

Anziani e diritto all'abitare

Bisogni, diritti e prospettive
tra locale e universale

A cura di
Maria Giulia Bernardini



DIRITTO E SOCIETÀ

FrancoAngeli 



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Anziani e diritto all'abitare

Bisogni, diritti e prospettive
tra locale e universale

A cura di
Maria Giulia Bernardini



DIRITTO E SOCIETÀ

FrancoAngeli 

Il volume, che raccoglie i risultati del progetto “ADA – Anziani e diritto all’abitare. Studio interdisciplinare sulle condizioni volte a promuovere l’*healthy & active aging*”, è stato pubblicato grazie ai fondi 5x1000 anno 2019 destinati al Bando Giovani Ricercatori dell’Università degli Studi di Ferrara.

Il volume è stato sottoposto a un processo di *double blind peer review* che ne attesta la qualità scientifica.

Isbn: 9788835157922

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore. L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INDICE

Prologo – Sul controllo di una specie infestante. Elementi di botanica della vecchiaia, di <i>Ciro Tarantino</i>	pag. 7
Abitare la città. Riconoscimento e diritti per le persone anziane, di <i>Maria Giulia Bernardini</i>	» 13
La (non) autosufficienza dell'individuo tra eguaglianza universale e plurale, di <i>Federico Fabi</i>	» 43
Invecchiamento della popolazione e diritto all'abitare: quali strumenti per il governo del territorio?, di <i>Marzia De Donno</i> e <i>Davide Tumminelli</i>	» 67
Profili organizzativi e tendenze evolutive nei servizi sociali alla persona, di <i>Edoardo Caruso</i>	» 97
L'assistenza domiciliare agli anziani tra servizio pubblico e terzo settore: il caso dell'Emilia-Romagna e di Ferrara, di <i>Viviana Asara</i> e <i>Lorenzo Betti</i>	» 129
Il benessere degli anziani in un'ottica multidimensionale: fragilità e genere, di <i>Valeria Raparelli</i> , <i>Maria Leonardo</i> , <i>Pier Federico Scaroni</i> , <i>Dario Falcone</i> , <i>Andrea Grandieri</i> , <i>Giulia Barrile</i> , <i>Lisa Marzano</i> , <i>Caterina Trevisan</i>	» 165
L'ageismo come barriera al diritto all'abitare, di <i>Emilio Paolo Visintin</i>	» 189
Abitare città a misura di anziano, di <i>Elena Dorato</i>	» 211
Autrici e Autori	» 251

PROFILI ORGANIZZATIVI E TENDENZE EVOLUTIVE NEI SERVIZI SOCIALI ALLA PERSONA

Edoardo Caruso

SOMMARIO: 1. La nozione di servizio sociale in senso stretto e i suoi riflessi sulle scelte regolatorie. - 2. Il riparto della potestà legislativa tra Stato e Regioni in materia di servizi sociali. - 2.1. Rilevanza economica dei servizi sociali e competenza statale in materia di “tutela della concorrenza”. - 3. Integrazione socio-sanitaria e riparto delle funzioni (legislative e amministrative). - 4. La “programmazione come metodo” quale caposaldo del sistema integrato. - 5. Le forme di gestione dei servizi sociali. - 5.1. Affidamento a terzi mediante contratto di appalto o concessione. - 5.2. Sistema delle tre A o di quasi mercato (autorizzazione, accreditamento, accordo). - 5.3. Ulteriori soluzioni organizzative (anche mediante ricorso a titoli di acquisto o *voucher* e contributi economici). - 6. I rapporti tra pubbliche amministrazioni e Terzo settore. Cenni evolutivi. - 7. Le più recenti tendenze in tema di assistenza agli anziani.

1. La nozione di servizio sociale in senso stretto e i suoi riflessi sulle scelte regolatorie

Secondo un orientamento prevalente e oramai consolidato, nell’ordinamento nazionale possono rintracciarsi due distinte nozioni di servizio sociale: una in senso lato e una in senso stretto.

Sono riconducibili accezione *in senso lato* di servizio sociale tutte quelle attività che compongono la nozione di *Welfare State* (sanità, scuola, formazione professionale, previdenza sociale, edilizia economico-popolare etc.). Vi rientrano, quindi, tutte le attività che davano attuazione ai diritti sociali, ovvero quelle “prestazioni sociali la cui previsione legislativa risponde agli obiettivi di fondo voluti dalla Carta costituzionale in tema di promozione del benessere fisico e psichico della persona”¹.

1. Tale definizione “formale” di servizio sociale in senso ampio è di Ferrari 1986, p. 273.

Attraverso l'elaborazione di tale nozione la dottrina ha offerto un importante contributo al percorso di "emancipazione" della categoria del *servizio sociale* da quella del *diritto sociale*². "In precedenza, infatti, venivano qualificati come servizi sociali tutte le attività che davano attuazione ai diritti sociali, ma in tal modo si finiva per 'scaricare' sui servizi sociali tutte le incertezze e la genericità che hanno caratterizzano la nozione di diritto sociale sin dal momento dell'entrata in vigore della Costituzione"³.

Queste evoluzioni hanno posto le basi per la successiva emersione della nozione di *servizio sociale in senso stretto*, maggiormente rilevante in una prospettiva di diritto positivo, oltre che ai fini del presente contributo. Infatti tale nozione – enucleata dapprima nell'art. 128 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112⁴ e poi richiamata dall'art. 1, comma 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" – ricomprende "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". Vi rientrano, tra gli altri, l'assistenza agli anziani, ai minori in stato di bisogno, ai disabili, ai soggetti affetti da dipendenza, agli indigenti o ai soggetti emarginati dal mondo del lavoro, l'*housing* sociale, ecc.⁵.

È possibile rintracciare tre distinte caratteristiche che contraddistinguono la categoria dei servizi sociali in senso stretto (detti anche *servizi socio-assistenziali* o *servizi alla persona*) rispetto ad altre attività di servizio pubblico.

2. Per vero, è stato osservato come è solo a partire dall'elaborazione formale di servizio sociale di Ferrari che i diritti sociali "non esauriscono la nozione di servizi sociali, ma in quanto specificazione dei suddetti principi, ne definiscono le coordinate di fondo, integrate e sviluppate da scelte di diritto positivo" (così Molaschi 2004, in particolare p. 97). In tema di diritti sociali, cfr. Corso 1981, Baldassarre 1989.

3. Ferrari 1986, pp. 70 ss. A tali incertezze ha contribuito il tardivo affermarsi del servizio sociale quale categoria giuridica, conseguenza non solo della (risalente e dibattuta) distinzione tra assistenza sociale e beneficenza pubblica contenuta nella Costituzione del 1948, ma soprattutto del *ruolo marginale* che il legislatore statale ha a lungo riconosciuto a tali attività rispetto ad altri settore di pubblico servizio; l'approccio categoriale (non unitario) e caritativo alla materia sono solo alcuni tra i diversi riflessi di tale minor attenzione. È noto, invero, come nemmeno nel d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, che aveva originariamente introdotto l'espressione "servizio sociale" superando la distinzione fra assistenza e beneficenza, fosse presente una nozione sufficientemente caratterizzante i servizi in questione.

4. Si tratta del terzo decreto di trasferimento di funzioni dallo Stato alle regioni, adottato in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, cd. "Legge Bassanini".

5. *Amplius* sul tema Pioggia 2020, pp. 195 ss.

In primo luogo, il carattere personale e relazionale degli interventi, rivolti “al volto della persona” (Fracchia 2005, p. 63) e non genericamente e/o indifferenziatamente al cittadino nella dimensione di utente/consumatore⁶.

In secondo luogo, la necessaria presenza di una “situazione di bisogno o di difficoltà” che la prestazione va ad affrontare. Tale elemento caratterizzante i servizi socio-assistenziali – cui la giurisprudenza ha dato rilievo per escludere, ad esempio, la riconducibilità alla categoria del servizio di nido⁷ – va tuttavia correttamente inteso, per scongiurare letture contrastanti con l’impostazione di fondo della legge quadro del 2000. Si fa riferimento, in particolare, al modello di *welfare universalistico* la cui affermazione (in luogo del precedente modello categoriale e residuale/minimale) ha rappresentato uno tra i principali meriti ascrivibili a tale intervento di riforma⁸.

Più precisamente, la situazione di bisogno che gli interventi socio-assistenziali mirano a contrastare non è (solo) quella riguardante gli appartenenti a una determinata categoria ovvero coloro che si trovano in una situazione di cronica marginalità (indigenza, emarginazione sociale, minorazione fisica, etc. disabilità dipendenza da sostante, malattie); diversamente, il sistema integrato di interventi e servizi sociali dovrebbe affrontare tutte le situazioni di bisogno o di difficoltà, anche transeunti, che chiunque può essere costretto ad affrontare nel corso della vita⁹.

Peraltro, va osservato come sia sempre più marcata, soprattutto a livello regionale, la tendenza a valorizzare la *funzione preventiva* del sistema di assistenza sociale, con la conseguenza che l’effettiva e attuale sussistenza di una situazione di bisogno sempre meno può essere intesa quale vera e propria pre-condizione per l’intervento assistenziale.

Il suddetto approccio universalistico consacrato, quantomeno a livello normativo, dalla legge quadro del 2000 costituisce, a ben vedere, attuazione del principio personalistico e di quello di eguaglianza sostanziale sanciti dalla Costituzione. Esso deve tuttavia confrontarsi con la natura finanziariamente condizionata di tutti i diritti sociali: da qui l’espressione “universalismo *selettivo*”, che riflette il un ruolo centrale oramai assunto dall’“Indicatore della situazione economica equivalente” (c.d. Isee) nella

6. Sul tema, fra i tanti, si vedano fra i tanti Berlingò 2012, Albanese 2007, Ferrari 2003, Pastori 2007. Più di recente, cfr. Delsignore 2018 e Parisi 2023.

7. Corte cost. n. 287/2004.

8. Cfr. Molaschi 2022, 21.

9. Cfr. art. 1, comma 1, legge quadro n. 328/2000.

definizione della compartecipazione degli utenti alle spese per le prestazioni sociali¹⁰.

In terzo luogo, i servizi sociali in senso stretto presentano – come emerge già dalla definizione sopra richiamata di cui all’art. 1, comma 2 della l. n. 328/2000 – un carattere *residuale*, dal momento che la categoria di cui si discute ricomprende tutte quelle prestazioni ulteriori agli altri settori di *Welfare* (i.e. tutto ciò che non rientra nella sanità, istruzione, previdenza, etc.); conseguenza di ciò è la marcata *eterogeneità* delle relative prestazioni, sia sotto il profilo della natura delle prestazioni (erogazione di servizi e/o di contributi economici), sia sotto il profilo della tipologia dei servizi e dei loro destinatari. D’altronde, riflettendo sull’art. 38 della Costituzione, da leggere sempre in combinato disposto con gli artt. 2 e 3.2, attenta dottrina ha osservato come all’assistenza sociale possa attribuirsi una *funzione di completamento* del progetto di eguaglianza sostanziale promosso dalla Costituzione (Pioggia 2020, pp. 151 ss.).

Tale rapido inquadramento delle principali caratteristiche della categoria dei servizi sociali alla persona, lungi dal presentare rilevanza meramente teorica, dovrebbe agevolare l’analisi e la comprensione di molti profili disciplinari della materia che saranno esaminati nel corso del lavoro. Ad esempio, dall’accentuata eterogeneità delle prestazioni rientranti nella nozione di servizio sociale consegue la rilevanza centrale – nell’ottica di una compiuta conoscenza della materia – della legislazione settoriale (disabili, minori, anziani, etc.), come pure la portata “alluvionale” di quest’ultima e dei relativi strumenti attuativi (Piani, programmi di finanziamento, etc.). Ma la suddetta eterogeneità si riflette su diversi profili regolatori, inclusa la disciplina generale dei modelli organizzativi e gestionali che è connotata da un elevato tasso di elasticità (se non proprio di genericità) proprio in conseguenza, si ritiene, dell’esigenza di rendere possibile la considerazione delle differenze tra i diversi servizi e i rispettivi destinatari.

2. Il riparto della potestà legislativa tra Stato e Regioni in materia di servizi sociali

Tra i numerosi meriti ascrivibili alla l. n. 328/2000 vi è anche quello di aver “anticipato” su diversi profili la riforma costituzionale del 2001:

10. Cfr. Molaschi 2022, 28, sulle vicissitudini, anche giurisprudenziali, che hanno investito le previsioni che, nell’ottica di favorire la permanenza dell’anziano presso il luogo di cura, hanno previsto la considerazione economica del solo assistito, non dell’intero nucleo familiare.

non solo la legge quadro è stata tra le prime misure normative ispirate al principio di sussidiarietà orizzontale, ma ha inoltre proceduto a una distribuzione delle competenze e funzioni amministrative tra i diversi livelli di governo in conformità ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza (poco dopo cristallizzati nell'art. 118 Cost.).

Tuttavia, proprio la riforma costituzionale di inizio millennio ha rischiato di depotenziare l'effettività di tale atteso intervento di riforma dell'assistenza sociale: il passaggio della materia "organizzazione dei servizi sociali" dalla competenza legislativa concorrente a quella residuale delle Regioni, conseguente alla nuova formulazione dell'art. 117 Cost., ha infatti messo in discussione ruolo e rilievo giuridico della legge quadro, dei suoi documenti attuativi (innanzitutto il d.P.C.M. 30 marzo 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona*, previsto dall'art. 5 della legge quadro) e, più in generale, lo spazio di intervento del legislatore statale sulla materia.

Il grado di incertezza è stato senz'altro accentuato dalla sentenza n. 272 del 2004 con cui la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale l'art. 113-*bis* del Testo unico degli enti locali (d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267) contenente la disciplina sulle forme di gestione dei servizi pubblici locali privi di rilevanza economica: la potestà legislativa esclusiva dello Stato in materia di tutela della concorrenza, ha affermato la Corte, può giustificare un intervento statale volto a disciplinare le modalità di gestione dei servizi pubblici locali, ma solo con riguardo ai servizi pubblici di rilevanza economica.

A tali accadimenti ha inevitabilmente fatto seguito un maggior protagonismo della legislazione regionale la cui analisi risulta, allo stato attuale, imprescindibile per una disamina compiuta della regolamentazione del settore. Ciò non ha tuttavia comportato né una perdita di centralità della legge quadro (presa a riferimento da quasi tutte le successive legislazioni regionali)¹¹, né un arretramento degli interventi del legislatore statale sul settore dei servizi sociali.

In tal senso ha certamente rilevato l'intuizione della dottrina secondo cui la l. n. 328/2000 può essere configurata quale legge di attuazione di principi costituzionali, con la conseguenza che molte delle sue statuizioni non possono che continuare a indirizzare i legislatori regionali. Determinanti si sono peraltro rivelati le diverse competenze che, *ex art. 117 Cost.*, tuttora legittimano l'intervento del legislatore statale in materia di servizi sociali.

11. Cfr. artt. 1 e 2 l.r. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2, *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali riprendere contenuti art. 1 e 2.*

Va innanzitutto richiamata in tal senso la potestà esclusiva in tema di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali” (comma 2, lett. m) che, per soddisfare imprescindibili esigenze di uniformità territoriale e in conformità al principio di eguaglianza, rimette allo Stato la definizione del contenuto “essenziale” del diritto all’assistenza. A tal riguardo merita di essere puntualizzato come, ancor prima dei recenti progetti legislativi in tema di autonomia differenziata, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali fosse tornata al centro dei più recenti interventi in materia¹² (probabilmente in risposta alla presa d’atto dell’inidoneità delle politiche di settore rispetto all’obiettivo di assicurare l’omogeneità e l’uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale).

Sempre nella stessa direzione di legittimazione dell’intervento statale, vanno poi richiamate la competenza (esclusiva e) trasversale “tutela della concorrenza” (comma 2, lett. e) di cui si dirà al successivo par. e quella concorrente “tutela della salute” (comma 3) che sarà presa in considerazione al par. 3.

2.1. Rilevanza economica dei servizi sociali e competenza statale in materia di “tutela della concorrenza”

Con riguardo alla materia “tutela della concorrenza”, è da più parti sottolineata la condivisibile esigenza di rivedere, almeno in parte, le conclusioni della citata sent. n. 272 del 2004. E invero le più recenti evoluzioni che hanno caratterizzato il percorso di integrazione Ue non consentono (più) di considerare i servizi sociali *tout court* privi di rilevanza economica e, in quanto tali, avulsi dall’applicazione della disciplina pro-mercato di matrice sovranazionale¹³. D’altronde, già prima che la Comunità europea iniziasse a interessarsi di tale tipologia di servizi a spiccata valenza solidaristica, autorevole dottrina aveva chiarito che i servizi sociali presentano rilievo economico in senso relativo, se considerati cioè dal punto vista del soggetto pubblico o privato incaricato della loro gestione. È infatti la p.a. titolare del servizio che, ponendosi quale utente collettivo che garantisce la copertura dei costi, si fa carico della loro incapacità “vivere sul mercato” (Caia 2004).

Diverse conseguenze possono trarsi da quanto appena osservato.

12. Oltre al d.lgs. n. 147/2021 richiamato al par. 7, cfr. il Piano per la non autosufficienza 2019-21.

13. Cfr. Moliterni 2015.

Innanzitutto, nonostante la materia dei servizi sociali rientri tra le competenze residuali delle Regioni, risulta difficile escludere la legittimazione (e quindi l'eventuale legittimità costituzionale) di un intervento del legislatore statale volto a regolare le modalità di gestione dei servizi sociali.

Inoltre, il progressivo riconoscimento del carattere economico dei servizi sociali e, quindi, il loro progressivo accostamento alla categoria dei servizi di interesse economico generale (SIEG), pone la seguente questione interpretativa: trovano o no applicazione ai servizi sociali quelle normative e quei regimi giuridici il cui ambito operativo non è definito in modo specifico, bensì mediante rinvio alla categoria dei servizi pubblici di rilevanza economica?

Emblematico in tal senso è il recente d.lgs. 3 dicembre 2022, n. 201, *Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica*, che peraltro contiene una espressa clausola di prevalenza sulla disciplina di settore (art. 4)¹⁴. Dall'applicazione o meno di tale recente intervento normativo ai servizi sociali discendono diverse conseguenze di rilievo. Ad esempio, in caso di risposta positiva, occorrerebbe affrontare il tema della compatibilità tra, da un lato, i modelli organizzativi attualmente individuati per il settore dei servizi sociali dalla legge quadro e dai legislatori regionali (*infra*) e, dall'altro, l'apertura alle logiche di liberalizzazione e sussidiarietà economica che caratterizzano il TU (cfr. art. 10 ss.). Occorrerebbe domandarsi, inoltre, se le forme di gestione individuate dal recente T.U. possono essere utilizzate dagli enti locali anche per l'organizzazione dei servizi sociali, senza necessita di un'apposita previsione regionale¹⁵.

Non è possibile in questa sede affrontare *funditus* la questione, ma si può fornire qualche indicazione “di metodo”.

Ad avviso di chi scrive, infatti, è necessario dar rilievo al fatto che la nozione di “attività di rilevanza economica” sviluppata dalle Istituzioni Ue, e in particolare dalla CGUE, non è sempre unica e/o sempre uguale a sé stessa; diversamente, essa assume contorni e contenuti distinti a seconda che vengano in rilievo le norme in materia di concorrenza (*antitrust* e aiuti di stato) o quelle sul cd. mercato interno (libertà di stabilimento, libera prestazione di servizi, contratti pubblici, etc.)¹⁶. Inoltre, si ritiene

14. Si pone tale interrogativo anche Borelli 2023. Questioni interpretative non dissimili si pongono, a ben vedere, rispetto al d.lgs. 19 agosto 2016, n. 175, *Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica*.

15. In tal senso cfr. Morzenti Pellegrini 2022.

16. Sul tema sia consentito rinviare a Caruso 2017, pp. 1137 ss. La questione è stata recentemente affrontata, nei termini indicati nel testo, dai giudici europei; cfr. Corte giust., 11 giugno 2020, cause riunite da 262 e 272/18 riguardante il regime slovacco di assicurazione sanitaria; Tribunale di primo grado, 2 giugno 2021, T-223/18.

opportuno evitare approcci formalistici, rigidi (“tutto/niente”) e binari (“yes/no”), affrontando invece le situazioni di incertezza prendendo le mosse dalla *ratio* di una disciplina e/o istituto, per poi verificarne la compatibilità sostanziale con le caratteristiche e le peculiarità dei servizi alla persona.

Seguendo questa prospettiva, si può evidenziare che, per come attualmente configurato, il settore dei servizi sociali in Italia non dovrebbe configurare un vero e proprio mercato ai sensi del diritto UE della concorrenza (cfr. il Tribunale di primo grado della CGUE, sez. VII, T-223/18 del 2 giugno 2021 che ha escluso la natura economica del SSN); e quindi è possibile ritenere non applicabili ai servizi sociali quelle previsioni maggiormente ispirate alla liberalizzazione economica e alle logiche dell’economia di concorrenza.

3. Integrazione socio-sanitaria e riparto delle funzioni (legislative e amministrative)

Sull’effettiva portata della competenza regionale in materia di servizi sociali incide anche la potestà legislativa concorrente “tutela della salute” dal momento che il processo di integrazione socio-sanitaria finisce inevitabilmente per ampliare i confini di intervento del legislatore statale, legittimato a disciplinare i profili organizzativi dei servizi socio-sanitari.

Al riguardo vale osservare come tale processo di integrazione, senz’altro strumentale a esigenze di efficienza e di razionalizzazione delle strutture e dei servizi, dovrebbe contribuire ad inverare il principio personalistico attraverso modelli organizzativi che siano in grado di affrontare i bisogni della persona non separatamente, ma in modo complessivo e integrato, così da garantire quella tutela olistica della persona richiesta dalla Costituzione. In questa prospettiva, d’altronde appare del tutto convincente la posizione di quella dottrina che ha inquadrato il processo di integrazione tra il settore sanitario e quello sociale quale “risposta” a una nuova (e più estesa) concezione di salute, comprendente il benessere non solo fisico e psichico, ma anche sociale¹⁷.

Come è noto, l’integrazione socio-sanitaria ha avuto un forte impulso a seguito delle vicende legate alla pandemia da Covid-19, che hanno reso manifesta l’importanza di un’*assistenza territoriale* (sempre più) *integrata*, nell’ottica tanto di rispondere ai crescenti bisogni in materia di non auto-

17. Pioggia 2020, pp. 207 ss. cui si rinvia per un puntuale inquadramento del processo di integrazione socio-sanitaria.

sufficienza e cronicità, quanto di prevenire ulteriori e insostenibili “appesantimenti” delle strutture ospedaliere.

Non può pertanto stupire che, nella Componente 1 della Missione 6 del PNRR, *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale* (M6C1), è stato dato particolare rilievo – tra le sfide principali che il servizio sanitario dovrà affrontare nei prossimi anni – al superamento dell’attuale impostazione marcatamente ospedalocentrica¹⁸, a favore di un modello organizzativo di assistenza sanitaria incentrato sulla territorialità; ciò attraverso una rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte, affinché siano il più possibile prossimi all’utente e in grado di raggiungerlo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale luogo di cura.

In questa prospettiva funzionale, diventa quasi naturale che il completamento del processo di integrazione socio-sanitaria venga considerato non più procrastinabile: come sottolineato nel d.m. 23 maggio 2022, n. 77¹⁹, adottato dal Ministero della salute proprio in attuazione della suddetta Missione 6 Componente 1 del PNRR, il superamento della settorializzazione degli interventi costituisce infatti una sorta di pre-condizione per l’affermarsi di un siffatto modello di assistenza territoriale.

In conclusione, può risultare di interesse osservare come il tema del rapporto tra i diversi livelli di governo rappresenti una costante in materia, forse una delle principali cause di complicazione (e quindi di rallentamento) del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Anche sul piano delle funzioni amministrative (non solo della potestà legislativa), infatti, i due servizi risultano diversamente conformati e disciplinati.

Ancorché ben noti, occorre illustrare le ragioni alla base di tale stato delle cose.

A seguito processo di regionalizzazione e aziendalizzazione realizzato dalle riforme degli anni ’90, il servizio sanitario presenta una dimensione “regionale”; e ciò a prescindere dalle scelte delle diverse Regioni circa l’individuazione e l’estensione delle singole circoscrizioni e circa l’effettiva dimensione delle singole aziende sanitarie territoriali, cui è attribuita la competenza a erogare le prestazioni come pure l’onere di sostenere e spese. Di contro, il servizio sociale ha mantenuto una dimensione locale, con la conseguenza che è il Comune il “fulcro” del sistema di servizi e interventi sociali, spettandogli la generalità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale.

18. Cfr. il parere del Cons. St., 19 maggio 2022, n. 881

19. Decreto 23 maggio 2022, n. 77 recante *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

Diversi sono quindi gli “sforzi regolativi” che si confrontano e tentano di risolvere questa situazione di complessità istituzionale.

In tal senso vanno rilevati i tentativi di “spostare” verso un livello più alto di quello comunale le funzioni in materia di servizi sociali (*infra*).

Nella medesima prospettiva vanno poi richiamate le definizioni e classificazioni normative delle diverse tipologie di prestazioni inquadrabili nell’assistenza socio-sanitaria (si pensi alla distinzione tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria di cui all’art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502/1992 e al d.P.C.M. 14 febbraio 2001). A ben vedere, esse presentano un rilievo che va oltre l’aspetto strettamente clinico, risultando invero funzionali sia a definire il diverso livello di intensità di cura, sia a individuare il soggetto pubblico competente e responsabile per l’erogazione e il finanziamento delle relative prestazioni²⁰.

4. La “programmazione come metodo” quale caposaldo del sistema integrato

Tra le principali novità della legge quadro del 2000 va richiamata l’importanza riconosciuta al momento programmatico, principale strumento per la “realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata” (art. 3, comma 1). D’altronde, la consacrazione della “programmazione quale metodo” può considerarsi propedeutica, se non proprio strumentale, al raggiungimento di diversi obiettivi di *policy* alla base di tale riforma: l’effettività di un modello universalista di *welfare*; la valorizzazione del carattere eterogeneo e residuale della categoria nell’ottica della soddisfazione dei bisogni degli individui, come pure del coinvolgimento dei soggetti privati (principalmente, ma non solo, nella fase di gestione ed erogazione); il rafforzamento del principio di integrazione (sia l’integrazione “interna” al settore assistenziale, sia quella socio-assistenziale).

Proprio dalla disciplina della fase programmatica emerge con evidenza come il ruolo centrale che la legge quadro attribuisce al Comune nell’ambito del sistema integrato di servizi interventi sociali non escluda

20. E invero al livello regionale è allocata la funzione di programmazione e acquisto di servizi residenziali e ad alta composizione sanitaria (residenze sanitarie assistenziali, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati), mentre a livello locale è assegnata la titolarità in materia di programmazione e acquisto di servizi semiresidenziali e domiciliari assistenziali sociali. Cfr. Di Lascio 2022, p. 252.

un coinvolgimento di tutti livelli di governo nell'organizzazione e gestione del sistema *integrato* (cfr. artt. 6 ss.).

Tuttavia, la ripartizione “multilivello” della funzione programmatica ha costituito uno dei profili più criticati della legge n. 328/2000: oltre ai dubbi circa l'effettiva legittimazione dell'intervento statale alla luce del riformato Titolo V della Costituzione, da più parti il coinvolgimento di diverse amministrazioni è stato considerato come un possibile ostacolo alla coerenza e all'omogeneità delle scelte pubbliche²¹. Non sono comunque mancate opinioni di diverso tenore che, a sostegno della scelta per una programmazione multilivello, hanno fatto notare come la “*tendenziale specializzazione dei diversi livelli di programmazione*”²² dovrebbe escludere la farraginosità e le sovrapposizioni tipiche della “programmazione a cascata”²³.

Quanto ai contenuti del Piano nazionale, la dottrina ha ricavato dall'art. 18 della legge quadro due “macro-funzioni”: una funzionale alla garanzia del diritto all'assistenza sociale (attraverso la definizione delle prestazioni e delle relative condizioni di accessibilità), e quindi riconducibile al compito statale di definizione del livello essenziale delle prestazioni assistenziali (c.d. *Liveas*); l'altra tesa a stabilire le linee fondamentali di indirizzo, attuazione e sviluppo del sistema socio-assistenziale²⁴.

Dopo la riforma costituzionale e, soprattutto, dopo che la definizione dei *Liveas* viene posta in essere al di fuori del Piano nazionale, si era parlato di un superamento nei fatti della pianificazione generale di livello statale; tali conclusioni trovavano supporto anche nel “silenzio” che ha caratterizzato gli anni successivi all'adozione Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003²⁵.

Una rinnovata centralità della pianificazione di livello statale ha però contraddistinto gli anni più recenti, anche quelli immeditamente precedenti alla pandemia.

In tal senso va innanzitutto richiamato l'art. 21 del d.lgs. 15 settembre 2017, n. 147 che, “al fine di favorire una maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni e di definire linee guida per gli interventi”, ha istituito presso il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali,

21. Police 2001.

22. Nello specifico, la programmazione statale attiene ai livelli essenziali, quella regionale alle strategie dell'integrazione e i comuni definiscono operativamente la rete dei servizi e degli interventi sul territorio

23. Sabbioni 2007.

24. Molaschi 2022, pp. 62-63.

25. *Ibidem*.

la “Rete della protezione e dell’inclusione sociale”, quale “organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla legge n. 328 del 2000”.

L’istituzione della Rete, che presenta una composizione mista e multilivello (commi 2 e 3)²⁶, è volta a rafforzare una rinnovata progettualità programmatica: le è stata infatti rimessa l’adozione di diversi Piani di natura triennale, tra i cui contenuti rientra lo sviluppo di interventi a valere sulle risorse dei relativi fondi, l’individuazione delle priorità di finanziamento, dell’articolazione delle risorse dei fondi tra le diverse linee di intervento, etc. (comma 7). Il comma 6 richiama nello specifico:

- 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;
- un *Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà*, quale strumento programmatico per l’utilizzo delle risorse della quota del Fondo Povertà di cui all’articolo 7, comma 2;
- un *Piano per la non autosufficienza*, quale strumento programmatico per l’utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all’articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Alla Rete, inoltre, è stata rimessa l’elaborazione di linee di indirizzo negli specifici campi d’intervento delle politiche afferenti al sistema degli interventi e dei servizi sociali (comma 8) ed è stato previsto che può formulare proposte e pareri in merito ad atti che producono effetti sul sistema degli interventi e dei servizi sociali (comma 9).

Con riguardo agli altri livelli di programmazione, se su quella regionale occorre confrontarsi con le leggi delle singole Regioni, risultando davvero scarse le indicazioni sul punto a livello di legislazione statale²⁷,

26. Della Rete, presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, fanno parte rappresentanti dell’autorità centrale (Ministero dell’economia e delle finanze, Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca, Ministero della salute, Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri), delle Regioni (un componente per ciascuna delle Giunte regionali e delle Province autonome, designato dal Presidente), dei Comuni (20 componenti designati dall’Associazione nazionale dei Comuni d’Italia - ANCI) e dell’INPS.

27. Ai sensi dell’art. 27 della l.r. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2, il Piano regionale stabilisce gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema integrato. In particolare il Piano definisce gli obiettivi di benessere sociale da perseguire ed i fattori di rischio sociale da contrastare; le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi; i criteri di incentivazione dei programmi per la realizzazione degli obiettivi

maggior rilievo presenta la disciplina dell'art. 19 della legge quadro sulla programmazione di livello comunale, cioè i c.d. Piani di Zona: trattasi del principale strumento di programmazione del settore, fondamentale per designare il sistema integrato di interventi e servizi sociali²⁸. E invero nel Piano vanno individuati gli obiettivi strategici e le priorità di intervento, nonché strumenti e mezzi per la relativa realizzazione; le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali come pure i requisiti di qualità; le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni nonché la concertazione con le aziende sanitarie e con i soggetti del Terzo Settore di cui all'art. 1 co. 4.

I contenuti del Piano di Zona, così come delineati dalla legge quadro, riflettono quanto "avanguardistico" sia risultato tale intervento normativo del 2000, avendo introdotto diversi elementi di novità, poi ripresi e sviluppati dalle misure successive.

È stata infatti proprio la legge quadro, seguita da alcuni legislatori regionali che si sono posti in continuità con essa, ad anticipare l'istituto della co-programmazione, oggi consacrato dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore (*infra* par. 6). Anche la de-municipalizzazione di taluni compiti e responsabilità relative al sistema integrato, ripreso e valorizzato dai più recenti interventi normativi (*infra*, par. 7), trova(va) già nella legge quadro diversi riscontri. Emblematica su tale ultimo profilo è la previsione che rimette alle Regioni la determinazione degli ambiti territoriali sociali (art. 8, comma 1, lett. a), ma va richiamato anche l'art. 19 nella parte in cui preve-

di promozione sociale, come pure i criteri generali per garantire l'accesso prioritario ai servizi ed agli interventi e quelli per la concessione e l'utilizzo dei titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali e dei contributi per spese d'investimento di cui all'articolo 48; le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale, definendo in particolare linee di indirizzo e strumenti per la pianificazione di zona. Inoltre, il Piano regionale definisce i criteri per la sperimentazione, nell'ambito dei Piani di zona, di servizi ed interventi volti a rispondere a nuovi bisogni sociali e ad introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi.

28. Nello specifico, si sensi del comma 2 il Piano di zona è volto a: "a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi; b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g); c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi; d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi".

de che il Piano di zona non è, almeno “di norma”, il piano di un Comune isolato, bensì il frutto dell’intesa di più Comuni associati, cristallizzata mediante accordo di programma cui “partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all’articolo 1, comma 4, e all’articolo 10, che attraverso l’accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano”.

5. Le forme di gestione dei servizi sociali

Coerentemente con l’importanza riconosciuta al principio di sussidiarietà (verticale ed orizzontale), la legge quadro del 2000 prevede un ampio coinvolgimento e intervento dei soggetti privati nelle diverse fasi che compongono il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali (seppur, ovviamente, con modalità e intensità differenti). Questo non mette in alcun modo in discussione il ruolo centrale delle pubbliche amministrazioni, trattandosi di un sistema che resta comunque conformato dall’intervento pubblico e incentrato sulla “responsabilità ultima” degli attori pubblici²⁹. Rimane invero in capo alle p.a. la funzione di regolazione (inclusa la fissazione dei requisiti per l’accesso di erogatori privati), quella di programmazione (anche nelle ipotesi di coinvolgimento dei privati), come pure la regia della delicata fase della c.d. “presa in carico”, comprendente la rilevazione dei bisogni e l’individuazione delle modalità per soddisfarli³⁰.

Fermo restando la libertà dell’assistenza privata espressamente tutelata dall’art. 38 Cost., l’intervento pubblico è imprescindibile anche nella fase strettamente gestionale, quella di erogazione delle prestazioni. D’altronde, nel settore dei servizi sociali la presenza di erogatori pubblici “imparziali” rappresenta una condizione imprescindibile: più ancora che il pluralismo degli operatori privati, essa garantisce che nessun destinatario delle prestazioni si trovi costretto ad aderire a determinate visioni etiche, ideali, religiose che non gli appartengono³¹.

Senza quindi metterne in alcun modo in discussione la rilevanza, questa analisi non si soffermerà sui modelli gestionali caratterizzati da un intervento pubblico diretto (es. mediante ricorso alle aziende di servizi alla persona³², alle aziende speciali), trattandosi di modelli maggiormente conosciuti;

29. Pioggia 2020, pp. 172-173.

30. *Ibidem*.

31. Albanese 2007

32. Sul tema cfr. Fabbro 2023.

appare invece preferibile concentrare l'attenzione su quelle forme di gestione caratterizzate dal coinvolgimento di operatori privati che, a ben vedere, sono quelle maggiormente interessate dai più recenti interventi normativi.

È opinione praticamente unanime che la disciplina sulla modalità di gestione dei servizi introdotta dalla legge quadro n. 328/2000 non brilla per tassatività, sistematicità e completezza, essendo per tale ragione risultato fondamentale il ruolo della dottrina nel (ri)costruire e sviluppare le scarse indicazioni organizzativa³³, colmandone le lacune e sciogliendone i principali nodi interpretativi³⁴. Centrale è stato anche il ruolo della legge regionale, soprattutto dopo la dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 113-*bis* del T.u.e.l. sulla gestione dei servizi pubblici locali privi di rilevanza economica da parte della richiamata sent. n. 272 del 2004: come anticipato, queste vicende hanno infatti finito per attribuire maggior spazio ai legislatori regionali, facendo peraltro venir meno nel settore di cui si discute il principio di tipicità delle forme di gestione (Sciullo 2004).

Quanto appena osservato rende evidente come ci si trova a confrontarsi con una disciplina che, al di là di alcuni punti fermi, risulta ancora molto frammentaria, tanto per le differenze territoriali a livello regionale e/o comunale, quanto per le differenze legate alla tipologia del servizio (residenziale, semiresidenziale, domiciliare) e dei destinatari degli interventi (disabili, minori, anziani, etc.)³⁵.

In tale contesto, l'inquadramento dei moduli organizzativi per la gestione dei servizi sociali di seguito proposto non può che consistere in un mero tentativo di sistematizzazione delle principali soluzioni a disposizione dei legislatori regionali e delle amministrazioni locali, privo di qualunque pretesa di completezza.

5.1. Affidamento a terzi mediante contratto di appalto o concessione

La soluzione tradizionale è quella dell'*affidamento a terzi*, mediante gara, di un contratto di *appalto* o *concessione* di servizi sociali, ove la differenza tra queste due forme contrattuali va ravvisata nelle distinte moda-

33. Per tutti, Consito 2009; Molaschi 2008; Albanese 2007; Renna 2007; Maltoni 2005.

34. Si pensi, ad esempio, alla poco chiara distinzione tra *affidamento della gestione dei servizi* (art. 6) e *acquisto di servizi e prestazioni* (art. 5) introdotta dal d.P.C.M 30 marzo 2001.

35. Cfr. Giglioni 2007. L'Autore ha inoltre svolto il ruolo di Responsabile scientifico di un'interessante ricerca sulle soluzioni adottate a livello regionale per l'organizzazione e l'erogazione di servizi sociali. I risultati di tale ricerca – dal titolo i “*I modelli di affidamento dei servizi sociali e l'attuazione dei sistemi di accreditamento*” – finanziata nel 2005 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sono stati pubblicati nel 2006.

lità di remunerazione dell'affidatario e, quindi, di ripartizione del rischio operativo ed economico dell'operazione tra amministrazione e privato³⁶.

Il processo di integrazione europea ha progressivamente precluso alle amministrazioni nazionali la possibilità di affidamenti non caratterizzati dal rispetto di procedure comparative nella scelta del contraente, in quanto ritenute necessarie per la garanzia dei principi di parità di trattamento, non discriminazione, pubblicità e trasparenza e, quindi, per l'effettività delle libertà di circolazione.

Tuttavia, a differenza di quanto sostenuto da parte della dottrina, ciò non ha comportato un completo assoggettamento di tali servizi alle logiche e alle regole di mercato. L'ordinamento Ue, infatti, ha mostrato una particolare attenzione per le peculiarità che contraddistinguono tali servizi rispetto ai tradizionali servizi pubblici di rilevanza economica.

Può richiamarsi in tal senso il *regime alleggerito* previsto per le procedure di affidamento delineato dagli artt. 74 ss. della direttiva 2014/24/Ue sugli appalti e dall'art. 19 della direttiva 2014/23/Ue sulle concessioni per specifici servizi, tra cui quelli servizi sociali e sanitari³⁷. Al netto delle differenze tra questi due testi normativi, si tratta in entrambi i casi di un *regime minimo* di evidenza pubblica – caratterizzato da soglie più elevate e dalla sola applicazione di limitati oneri di pubblicazione a livello europeo del bando e dell'aggiudicazione – volto ad assicurare il rispetto dei principi sopra richiamati e, al tempo stesso, a garantire agli Stati membri un maggior margine di discrezionalità nell'organizzazione dei servizi sociali. Una più ampia autonomia per il livello di governo nazionale è stata infatti ritenuta necessaria per consentirgli agli Stati membri di rispettare la componente identitaria e culturale di tali servizi, attraverso l'introduzione di discipline differenziate.

Al tempo stesso, le direttive Ue perseguono obiettivi di uniformità, che però non sono rivolti – come potrebbe immaginarsi stante la base giuridica delle stesse – al solo raggiungimento di finalità di mercato: si richiede invero agli Stati membri di introdurre, in sede di attuazione delle direttive, discipline che siano tali da consentire alle amministrazioni nazionali di tenere in considerazione le specificità dei servizi sociali e la necessità di garantire la

36. Il rischio è interamente in capo all'acquirente pubblico negli *appalti*, mentre nelle concessioni va trasferito al concessionario il "rischio operativo di natura economica che comporta la possibilità di non riuscire a recuperare gli investimenti fatti e i costi sostenuti", con la conseguenza che il corrispettivo consiste nel diritto per lo stesso il concessionario "di gestire i lavori o i servizi o in tale diritto accompagnato del prezzo" (cfr. la Direttiva concessioni 2014/23/Ue).

37. Si vedano pure i considerando nn. 114 della direttiva appalti 2014/24/Ue e 53 della direttiva concessioni.

qualità, la continuità, l'accessibilità, la completezza e le specificità di particolari categorie di utenti compresi i gruppi svantaggiati e vulnerabili.

Per concludere, può risultare di interesse rilevare che le modalità con cui il legislatore italiano ha sfruttato tale “spazio” che il diritto Ue rimette agli Stati membri appaiono non del tutto convincenti, sotto il profilo “quantitativo” ma soprattutto “qualitativo”.

Gli artt. 127 ss. del nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36), in perfetta continuità con gli artt. 142 della previgente disciplina (d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50)³⁸, introducono infatti un regime ben più rigoroso e puntuale di quello ricavabile dalle direttive, tanto che si utilizza l'espressione regime “intermedio” (invece che alleggerito).

È stato peraltro confermato un approccio c.d. “negativo” (consistente nella non applicazione di una parte della disciplina “ordinaria” prevista per tutte le altre tipologie di affidamenti) che non sembra il più adeguato per consentire alle singole amministrazioni di prendere in considerazione le specificità di tali servizi. Per chiarire il concetto con un esempio, si pensi al carattere personale e relazionale delle prestazioni socio-assistenziali che, ad avviso di chi scrive, avrebbe richiesto un approccio “proattivo”, consistente in misure specifiche, ulteriori alle clausole sociali di riassorbimento, volte garantire la continuità dei lavoratori addetti all'erogazione delle prestazioni.

5.2. Sistema delle tre A o di quasi mercato (autorizzazione, accreditamento, accordo)

Si tratta di un modello organizzativo destinato probabilmente ad affermarsi quale principale strumento per l'erogazione dei servizi alla persona e sostanzialmente basato sulla presenza di più soggetti (pubblici e privati) che possono gestire ed erogare prestazioni assistenziali per conto del sistema pubblico, in un regime di *concorrenza amministrata*. L'Emilia-Romagna, ad esempio, ha previsto questo modello quale soluzione ordinaria, consentendo il ricorso all'affidamento a terzi solamente “fino all'avvio del sistema di accreditamento [...] nonché per le prestazioni escluse dall'ambito di applicazione di tale modello” (cfr. art. 41, l.r. 2/2023).

La legge n. 328/2000 lo ha ripreso da alcune esperienze regionali e, soprattutto, dal settore sanitario³⁹ introducendo, però, una disciplina più

38. In vigore del Codice del 2016, sul tema sono state approvate, con delibera n. 382 del 27 luglio 2022, le Linee guida ANAC n. 17, recanti *Indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali*.

39. Sul tema sia consentito rinviare a Caruso 2023.

scarna di quella contenuta nel d.lgs. 502/1992 ss. mm. ii.; di fatto, la legge quadro si è limitata a introdurre, anche per i servizi sociali, alcuni degli istituti costitutivi di tale sistema – come l’autorizzazione e l’accreditamento di cui all’art. 11 e i titoli di acquisto di cui all’art. 17 – senza però preoccuparsi della loro puntuale regolamentazione né di definire una disciplina organica e completa di tale modello organizzativo.

Il c.d. *sistema delle tre A* si basa sulla sequenza autorizzazione–accreditamento–accordo/contratto, nonché sul ruolo centrale rivestito dal metodo della programmazione dei bisogni e delle risorse.

L’*autorizzazione* viene concessa in seguito all’accertamento dell’esistenza di requisiti tecnici minimi richiesti dalla legge e non è collegata alle esigenze di programmazione (non svolge, pertanto, alcuna funzione selettiva o di contingentamento dell’offerta). Il suo rilascio è necessario per svolgere attività socio-assistenziale anche al di fuori del servizio pubblico: il momento autorizzatorio serve a garantire che nessun servizio alla persona si ponga al di sotto di quel livello qualitativo minimo che lo renderebbe potenzialmente pericoloso per la salute e l’integrità psico-fisica della persona.

L’*accreditamento*, provvedimento unilaterale conseguente a un procedimento a istanza di parte, è strumento necessario, ma non sufficiente, per l’ingresso nel sistema pubblico (*rectius*, per erogare prestazioni per conto e – in parte – a carico del servizio pubblico).

Le scarse disposizioni della legge n. 328/2000 sembrerebbero configurarlo come strumento scollegato dalla fase programmatica (cd. *accreditamento liberalizzato*), da concedere a chiunque in possesso di requisiti tecnici ulteriori rispetto a quelli richiesti per l’autorizzazione/SCIA. Nella prassi, alcune Regioni hanno in effetti seguito questa impostazione, mentre la maggior parte, inclusa l’Emilia-Romagna, hanno optato per un *accreditamento chiuso*, il cui rilascio avviene nell’ambito del fabbisogno di servizi indicato dalla programmazione regionale (cfr. art. 38 l.r. n. 2/2003, come modificato dalla l.r. 6 novembre 2019, n. 22).

La legge quadro statale non contiene alcun riferimento espresso alla *fase della contrattualizzazione* ma un momento convenzionale, ritenuto necessario in dottrina sin dai primi commenti, ha quasi sempre trovato espresso riconoscimento nelle normative regionali; ciò è avvenuto, tuttavia, con soluzioni regolative differenti che, incidendo sulle funzioni effettivamente svolte da tale contratto, hanno influito anche sulla fisionomia complessiva del modello di gestione in questione.

Per un verso, il momento contrattuale può svolgere una *funzione* esclusivamente *regolativa*, di disciplina convenzionale delle modalità operative

e delle condizioni di erogazione delle prestazioni; di guisa che al convenzionamento dovrebbero poter accedere tutti gli erogatori autorizzati e accreditati, salvo poi dipendere dalla scelta degli utenti chi effettivamente erogherà prestazioni per conto del servizio pubblico. In questi casi, e in particolare quando anche l'accreditamento è liberalizzato e il suo rilascio dipende dal solo possesso di requisiti tecnici, il rispetto dei *budget* di spesa individuati nella programmazione è garantito attraverso il controllo della domanda realizzato, di norma, con la distribuzione di titoli di acquisto di servizi (o *voucher*) agli utenti che accedono a un programma pubblico di assistenza, per consentire loro di usufruire delle prestazioni dei soggetti accreditati.

Per altro verso, al contratto potrebbe attribuirsi non soltanto una *funzione* regolativa, ma anche di *contingentamento dell'offerta* sulla base delle risorse stanziare in programmazione. In questi casi il momento contrattuale serve a individuare sia quali operatori, fra quelli accreditati, possano erogare prestazioni per conto del servizio pubblico, sia il volume massimo di tali servizi erogabili da ciascun operatore convenzionato; sarà, poi, la libera scelta degli utenti a determinare il *quantum* effettivo di tali prestazioni.

In entrambe le soluzioni dovrebbe permanere l'aspetto caratterizzante il modello organizzativo in questione, ossia la sussistenza di uno spazio per la libertà di scelta del fornitore da parte dell'utente e di forme di concorrenza "nel mercato" fra gli operatori, pubblici e privati. D'altronde, è proprio tale aspetto che, almeno sul piano torico, contraddistingue il *sistema delle tre A* o di *quasi mercato* dal più tradizionale modello di esternalizzazione, sopra analizzato.

Invero, nell'*affidamento a terzi* della gestione del servizio mediante appalto o concessione, la presenza di operatori privati non serve ad ampliare l'offerta e quindi la libertà di scelta degli utenti; questo perché il privato affidatario di pubblico servizio gestisce il servizio socio-assistenziale in vece dell'amministrazione, senza che i destinatari della prestazione abbiano, di norma, la possibilità di scegliere il soggetto che erogherà loro le prestazioni. Di contro, nel *sistema del tre A*, anche nei sistemi più chiusi o pubblicistici (ove il controllo della spesa viene realizzato anche mediante il controllo della domanda), dovrebbe essere mantenuto uno spazio – più o meno ampio – di scelta dell'utente fra i vari erogatori con cui l'Ente competente (di norma il Comune) ha stipulato tale contratto di servizio.

Diverso il caso, frequente nella prassi, in cui si utilizza l'accreditamento al di fuori di tale modello organizzativo, quale mero strumento per la

verifica dei requisiti qualitativi nelle procedure di affidamento a terzi, rimanendo comunque inalterata la differenza fra le due forme di gestione descritte.

5.3. *Ulteriori soluzioni organizzative (anche mediante ricorso a titoli di acquisto o voucher e contributi economici)*

Ai sensi dell'art. 17 della legge quadro, i Comuni possono prevedere la concessione di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati oppure come sostitutivi di prestazioni economiche. Trattasi di due soluzioni organizzative che, ancorché entrambe implicanti l'utilizzo dei c.d. *voucher* o titoli di acquisto (*i.e.* un "importo, rappresentate un proporzionata quantità di un certo tipo di servizio, incorporato in modo cartolare in un documento cartolare amministrativo") presentano differenze significative⁴⁰: se nella prima ipotesi i *voucher* possono servire per acquisire prestazioni solamente da soggetti accreditati per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali⁴¹, nella seconda essi vengono utilizzati quali sostituti di prestazioni economiche, con la possibilità per l'utente di scegliere liberamente a chi rivolgersi per ottenere la prestazione.

Queste due differenti soluzioni organizzative sembrano trovar riscontro, al di là delle differenze definitorie, nella legislazione emiliana che disciplina sia gli "assegni di cura" (art. 12 della l.r. 2/2003) sia i "titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali" (art. 40 della medesima legge regionale).

Questi ultimi, riconducibili alla prima delle due soluzioni considerate, devono contenere "l'indicazione delle prestazioni e dei servizi che devono essere erogati, delle caratteristiche degli stessi e delle modalità di fruizione", con la precisazione che la scelta dell'utente è circoscritta all'elenco dei soggetti accreditati (art. 40).

Diversamente, gli assegni di cura sono definiti quali "benefici di carattere economico finalizzati a favorire le opportunità di vita indipendente delle persone in condizione di non autosufficienza, anche sostenendo il necessario lavoro di cura" (art. 12)⁴². A testimonianza di come tale diversa

40. Di Lascio 2022, p. 263.

41. In questi casi può aversi una soluzione organizzativa molto simile a quella descritta nel paragrafo precedente a proposito dei sistemi ad accreditamento liberalizzato; oppure, una soluzione caratterizzata da una diversa modalità di presa in carico del paziente (non di competenza della struttura pubblica, ma basata sulla libera scelta diretta dell'utente).

42. Ai sensi del comma 2 dell'art. 12 della l.r. n. 2/2003, gli assegni di cura, sono pre-

soluzione organizzativa di norma implichi una maggior libertà di scelta all'utente, va richiamato l'art. 12, comma 5 della l.r. emiliana n. 2/2003 che si limita a rimettere alla Giunta regionale il compito di stabilire “le condizioni per la concessione degli assegni di cura, la loro entità, le procedure di concessione e le modalità di controllo dell'attuazione [...]”. Si tratta di quella modalità di assistenza c.d. indiretta, alternativa all'erogazione diretta di prestazioni, che si sostanzia nel “supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato”⁴³.

Di interesse osservare come, nelle intenzioni del legislatore emiliano, le prestazioni garantite mediante assegni di cura dovrebbe rientrare alla categoria del servizio pubblico (al comma 2 dell'art. 12 viene infatti precisato che tali prestazioni “integrano i servizi e le prestazioni compresi nei livelli essenziali sociali e socio-sanitari, previsti nel programma assistenziale individualizzato, garantiti dai Comuni e dalle Aziende unità sanitarie locali”), mentre differente pare la scelta compiuta dal legislatore statale nella recente riforma dei servizi pubblici di rilevanza economica, in relazione a una soluzione organizzativa sostanzialmente corrispondente⁴⁴. Tale profilo rende ancor più interessante e foriera di ricadute operative la questione in precedenza prospettata circa l'applicabilità d.lgs. n. 201/2022 al settore dei servizi sociali.

visti a favore di: “a) persone in condizione di non autosufficienza, in grado di procurarsi direttamente le prestazioni sociali e socio-sanitarie previste dal programma assistenziale individualizzato di cui all'articolo 7, comma 3; b) famiglie che garantiscono le prestazioni socio-sanitarie previste dal programma assistenziale individualizzato, per consentire la permanenza al domicilio di persone non autosufficienti; c) famiglie e persone singole che accolgono minori in affidamento familiare, secondo quanto previsto dalla legge n. 184 del 1983”. 3. Possono ottenere l'assegno di cura di cui al comma 2, lettera b) le famiglie presso cui vive la persona in condizione di non autosufficienza. Possono altresì ottenere l'assegno di cura i congiunti non conviventi o altre persone non legate da vincoli di parentela, purché abbiano relazioni significative con la persona da assistere e che assicurino un effettivo ed adeguato aiuto”.

43. Così il d.m. 26 settembre 2016 sul “Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016”.

44. L'art. 11 del TU *Promozione e sostegno degli utenti* prevede infatti che, nei casi in cui l'ente locale, a seguito di apposita valutazione, *ritenga non necessaria l'istituzione di un servizio pubblico*, lo stesso “può comunque promuovere iniziative per assicurare un adeguato soddisfacimento dei bisogni degli utenti, ferma restando la libertà di impresa degli operatori”.

6. I rapporti tra pubbliche amministrazioni e Terzo settore. Cenni evolutivi

Si è più volte ricordato come la l. n. 328/2000 sia stata tra le prime misure normative espressamente (ma anche sostanzialmente) ispirate al principio di sussidiarietà orizzontale. Da qui, il particolare rilievo attribuito, sin dalle previsioni relative ai principi generali e alle finalità del sistema integrato, al ruolo dei soggetti del Terzo settore e ai loro rapporti con le pubbliche amministrazioni⁴⁵.

L'art. 1, comma 5, senza escludere il privato *for profit*, riconosce il ruolo del privato sociale nella gestione ed erogazione dei servizi sociali, prevedendo a favore del Terzo settore modalità peculiari di affidamento del servizio. Sul tema va poi richiamato l'art. 5, comma 2, della stessa legge quadro che rimette agli enti pubblici il compito di promuovere azioni volte a favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa, nonché “il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità”. Ai sensi del successivo comma 3, è stato adottato il d.P.C.M. 30 marzo 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della l. n. 328/2000”, contenente indirizzi specifici rivolti alle Regioni per regolamentare i rapporti tra enti locali e Terzo settore.

L'articolo 1 di tale d.P.C.M. enuncia l'obiettivo di valorizzazione del ruolo del Terzo settore nelle attività di “programmazione e progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”; tuttavia, limitate nel numero e di scarso rilievo pratico risultano le previsioni volte a valorizzare il ruolo degli Enti del Terzo Settore (di seguito, ETS) nella mera fase programmatica.

Il successivo art. 7 del medesimo decreto⁴⁶ contiene uno dei primi espressi riferimenti normativi alla co-progettazione con gli ETS, ancorché a tale strumento organizzativo venga garantito un ambito operativo non

45. L'art. 1 comma 4, anticipando i contenuti dell'art. 118, comma 4 Cost. introdotto l'anno successivo, ha infatti previsto che “Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo” di soggetti riconducibili al privato sociale (contenuto simile presenta l'art. 3 comma 1 della legge quadro).

46. Art. 7, *Istruttorie pubbliche per la co-progettazione con i soggetti del Terzo Settore*: “Al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore, i comuni possono indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare con il comune per la realizzazione degli obiettivi”.

particolarmente ampio, circoscritto solamente a specifici “interventi innovativi e sperimentali”.

Al di fuori di specifiche (e non numerose) esperienze regionali⁴⁷, queste previsioni della legge quadro sui rapporti amministrazioni pubbliche e ETS non sono state oggetto di particolare attenzione, rimanendo sostanzialmente inapplicate.

Solo con il Codice del Terzo settore (di seguito CTS), adottato con d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, gli istituti della co-programmazione e della co-progettazione hanno riacquisito centralità nel dibattito politico e accademico.

Invero, l'art. 55 del Codice, recante *Coinvolgimento degli enti del Terzo settore*, attribuisce *portata generale* a tali istituti, nel senso che le pubbliche amministrazioni possono farvi ricorso, senza il limite del carattere sperimentale e innovativo del progetto, per coinvolgere gli enti del Terzo settore (ETS) nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di interesse generale di cui all'articolo 5 del CTS (tra cui ovviamente rientrano gli interventi e i servizi sociali alla persona).

Con riguardo alla co-programmazione, l'art. 55, co. 2, si limita a delineare sommariamente la funzione (individuazione, da parte delle p.a., “dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili”), senza fornire alcuna indicazione sugli aspetti procedurali. Questi ultimi andranno quindi desunti dai principi richiamati dal comma 1, ossia da quell'insieme di principi a cui i particolari rapporti tra p.a. e ETS devono conformarsi e ai quali devono dare attuazione: sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare.

Leggermente più consistente risulta la disciplina sulla co-progettazione: oltre che del profilo funzionale (“la co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2”), il legislatore si occupa degli aspetti procedurali, prevedendo che l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avvenga, anche mediante forme di accreditamento, “nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da par-

47. Cfr. l. r. 12 marzo 2008, n. 3 della Regione Lombardia.

te della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner" (art. 55, co. 3 e 4).

Il tentativo del legislatore di rilanciare questi strumenti non si è tradotto in un loro significativo utilizzo nella prassi delle pubbliche amministrazioni. Molteplici ragioni hanno contribuito all'iniziale limitata adesione al metodo della amministrazione condivisa. È indubbio tuttavia che una delle principali cause di ciò vada rintracciata nella posizione assunta dal Consiglio di Stato nel parere n. 2052 del 20 agosto 2018: dopo aver messo in evidenza le somiglianze tra gli istituti di cui all'art. 55 CTS (in particolare la co-progettazione) e quelli del diritto dei contratti pubblici, i giudici di Palazzo Spada hanno osservato che i primi "configurano, in ottica europea, appalti di servizi sociali" e non possono quindi essere sottratti all'applicazione della regolazione pro-concorrenziale. Alla luce di ciò, ha proseguito il Consiglio di Stato, la disciplina del Codice dei contratti pubblici "prevale in ogni caso sulle difformi previsioni del Codice del Terzo settore", trovando applicazione, in caso di contrasto non risolvibile in via interpretativa, l'istituto della disapplicazione a garanzia della *primauté* del diritto UE.

È evidente come tale parere abbia contribuito a rafforzare quelle posizioni favorevoli a una marginalizzazione degli istituti di cui al Titolo VII del CTS o, comunque, a un loro ruolo residuale rispetto ai tradizionali affidamenti pubblici mediante appalto o concessione.

Il quadro è tuttavia radicalmente mutato grazie alla nota sentenza n. 131 del 2020 con cui la Corte costituzionale ha ridato slancio agli istituti del CTS, ponendosi in evidente discontinuità con il parere del Consiglio di Stato 2018 (come del resto riconosciuto dallo stesso nel più recente parere n. 802/2022)⁴⁸.

La Corte costituzionale ha invero fatto riferimento a un "nuovo rapporto collaborativo" tra le pubbliche amministrazioni e gli ETS che, nel "procedimentalizzare l'azione sussidiaria di cui all'art. 118 co. 4", realizza "un canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato". Sempre secondo la Corte, nel prevedere forme di coinvolgimento attivo degli ETS attraverso co-programmazione, co-progettazione e successivo partenariato, l'art. 55 disciplina le varie fasi di "un procedimento complesso, espressione di un diverso rapporto tra il pubblico ed il privato sociale, non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico".

48. Cfr. Cons. St., sez. cons. att. norm., 3 maggio 2022, n. 802.

Il modello configurato dall'art. 55 CTS, per cui la dottrina ha utilizzato l'espressione "accordi procedimentali collaborativi", non si basa infatti sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma "sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico".

Con la decisione n. 131/2020 la Corte costituzionale ha nella sostanza fatto proprie quelle posizioni, soprattutto dottrinali, che avevano già dato rilievo ai tratti caratterizzanti di questi accordi procedimentali collaborativi per metterne in evidenza le differenze rispetto alle tradizionali forme di esternalizzazione mediante i contratti pubblici.

Proprio alla luce di tali evoluzioni giurisprudenziali, cui hanno fatto seguito alcune modifiche normative al previgente Codice dei contratti pubblici, è stato adottato il decreto n. 72/2021 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali contenente le *Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore)*. Di tali Linee guida ministeriali merita di essere segnalata la parte contenente le indicazioni operative e procedurali fornite con riguardo ai singoli procedimenti di co-programmazione e co-progettazione che svolgono un'utile funzione integrativa del (non particolarmente consistente) dato legislativo statale.

Allo stato attuale, si registra quindi un clima particolarmente favorevole al ricorso agli istituti di amministrazioni condivisa di cui all'art. 55 del CTS, come peraltro denotano l'ampia attenzione loro dedicata in dottrina⁴⁹, i recenti interventi di diversi legislatori regionali, incluso quello emiliano (l.r. 13 aprile 2023, n. 3 *Norme per la promozione ed il sostegno del Terzo settore, dell'amministrazione condivisa e della cittadinanza attiva*), anch'essi rivolti a integrare e specificare la normativa nazionale⁵⁰ e, soprattutto, l'attenzione riservata al ruolo del Terzo settore nel PNRR e nei provvedimenti successivi e ad esso riconducibili.

Ad avviso di chi scrive, tuttavia, non va trascurata l'esigenza di una particolare cautela nel ricorso agli strumenti di amministrazioni condivisa; essi

49. Limitando l'attenzione ai lavori monografici, cfr. Parisi 2023; Galli 2022; Palazzo 2022; Frediani 2021.

50. Si v. pure le esperienze delle Regioni Toscana (l.r. 22 luglio 2020, n. 65 *Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano*); Molise (l.r. 7 ottobre 2022, n. 21 *Disciplina del Terzo settore*) e Umbria (l.r. 6 marzo 2023, n. 2 *Disposizioni in materia di amministrazione condivisa*).

– e in particolare la co-progettazione – vanno utilizzati per dar vita a rapporti non sinallagmatici e realmente collaborativi, effettivamente alternativi rispetto al tradizionale modello di dell’affidamento a terzi mediante appalto o concessione; d’altronde, come si evince dal richiamato parere del 2018 del Consiglio di Stato, vanno preferiti approcci gradualistici e non radicali nell’inquadramento del rapporto tra il diritto UE e gli strumenti previsti dall’art. 55 del CTS e, in particolare, nel ritenere la disciplina sovranazionale sul mercato interno non applicabile ai rapporti tra p.a. e ETS.

A ben vedere, nella medesima direzione muovono sia l’art. 18 del TU sui servizi pubblici locali recante *Rapporti di partenariato con gli enti del Terzo settore*, sia l’art. 6 del nuovo Codice dei contratti pubblici, recante *Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale. Rapporti con gli enti del Terzo settore*. Seppur con alcune differenze terminologiche, entrambe le disposizioni sembrano presentare una medesima *ratio* di fondo, ovvero precisare, e quindi meglio delineare, i confini di operatività dell’art. 55 CTS per smussare i profili di possibile frizione con il diritto Ue.

7. Le più recenti tendenze in tema di assistenza agli anziani

L’obiettivo, al centro delle più recente *policies* del settore, di ritardare nel tempo e ridurre nella misura il bisogno di assistenza residenziale mediante soluzioni volte a favorire la domiciliarità⁵¹ trova(va) già ampio riscontro nella legge quadro del 2000, il cui art. 15 (*Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti*) prevede che una quota del Fondo nazionale sia riservata ai “i servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l’autonomia e sostenere il nucleo familiare nell’assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta”⁵². Per il raggiungimento di tale obiettivo sono state previste misure volte a rafforzare l’integrazione tra assistenza e sanità (art. 15, comma 2), come pure a valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, mediante interventi di aiuto e sostegno domiciliare per le famiglie che assumono compiti di assistenza e di cura degli anziani (art. 16).

51. Bin, Donati, Pitruzzella 2021, pp. 330 ss.

52. Cfr. pure l’art. 22 secondo cui costituiscono livelli essenziali di assistenza gli “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”.

La medesima prospettiva di *policy* è stata seguita dal legislatore regionale, come si ricava dall'art. 2 sui principi della l.r. n. 2/2003 dell'Emilia-Romagna secondo cui "(l)a presente legge riconosce, promuove e sostiene [...] l'autonomia e la vita indipendente, con particolare riferimento al sostegno alle scelte di permanenza al proprio domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia" (cfr. pure l'art. 5, comma 4, lett. b della medesima legge).

Come noto, il PNRR ha dato un forte impulso alla transizione verso la domiciliarità, ponendo così le basi per l'avvio di una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Il Piano di ripresa e resilienza contiene, infatti, diverse linee di intervento dedicate ai pazienti non autosufficienti, con rilevanti investimenti finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione mediante soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia e la continuità dell'assistenza (cfr. linea di intervento linea di intervento M5C2.1, strettamente collegata alla riforma dei servizi sanitari territoriali o di prossimità previsti dalla Missione 6).

Già prima del PNRR, il *favor* per la domiciliarità era emerso nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*) che, nel capo relativo all'assistenza sociosanitaria, ha espresso chiaramente la preferenza per gli "interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali" (comma 4 dell'art. 21, recante *Percorsi assistenziali integrati*).

Di rilievo ai nostri fini è anche il successivo articolo 22 di tale d.P.C.M.: dopo la precisazione volta a definire i percorsi assistenziali a domicilio (costituiti "dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita"), tale disposizione ha introdotto una rinnovata articolazione delle cure domiciliari suddividendole in quattro livelli di intensità, complessità e durata.

A tal riguardo va premesso che i servizi erogati ove l'anziano abitualmente dimora sono l'*assistenza domiciliare integrata* (di competenza del SSR e comprendente diversi interventi destinati ad anziani fragili con necessità di assistenza sanitaria e/o assistenza socio-sanitaria) e l'*assistenza domiciliare* (o servizi di assistenza domiciliare), caratterizzata dalla sola erogazione di prestazioni di tipo sociale e assistenziale, di competenza quindi dell'ente locale⁵³.

53. Cfr. Di Lascio 2022.

Con riguardo alla prima categoria, l'art. 22 comma 3 del d.P.C.M. del 2017 sui LEA distingue tra: *i*) cure domiciliari di livello base⁵⁴; *ii*) cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello⁵⁵; *iii*) cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello⁵⁶ e *iv*) cure domiciliari integrate (ADI) di III° livello⁵⁷.

Con riguardo invece all'assistenza domiciliare, va richiamata la legge di bilancio 2022 (l. 30 dicembre 2021, n. 234), e in particolare i relativi commi da 159 a 171 che hanno introdotto importanti innovazioni, elaborate anche al contributo del gruppo di lavoro "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", istituito nel marzo 2021 presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali e presieduto dall'ex ministro Livia Turco.

In particolare, il comma 162 della finanziaria 2022 ripartisce in tre aree i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociali di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti. In particolare, *i*) l'assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari⁵⁸; *ii*) i servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie⁵⁹; *iii*)

54. "Costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo".

55. "Costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso".

56. "Costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso".

57. "Costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver".

58. "Quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria".

59. "Il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore [...]".

i servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie⁶⁰.

La legge di bilancio 2022 si occupa tanto di aspetti riguardanti il contenuto del diritto all'assistenza (cfr. anche il comma 159 che definisce i "livelli essenziali delle prestazioni sociali" o LEPS), quanto di profili di carattere organizzativo che, tuttavia, sono così strettamente connessi e funzionali alla garanzia di un determinato livello di assistenza che viene utilizzata l'espressione "LEPS di Processo"⁶¹.

In questa prospettiva, ai sensi del comma 163 i "Punti unici di accesso" (PUA) – mediante cui viene garantito l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari – hanno sede operativa presso le "Case della comunità" e presso di essi operano *equipe integrate composte da personale del sistema sociale e di quello sanitario*; ad esse spetta definire il "progetto di assistenza individuale integrata" (PAI), tenendo conto dell'esigenza di permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Di assoluto rilievo sono anche i commi 164 e 160 della medesima legge di bilancio 2022.

Il primo è finalizzato a invertire la tendenza, marcata nell'ambito degli interventi di contrasto alla non autosufficienza, a preferire contributi economici e trasferimenti monetari, cui la disposizione in questione riconosce un ruolo "integrativo", così da avviare un graduale passaggio verso l'erogazione di servizi diretti o indiretti.

Il comma 160, invece, rafforza quel processo di "spostamento verso l'alto" delle funzioni in materia secondo: spetta agli *ambiti territoriali sociali* (ATS) di cui all'art. 8 della legge quadro garantire, per conto degli enti locali titolari del servizio, lo svolgimento omogeneo sul territorio di riferimento delle funzioni di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi e dei servizi sociali, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale. In tale direzione, peraltro, muoveva già l'art. 23, comma 2 del d.lgs. n. 147/2017, che aveva rimesso

60. "Quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti".

61. Cfr. Piano per la non autosufficienza 2022-2024 secondo cui tali LEPS integrati di processo sono "tesi a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato".

alle Regioni e alle Province autonome l'adozione di "ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro", con l'importante precisazione che tali ATS devono coincidere, per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi, "con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego".

Da tale previsione emerge, per un verso, che la "de-municipalizzazione" dei servizi sociali risponde a ragioni solo in parte coincidenti con quelle che hanno giustificato il medesimo processo per quasi tutti i servizi pubblici di livello locale: all'esigenze di efficienza gestionale e di rafforzamento di economie di scala, nel settore in questione viene in rilievo – come già anticipato – anche la necessità di agevolare, attenuando le differenze organizzative, l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

Per altro verso, la disposizione in questione riflette una tendenza ben sottolineata in altri contributi del presente volume, ovvero il *favor* per politiche di integrazione che vanno ben oltre la componente sanitaria-assistenziale; ancor più significativo in tale senso il precedente comma 1 dell'art. 23 del d.lgs. n. 147/2017 che invita Regioni e Province autonome a promuovere "accordi territoriali tra i servizi sociali e gli altri enti od organismi competenti per l'inserimento lavorativo, l'istruzione e la formazione, le politiche abitative e la salute finalizzati alla realizzazione di un'offerta integrata di interventi e di servizi". In questa dimensione va quindi inquadrata la scelta dei membri della Rete della protezione e dell'inclusione sociale che, nella redazione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, hanno dedicato un intero paragrafo ai rapporti tra il settore sociale e altri ambiti, ulteriori a quello sanitario (politiche del lavoro e abitative, istruzione, giudiziario)⁶². Molte delle tendenze richiamate nel presente paragrafo (*favor* per la domiciliarità e per gli interventi diretti e indiretti, rafforzamento dell'uniformità e omogeneità territoriale delle prestazioni, de-municipalizzazione dei servizi sociali, integrazione tra il settore sociale e altre politiche) e, in più in generale, in questo lavoro (es. valorizzazione del ruolo del Terzo settore) trovano riscontro e vengono sviluppati nei più recenti interventi sul settore, quale il "Piano per la non autosufficienza 2022-2024" e, soprattutto, la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". A ben vedere, tuttavia, nessuno di questi obiettivi di *policy* può dirsi de tutto estraneo alla legge quadro n. 328 del 2000, confermo quanto di buono è stato detto su questa riforma che, a più di vent'anni dalla sua adozione, presenta ancora una innegabile attualità.

62. Per analisi di tale Piano, cfr. Borrelli 2023.

Bibliografia

- Albanese A. (2007), *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Giuffrè.
- Baldassarre A. (1989), *Diritti sociali*, in *Enc. giur.*, XI, pp. 1-7.
- Berlingò V. (2012), *La rilevanza dei fatti di sentimento nel diritto amministrativo: i fattori relazionali nella tutela dei diritti sociali*, in *Dir. amm.*, pp. 143 ss.
- Bin R., Pitruzzella G., Donati D. (2021), *Lineamenti di diritto pubblici per i servizi sociali*, Giappichelli.
- Borelli S. (2023), *L'interregno dei servizi di assistenza per le persone non autosufficienti. Spunti di riflessione nella prospettiva giuslavoristica*, in S. Buoso, A. Passaro, a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità. Una ricerca interdisciplinare*, Giappichelli, pp. 55 ss.
- Caia G. (2004), *I servizi sociali degli enti locali e la loro gestione con affidamento a terzi. Premesse di inquadramento*, in *San. pubbl. priv.*, 4, 2004, pp. 355 ss.
- Caruso E. (2023), *Il rapporto pubblico e privato nel servizio sanitario: tra oscillazioni e fibrillazioni*, in S. Buoso, A. Passaro, a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità. Una ricerca interdisciplinare*, Giappichelli, pp. 9 ss.
- Caruso E. (2017), *L'evoluzione dei servizi sociali e socio sanitari nell'ordinamento interno ed europeo*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 5, 2017, pp. 1113 ss.
- Consito M. (2009), *Accreditamento e terzo settore*, Jovene.
- Corso G. (1981), *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, pp. 757 ss.
- Delsignore M. (2018), *I servizi sociali nella crisi economica*, in *Dir. amm.*, 2018, pp. 587 ss.
- Di Lascio A. (2022), *Le strutture e i servizi a tutela degli anziani*, in F. Manganaro, R. Morzenti Pellegrini, V. Molaschi, D. Siclari, a cura di, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Giappichelli, pp. 1 ss.
- Fabbro A. (2023), *Come "funzionano" le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona in Emilia-Romagna? Una ricerca esplorativa a 20 anni dall'implementazione della riforma dei servizi sociali*, in *Riv. trim. sc. amm.*, 1, 2023, pp. 1 ss.
- Ferrari E. (1986), *I servizi sociali*, Giuffrè.
- Ferrari E. (2003), *I servizi sociali*, in S. Cassese, a cura di, *Trattato di diritto amministrativo - Diritto amministrativo Speciale*, I, Giuffrè, pp. 598 ss.
- Fracchia F. (2004), *Combattere povertà ed esclusione: ruolo, strategie e strumenti per i soggetti pubblici*, in *Dir. econ.*, 1, 2004, pp. 41 ss.
- Frediani E. (2021), *La co-progettazione dei servizi sociali*, Giappichelli.
- Galli L. (2022), *La co-programmazione e la coprogettazione dei servizi di integrazione dei migranti. Paradigmi di coinvolgimento della società civile nei percorsi di inclusione sociale*, Giappichelli.
- Gigliani F. (2008), *L'accesso al mercato nei servizi di interesse generale. Una prospettiva per considerare liberalizzazioni e servizi pubblici*, Giuffrè.

- Maltoni A. (2005), *I sistemi regionali integrati di interventi e servizi sociali*, in *Le Reg.*, 5, 2005, pp. 894 ss.
- Molaschi V. (2022), *I servizi sociali e il modello di welfare delineato dalla L. n. 328/2000*, in F. Manganaro, R. Morzenti Pellegrini, V. Molaschi, D. Siclari, a cura di, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Giappichelli, pp. 1 ss.
- Molaschi V. (2008), *I servizi sociali*, in S. Mangiameli, a cura di, *I servizi pubblici locali*, Giappichelli, pp. 373 ss.
- Molaschi V. (2004), *Sulla nozione di servizi sociali: nuove coordinate costituzionali*, in *Dir. eco.*, pp. 95 ss.
- Moliterni A. (2015), *Solidarietà e concorrenza nella disciplina dei servizi sociali*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, pp. 89 ss.
- Morzenti Pellegrini R. (2022), *Le modalità di gestione dei servizi asociali nell'ambito dei servizi pubblici locali*, in F. Manganaro, R. Morzenti Pellegrini, V. Molaschi, D. Siclari, a cura di, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Giappichelli, p. 103 ss.
- Palazzo D. (2022), *Pubblico e privato nelle attività di interesse generale. Terzo settore e amministrazione condivisa*, Giappichelli.
- Parisi R. (2023), *Il sistema dei servizi sociali tra Stato, mercato e terzo settore*, Editoriale Scientifica.
- Pastori G. (2007), *Pubblico e privato nei servizi sociali*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni (a cura di), G. Pastori, *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*, Giuffrè, pp. 75 ss.
- Pioggia A. (2020), *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli.
- Police A. (2001), *Regioni ed enti locali nell'assunzione e gestione dei servizi sociali: prove di sussidiarietà*, in *Rapporto sulla situazione del Servizio sociale*, EISS.
- Renna M. (2007), *Commento all'art. 11*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, a cura di, G. Pastori, *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*, Giuffrè, pp. 300 ss.
- Sabbioni P. (2007), *Art. 5 Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, a cura di, G. Pastori, *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*, Giuffrè, pp. 140 ss.
- Sciullo G. (2004), *Stato, regioni e servizi pubblici locali nella pronuncia n. 272/04 della Consulta*, in *Lexitalia.it*, n. 7-8.