava una metodologia di tipo programmatico: il metodo della programmazione era ritenuto funzionale a realizzare processi di integrazione e a definire gli interventi e le risorse (finanziarie e non solo) disponibili, nella prospettiva di una forma di amministrazione «composta»². Tale programmazione si articolava su un livello regionale (mediante la previsione di un Piano sociale regionale, attraverso il quale ripartire le risorse del fondo regionale per l'assistenza sociale, coordinarne e verificarne l'attuazione, promuovere, indirizzare e coordinare il sistema informativo) e su uno di zona (cui era attribuito il compito di definire i programmi e i progetti di intervento dei Comuni, della Provincia e degli altri soggetti pubblici o privati selezionati in sede di conferenza di zona).

A seguito delle riforme costituzionali, ed in particolare di quelle introdotte con la legge costituzionale n. 1/1999, la Regione Toscana approvò nel 2005 un nuovo Statuto regionale: e anch'esso deve essere considerato al fine di ricostruire i fondamenti del sistema toscano di *welfare*³. All'interno dei «Principi generali» enunciati negli articoli 3 e 4, si stabilisce che la Regione «sostiene i principi di sussidiarietà sociale ed istituzionale; opera per l'integrazione delle politiche con le autonomie locali; riconosce e favorisce le formazioni sociali ed il loro libero sviluppo». Sebbene a tale previsione non debba essere attribuita particolare

R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, Torino, 2015, pp. 307-308.

(2) E. FREDIANI, *Tra cittadini e amministrazioni pubbliche: "dialogo procedimentale e partecipazione"*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare*, Bologna, 2010, p. 388.

(3) Per un commento alle disposizioni contenute nello Statuto toscano v. P. CARETTI, M. CARLI, E. ROSSI (a cura di), *Statuto della Regione Toscana. Commentario*, Torino, 2005.

forza giuridica (specie alla luce della sentenza n. 372/2004 della Corte costituzionale)⁴, tuttavia merita sottolineare il richiamo al principio di sussidiarietà (nelle sue due classiche dimensioni, definite “sociale ed istituzionale”, corrispondenti a quelle tradizionalmente chiamate “orizzontale e verticale”) e a quello di integrazione. Un concetto, quest’ultimo, che quantunque riferito al rapporto con le autonomie locali («opera per l’integrazione delle politiche con le autonomie locali»), deve essere esteso al tema dell’integrazione anche in dimensione orizzontale. Ed infatti, in modo più specifico, l’art. 59 dello Statuto stabilisce che «La Regione favorisce l’autonoma iniziativa dei cittadini e delle loro aggregazioni per il diretto svolgimento di attività di riconosciuto interesse generale», prevedendo altresì che «l’attuazione del principio della sussidiarietà sociale è prioritariamente diretta al miglioramento del livello dei servizi, al superamento delle disuguaglianze economiche e sociali, a favorire la collaborazione dei cittadini e delle formazioni sociali, secondo le loro specificità, ai fini della valorizzazione della persona e dello sviluppo solidale delle comunità»⁵.

In definitiva, lo Statuto toscano ha indicato al legislatore toscano degli obiettivi complessivi da perseguire nell’esercizio di ogni funzione attribuita all’ordinamento regionale: obiettivi che sono in continuità con quanto già la legislazione regionale socio-sanitaria (quale quella appena richiamata) aveva definito e che hanno continuato ad ispirare anche quella successiva.

2. La successiva evoluzione della legislazione toscana in materia

Sulla base del quadro costituzionale ridefinito mediante la riforma del 2001 (legge costituzionale n. 3/2001), e in contemporanea con l’approvazione dello statuto regionale richiamato, il legislatore regionale nel 2005 ha interamente ri-disciplinato le materie dell’organizzazione sani-

(4) V. E. FERIOLI, *Le disposizioni programmatiche dei nuovi statuti regionali sulla tutela dei diritti sociali: tanti “proclami” e poca efficacia*, in E. CATELANI, E. CHELI (a cura di), *I principi negli statuti regionali*, Bologna, 2008, p. 45 ss.

(5) Sull’art. 59 dello Statuto toscano v. F. DAL CANTO, *Art. 59*, in P. CARETTI, M. CARLI, E. ROSSI (a cura di), *Statuto della Regione Toscana*, cit., p. 302 ss.; E. FERIOLI, *Principi e diritti statutari*, in P. CARROZZA, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., in part. p. 31 ss.

taria e dell'assistenza sociale, mediante due leggi "gemelle", approvate pressoché contestualmente e pubblicate con la stessa data (24 febbraio 2005): si tratta delle leggi n. 40 («Disciplina del servizio sanitario regionale») e n. 41 («Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale»). Tali normative costituiscono, ad oggi, il quadro legislativo di riferimento, in quanto le varie leggi successive, dal 2005 ad oggi, si sono sempre configurate come modifiche od integrazioni ad esse.

Del testo originario della legge n. 40 non è il caso qui di indicare i contenuti, essendo stata modificata in misura consistente dai più recenti interventi normativi, cui dedicheremo specifica attenzione: essa ha comunque costituito il primo recepimento – all'interno dell'ordinamento toscano – delle riforme sanitarie nazionali degli anni Novanta (di cui ai decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1999), modellando un sistema regionale basato sul concetto di "aziendalizzazione" delle Unità sanitarie locali.

Più interessante risulta l'altra legge, con cui la Toscana ha "assunto" la competenza legislativa in materia di assistenza sociale: essa ha da un lato recepito alcune delle più significative innovazioni contenute nella legge statale n. 328/2000, recuperando al contempo alcune soluzioni già sperimentate in base alla precedente legge n. 72/1997 e normando infine alcune prassi particolarmente innovative sperimentate negli anni precedenti (quali ad esempio il sistema della programmazione sociale e l'esperienza delle Carte di cittadinanza). Tra gli elementi più significativi va sottolineato in primo luogo il tentativo, apprezzabile nelle soluzioni individuate, di definire le responsabilità dei soggetti istituzionali (Regioni ed Enti locali) nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi, ed il necessario coinvolgimento delle diverse espressioni del Terzo settore (dal volontariato alla cooperazione sociale, dall'associazionismo agli altri soggetti privati senza scopo di lucro) nella fase della progettazione come in quella della erogazione, attraverso strumenti finalizzati a garantire la qualità della prestazione. A tale ultimo scopo la legge ha esteso all'ambito dei servizi sociali, come meglio si dirà, l'istituto dell'*accreditamento*, precedentemente sperimentato in ambito sanitario⁶.

(6) Sul significato di tale istituto, in termini generali, v. M. CONSITO, *Accreditamento e Terzo settore*, Napoli, 2009; C. BOTTARI (a cura di), *Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbli-*

Un altro aspetto meritevole di considerazione è la previsione di strumenti per il monitoraggio e la conseguente valutazione del sistema, attraverso la miglior definizione delle competenze dell'apposito Osservatorio sociale regionale, da articolare su base provinciale.

Più in generale, la legge ha offerto un assetto razionale al modello di *welfare* sul quale la Regione si era già da tempo orientata, confermando la scelta per un modello di *welfare* municipale e di *welfare mix* coerente con l'assetto costituzionale a livello nazionale e con i principi dello Statuto regionale.

Quasi di pari passo con il percorso che ha condotto all'approvazione delle due leggi del 2005, la Regione Toscana avviò negli stessi anni un percorso di sperimentazione mediante la realizzazione della "Società della salute": un modello, indicato per la prima volta nel Piano sanitario regionale 2002-2004 e oggetto di sperimentazione secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2005-2007, che si configurava (e si configura tuttora) come un consorzio pubblico senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni⁷. Tale soluzione innovativa rispondeva all'esigenza di individuare un nuovo soggetto organizzativo a livello territoriale cui affidare la tutela della salute intesa in senso ampio, valorizzando 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. A tal fine, al Comune furono attribuite funzioni di programmazione e di controllo, ma anche di compartecipazione al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute, allo scopo di meglio realizzare un adeguato livello di integrazione sia tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, come anche tra questi ambiti e le altre politiche di competenza dell'Ente locale, in funzione del miglioramento della salute complessivamente intesa e del benessere sociale della popolazione.

che e accreditamento, Torino, 2013.

(7) P. BIANCHI, A. BONOMI, *Gli aspetti giuridici e istituzionali delle società della salute*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Bologna, 2009, p. 195 ss.; E. VIVALDI, *Gli Enti locali nella Regione*, in P. CARROZZA, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., p. 371 ss.

Lo strumento principale di operatività della Società della salute fu individuato nel Piano integrato di salute, in cui dovevano essere definiti il profilo epidemiologico delle comunità locali e gli obiettivi di salute e benessere con i relativi standard qualitativi e quantitativi, individuando di conseguenza le azioni, le risorse e la rete dei servizi e degli interventi.

La sperimentazione di tale modello organizzativo, avviata mediante adesione volontaria, ha visto il costituirsi di diciotto Società della salute nelle varie zone della Toscana, le quali hanno riguardato territori abitati da oltre il 60% della popolazione complessiva. Dopo tale periodo fu condotta un'attività di verifica dei risultati, che indusse il legislatore regionale, considerata positivamente la fase della sperimentazione, ad avviare una fase a regime, attraverso l'introduzione, operata con legge 10 novembre 2008, n. 60, di un apposito Capo (III-*bis*) nella legge n. 40/2005. Anche a seguito di alcuni rilievi formulati dalla Corte costituzionale in relazione al modello consortile (in particolare, sentenze n. 326/2010 e n. 236/2013), con due successive leggi regionali (n. 44 e n. 45 del 2014), fu prevista la possibilità di scegliere, da parte degli enti interessati, tra il proseguimento della Società della Salute o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i Comuni della zona-distretto e l'Azienda Usl di riferimento. Attualmente risultano attive, nel territorio regionale, ventuno Società della salute e tredici zone-distretto senza SdS⁸.

Le due leggi "gemelle" del 2005 hanno subito, come detto, numerosi interventi di modifica nel corso degli anni: da ultimo, esse sono state oggetto di consistenti revisioni ad opera della legge n. 84 del 2015 per quanto riguarda la legge n. 40 del 2005, e della legge n. 33 del 2015 per quanto riguarda la legge n. 41 del 2005. A queste ultime faremo riferimento nell'analizzare l'integrazione pubblico-privato nel sistema socio-sanitario toscano.

Prima, tuttavia, occorre ricordare altre due leggi che hanno inciso significativamente sul tema in esame. Si tratta di altre due leggi "gemelle" (sebbene non così contigue come le due del 2005), con le quali sono state disciplinate le procedure per l'accreditamento delle strutture e dei

(8) Cfr. <http://www.regione.toscana.it/sst/organizzazione/societa-della-salute>.

servizi sanitari (legge 5 agosto 2009 n. 51) e di quelli alla persona del sistema sociale integrato (legge 28 dicembre 2009, n. 82).

La prima, riferita al sistema sanitario, ha disciplinato le modalità per la concessione dell'autorizzazione e per l'accreditamento sia delle strutture pubbliche come di quelle private: per queste seconde si stabilisce che l'autorizzazione è rilasciata dal Comune ove la struttura ha la sede, mentre l'accreditamento è necessario se la struttura intende erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'accreditamento è rilasciato dalla Giunta regionale (anche per le strutture pubbliche), «subordinatamente alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi delle programmazione regionale», e costituisce «titolo necessario per l'insaturazione dei rapporti di cui all'art. 8-*quinquies* del d.lgs. n. 502/1992» (art. 29). In tali rapporti, occorre ricordare, deve essere definito anche «il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Unità sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza»: peraltro, lo stesso art. 29 richiamato precisa che «la qualità del soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali». In altri termini, dunque, l'accreditamento è condizione necessaria per erogare prestazioni per conto del servizio regionale e per stipulare accordi: mentre la remunerazione delle prestazioni erogate avviene soltanto nella misura concordata mediante l'accordo contrattuale.

Con la legge n. 82 del 2009, invece, sono stati disciplinati le procedure e i criteri per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona⁹. Come per l'ambito sanitario, anche per quello sociale l'accreditamento attribuisce ai soggetti pubblici e privati l'idoneità a erogare prestazioni sociali e sociosanitarie per conto degli enti pubblici competenti, sebbene soltanto per i soggetti pubblici la legge ne stabilisca l'obbligatorietà. Nei confronti delle strutture accreditate, i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta, anche

(9) Sul punto cfr. C. REDI, *Salute, assistenza sociale, benessere delle persone*, cit., p. 313 ss.

tramite titoli di acquisto la cui erogazione è però subordinata alla definizione di un progetto individuale di intervento nell'ambito del percorso assistenziale personalizzato: un percorso che, ai sensi dell'art. 7 della legge n. 41/2005, è gestito dai Comuni, singoli o associati, in raccordo con i servizi territoriali della zona-distretto. Si tratta, in sostanza, di un percorso *pubblico*, che può prevedere l'utilizzazione di servizi in strutture liberamente scelte dal soggetto interessato tra quelle pubbliche e private disponibili sul territorio. L'accreditamento è rilasciato dal Comune, il quale istituisce un elenco delle strutture accreditate nel proprio territorio e procede ad effettuare controlli periodici avvalendosi di una commissione multidisciplinare; è prevista una verifica annuale dell'attività svolta e dei risultati raggiunti da ciascun soggetto accreditato. Oltre all'accreditamento delle strutture, è previsto un accreditamento dei *servizi* (di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona): anche per tale accreditamento valgono le regole stabilite per le strutture (elenco, controllo, verifica).

3. L'integrazione pubblico-privato nell'attuale assetto normativo del sistema sanitario toscano: i principi ispiratori della legislazione regionale

Possiamo a questo punto analizzare come si configura, sul piano della legislazione regionale vigente, il rapporto tra soggetti pubblici e soggetti privati nell'organizzazione del sistema *sanitario* toscano, mentre successivamente rivolgeremo l'attenzione ai servizi *sociali* e *sociosanitari*. Come si è detto, l'assetto del sistema sanitario è ad oggi definito dalla legge n. 40/2005, come modificata nel corso degli ultimi dieci anni e da ultimo con la legge 29 dicembre 2015, n. 84¹⁰.

Tra i «principi costitutivi del servizio sanitario regionale» la legge indica, fin dalla sua originaria formulazione (del 2005), il principio di «sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali, in particolare di quelle che operano nel Terzo settore», nonché (sulla base di una modifica introdotta nel 2008) «la partecipazione delle parti sociali agli atti

(10) Per un'analisi delle recenti vicende della legislazione toscana in materia sanitaria v. F. PACINI, *Quando la legge si fa "interlocutoria": qualche considerazione di tecnica legislativa sul percorso accidentato della riforma sanitaria toscana*, in *Osservatorio sulle fonti on-line*, 1, 2016.

della programmazione sanitaria e sociale integrata». Proviamo ad analizzare brevemente tali formulazioni.

Con la prima, si riafferma il principio di sussidiarietà che, come si è visto, è sancito dallo Statuto toscano come principio ispiratore di tutta l'azione delle Regione: il suo richiamo anche nell'ambito del servizio sanitario risulta pertanto coerente. La disposizione in esame però stabilisce qualcosa di più (o di meno, a seconda dei punti di vista), riferendo detto principio alle «formazioni sociali» e «in particolare» a quelle operanti nel Terzo settore. All'interno di un contesto così ampio e diversificato come quello delle formazioni sociali, la legge indica una sottocategoria come "preferita", costituita dagli enti operanti genericamente nel Terzo settore.

Quanto all'altro principio indicato, esso sembra doversi intendere, sempre in linea generale, come una specificazione del primo: la partecipazione agli atti della programmazione (sanitaria e sociale integrata) deve infatti considerarsi strettamente correlata e conseguente al principio di sussidiarietà¹¹, a meno di non considerare la sussidiarietà come riferita esclusivamente al momento di erogazione delle prestazioni: prospettiva, quest'ultima, che mi sentirei di escludere, perché contraria alle consolidate ricostruzioni di tale principio (oltre che in probabile contrasto con l'art. 118, ultimo comma, della Costituzione). Consideriamo dunque che il legislatore regionale abbia voluto indicare la programmazione come un ambito privilegiato di applicazione del principio di sussidiarietà, in forza – evidentemente – della ritenuta centralità di tale attività amministrativa nell'organizzazione del sistema sanitario e sociale integrato¹². Se così è, tuttavia, non risulta del tutto chiaro il riferimento ai soggetti che devono esservi coinvolti: la legge richiama, come detto, le "parti sociali". Tale nozione, tuttavia, non è legislativamente definita; con essa si fa normalmente riferimento alle organizzazioni che costituiscono le

(11) Per un'attenta analisi del tema, in riferimento al sistema toscano, v. E. STRADELLA, *Le forme di partecipazione e il ruolo del Terzo settore*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 177 ss.

(12) Sul ruolo centrale attribuito alla programmazione nelle politiche pubbliche in generale, e di quelle toscane in particolare v. già M. CAMPEDELLI, *La programmazione come chiave interpretativa delle politiche pubbliche di welfare. Il caso della Toscana*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 93 ss.

parti negoziali degli accordi o dei contratti collettivi: in buona sostanza, alle organizzazioni sindacali e dei datori di lavoro. Soggetti che appartengono sicuramente al *genus* delle “formazioni sociali”, ma che sono da sempre considerati non appartenenti al Terzo settore: ed infatti la legge statale recentemente approvata espressamente li esclude (art. 1 della legge n. 106/2016: «non fanno parte del Terzo settore le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche»).

Dunque, da una considerazione d'insieme sui principi posti a base della disciplina del sistema sanitario toscano non sembra possibile ricavare indicazioni puntuali: si può dire che vengono affermate una certa attenzione al “privato sociale” complessivamente inteso e l'esigenza di un coinvolgimento delle “parti sociali” nell'attività di programmazione, senza tuttavia che quest'ultima previsione debba intendersi come escludente un analogo coinvolgimento anche delle altre formazioni sociali (e in particolare di quelle appartenenti al Terzo settore). Per meglio comprendere la reale situazione normativa, ritengo tuttavia più utile analizzare le disposizioni che introducono previsioni puntuali e dalle quali sia possibile definire le relazioni pubblico-privato: a tale fine, distinguerò i riferimenti normativi ai soggetti privati di tipo *profit* da quelli *non profit*, essendo significativamente diversa la disciplina regionale stabilita in relazione alle due tipologie.

4. Il ruolo riconosciuto ai soggetti profit nell'organizzazione del sistema sanitario toscano

Per quanto riguarda il privato *profit*, oltre a quanto già indicato nel paragrafo precedente in relazione all'istituto dell'accreditamento (anche gli enti *profit* devono essere accreditati per poter erogare prestazioni all'interno del sistema sanitario regionale), merita in primo luogo richiamare quanto previsto dall'art. 34 della legge n. 40/2005, come modificato dalla legge n. 84/2015. Si stabilisce che «Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell'organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in esso indicate»; previsione che deve essere letta

in connessione con quanto previsto nell'art. 34-*bis* (introdotto anch'esso con la legge n. 84/2015), ove si stabilisce che per lo stesso fine indicato nell'art. 34, e sempre previa sperimentazione, le aziende sanitarie possono «attivare convenzioni con soggetti privati», nel rispetto degli indirizzi della programmazione. Da tali previsioni si deduce che le aziende sanitarie, al fine di ottenere (o ricercare) forme di innovazione o di efficienza mediante una più forte integrazione con i soggetti del privato *profit* o *non profit* (ma la previsione sembra maggiormente riguardare gli enti *profit*), hanno due possibilità: o attivare “rapporti in forma societaria” – vale a dire costituire società miste pubblico-privato – oppure scegliere la strada, più classica e tradizionale, della convenzione. La previsione di quest'ultima possibilità è stata oggetto di un vivace dibattito politico e pubblico (inclusa una raccolta di firme per chiederne la sottoposizione a *referendum* abrogativo).

Tuttavia, ad evitare rischi eccessivi sul punto, potranno soccorrere gli atti della programmazione, cui spetta definire gli indirizzi da rispettare da parte delle Aziende sanitarie, e nei quali dovranno essere individuati gli ambiti di intervento di dette convenzioni.

Oltre alle disposizioni indicate, che comunque si riferiscono ad opportunità azionabili per ambiti specifici, la disciplina “generale” del rapporto pubblico-privato *profit* nel sistema sanitario è contenuta nell'art. 76 della legge, rimasto sostanzialmente immutato rispetto alla formulazione originaria. Tale disciplina attribuisce alle Aziende sanitarie la competenza ad individuare «le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche al fine di concorrere all'erogazione delle prestazioni necessarie al conseguimento dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione regionale», sulla base di criteri definiti dalla programmazione sanitaria e sociale integrata. È stabilito inoltre che la Giunta regionale determini le tariffe massime per ogni prestazione, e che al perfezionamento del rapporto si provveda mediante negoziazione (tra Azienda Usl e soggetto privato) effettuata in riferimento a dette tariffe. Da tale quadro emerge la centralità dell'attività di programmazione, cui è attribuito il compito di definire i criteri per l'individuazione, da parte delle Aziende Usl, delle strutture private da integrare nel sistema, nonché di stabilire i livelli di assistenza, presupposto per l'individuazione delle prestazioni da erogare:

ciò conferma ed è coerente con quanto stabilito nei principi ispiratori della legge, e rende decisiva la fase di definizione delle modalità di realizzazione dell'attività di programmazione (rendendo conseguentemente di particolare rilevanza l'opera di individuazione dei soggetti partecipanti a tale attività).

In linea generale si può affermare che la disposizione considerata contribuisce a definire un sistema misto pubblico-privato, con un ruolo forte di regia del soggetto pubblico. Ma anche su questo si tornerà.

Un ulteriore ambito in cui la legge prevede un coinvolgimento dei soggetti privati, sia *profit* che *non profit*, è costituito dalle attività di ricerca ed innovazione: l'art. 54 della legge stabilisce infatti che «per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, la Giunta regionale promuove anche attraverso la costituzione di apposite strutture organizzative, il coordinamento e promuove la complementarietà delle azioni intraprese dai soggetti del servizio sanitario regionale (...) dal volontariato e dai privati, nonché il trasferimento dei risultati di eccellenza raggiunti». Il riferimento generale ai privati deve intendersi esteso a ogni forma organizzativa, quindi anche *profit*; mentre il richiamo al volontariato può sembrare superfluo (il volontariato è compreso nella nozione generale di soggetti "privati") ma intende evidentemente sottolineare lo specifico apporto che le organizzazioni di cui alla legge n. 266/1991 possono garantire all'ambito indicato.

5. Il ruolo riconosciuto ai soggetti non profit nell'organizzazione del sistema sanitario toscano

Assai più articolata è la regolamentazione, nel sistema sanitario toscano, del rapporto tra soggetti pubblici e organizzazioni *non profit* (variamente richiamate e definite, come si dirà), a conferma del ruolo specifico a queste ultime riconosciuto e delle differenze che ne connotano la valorizzazione rispetto ai soggetti *profit*.

Il primo ambito, fondamentale alla luce di quanto appena detto, nel quale la legge riconosce un ruolo specifico a tali organizzazioni è quello della programmazione: l'art. 15 della legge n. 40/2005, come modificato dalla legge n. 60/2008, stabilisce infatti che «La Regione, le Aziende Unità sanitarie locali e le società della salute promuovono e assicurano la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle orga-

nizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del Terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizza il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione». Analizziamo con attenzione tale disposizione. In primo luogo emerge quanto già accennato relativamente alla scarsa precisione con cui vengono individuati i soggetti “privati *non profit*”: tralasciando le organizzazioni sindacali e le associazioni professionali (che in altre parti della legge vengono classificate come “parti sociali”), e che comunque – come detto – costituiscono una *species* a sé stante rispetto al Terzo settore, vengono qui richiamate: *a*) le organizzazioni di volontariato; *b*) le associazioni di tutela e di promozione sociale; *c*) la cooperazione sociale; *d*) gli altri soggetti del Terzo settore. Per quanto riguarda le prime tre tipologie organizzative, essere risultano sufficientemente identificate e circoscritte: per le organizzazioni di volontariato la Toscana ha infatti approvato una legge specifica (la legge regionale 26 aprile 1993, n. 28, più volte modificata¹³), con cui è stata prevista l’istituzione di un registro regionale nel quale tali organizzazioni devono iscriversi (qualora queste intendano avere rapporti con gli enti pubblici).

Anche il riferimento alle associazioni di promozione sociale deve ritenersi operato alle associazioni regolate dalla legge regionale 9 dicembre 2002, n. 42, che prevede l’istituzione di un registro regionale (peraltro suddiviso, come quello delle ODV e delle cooperative sociali di cui subito si dirà, in articolazioni provinciali¹⁴) ed in cui è stabilita la necessità, come per le ODV, di una loro partecipazione alle funzioni regionali di programmazione nei settori in cui operano. Quindi anche per queste il riferimento della legge sanitaria risulta del tutto coerente e necessario. Piuttosto si pone un dubbio in relazione al riferimento alle “associa-

(13) Da ultimo, con la legge regionale 1° marzo 2016 n. 21, che – in forza di quanto previsto dalla legge regionale n. 22/2015 – ha previsto un’articolazione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato non più in sezioni provinciali bensì «in sezioni provinciali tenute dai Comuni capoluogo di Provincia». La stessa legge ha modificato, nello stesso senso, anche le leggi regionali relative alle cooperative sociali (legge regionale 24 novembre 1997, n. 87) e alle associazioni di promozione sociale (legge 9 dicembre 2002, n. 42).

(14) V. nota precedente.

zioni di tutela”, dato che per esse non esiste una disciplina specifica né tantomeno un sistema di registrazione.

Anche per le cooperative sociali la Regione Toscana ha approvato una specifica legge (24 novembre 1997, n. 87), che prevede l’istituzione di un apposito Albo. Essa contiene un doppio riferimento all’attività programmatoria in relazione alle cooperative sociali: da un lato, mediante misure per assicurare «la partecipazione delle cooperative sociali alle attività di programmazione ed alla gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi e delle iniziative inerenti alla formazione e all’occupazione»; in secondo luogo stabilendo che «il Piano sanitario regionale e il Piano integrato sociale regionale definiscono gli interventi per il sostegno e la valorizzazione delle cooperative sociali, nonché il loro apporto al perseguimento delle finalità della Regione e del sistema delle autonomie locali nei settori delle politiche sociali, sanitarie ed educative».

In definitiva, quindi, il richiamo della legge sanitaria a questi tre soggetti appare in termini generali coerente con il sistema complessivo, e ribadisce la valutazione positiva per queste realtà del Terzo settore in relazione alla loro ritenuta capacità di individuazione dell’interesse generale.

A questi tre “tipi”, la legge aggiunge la previsione degli «altri soggetti del Terzo settore»: previsione di per sé opportuna e corretta (non avrebbe senso escludere enti che svolgono funzioni del tutto analoghe a quelle dei soggetti individuati e che perseguono anch’essi finalità di interesse generale), quanto però di non facile delimitazione: sembra al riguardo inevitabile ritenere sussistente un ampio margine di discrezionalità dell’amministrazione procedente nell’individuazione di quali soggetti «del Terzo settore» coinvolgere nei tavoli della programmazione.

Se dunque spetta alla Regione, alle Aziende Unità sanitarie locali e alle Società della Salute promuovere e assicurare la partecipazione delle organizzazioni indicate alle attività di programmazione, l’art. 21 della legge ribadisce che ciò deve essere garantito anche con riguardo all’elaborazione del Piano integrato di salute (Pis) da adottare a livello zonale. Tale disposizione impone infatti che nel procedimento di formazione del Pis sia prevista «la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del Terzo settore». Sul merito di tale previsione nulla da dire, costituendo essa specificazione (o forse meglio si potrebbe dire “richiamo”) di quanto stabilito

in via generale dall'art. 15. Piuttosto, è ancora una volta la scarsa precisione con cui vengono individuati i soggetti da coinvolgere che suscita non poche perplessità: le «*organizzazioni* di volontariato» di cui all'art. 15 diventano le «*associazioni* di volontariato» nell'art. 21; le *associazioni di promozione sociale* spariscono dalla formulazione dell'art. 21 (mentre sono previste le associazioni «*di tutela*»); le cooperative sociali restano con identica formulazione, mentre gli altri *soggetti* del Terzo settore diventano «*associazioni* del Terzo settore».

Sempre a livello di zona-distretto (ove non sia costituita la Società della salute nella quale, come si dirà, sono previsti altri organi), la legge (art. 64-ter, aggiunto con legge n. 44/2014) prevede l'istituzione di un «comitato di partecipazione degli utenti (...) composto da membri designati dalle associazioni che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché dall'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo, purché non erogatori di prestazioni»: tra i compiti assegnati a tale comitato vi è anche di «contribuire alla programmazione delle attività avanzando proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e governo».

Malgrado tale logica distinzione, la previsione che del Comitato debba far parte anche l'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo» contribuisce ad offuscare la chiarezza della distinzione, essendo evidente che l'associazionismo di tutela e di promozione (diverso o no da quello di promozione sociale?) potrebbe non essere composto o rappresentativo degli utenti. Anche su questo punto, pertanto, non si può non segnalare un certo livello di approssimazione, se non di vera e propria contraddizione, della formulazione legislativa.

Passando dal piano della programmazione a quello dell'erogazione dei servizi, l'art. 17 si riferisce ancora ai tre «segmenti» del Terzo settore indicati anche ai fini della programmazione (OdV, Aps, cooperative sociali), ma operandone una differenziazione di disciplina. Per le organizzazioni di volontariato (impropriamente definite «associazioni di volontariato»: definizione contraria alla legge e, se applicata alla lettera, irragionevolmente discriminatoria di quelle organizzazioni di volontariato che non avessero la forma associativa) viene infatti previsto un regime di tipo convenzionale, coerentemente con la legislazione nazionale e regionale (art. 7 della legge n. 266/1991), sull'ovvio presupposto che es-

so costituisca quello maggiormente idoneo a contemperare i diversi interessi in gioco. Tuttavia tale strumento deve essere valutato in relazione alla normativa, soprattutto di fonte comunitaria, relativa alla tutela della concorrenza: come noto, la Corte di giustizia UE, con decisione del 2007, è intervenuta proprio con riguardo alla Regione Toscana, ed in particolare al servizio di trasporto sanitario che, mediante convenzione, la Regione aveva affidato ad alcune organizzazioni di volontariato operanti sul proprio territorio¹⁵. Secondo la Corte di giustizia, anche un'associazione di volontariato deve intendersi come "operatore economico", allorché sia potenzialmente idonea a svolgere un'attività materiale economicamente apprezzabile in concorrenza con altri operatori: di conseguenza, quando sussistono gli elementi tipici dell'attività d'impresa economicamente rilevante e dell'onerosità dell'operazione, si devono applicare le regole comunitarie in tema di affidamento dei servizi (vale a dire una procedura aperta e trasparente secondo il meccanismo dell'evidenza pubblica, idonea a garantire la piena concorrenzialità tra gli operatori economici partecipanti alla gara) e non può di conseguenza utilizzarsi lo strumento della convenzione. Ciò impone dunque di riflettere sulla disciplina della legge sanitaria, appena richiamata. Da un lato il problema che la giurisprudenza comunitaria pone può risolversi ritenendo che la convenzione possa essere utilizzata per i servizi che si pongano "sotto soglia" comunitaria: e su ciò non dovrebbero esserci eccessivi problemi, in quanto le direttive comunitarie prevedono una sostanziale autonomia per gli Stati membri¹⁶. Per quanto riguarda

(15) Corte di giustizia delle Comunità europee, sentenza 29 novembre 2007, in causa C-119/2006, commentata da A. ALBANESE, *L'affidamento dei servizi socio-sanitari alle organizzazioni di volontariato e il diritto comunitario: la Corte di giustizia manda un monito agli enti pubblici italiani*, in *Riv. it. dir. pubbl. comun.*, 2008, p. 1453 ss.; e da M. MATTALIA, *Convenzionamento diretto o procedure concorsuali nell'affidamento del servizio di trasporto sanitario*, in *Foro amm. (Cons. Stato)*, 2008, p. 1984 ss. Da segnalare come, qualche anno dopo, la Corte di giustizia sia ritornata in argomento, con riferimento alla normativa della Regione Liguria: nella sentenza della sez. V, 11 dicembre 2014, n. C-113/1 (<http://www.dirittodeiservizipubblici.it/sentenze/sentenza.asp?sezione=dettsentenza&id=4914>), essa ha ritenuto che la fornitura dei servizi di trasporto sanitario di urgenza ed emergenza possa essere attribuita in via prioritaria e con affidamento diretto, in mancanza di qualsiasi pubblicità, alle associazioni di volontariato convenzionate, pur a certe condizioni definite dalla sentenza.

(16) P. MICHARA, *L'affidamento di servizi al Terzo settore*, in *Non profit paper*, 3, 2014, p. 203, cui si rinvia per una disamina puntuale della normativa dell'Unione europea in materia.

invece i servizi “sopra soglia” qualche problema effettivamente si pone: né sembra decisivo il richiamo della disposizione indicata alla delimitazione (almeno così potrebbe intendersi) del campo di applicazione alle (sole) OdV «le cui attività concorrono con le finalità del servizio sanitario regionale»: formulazione che potrebbe intendersi come giustificazione di un trattamento giuridico differenziato.

Per quanto invece riguarda le Aps e le cooperative sociali, l'art. 17, secondo comma, della legge n. 40/2005 stabilisce che esse «concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali, alla realizzazione delle finalità del servizio sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale». Dunque si afferma un principio di “concorrenza” da intendersi come compartecipazione, mentre si rimanda alla legislazione relativa alle singole tipologie di Terzo settore l'individuazione degli strumenti con cui regolare detta compartecipazione: ma sia la legge sulle Aps che quella sulle cooperative sociali prevedono la convenzione come strumento regolatorio (art. 13 della legge n. 42/2002; art. 11 legge n. 87/1997). Quindi, nella sostanza, l'apparente differenziazione operata dalla legge n. 40/2005 si rivela, almeno allo stato attuale della legislazione regionale, insussistente: OdV, Aps e cooperative sociali possono stipulare convenzioni con le amministrazioni regionali e locali al fine di erogare servizi nell'ambito del sistema sanitario. Nulla si stabilisce, invece, con riguardo ad altri possibili soggetti di Terzo settore, per i quali dunque lo strumento convenzionale dovrebbe considerarsi escluso, a meno che non venga previsto da specifiche leggi settoriali.

Infine, va segnalata anche con riguardo agli enti del Terzo settore, la previsione, già richiamata con riferimento ai soggetti *profit*, dell'art. 54, che attribuisce alla Giunta regionale il compito di coordinare e favorire la complementarietà, per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, delle azioni intraprese «dal volontariato e dai privati».

6. Segue. *Il coinvolgimento dei soggetti non profit nell'organizzazione e nelle attività delle Società della salute*

Una valutazione a parte richiede il modello delle Società della salute, una forma organizzativa peculiare della Regione Toscana la cui disciplina è stata introdotta, come si è detto, dalla legge n. 60/2008, mediante

l'inserzione di un apposito capo, il Capo III-*bis*) nella legge n. 40/2005. L'art. 71-*bis*, ottavo comma, ribadisce quanto già stabilito nell'art. 15 in relazione alla Regione, alle Aziende Usl ed anche alle Società della salute: la sua ripetizione, pertanto, non giova alla chiarezza del dettato normativo, anche perché l'elenco dei soggetti da coinvolgere di cui all'art. 71-*bis* è significativamente ridotto e espresso in termini diversi. Non credo valga la pena, al riguardo, mettere a raffronto i due elenchi: operazione che, alla luce di quanto più volte detto, non risulterebbe di una qualche utilità concreta.

Nell'individuazione delle modalità partecipative attraverso le quali deve realizzarsi il coinvolgimento del Terzo settore la disciplina relativa alle società della salute è sicuramente più articolata: essa prevede infatti l'istituzione di un «Comitato di partecipazione» e di una «Consulta del Terzo settore». Il primo, previsto dall'art. 71-*undecies*, primo comma, è del tutto analogo a quello previsto per le zone-distretto ove non è costituita la Società della salute. L'unica rilevante differenza che merita di essere sottolineata riguarda la nomina dei membri di detto Comitato: mentre infatti per quello delle zone i membri sono *designati* dalle organizzazioni che vi partecipano (e non viene precisato a chi spetti la relativa *nomina*), per quello delle Società della Salute i membri devono essere nominati dall'assemblea della Società stessa.

La «Consulta del Terzo settore» è prevista dal quarto comma dell'art. 71-*undecies*: nominata dall'assemblea, in essa sono rappresentate, secondo la legge, «le organizzazioni del volontariato e del Terzo settore che sono presenti in maniera rilevante nel territorio e operano in campo sanitario e sociale». Al di là della consueta scarsa precisione della disposizione, conviene invece soffermarsi su un aspetto, che ha rilievo (più) sostanziale: a differenza del Comitato, per la Consulta non viene posto un limite per le organizzazioni che erogano prestazioni all'interno del sistema sanitario; *ergo*, della Consulta possono fare parte anche gli enti del Terzo settore erogatori di prestazioni. Ciò si comprende se si considerano le funzioni attribuite ai due organi: al Comitato spettano numerose funzioni, come si è detto (esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate, redigere un rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIs, ecc.), e tra queste «esprimere parere sulla proposta di PIs»; alla Consulta, invece, è attribuita l'unica funzione di «esprimere proposte progettuali per la definizione del PIs». Stante pertanto il diverso “peso” dei due orga-

ni, non è illogica l'esclusione degli enti erogatori in quello ove è previsto un ruolo più forte e diretto sulla gestione, mentre dove si tratta (soltanto) di formulare proposte è possibile un coinvolgimento anche di tali enti.

7. Segue. *Il ruolo dei soggetti non profit nel «sistema di emergenza urgenza»*

Passando dal piano della programmazione (genericamente intesa) a quello dell'erogazione delle prestazioni, si è già detto di quanto previsto dall'art. 76 che, in quanto riferito genericamente alle «strutture private», deve considerarsi applicabile anche alle organizzazioni del Terzo settore. Per queste ultime tuttavia è previsto un ambito specifico di intervento (art. 76-ter, introdotto come gli articoli successivi dalla legge n. 70/2010), individuato come un vero e proprio «sistema»: il «sistema sanitario di emergenza urgenza», articolato in: *a)* un sistema di allarme sanitario; *b)* un sistema territoriale di soccorso; *c)* un sistema ospedaliero di emergenza. Il secondo di tali sistemi «è composto dalle Aziende Usl, dai Comitati della Croce rossa italiana e dalle associazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'art. 76-quinquies, nonché dagli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI», con il compito di garantire gli interventi nei luoghi ove si verificano eventi di gravità rilevante per la salute di uno o più soggetti, di ripristino delle funzioni vitali compromesse e di trasporto del paziente presso il presidio sanitario più idoneo. Le attività che tale «sistema» deve garantire sono specificate nel successivo art. 76-quater, ove le stesse sono articolate: *a)* nelle attività svolte dalle associazioni iscritte nel richiamato elenco e *b)* nelle attività svolte dagli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI. Si precisa inoltre che i richiamati organismi rappresentativi, «su delega delle associazioni o comitati», svolgono le attività di supporto tecnico, raccordo, coordinamento e tenuta del sistema di emergenza, urgenza. Ai fini suddetti, l'art. 76-quinquies prevede la ricognizione, da parte della Giunta regionale, «delle associazioni di volontariato autorizzate (...) che svolgono l'attività di trasporto sanitario sul territorio regionale e le inseriscono in un apposito elenco»¹⁷.

(17) Tale elenco viene periodicamente aggiornato con decreto dirigenziale: l'ultimo è stato adottato con d.G. 25 ottobre 2016 n. 10912 e contiene circa 500 organizzazioni sparse sul territorio toscano.

Ricostruire con precisione il quadro risulta non agevole: in sostanza, tuttavia, tutte le attività relative al cd. 118 vengono affidate alle organizzazioni di volontariato iscritte nell'elenco (Misericordie e Pubbliche assistenze) e alla Croce rossa¹⁸, compresi i servizi di trasporto sanitario non d'urgenza (per ricoveri, dimissioni e trasferimenti tra strutture pubbliche o private convenzionate o per visite specialistiche, esami diagnostici e trattamenti terapeutici), i quali ultimi sono garantiti a carico del servizio sanitario regionale previa certificazione del medico competente. Sul punto merita ricordare che la materia di cui trattasi è quella su cui fu pronunciata la richiamata sentenza dalla Corte di giustizia del 2007¹⁹: mediante la soluzione adottata a livello legislativo nel 2010 si è voluto dunque superare il modello convenzionale²⁰ per costituire, ad opera diretta della legge, un "sistema" integrato pubblico (Regione, Aziende Usl)-privato (associazioni di volontariato e CRI), sia al fine di garantire un servizio adeguato di trasporto in casi di emergenza che anche per favorire il ruolo di supporto, non soltanto di tipo sanitario, che dette organizzazioni assicurano sul proprio territorio. Si tratta quindi di una soluzione giuridica che mette al riparo dalle preoccupazioni dell'Unione europea e consente di mantenere in piedi il sistema così come si era affermato, negli anni precedenti, attraverso l'utilizzo dello strumento convenzionale.

Più nello specifico, merita sottolineare il ruolo riconosciuto, oltre che alle singole associazioni, agli «organismi rappresentativi delle associazioni

(18) Non è qui il caso di soffermarsi sui problemi connessi alla natura giuridica della Croce rossa, ed alla coerenza del suo coinvolgimento in tale contesto: basti ricordare che nel momento in cui la legge regionale è stata approvata la CRI si configurava come ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, mentre con il decreto legislativo 28 settembre 2012 n. 178 è stato avviato un processo finalizzato a costituire una nuova associazione, denominata Associazione della Croce Rossa Italiana, con personalità giuridica di diritto privato e iscritta di diritto nei registri (nazionale, regionali e locali) delle associazioni di promozione sociale.

(19) V. *retro*, nota 24.

(20) Modello che trovava la propria fonte regolatoria in un Accordo quadro sottoscritto il 26 aprile 2004 tra la Regione Toscana, le Aziende Usl e ospedaliere, e gli organismi di coordinamento delle Misericordie, delle Pubbliche Assistenze e della CRI. Tale Accordo è stato più volte prorogato (l'ultima volta nel 2011) fino ad essere superato dalla legge del 2010, pur continuando a costituire il riferimento per la definizione dei requisiti organizzativi e dell'ammontare dei rimborsi.

di volontariato» e al «Comitato regionale della CRI»: organismi che si configurano come enti di secondo livello. Su di essi merita soffermarsi brevemente. Il richiamato art. 76-ter, comma 3, prevede, come detto, che al sistema territoriale di soccorso partecipano gli «organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato» (senza dunque specificarne il numero); l'art. 73-septies, nell'istituire la Conferenza regionale permanente, stabilisce che di essa fanno parte, tra gli altri, «i legali rappresentanti (...) dei *due organismi regionali maggiormente rappresentativi* delle associazioni di volontariato di cui all'art. 76-ter, comma 3»: dunque, la seconda disposizione fa espresso riferimento a *due* organismi maggiormente rappresentativi, mentre la prima non contiene nessun numero né – conseguentemente – limita l'accesso al sistema a quelli *maggiormente* rappresentativi. In altri termini: mentre al sistema possono partecipare anche tre o quattro «organismi rappresentativi», soltanto due di questi (quelli *maggiormente* rappresentativi) vengono chiamati a partecipare ai lavori della Conferenza regionale: il che ha certamente una sua coerenza logica.

Il risultato, ad ogni buon conto, è che con decreto dirigenziale n. 4215 del 12 settembre 2012 sono stati individuati i «due organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato di cui all'art. 76-ter, comma 3 della l.r. 40/2005»: sebbene, come detto, il citato art. 76-ter, comma 3, non contenga alcun riferimento né al numero né all'esigenza della maggiore rappresentatività. Ovviamente (per chi conosce la realtà toscana) i due organismi maggiormente rappresentativi sono costituiti dalla Confederazione Nazionale Misericordie d'Italia – Conferenza regionale della Toscana e dall'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze – Comitato regionale toscano, i quali si uniscono al Comitato regionale della CRI, direttamente previsto dalla legge²¹. I due organismi rappresentativi indicati sono iscritti nel registro delle organizzazioni di volontariato, la cui legge di riferimento consente l'iscrizione anche alle «associazioni o federazioni regionali rappresentative delle organizzazioni di volontariato iscritte al registro stesso ed operanti nei Comuni della Regione». Ad essi viene riconosciuto annualmente

(21) Non vi è bisogno di ricordare che si tratta delle tre organizzazioni con cui era stato stipulato l'Accordo quadro del 2004.

un contributo per le attività svolte pari al 6% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate al sistema di trasporto d'urgenza: per l'anno 2013, con delibera della Giunta regionale n. 464 del 3 giugno 2014, tale contributo è stato determinato nella misura di euro 4.500.000, ed è stato destinato a «promuovere e sostenere le attività di supporto tecnico, raccordo e coordinamento delle associazioni di volontariato e dei Comitati della CRi»²².

Inoltre, è significativa la previsione finale dell'art. 76-*quinquies*, con cui sono previste «periodiche verifiche da parte della commissione di vigilanza (...) finalizzate ad accertare la presenza e il mantenimento dei requisiti».

8. Il rapporto pubblico-privati nel campo dell'assistenza sociale

Passando ad analizzare la disciplina legislativa relativa ai rapporti tra amministrazioni pubbliche e soggetti privati nell'ambito dell'*assistenza sociale*, la legge n. 41/2005 costituisce la normativa di riferimento. In tale ambito, mentre il ruolo dei soggetti *non profit* (che non sono solo quelli del Terzo settore, occorre ricordare) è *riconosciuto* e *agevolato*, quello invece degli altri *soggetti privati* (quindi, si dovrebbe intendere, quelli *profit*) è semplicemente *previsto*, senza alcun impegno per le amministrazioni di riconoscerlo e agevolarlo.

Tra i principi mediante i quali si realizza (deve realizzarsi) il sistema integrato di interventi e servizi sociali, viene indicata la «partecipazione attiva dei cittadini singoli e associati, nell'ambito dei principi di solidarietà e di auto-organizzazione anche mediante processi partecipativi ai sensi della legge regionale 27 dicembre 2007, n. 69» (art. 3, comma 1 lett. i))²³. Anche in questo caso non è agevole ricostruire una *ratio* com-

(22) L'importo è rimasto identico anche per l'anno successivo: con nota del Direttore generale del Dipartimento Diritti di cittadinanza e Coesione sociale della Regione, inviata in data 29 maggio 2015 al Direttore generale dell'Azienda Usl 10 di Firenze (incaricata di procedere al pagamento) si conferma l'importo complessivo di 4.500.000 euro per le attività di coordinamento, ripartiti in 2.000.000 alla Federazione delle Misericordie, 1.560.000 per il coordinamento delle Pubbliche Assistenze e 440.000 per il Comitato regionale della CRi.

(23) Si tratta della legge contenente «Norme sulla promozione della partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali», successivamente modificata (in realtà "rinnovata" con

plessiva alla previsione legislativa: con qualche dose di incertezza, si potrebbe ritenere che la partecipazione di cui alla disposizione richiamata sia da riferire non soltanto ai cittadini *singoli* (e su questo aspetto non vi sono interferenze con quanto sopra indicato) ma anche a quelle associazioni («cittadini *associati*») che non sono «operanti nel settore» e non partecipano quindi alla organizzazione e gestione del servizio, ma sono estranee ad esso e tuttavia possono partecipare in relazione a singoli interventi. Non so quanto sia corretta tale conclusione, ma mi pare l'unica razionalmente ricavabile dalla lettura delle previsioni normative. Il risultato complessivo che può evincersi è di un forte riconoscimento del ruolo dei soggetti *non profit*/del Terzo settore, fatte salve le imprecisioni terminologiche e i riferimenti poco perspicui più volte segnalati. Tuttavia, con riguardo a quest'ultimo aspetto, la legge dedica un articolo specifico al Terzo settore, coerentemente con la sua rubrica (art. 17). Il primo comma va – in parte almeno – a sovrapporsi con quanto stabilito nei principi ispiratori della legge, come sopra richiamati: «Nel rispetto del principio della sussidiarietà, la Regione e gli Enti locali riconoscono la rilevanza sociale dell'attività svolta dai soggetti del Terzo settore e, nell'ambito delle risorse disponibili, promuovono azioni per il loro sostegno e qualificazione». L'unica differenza è che tra i principi si stabilisce che devono essere riconosciuti e agevolati (tutti) i soggetti privati senza scopo di lucro, mentre nella presente disposizione il riferimento è ai «soggetti del Terzo settore». Sono convinto che non si tratti di una differenza sostanziale, almeno nelle intenzioni del legislatore²⁴. Di maggiore interesse è il secondo comma dell'art. 17, nel quale sono elencati «i soggetti del Terzo settore», da intendersi come le tipologie di enti che rientrano nella categoria generale cui applicare tale termine. La

modifiche) dalla legge regionale 2 agosto 2013 n. 46. Su tali vicende cfr. V. DE SANTIS, *La nuova legge della Regione Toscana in materia di dibattito pubblico regionale e promozione della partecipazione*, in *Osservatorio AIC*, 2013; M. CIANCAGLINI, *Un'ulteriore tappa nel processo di consolidamento della democrazia partecipativa. La legge regionale toscana n. 46/2013*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2014; E. STRADELLA, *La partecipazione*, in P. CARROZZA, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., p. 286 ss.; G. MARTINICO, E. ROSSI, *Dibattito pubblico e partecipazione nell'esperienza della Regione Toscana*, in *Rivista Amministrativa della Repubblica Italiana*, 1-2, 2015, p. 13 ss.

(24) Anche perché, come subito si dirà, la stessa disposizione prevede che facciano parte del Terzo settore tutti i «soggetti privati non a scopo di lucro».

previsione ha l'indubbio merito, in primo luogo, di operare uno sforzo definitorio e quindi chiarificatore, a fronte delle molte altre previsioni legislative in cui il Terzo settore viene richiamato ma mai definito: e sebbene la presente previsione limiti la portata dell'elenco «ai fini della presente legge», non vi è dubbio che essa possa avere una valenza di carattere generale. La disposizione – che riprende, grosso modo, quanto previsto a livello nazionale dal d.P.C.M. 30 marzo 2001 – prevede che del Terzo settore fanno parte:

- a) le organizzazioni di volontariato;
- b) le associazioni e gli enti di promozione sociale;
- c) le cooperative sociali;
- d) le fondazioni;
- e) gli enti di patronato;
- f) gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54 («Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti. Criteri e procedure per l'iscrizione»);
- g) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese;
- h) gli altri soggetti privati non a scopo di lucro.

Rispetto alla richiamata previsione statale sono aggiunti gli enti di cui alle lettere e) ed f), mentre gli altri vengono sostanzialmente confermati. Proseguendo l'analisi dell'art. 17 della legge toscana, il comma 3 indica le funzioni attribuite agli enti elencati: essi concorrono «ai processi di programmazione regionale e locale. Tali soggetti, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano altresì alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente». La previsione tende indubbiamente a valorizzare il ruolo dei soggetti indicati, mirando ad un loro coinvolgimento in tutte le fasi in cui si articola l'elaborazione delle politiche pubbliche di tipo sociale: dalla programmazione alla progettazione, dall'attuazione all'erogazione. L'unica fase che sembra essere esclusa è quella del monitoraggio e conseguente verifica dell'attuazione: e ciò malgrado che l'art. 72 dello statuto toscano demandi alla legge di promuovere l'apporto dei soggetti organizzati anche alla «verifica degli effetti delle politiche regionali». Tale funzione può in parte essere

recuperata attraverso l'elaborazione della Carta dei diritti di cittadinanza sociale, prevista dall'art. 31, e per la cui adozione è previsto il coinvolgimento «dei soggetti del Terzo settore». Sempre all'ambito della fase di programmazione può essere ascritta la predisposizione di «Patti per la costruzione di reti di solidarietà sociale» (art. 32), da realizzare attraverso il coinvolgimento (anche) dei soggetti del Terzo settore.

Per quanto più direttamente riguarda l'erogazione delle prestazioni, l'art. 19 distingue tra l'affidamento dei servizi alla persona genericamente inteso (e quindi, sembra doversi intendere, ai soggetti diversi da quelli del Terzo settore) e l'affidamento ai soggetti del Terzo settore (art. 19). Mentre nel primo caso è prevista una procedura aperta e competitiva (che si svolge mediante un confronto tra più soggetti e più offerte, tenendo conto della qualità dell'offerta ed escludendo l'utilizzo del massimo ribasso), nel caso di affidamento a soggetti del Terzo settore si rinvia a quanto previsto nel richiamato d.P.C.M. 30 marzo 2001 e conseguenti disposizioni regionali di attuazione. Tale d.P.C.M. prevede una preselezione, da parte dei Comuni, dei soggetti da cui acquistare o a cui affidare l'erogazione dei servizi, e indica in quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa il criterio da applicare per l'individuazione del soggetto prescelto tra quelli preselezionati, tenendo conto di elementi qualitativi che vengono elencati. Questa disciplina differenziata aiuta a comprendere l'importanza della classificazione di un ente tra quelli di "Terzo settore", essendo collegata a tale inserimento l'applicazione di una disciplina speciale rispetto a quella generale prevista per tutti i soggetti privati. Peraltro, la dizione estremamente ampia e generica dell'art. 17 (sopra richiamata) induce a ritenere che la linea di confine tra i soggetti cui applicare la procedura aperta e quelli cui invece deve applicarsi il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sia costituita dall'essere l'ente privato in questione *profit* ovvero *non profit*.

Sul piano di quella che viene è chiamata la partecipazione organica²⁵, la

(25) E. STRADELLA, *Le forme di partecipazione e il ruolo del Terzo settore*, cit., p. 183 ss.; A. ALBANESE, *Partecipazione organica e democrazia partecipativa*, in U. ALLEGRETTI (a cura di), *Democrazia partecipativa. Esperienze e prospettive in Italia e in Europa*, Firenze, 2010, p. 345 ss. Va ricordato che la Regione Toscana, nel proprio Statuto, ha previsto l'istituzione di una Conferenza permanente delle autonomie sociali, le cui aspettative tuttavia non hanno prodotto gli effetti sperati: cfr. F. DAL CANTO, *Conferenza permanente delle autonomie sociali*, in P. CARROZZA, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura

legge in questione prevede infine un coinvolgimento del Terzo settore all'interno della commissione regionale per le politiche sociali (art. 28), cui sono attribuite funzioni consultive e propositive rivolte alla Regione ed è altresì riconosciuta la possibilità di promuovere iniziative di conoscenza dei fenomeni sociali di interesse regionale.

Questo, dunque, quanto si ricava dall'analisi della legge n. 41/2005: una disciplina che attesta l'importanza riconosciuta dal legislatore toscano al Terzo settore nell'ambito dei servizi e degli interventi sociali, in coerenza con la tradizionale e storica ricchezza della solidarietà organizzata nel territorio toscano.

9. Considerazioni d'insieme

Il quadro che si è tratteggiato, alla luce della normativa regionale, induce conclusivamente a svolgere qualche breve considerazione.

Emerge con evidente chiarezza, in primo luogo, la volontà delle istituzioni regionali toscane di applicare e valorizzare, perlomeno negli ambiti in questa sede esaminati, il principio di sussidiarietà, inteso nella sua dimensione orizzontale e fors'anche "circolare"²⁶. Se ciò vale in termini generali, e cioè per tutto il territorio nazionale, ancor di più deve essere riconosciuto per l'ordinamento toscano, ove la società civile organizzata per fini di solidarietà è particolarmente ricca e diffusa: e tale ricchezza indubbiamente condiziona la stessa politica e le conseguenti scelte legislative²⁷. Non vi è bisogno di ricordare, a questo riguardo, che in Toscana sono presenti le più antiche organizzazioni di volontariato, che da secoli esse operano in

di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Toscana*, cit., p. 182 ss.

(26) Con tale termine ci si intende riferire alla prospettiva di sussidiarietà che supera l'ordine bipolare fondato sulla diade pubblico-privato a favore di un ordine sociale tripolare fondato sulla triade pubblico-privato-civile: v. al riguardo le considerazioni di S. ZAMAGNI, *Introduzione: slegare il Terzo settore*, in S. ZAMAGNI (a cura di), *Libro bianco sul Terzo settore*, Bologna, 2011, p. 34 ss. Sul tema della sussidiarietà orizzontale la bibliografia è assai vasta: un utile sguardo d'insieme è offerto nel volume di D. DONATI, A. PACI (a cura di), *Sussidiarietà e concorrenza*, Bologna, 2010 e, successivamente da D. DONATI, *Tra Stato e mercato. Interpretazioni, regole e limiti del paradigma sussidiario*, Bologna, 2013; nonché da F. COSTA, F. PIZZOLATO (a cura di), *Il lato oscuro della sussidiarietà*, Milano, 2013.

(27) E.A. FERIOLI, *Terzo settore e principio di sussidiarietà nei servizi sociali: dal riconoscimento normativo all'attuazione amministrativa*, in E. ROSSI (a cura di), *Politiche sociali e terzo settore nel territorio livornese. Una ricognizione*, Pisa, 2007, p. 117 ss.

modo capillare su tutto il territorio regionale garantendo vicinanza e assistenza sia nei grandi centri come anche nelle piccole comunità più isolate. A fronte di questo, sembra quasi scontato ed inevitabile che le istituzioni toscane favoriscano questo “capitale sociale” e lo valorizzino in vista di una garanzia più piena dei diritti sociali dei propri cittadini: al contempo, lo spazio riconosciuto a dette organizzazioni mira, anche nel territorio toscano, a «rivalizzare un esangue pluralismo istituzionale-territoriale, valorizzando le istituzioni più prossime al cittadino»²⁸.

Al contempo, deve rilevarsi la volontà del legislatore di attribuire alle istituzioni pubbliche non soltanto un ruolo forte di “regia” del sistema (con riguardo, in particolare, alle procedure di progettazione e programmazione dei servizi, come anche alla previsione di istituti quali l’autorizzazione e l’accreditamento), ma anche una loro rilevante partecipazione alla produzione ed erogazione dei sistemi di assistenza. Questa, peraltro, è una delle caratteristiche proprie del “modello toscano”, da cui si differenziano altre esperienze (quella lombarda in particolare) fondate invece «sull’assunzione da parte della Regione di compiti puramente regolativi delle modalità di accesso ai servizi, cosicché i cittadini sono liberi di accedere a servizi prodotti sia dal pubblico che da soggetti privati, in concorrenza tra loro»²⁹. Il modello toscano, in questo senso, è fortemente incentrato sulla prospettiva dell’*integrazione*, sia nelle relazioni tra pubblico e privato come anche in riferimento alle politiche (sanitarie e sociali in primo luogo); di conseguenza, il Terzo settore toscano è chiamato ad *integrarsi* con le istituzioni pubbliche: il che garantisce (dovrebbe garantire) la qualità delle prestazioni da questo erogate e la loro appropriatezza, ma al contempo richiede ai soggetti di Terzo settore di adeguare i loro servizi, e talvolta le loro stesse strutture, a standard fissati dal governo regionale (con relativi potenziali problemi connessi all’autonomia di tali soggetti ed alla loro capacità di perseguire gli obiettivi istituzionali). Siffatto processo di integrazione ha prodotto, prima nella prassi amministrativa e poi anche nella legislazione toscana, l’i-

(28) 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, p. 79.

(29) P. CARROZZA, *Il welfare sanitario e assistenziale toscano come modello*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 381.

dea delle Società della salute, concepite quali organismi di sintesi dei processi integrativi e istituite «per consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie e per assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per garantire la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale»³⁰. Tali processi dovrebbero sostenersi mediante modalità di azione delle SdS fondate sul coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del Terzo settore nella individuazione dei bisogni di salute e nella programmazione: una prospettiva dunque che mira ad unire l'integrazione "oggettiva" delle politiche con l'integrazione "soggettiva". Tuttavia tale modello non ha trovato adeguato seguito e sviluppo nella legislazione e nella prassi amministrativa: il che ha portato anche le SdS esistenti a non tentare nuove forme partecipative, come un certo sviluppo della sperimentazione inizialmente realizzata avrebbe potuto far presagire. Se quanto detto vale in generale con riguardo all'integrazione pubblico-privato nell'ambito del sistema sanitario e di quello dell'assistenza sociale, si deve al contempo constatare una diversa intensità di applicazione tra i due ambiti considerati: nel primo l'intervento pubblico appare più consistente, e quello privato più limitato ed anche più "regolato" dalla disciplina pubblica; nel secondo, invece, maggiore risulta lo spazio di azione riconosciuto ai soggetti del Terzo settore, sia in termini di obiettivi da perseguire che in ragione delle modalità con cui perseguirli. Ciò è inevitabile conseguenza di una diversa percezione della rilevanza del diritto da garantire: nel senso che il diritto "alla salute" è considerato evidentemente più "sensibile" di quello all'assistenza sociale, tale quindi da richiedere un ruolo pubblico più consistente e penetrante. Non è il caso qui di soffermarsi sui contenuti dei due diritti e neppure sulle differenze di valore tra i due beni della vita che essi impongono di tutelare³¹: basti segnalare come sia forte, anche nella comune considerazione, l'idea per cui «per il diritto alla salute si configurano pretese immediatamente esigibili anche in relazione

(30) E. VIVALDI, E. STRADELLA, *L'integrazione socio-sanitaria*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 78 ss.

(31) Sia consentito un rinvio, volendo, a E. ROSSI, *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due "materie" difficilmente separabili*, in E. CATELANI, R. TARCHI (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Napoli, 2015, p. 189 ss.

alle prestazioni di servizio, in quanto se così non fosse verrebbe meno o sarebbe a rischio lo stesso diritto alla vita³², mentre ciò non viene percepito, almeno in linea generale, con riguardo all'assistenza sociale. Tale differente percezione contribuisce, insieme ad altri fattori (non ultima la particolare vocazione di alcune organizzazioni del Terzo settore ad intervenire soprattutto negli ambiti propri dell'assistenza sociale), ad alimentare la volontà del legislatore di coinvolgere maggiormente il Terzo settore nelle politiche di assistenza sociale rispetto a quelle sanitarie, queste ultime più saldamente "presidiate" dalle istituzioni pubbliche.

Un'altra differenza abbastanza evidente ricavabile dall'analisi compiuta riguarda il diverso ruolo riconosciuto agli enti *profit* rispetto a quelli *non profit* (o del Terzo settore, con le difficoltà di distinguere concettualmente i due ambiti più volte rilevate). Evidente è la linea distintiva principale che segna la legislazione toscana: se, da un lato, nella fase erogativa delle prestazioni è previsto un significativo coinvolgimento degli uni e degli altri (pur sulla base di diversi strumenti per rendere operativo tale coinvolgimento), è viceversa soltanto ai secondi che viene assicurato un ruolo partecipativo nella fase di progettazione e programmazione degli interventi.

Un ambito nel quale invece risulta non adeguatamente valorizzato il ruolo del Terzo settore, almeno dal punto di vista di chi scrive, è quello del monitoraggio e della valutazione delle prestazioni erogate. Sul punto, come si è detto, la legislazione toscana è muta, ed anche la prassi non registra particolari e significative esperienze³³: tanto che qualcuno ha definito la valutazione e i relativi strumenti come il "tallone d'Achille" nel settore sanitario e, ancora di più, nel settore sociale³⁴. Eppure bisogna ricordare come sia condivisa l'idea che «la valutazione deve essere vista come un processo partecipativo, in cui tutti i soggetti coinvolti nelle fasi precedenti e in gene-

(32) F. GIGLIONI, *La tutela dei diritti di assistenza sociale e sanitaria dopo l'introduzione in Costituzione dei livelli essenziali*, in *Astrid online*.

(33) Per un'esposizione delle scelte regionali in ambito di monitoraggio e valutazione delle politiche sociosanitarie v. S. NUTI, S. BARSANTI, *Logiche e strumenti per la valutazione sociosanitaria nel modello toscano*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 149 ss.

(34) M. CAIOLFA, A. DE CONNO, C. MACALUSO, *La "governance" e le società della salute. Indicazioni e rilievi dalla sperimentazione della Zona pisana*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, cit., p. 247.

rale tutti i portatori di interesse devono poter entrare»³⁵, ricordando altresì che una corretta ed efficace attività di valutazione è strettamente funzionale all'efficacia della successiva attività di programmazione.

Un'ultima considerazione, che potrebbe costituire anche un invito al legislatore regionale, riguarda l'evidente difficoltà, risultante dalla legislazione regionale, di considerare unitariamente e razionalmente le diverse tipologie di organizzazione della società civile: come abbiamo più volte segnalato, grande confusione accompagna le differenti espressioni utilizzate. Ciò risulta particolarmente grave in considerazione del ruolo che la legislazione riconosce alle diverse tipologie di enti, spesso in modo selettivo rispetto ad altre: problema che non viene superato neppure con la previsione di appositi elenchi (regionali o degli Enti locali) in cui iscrivere detti enti, considerato che per alcune tipologie non esistono elenchi e che la maggior parte delle previsioni legislative non operano alcun riferimento agli elenchi esistenti. L'impressione complessiva, che nel corso dell'esposizione si è più volte accennata, è che non esista una precisa consapevolezza nell'utilizzare, di volta in volta, le espressioni di riferimento, e che anche la nozione di "Terzo settore", che pure risulta assai valorizzata rispetto agli altri enti non appartenenti alla categoria, sia frutto di un'evocazione piuttosto che di un'indicazione giuridica puntuale. A questo stato di cose potrà porre rimedio, a livello nazionale, la recente entrata in vigore dell'art. 1, comma 1, della legge n. 106/2016 (a condizione che i relativi decreti delegati vengano emanati), che ha introdotto una nozione di Terzo settore e degli enti ad esso appartenenti. Al di là dei limiti riscontrabili in tale definizione, essa costituisce infatti un indubbio elemento di chiarificazione concettuale ed anche normativa, che potrà avere effetti benefici nell'applicazione della normativa nazionale riferita a tale settore. Da qui la proposta per il legislatore regionale: si colga l'occasione della legge nazionale da poco approvata per rivedere la propria legislazione in materia sanitaria e sociale (ma anche, volendo, negli altri ambiti interessati da un ruolo del Terzo settore) negli aspetti che richiamano i soggetti del Terzo settore, al fine di "ripulirla" da espressioni non coerenti e contraddittorie. Ne beneficerebbero tutte le amministrazioni pubbliche come anche i soggetti privati interessati.

(35) M. CAIOLFA, *La Società della salute: la sperimentazione della Zona pisana*, Pisa, 2004, p. 168.