



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN GIURISPRUDENZA

Gli Enti del Terzo Settore nel sistema di emergenza-
urgenza lombardo: profili giuridici ed assicurativi

Relatore: Chiar.mo Prof. Alessandro Tira

Tesi di laurea di
Jacopo Michele Memè
Matr. 492509

Anno accademico 2024/2025

INDICE

Introduzione

Capitolo 1

1.1 Breve introduzione.

1.2 Definizione del sistema di emergenza-urgenza e ruolo degli Enti del Terzo Settore.

1.3 Terzo Settore e sanità

1.4 L'evoluzione della struttura della sanità: da nazionale a regionale.

1.5 Il settore dell'emergenza-urgenza ed il ruolo fondamentale del Terzo Settore.

1.6 Brevi conclusioni.

Capitolo 2

1.1 Breve introduzione.

1.2 AREU: origine, struttura e competenze dell'ente.

1.3 La collaborazione tra AREU ed Enti del Terzo Settore convenzionati.

1.4 I profili di responsabilità degli Enti del Terzo Settore convenzionati: responsabilità amministrativa contabile, contrattuale ed extracontrattuale.

1.5 Brevi conclusioni.

Capitolo 3

1.1 Breve introduzione.

1.2 Le fonti della disciplina assicurativa per gli Enti del Terzo Settore convenzionati.

1.3 L'assicurazione come requisito di legittimazione operativa per gli Enti del Terzo Settore convenzionati e differenza con gli Enti del Terzo Settore non operanti nel sistema di emergenza-urgenza.

1.4 I profili tecnici e pratici circa le polizze assicurative degli Enti del Terzo Settore convenzionati.

1.5 Brevi conclusioni.

Conclusione

INTRODUZIONE

Tradizionalmente, il sistema pubblico di primo soccorso si è sempre servito della collaborazione di soggetti privati, originariamente esterni allo schema, che incentravano la loro attività nel sostegno alla società ponendosi da intermediari tra il paziente bisognoso di cure e la struttura ospedaliera. In modo progressivo all'interno di questo sistema, in ragione di plurimi interventi legislativi, le singole Regioni hanno sempre più delineato un rapporto gradualmente più connesso e collegato con le suddette entità private, al fine di realizzare un modello che da un lato rendesse più solido il sistema, e dall'altro sgravasse il peso sulla spesa pubblica regionale.

Una delle Regioni che più di tutte fonda l'essenza del suo sistema di emergenza-urgenza su tale integrazione strutturale è indubbiamente la Regione Lombardia. A riguardo, seppur l'origine risalga ad un decennio prima, il modello lombardo ha raggiunto una piena completezza con l'entrata in vigore del Codice del Terzo Settore, nel 2017, che ha avuto il pregio di codificare una disciplina prima confusa e non perimetrata, in un quadro normativo stabile. Tale intervento normativo ha permesso alla Regione di definire in modo più adeguato tale sistema di integrazione strutturale nei confronti di quei soggetti che, da lì, hanno assunto la qualifica di Enti del Terzo Settore.

Questo studio si propone, dunque, di analizzare in profondità, mediante il supporto della più autorevole dottrina e dell'analisi di documentazioni prodotte dalla Regione e da enti pubblici di matrice regionale, la disciplina che regola il rapporto tra Regione Lombardia ed Enti del Terzo Settore nel sistema di emergenza-urgenza, concentrando l'esame sui principali elementi partendo dall'origine e dalle motivazioni

che stanno alla base di tale integrazione, passando per le modalità attuative del rapporto con gli enti, intese sia in senso ampio relativamente alla definizione di uno schema interno di riparto di competenze tra soggetti che in senso stretto in relazione al contenuto contrattuale del rapporto stesso, ed arrivando a trattare una questione di estrema rilevanza pratica, vale a dire l'ambito relativo alla copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore coinvolti nel modello, oltre che la sua posizione in relazione con la regolamentazione regionale specifica del settore, ma anche con quella nazionale del Terzo Settore in generale.

CAPITOLO 1

1) Breve introduzione

Il capitolo di apertura si propone di descrivere la cornice giuridica generale all'interno della quale si inserisce il sistema di emergenza-urgenza lombardo. In particolare, il contenuto si concentra principalmente ¹sulla rappresentazione dei concetti preliminari e dell'evoluzione normativa dell'ordinamento nazionale nell'ambito della definizione del Servizio Sanitario Nazionale e quindi del Servizio Sanitario Regionale, analizzando poi, in via generale, l'essenziale e giuridicamente fondato contributo degli Enti del Terzo Settore all'interno di uno dei settori del suddetto servizio pubblico, vale a dire il sistema di emergenza-urgenza.

2) Definizione sistema emergenza-urgenza e ruolo degli ETS.

Il sistema di emergenza-urgenza italiano, che costituisce la tematica centrale della tesi, è definito normativamente come l'insieme coordinato di norme, strutture, processi organizzativi, risorse umane nonché tecnologiche che assicurano e garantiscono una risposta, oltre che appropriata, immediata alle situazioni cliniche che potenzialmente implicano un grave ed attuale rischio per la vita o per l'integrità fisica e mentale della persona, sia a livello extraospedaliero e dunque territoriale, sia in ambiente ospedaliero¹.

Questa definizione fonda le basi all'interno delle principali fonti normative e dottrinali che definiscono l'organizzazione ed il funzionamento del sistema sanitario nazionale, in particolare in riferimento alle leggi statali e regionali nell'ambito della tutela della salute. A questo proposito è infatti opportuno delineare, seppur citando e con la riserva che vengano esaminate in modo più approfondito a suo tempo, le diverse fonti determinate, seguendo uno schema che parte dalle norme costituzionali e arriva a quelle nazionali e regionali.

Cominciando dalla base, dunque, la disciplina in questione trova il primario fondamento giuridico nella Costituzione della Repubblica Italiana, promulgata il 27 dicembre 1947, che qualifica la salute come diritto fondamentale dell'individuo,² oltre che interesse pubblico, inserendolo di conseguenza tra i diritti inviolabili della persona. In particolare l'art 32 Cost obbliga lo Stato e le Regioni ad assicurare un sistema sanitario solido e capace di attivarsi in modo adeguato e tempestivo nelle situazioni nelle quali la salute psicofisica del cittadino è in pericolo, come, nel caso specifico, nelle tipiche circostanze dell'emergenza-urgenza; in aggiunta a ciò il fondamentale ruolo di rilievo costituzionale della materia sanitaria è rafforzato ulteriormente dal contenuto dell'art 117 Cost, l'analisi particolare del quale sarà oggetto di approfondito esame nel seguito, che attribuisce alla potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni la materia della tutela della salute,

¹ La definizione del sistema di emergenza-urgenza italiano ha fondamento nell'art. 1 del Decreto legge n. 34/2020. Il quadro normativo di riferimento è completato dal D.P.R. n. 616/1977, art. 27. La disciplina dell'emergenza-urgenza si inquadra inoltre nel sistema di protezione civile di cui al Decreto legislativo n.7/2017.

² La definizione trova fondamento normativo anche nell'art. 32 della Costituzione, che tutela *"la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"*. Il quadro è completato dal Decreto legislativo n. 112/1998, art. 113, che disciplina che attengono alla tutela della salute *"le funzioni e i compiti rivolti alla promozione, alla prevenzione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione"*.

assegnando allo Stato la definizione dei principi fondamentali, mentre alle Regioni la legislazione attuativa e regolamentare. Da questo schema costituzionalmente definito ne deriva un assetto istituzionale multilivello, dove le funzioni legislative ed amministrative sono distribuite tra lo Stato centrale e le autonomie regionali, con la conseguente e fisiologica necessità di un costante coordinamento, specie nei sistemi di emergenza territoriale e nella gestione delle reti sanitarie³.

Definito il quadro costituzionale, e passando a tracciare il profilo legislativo nazionale, di primaria importanza è la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 attraverso la quale viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale; tale dispositivo costituisce la colonna portante su cui si basa l'organizzazione dell'assistenza sanitaria pubblica italiana, tra cui il settore dell'emergenza-urgenza, e risulta centrale perché legge di attuazione del principio costituzionale di cui al citato articolo 32 Cost, dal momento che si propone di assicurare un sistema universalistico attraverso il quale, sulla base di valori di equità e solidarietà, ogni soggetto ha diritto a ricevere prestazioni sanitarie appropriate e tempestive. E' importante ora però solamente accennare che il quadro normativo delineato dalla suddetta legge, seppur abbia mantenuto i caratteri peculiari generali, ha subito diverse riforme significative negli anni, prima con il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successivamente con il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che hanno introdotto elementi di decentramento e programmazione integrata che disciplinano i ruoli dello Stato e delle Regioni, argomento riguardo al quale è dedicato un intero paragrafo.

³ Art. 118 della Costituzione, che stabilisce i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza nella distribuzione delle funzioni amministrative tra i diversi livelli di governo. La necessità di coordinamento è affermata anche dalla giurisprudenza costituzionale che riconosce che *"la presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione"*.

Per concludere, almeno per adesso, questo analitico sistema di fonti inerente alla materia in generale, è necessario considerare come a fianco della normativa sanitaria in senso stretto, rileva anche, per quanto riguarda il sistema di emergenza-urgenza nello specifico, la disciplina nell'ambito della protezione civile, la cui gestione è inevitabilmente di stretta interconnessione con la direzione dell'emergenza civile, anche sanitaria⁴, e che tratto ora in quanto non rientrante nel contenuto dei prossimi paragrafi; in questo senso si inserisce la Direttiva del 24 giugno 2016, emanata dal Dipartimento della Protezione Civile in continuità con la legge istitutiva del Servizio nazionale di protezione civile Legge 24 febbraio 1992, n.225, che disciplina i criteri per l'individuazione della Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario con la finalità di assicurare un efficace coordinamento dei soccorsi sanitari urgenti in situazioni di emergenza nazionale, rappresentando un nodo strategico di controllo e comando idoneo ad allocare risorse sanitarie nell'immediato su scala interregionale.

Terminato, quindi, questo iniziale inquadramento normativo, che verrà integrato di seguito con un'analisi approfondita della strutturazione della sanità prima statale e poi regionale, per proseguire con la delineazione specifica della disciplina del sistema di emergenza-urgenza, è necessario esaminare lo stesso a livello strutturale, scomponendolo in fasi operative, ciascuna con proprie responsabilità e funzioni. La prima componente in esame è qualificata giuridicamente come Emergenza territoriale o extra-ospedaliera la cui funzione principale consiste nella ricezione della chiamata denunciante il pericolo alla Centrale Operativa 118, nella valutazione dell'emergenza ed infine nel conseguente invio del

⁴ Art. 2 del Decreto legislativo n. 1/2018, che definisce la *"gestione dell'emergenza"* come *"l'insieme, integrato e coordinato, delle misure e degli interventi diretti ad assicurare il soccorso e l'assistenza alle popolazioni colpite dagli eventi calamitosi"*. L'interconnessione tra protezione civile ed emergenza sanitaria è poi disciplinata dall'art. 13, comma 1 che include tra le strutture operative nazionali ".

mezzo appropriato per la necessaria assistenza pre-ospedaliera; ulteriore componente è delineata dall’Emergenza ospedaliera, essa ha la finalità primaria di garantire un pronto soccorso attraverso la più possibile efficiente gestione del DEA, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, vale a dire la struttura comprendente il Pronto Soccorso e le unità operative specializzate per gestire le emergenze e le urgenze sanitarie di primo e secondo livello, come, ad esempio, le cosiddette patologie tempo-dipendenti; ultima, ma fondamentale, parte integrante del sistema è quella predisposta al monitoraggio ed il coordinamento degli standard di qualità del sistema, avente in particolare il fine di rilevare i dati e le informazioni necessarie per garantire i principi cardine del sistema e un’adeguata formazione del personale, oltre che gestire i processi di accreditamento e le convenzioni⁵.

Perché queste componenti, che si integrano tra loro, possano raggiungere le loro funzioni in modo giuridicamente efficiente e solido, esse sono definite sulla base di principi generali, che si riscontrano dalle fonti prima citate e dalla disciplina speciale e specifica. L’analisi di questi principi non può che iniziare con l’esame di un principio sul quale si fonda oltre che il sistema di emergenza-urgenza anche l’intero sistema sanitario italiano, il principio di universalità; come già precedentemente menzionato tale valore garantisce il diritto all’assistenza sanitaria, nello specifico in emergenza, a tutte le persone senza alcuna distinzione, e dunque indipendentemente da condizioni economiche, sociali, etniche o territoriali così come definito costituzionalmente dall’articolo 32 Cost e dalla normativa di riflesso riferita ai LEA, livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario è tenuto ad assicurare obbligatoriamente. Tale principio, quindi, impone la definizione di un sistema che garantisca

⁵ Art. 8 del Decreto legislativo n. 229/1999, che disciplina l’accreditamento delle strutture sanitarie e i sistemi di verifica e controllo della qualità delle prestazioni, e art. 7 del Decreto legislativo n. 150/2009, relativo ai sistemi di misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni sanitarie.

copertura capillare ed omogenea sull'intero territorio nazionale, rimuovendo qualsiasi forma di disparità di accesso e di esclusione⁶.

Il secondo principio cardine in analisi è riferito, invece, all'efficacia e alla tempestività dell'intervento, per il quale l'apparato deve permettere risposte immediate ed adeguate alla gravità della situazione clinica garantendo tempi rapidi di intervento e di individuazione del presidio sanitario più conforme, oltre che mezzi e strutture idonee per il soccorso ed il trasporto extra-ospedaliero.

La natura prevalentemente pubblica delle risorse utilizzate dal sistema vincola al rispetto di un altro fondamentale valore, vale a dire il principio di proporzionalità ed appropriatezza nei livelli di cura; il sistema è infatti tenuto ad uniformarsi rispetto ai criteri di adeguatezza delle risorse mobilitate in relazione al grado di complessità del caso, eludendo sprechi e, al contempo, mantenendo elevati gli standard di qualità⁷. Tale principio risulta essere centrale soprattutto nella fase di valutazione, nel rispetto dei protocolli basati sull'evidenza scientifica, dell'intervento, allo scopo di optare per la scelta migliore del mezzo di soccorso, del personale, e dell'ospedale di destinazione.

Proseguendo, essendo che il sistema ha le basi in una stretta integrazione organizzativa e funzionale tra livelli, essenziale è il principio di integrazione e coordinamento. In particolare, lo schema si costruisce su legami di coordinamento tra diverse realtà, tra cui la rete dell'emergenza territoriale e la rete ospedaliera al fine di assicurare continuità assistenziale, gli enti pubblici, i privati accreditati e gli enti del terzo settore, il livello sanitario ed il sistema di protezione civile, ed

⁶ Art. 4 del Decreto legislativo n. 116/2017, che stabilisce l'obbligo per le Regioni di garantire *"l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza su tutto il territorio regionale"*. La Corte costituzionale ha chiarito che *"i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"* per assicurare l'effettività dei diritti senza disparità territoriali.

⁷ Il finanziamento del SSN deve essere orientato all'efficientamento del sistema attraverso ad esempio una riduzione dello standard dei posti letto. La disciplina dei DEA trova, inoltre, fondamento normativo nell'art. 15, comma 13 del Decreto legge n. 95/2012.

infine il sistema di emergenza-urgenza nazionale con il Numero Unico Europeo 112⁸.

Infine, per concludere l'esame delle fondamenta del sistema, uno spazio importante viene occupato dal principio di trasparenza; nello specifico, infatti, nell'ambito della gestione e dell'affidamento dei servizi di emergenza-urgenza, il legislatore sottolinea la necessità di assicurare la trasparenza nelle procedure di gara, convenzione ed affidamento evitando una concorrenza sleale, tema sul quale si avrà un'analisi più approfondita più avanti⁹.

Ora, dopo aver descritto i diversi principi fondativi del sistema di emergenza-urgenza italiano, risulta indispensabile entrare nel vivo dell'oggetto della tesi analizzando il contributo che gli Enti del Terzo Settore apportano nell'apparato sopra descritto. Premettendo che questa analisi è solamente un esame generale ed approssimativo della materia, che invece ha dedicato uno specifico paragrafo, è importante dunque evidenziare che tale ruolo rilevante degli Enti del Terzo Settore, che si declina sia sul piano operativo che su quello normativo, si basa su forti fondamenti giuridici, come ad esempio il principio di sussidiarietà orizzontale ex articolo 118, comma 4 Cost., e realizza il pieno riconoscimento nel contenuto del Decreto legislativo n. 117/2017, altrimenti detto Codice del Terzo Settore, all'interno del quale viene espressamente qualificato come attività di interesse generale il soccorso sanitario.

Infatti, gli Enti del Terzo Settore, in particolar modo le Organizzazioni di Volontariato e le Associazioni di Promozione Sociale,

⁸ Art. 98-vicies-semel del Decreto legislativo n. 259/2003, che disciplina l'istituzione del Numero Unico di Emergenza Europeo 112 attraverso *"Centrali Uniche di Risposta-CUR realizzate in ambito regionale" per garantire l'accesso ai servizi di emergenza su tutto il territorio nazionale*".

⁹ Art. 97 della Costituzione, che stabilisce i principi di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione, e art. 1 del Decreto legislativo n. 33/2013, che disciplina la trasparenza dell'azione amministrativa come *"accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni"*.

partecipano in modo attivo, diretto e strutturato alla gestione e realizzazione dei servizi di emergenza-urgenza territoriale collaborando ed interfacciandosi spesso con le strutture pubbliche e contribuendo in modo fondamentale alla tenuta del sistema, soprattutto nei contesti periferici e di difficile controllo da parte delle PA¹⁰. Approfondendo la disciplina, l'apporto di tali enti si concretizza mediante una pluralità di forme e livelli di intervento; *in primis*, gli Enti del Terzo settore sono coinvolti nella gestione operativa dei mezzi di soccorso extra-ospedalieri in un necessario coordinamento con le Centrali Operative del 118, secondo quanto previsto dalla normativa regionale determinata; in secondo luogo, tale enti possono, su base convenzionale, svolgere attività di trasporto sanitario in emergenza ed urgenza e, laddove previsto dalle norme regionali e dai piani sanitari territoriali, partecipare effettivamente in modo strutturato alla rete dei servizi di pronto intervento utilizzando mezzi propri ma completamente inseriti nel sistema pubblico attraverso le convenzioni con le Aziende Sanitarie Locali¹¹; ancora, un'ulteriore declinazione di intervento si riferisce alla partecipazione all'amministrazione e gestione delle centrali operative del sistema, infatti, in diverse Regioni, la normativa permette agli Enti del Terzo Settore, sotto la ovvia supervisione della Pubblica Amministrazione, di prendere parte alle procedure di coordinamento e supporto logistico dei mezzi di soccorso mediante un modello di collaborazione avanzato con alti standard qualitativi di continuità operativa; infine, un aspetto rilevante, seppur apparentemente di contorno, del concorso degli Enti del

¹⁰ Art. 55 del Decreto legislativo n. 117/2017, che prevede il "*coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione*" nell'organizzazione territoriale degli interventi anche sanitari, e art. 57, che disciplina l'affidamento in convenzione.

¹¹ La giurisprudenza amministrativa riconosce che "*il sistema degli enti del Terzo settore si radica in una dimensione che attiene ai principi fondamentali della Costituzione, in quanto espressione di un pluralismo sociale rivolto a perseguire la solidarietà e che l'affidamento prioritario in convenzione alle organizzazioni di volontariato non richiede una preventiva comparazione di maggior favore rispetto al mercato*". Es. in questo senso è il TAR Campania, sentenza n. 1797 del 2021.

Terzo Settore nel sistema di emergenza-urgenza è realizzato attraverso l'attività nel settore della formazione nei confronti sia dei volontari che operano nel settore, sia alla cittadinanza in generale¹². Mediante attività formazione preventiva avanzata infatti, come corsi finalizzati all'insegnamento del corretto utilizzo del DAE, gli enti contribuiscono alla diffusione della cultura dell'emergenza ed alla creazione di un insieme di cittadini competenti e preparati ad intervenire in situazioni di bisogno.

Nel complesso, dunque, gli Enti del Terzo Settore nel sistema di emergenza-urgenza ricoprono una posizione di partner funzionali ed integrati delle strutture pubbliche mediante un apporto di collaborazione qualificata e strutturata che rispetti i livelli qualitativi e quantitativi richiesti dal Servizio sanitario Nazionale, consentendo di valorizzare il capitale sociale territoriale e di migliorare ed accrescere lo schema strutturale del sistema.

3) L'evoluzione della struttura della sanità: da Statale a Regionale.

L'organizzazione e la struttura del Sistema Sanitario italiano hanno attraversato, dalla sua istituzione, una significativa trasformazione normativa ed istituzionale; infatti, la configurazione iniziale ,che si delineava in una struttura accentrata e caratterizzata da un intervento diretto dello Stato, è stata progressivamente modificata in direzione di un modello nel quale le Regioni assumono il ruolo centrale nella programmazione, gestione ed, in qualche misura, nella regolazione

¹² La Corte costituzionale riconosce che *"il sistema degli enti del Terzo settore si radica in una dimensione che attiene ai principi fondamentali della Costituzione"* e che l'art. 55 del Decreto legislativo n. 117/2017 dà vita a un modello di amministrazione condivisa tra gli ETS e la Pubbliche Amministrazione. Nello specifico è la Corte costituzionale, sentenza n. 72 del 2022.

dell'assistenza sanitaria. Fondamentale, dunque, è comprendere le fasi di questa trasformazione mediante un esame approfondito e giuridicamente completo del quadro normativo e costituzionale.

Accennando solamente alla realtà che precede l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, nel contesto giuridico italiano appena successivo all'entrata in vigore della Costituzione italiana, nel 1 gennaio 1948, e dunque dell'affermazione, all'interno dell'art 32 Cost, del diritto alla salute inteso come diritto fondamentale dell'individuo e costitutivo di una posizione giuridica che ha l'obbligo di piena tutela sia nei confronti dei privati che verso lo Stato e la Pubblica Amministrazione, il legislatore italiano si era dotato di una struttura di tutela della sanità basata su un sistema mutualistico tradizionale che, soprattutto in relazione alla nuova concezione universale del diritto alla salute, comportava diverse ed importanti criticità in riferimento sia alla fisiologica disparità di copertura nella tutela della salute, sia all'insostenibilità economica, ancora più minacciata da una crisi che investe il panorama italiano nella seconda metà del '900¹³. Tale situazione critica, unita ad una volontà di cambio d'approccio organizzativo che si concretizza anche con l'istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, sollecita necessariamente lo Stato ad una riforma del sistema con la finalità di smantellare progressivamente le casse mutua, prima nel 1968 con la Legge 132/1968, altrimenti detta Legge Mariotti, che riorganizza il sistema ospedaliero, poi con l'istituzione delle Regioni negli anni '70, a cui il legislatore affiderà in materia

¹³ Il sistema di tutela della salute era, dunque, delineato secondo logiche di mercato private, dove il fattore economico era portatore di disparità tra soggetti che avevano la disponibilità di sostenere la mutua e soggetti meno abbienti, che rimanevano scoperti. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Milano, 2024, pp. 22

concorrente l'assistenza sanitaria, ed infine con la fondamentale Legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale¹⁴.

Analizzando nello specifico gli articoli ,più rilevanti per l'oggetto della tesi, di questo centrale dispositivo, già l'art 1 è chiaro portavoce della nuova concezione della salute ex articolo 32 Cost., infatti recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale interesse dell'individuo e interesse della comunità attraverso il Sistema Sanitario Nazionale" , intendendo la salute sia fisica che psichica attraverso il rispetto della dignità umana; inoltre, lo stesso articolo 1, all'interno del comma 3 evidenzia i caratteri del SSN che realizzano i principi fondamentali della Costituzione attraverso le funzioni proprie di promozione, mantenimento e recupero ispirate al principio di uguaglianza. Nella stessa direzione prosegue anche l'articolo 4, che sancisce il principio dell'uniformità delle prestazioni sanitarie nel territorio nazionale, ma è soprattutto l'articolo 10 che, attraverso la definizione della struttura organizzativa, consente, nei piani del legislatore, di raggiungere nel concreto l'uniformità della tutela. Tale articolo, appunto, disciplina che la gestione unitaria del sistema è assicurata mediante una rete completa di Unità Sanitarie Locali distribuite sul territorio della penisola; esse costituiscono il complesso dei presidi e dei servizi dei comuni che, in un determinato ambito territoriale, hanno il compito, sulla base di criteri stabiliti per legge regionale, di erogare i servizi di assistenza sanitaria del Sistema Sanitario Nazionale e, avendo la caratteristica di essere sprovvisti di personalità giuridica ex Legge 833/1978 ed essendo il comitato di gestione composto da rappresentanti dei consigli comunali, sono strettamente dipendenti dai comuni ai quali fanno capo.

¹⁴ La Legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha realizzato "l'integrale innovazione in ordine alla organizzazione degli enti preposti alla tutela della salute" come affermato dalla Corte costituzionale, sentenza n. 210 del 1988,. Essa stabilisce all'art. 1 che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale".

Per tale ragione, dunque, il sistema definito dalla legge istitutiva del SSN risulta essere centrale nella direzione della progressiva creazione di un'organizzazione ramificata dell'apparato di tutela della salute, ma definendo la necessità dell'adozione di un Piano Sanitario Nazionale annuale da parte del Parlamento lega comunque il sistema ad una programmazione centrale, e per di più finanziata mediante fiscalità generale tramite un modello accentrato¹⁵. Il finanziamento, infatti, del SSN, come definito dalla Legge n. 833/1978, si fonda in quel periodo sulla previsione di un fondo sanitario nazionale e quindi su un sistema unitario e direttamente strumentale all'erogazione delle prestazioni; nello specifico, tale fondo nazionale viene ripartito tra le diverse regioni ad opera di un ente, il CIPE, che ha il ruolo di determinare il fabbisogno sanitario delle Regioni sulla base di criteri meramente demografici. Si definisce in questo modo una struttura di finanziamento fondata su principi di finanza derivata¹⁶, per cui la Regione recupera i fondi, e di trasferimenti, per i quali la decisione non spetta alla Regione ma allo Stato, con l'esito che le Regioni, relativamente a quei determinati fondi, decidono le modalità di distribuzione con metodo a cascata.

Sulla base, dunque, di questi elementi innovativi nasce, a cavallo tra gli anni '70 e '80, la prima forma di Sistema Sanitario Nazionale italiano. Nella concreta attuazione dello stesso, tuttavia, emergono diverse problematiche rilevanti, una su tutte in relazione a importanti disavanzi economici; il sistema, infatti, è privo di un'efficace programmazione delle attività poiché, seppure fosse previsto come requisito procedurale che il Piano Sanitario Nazionale dovesse essere

¹⁵ Se da un lato la direzione del legislatore del 1978 era di rendere l'accesso alla sanità più universale secondo una logica decentrata, dall'altro il meccanismo di programmazione finanziaria centrale rendeva, in parte, nulla tale volontà. F. Toth, *La sanità in Italia*, Il Mulino, Milano, 2012, pp.20.

¹⁶ Il finanziamento del SSN si basa ora su un sistema di ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le Regioni secondo criteri stabiliti dalla normativa statale. L'art. 79 del Decreto legge 112/2008 stabilisce la programmazione delle risorse per la spesa sanitaria determinando il finanziamento del SSN.

adottato annualmente mediante legge in Parlamento, per molti anni esso non venne approvato a causa sia della continua e repentina successione dei governi sia dell'evidente difficoltà di trovare un accordo di programmazione¹⁷. Per questo motivo, mancando un piano di riferimento, vi era un esiguo controllo sulle uscite dal fondo finanziario, il cui attingere spesso non incontrava limiti per le Regioni ed incideva fortemente sulla spesa pubblica. In aggiunta, e forse alla base di questa significativa criticità, vi era il problema che, per la tenuta del sistema, mancava una corrispondenza tra la responsabilità di indirizzo di intervento, che nel sistema spettava ai comuni, e la responsabilità di gestione di quell'intervento stesso, che invece era nelle mani delle Unità Sanitarie Locali¹⁸; tale situazione creava inevitabilmente una irresponsabilità dei governi locali rispetto alle attività intraprese dalle USL, con conseguente poca attenzione alla gestione efficiente delle risorse che concorrevano all'aggravamento della situazione finanziaria.

Tale contesto chiaramente problematico è stato, dunque, la radice, nei primi anni '90, di una serie di riforme mirate non a mettere in discussione il sistema fondamentale, ma ad adottare cambiamenti importanti soprattutto in due diverse direzioni, ossia l'aziendalizzazione degli enti sanitari locali e la regionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale.

Per quanto riguarda la prima direzione conviene, in questo contesto, analizzarla solamente nei suoi aspetti principali; a seguito della Legge 502/1992 le Unità Sanitarie Locali acquisiscono piena personalità giuridica ottenendo una conformazione aziendale e assumendo la

¹⁷ In quel periodo, la classe politica sacrificava tale necessità di programmazione, in funzione dell'affrontare temi ritenuti di maggiore rilevanza politica e sociale. F. Toth, *La sanità in Italia*, cit., pp. 25.

¹⁸ La problematica della mancanza di corrispondenza tra responsabilità di indirizzo e responsabilità di gestione nelle USL trova conferma nella giurisprudenza costituzionale che ha evidenziato come la configurazione delle unità sanitarie locali come strutture operative dei comuni richiedesse per esigenze di coerenza un assetto organizzativo più equilibrato.

qualifica di Aziende Sanitarie Locali; attraverso questo intervento, dunque, il modello privato aziendale, che meglio corrispondeva al ruolo delle ASL, viene traslato nei confronti degli enti pubblici che di conseguenza acquistano una struttura più efficace nel raggiungere gli obiettivi. Inoltre, nella stessa direzione il legislatore prosegue nei confronti delle strutture ospedaliere, che vengono rese autonome rispetto alle ASL e assumono anche esse una struttura aziendale qualificandosi come Aziende Ospedaliere¹⁹.

Per quanto, d'altro canto, riguarda la regionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, tale tematica è centrale all'interno di questo elaborato. Essa si realizza con la stessa sopracitata Legge 502/1992 che riconduce il controllo delle Aziende Sanitarie Locali alle dipendenze delle Regioni, attraverso una gestione di esse da parte di vertici di nomina regionale ed un'estensione dei territori di competenza delle passate USL condizionate precedentemente spesso da un legame politico comunale²⁰. Mediante questa ridefinizione strutturale il legislatore risolve quella impellente problematica del disallineamento tra responsabilità di indirizzo e responsabilità di gestione poiché, con riferimento alla modalità di reperimento delle risorse finanziarie per erogare le prestazioni sanitarie, delinea che accanto al fondo sanitario nazionale le Regioni debbano essere beneficiarie di specifiche imposte aggiuntive il cui gettito è destinato a finanziare anche le prestazioni sanitarie; nello specifico il legislatore istituisce l'imposta IRAP, il cui gettito è totalmente destinato alla regione, al quale si affianca

¹⁹ La Legge 502/1992 ha conferito alle ASL "personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale con organizzazione e funzionamento disciplinati attraverso un atto di diritto privato per garantire maggiore efficienza gestionale. Tale trasformazione ha comportato il passaggio al modello privato aziendale al fine di acquistare una struttura più efficace nel raggiungere gli obiettivi di tutela della salute pubblica.

²⁰ La riconducibilità della gestione generale delle USL a soggetti legati politicamente al comune provocava spesso fenomeni contrari ai principi amministrativi, come clientelismo e sistemi di raccomandazioni. A. Pioggia, Diritto sanitario e dei servizi sociali, pp. 88.

successivamente l'addizionale IRPEF attraverso le quali il fondo sanitario nazionale acquista un ruolo di sola compensazione, colmando eventuali deficit che in alcune Regioni potevano manifestarsi²¹. In tal modo la responsabilità della Regione aumenta necessariamente, dipendendo il finanziamento dalla sua propria gestione, con la conseguenza che le Regioni siano incentivate a gestire in modo oculato le risorse economiche; inoltre, a fronte di una appurata non pianificazione sanitaria a livello nazionale, dovuta alle suddette difficoltà di gestione, la riforma affianca al Piano Sanitario Nazionale un Piano Sanitario Regionale, e dunque una programmazione anche sul piano regionale.

A seguito di tali importanti modifiche, che delineano un Sistema Sanitario Nazionale rinnovato ma mantenendo le sue caratteristiche peculiari originali e l'aderenza ai principi costituzionali, la solidità del sistema viene notevolmente migliorata; nonostante ciò, nel 1999 si manifesta l'esigenza di dover adottare un atto che da un lato consolidasse alcuni aspetti della riforma del 1992, ma che dell'altro apportasse soluzioni diverse, quasi di ritorno al sistema pre-riforma. Analizzando in modo particolare, con il Decreto legislativo n. 229/1999, anche detta Riforma Bindi, per un verso viene confermata la scelta dell'aziendalizzazione potenziandola ulteriormente aumentando la responsabilità dei dirigenti delle Aziende Sanitarie Locali ed aumentando l'importanza dei piani sanitari regionali, per l'altro verso viene definita una nuova istituzione comunale degli indirizzi che presiedono i servizi sanitari; esaminando questo ultimo elemento, il legislatore riconosce, dunque, di nuovo al comune un ruolo nell'indirizzo dei servizi sanitari,

²¹ Il finanziamento del SSN si basa su un sistema misto che include tra le sue fonti principali i gettiti fiscali da IRAP e addizionale regionale all'IRPEF ad aliquote base. L'art. 77 quater del Decreto legge n. 112/2008 stabilisce che *"le somme che affluiscono mensilmente a titolo di imposta regionale sulle attività produttive e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche sono accreditate presso il tesoriere regionale"*.

socio-sanitari e delle attività di prevenzione, sottraendo il completo indirizzo alle Regioni, che solo pochi anni prima lo avevano ottenuto²².

Dal punto di vista, invece, del finanziamento, negli anni immediatamente successivi alla riforma mediante il Decreto legislativo n. 229/1999, si inizia a sviluppare un processo di federalismo fiscale, ossia di un sistema che garantisca corrispondenza tra imposte riscosse e prestazioni erogate accompagnato solamente da un livello di compensazione dello Stato centrale volto a garantire le prestazioni essenziali nel territorio nazionale. In particolare, tale modello si attua attraverso il Decreto legislativo n. 96/2000 il quale regola che il finanziamento regionale debba essere alimentato da una pluralità di fonti, vale a dire ticket sanitari, IRAP, compartecipazione dell'accisa sulla benzina, compartecipazione sul gettito IVA e addizionale IRPEF, attraverso le quali la Regione ha la possibilità di gestire autonomamente il sistema, con l'aiuto eventuale di un fondo perequativo nazionale; la problematica che, tuttavia, si riscontra è che, nella realtà concreta, le Regioni, che già partivano da una situazione iniziale di deficit economico, continuamente richiedevano compensazioni dal fondo statale aggiuntivo, con la conseguenza che lo Stato, contrariamente alle volontà del legislatore, ancora ricopriva un ruolo direttivo in materia sanitaria²³.

In questa evoluzione normativa del sistema assume un ruolo di importanza fondamentale la riforma sul riparto di competenze in materia legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni attuata nel 2001 con la Legge costituzionale 3/2001. Prima di tale riforma lo Stato aveva

²² Il legislatore ritorna a delineare un sistema basato su un'istituzione comunale degli indirizzi che presiedono il servizio sanitario, in ragione di un collegamento maggiore con il territorio. Comunque, il processo di aziendalizzazione, che peraltro viene potenziato ulteriormente, si accompagnava ad una fisiologica riduzione di quei fenomeni contorti di clientelismo. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 85.

²³ Il sistema esalta il potere di gestione economica delle Regioni, ma allo stesso tempo ovviamente ne amplia gli oneri di spesa. Per questo diverse Regioni, soprattutto del Sud Italia, vanno incontro ad una impossibilità di sostenere i costi. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 88.

attribuita a sé competenza generale ad adottare su tutte le materie, al di fuori di quelle, ex articolo 117 Cost, di competenza concorrente, tra cui figurava l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, le cui discipline di dettaglio era attribuita alla Regione mentre la definizione dei principi generali era demandata allo Stato, con il fine di assicurare una grande uniformità normativa sia dal punto di vista legislativo che amministrativo.

Con la messa in atto, invece, della suddetta riforma del titolo V della Costituzione viene definito un diverso sistema di riparto delle competenze, fissando due elenchi di materie ed un ambito residuale; il primo elenco viene riferito alle materie di esclusiva competenza dello Stato, il secondo alle materie di competenza concorrente, per le quali lo Stato fornisce i principi generali e le Regioni la normativa di dettaglio, ed il terzo ambito, concernente tutte le materie non presenti nei due elenchi precedenti, di esclusiva competenza delle Regioni²⁴. Viene, dunque, costruito un sistema avente chiaro focus sulle Regioni, in cui il profilo giuridico del riconoscimento del diritto alla salute ed alle relative prestazioni si installa in un piano differente, seppur necessariamente interconnesso, rispetto al profilo relativo all'organizzazione del servizio che eroga la prestazione; in particolare, se precedentemente alla riforma del 2001 il fondamentale principio di uguaglianza era garantito dalla forte uniformità sia nella disciplina dei diritti che parimenti dell'organizzazione, tale uniformità, con la riforma del titolo V, viene messa da parte per quanto riguarda i profili organizzativi, ritenendosi preferibile che le singole Regioni possano adottare forme organizzative diverse, che si adattino alle caratteristiche del singolo territorio, e facendo, quindi, emergere la distinzione tra ciò che viene garantito a livello uniforme dallo Stato centrale, rispetto a quello che attiene alle

²⁴ Il nuovo assetto ha operato un "*rovesciamento completo della previgente tecnica del riparto*" come espresso dalla Corte cost., sent. n. 303/2003, introducendo una presunzione generale di competenza regionale temperata dai principi di sussidiarietà e leale collaborazione.

modalità organizzative delle strutture e dei servizi appartenente alle Regioni²⁵. In questa stessa direzione, successivamente, si muovono altre previsioni costituzionali che rientrano all'interno di tale importante riforma, come ad esempio l'introduzione del principio di sussidiarietà verticale conseguente alla modifica dell'articolo 118 Cost; alla legge statale, pertanto, viene esclusa la competenza generale a regolare l'organizzazione amministrativa regionale, che appunto spetta agli enti regionali, con l'effetto inevitabile di una differenziazione sul piano reale delle strutture organizzative da una Regione rispetto all'altra, in opposizione all'esigenza di uniformità delle prestazioni sanitarie²⁶.

A questo punto dell'analisi, risulta essere fondamentale descrivere nello specifico che aspetti comprende la suddetta competenza regionale iniziando con la denominazione lata di "tutela della salute" data dal legislatore alla materia della sanità. Tale qualificazione comporta che la competenza regionale sia molto estesa e che, dunque, non comprenda solamente l'assistenza e la cura, ma anche tutte quelle declinazioni riferite alla prevenzione ed alla riabilitazione; infatti, a conferma di questo ampliamento sovengono le competenze concorrenti riferite a materie molto vicine alla tutela della salute, come la ricerca scientifica o l'interesse alimentare, e anche alcune competenze residuali, come in materia di attività farmaceutica.

Detto questo, è essenziale sottolineare ora che, comunque, la disciplina statale continua a svolgere in parte la sua piena funzione prevalente e di indirizzo operando, ad esempio, quando la Regione non esercita la sua competenza legislativa o prescrivendo le norme di

²⁵ Le Regioni sono riconosciute dal legislatore come entità capaci di individuare concretamente e specificatamente le esigenze della popolazione inserita nel territorio, in linea con il pensiero alla base dell'art. 114. Cost. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 90.

²⁶ Questo principio ha comportato l'esclusione della competenza statale a regolare l'organizzazione amministrativa regionale, che spetta, quindi, alle Regioni in base alla potestà normativa riconosciuta dall'art. 4 della Legge n. 131/2003. Tale autonomia organizzativa però determina inevitabilmente differenziazioni strutturali tra Regioni.

principio di applicazione generale e, in alcune situazioni, dando disposizioni di dettaglio in materie concorrenti, o in ogni caso, potendo attraverso le materie di competenza esclusiva tagliare trasversalmente tutti gli ambiti giuridici, compresi quelli spettanti alle Regioni.

Passando alla materia propria del finanziamento, la riforma costituzionale del 2001 apporta importanti modifiche anche all'articolo n. 119 Cost nell'ambito, appunto del finanziamento alle Regioni. Nello specifico viene disciplinato che esso debba avvenire tramite tributi propri delle Regioni e che debba esserci una corrispondenza necessaria tra entrate ed uscite, prevedendo inoltre un fondo perequativo, le cui risorse sono solamente destinate alle Regioni con minor capacità fiscale pro capite. In più, viene istituito un nuovo strumento di cooperazione tra Stato e Regioni sostituendo il Piano Sanitario Nazionale, vale a dire i Patti della Salute; tali patti, che nel concreto prendono forma di accordi che lo Stato stipula con le Regioni, hanno la funzione di definire un piano di indirizzo basato su un concetto collaborativo e che abbia la capacità di prendere in considerazione maggiormente le caratteristiche delle singole Regioni²⁷.

Nella realtà concreta, tali disposizioni, soprattutto l'attuazione della riforma dell'articolo n. 119 Cost, trovano compimento dopo diversi anni, ossia nel 2009 con la Legge Delega n. 42/2009, la quale introduce effettivamente il concetto di federalismo fiscale in ambito sanitario con la direzione normativa di eliminare la finanza derivata e di conseguire una maggiore capacità impositiva delle Regioni e degli altri enti locali; inoltre obiettivo della Legge era anche individuare i Livelli Essenziali di

²⁷ La riforma del Titolo V della Costituzione, attuata con legge costituzionale n. 3/2001, ha introdotto un nuovo sistema di finanziamento regionale che si fonda sull'art. 119 Cost. Esso prevede autonomia finanziaria di entrata e di spesa per le Regioni attraverso tributi propri, compartecipazioni al gettito erariale e un fondo perequativo senza vincoli di destinazione per i territori con minore capacità fiscale. Il nuovo assetto ha sostituito il precedente sistema di trasferimenti statali con un modello fondato sulla responsabilità finanziaria degli enti territoriali, pur mantenendo la possibilità per lo Stato di destinare risorse aggiuntive per finalità determinate.

Assistenza definiti dallo Stato²⁸, determinandone i costi standard parametrati ad essi. Ed è proprio in attuazione di tale Legge Delega che viene emanato, due anni più tardi, il Decreto legislativo n. 68/2011, specificatamente riferito al finanziamento della spesa sanitaria.

Ultimo elemento fondamentale, e di centrale interesse nell'elaborato in questione, che resta da esaminare in relazione alle competenze regionali in materia sanitaria riguarda la regolazione dei rapporti con soggetti privati, o comunque con enti non pubblici, riferiti all'erogazione di prestazioni sanitarie; a riguardo è sicuramente utile, seppur limitandomi ad analizzare brevemente gli aspetti essenziali, descrivere quella che era la disciplina di questi rapporti precedentemente alla normativa attuale, che prende forma dalla sopra analizzata riforma del titolo V della Costituzione, per capirne meglio gli elementi normativi odierni. Nel 1978, anno dell'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, il modello originario di collaborazione tra servizio pubblico e privato era caratterizzato da un ruolo esclusivo delle strutture pubbliche, per cui l'intervento del privato ricopriva una funzione solamente eventuale e derogatoria colmando le lacune del sistema pubblico ed a seguito di convenzioni. In tale contesto la natura della convenzione veniva qualificata come di natura concessoria, secondo la quale l'istanza dei privati di agire costituiva l'espressione di un interesse legittimo, ed era subordinata ad una valutazione discrezionale della Pubblica Amministrazione che limitava fortemente i soggetti privati e assoggettava in modo assoluto i soggetti convenzionati alle strutture pubbliche²⁹. Per questo motivo, nel con la riforma del 1992, il legislatore

²⁸ Prima di tale intervento, non esisteva, o comunque non era abbastanza stabile, un assetto complessivo capace di sostenere il sistema di finanziamento delle Regioni, soprattutto per le Regioni del Sud Italia economicamente più fragili. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 63.

²⁹ In ragione dell'affermarsi nel 1978 del sistema pubblico di tutela della salute, in contrasto con il modello mutualistico precedente, il ruolo dei privati era fortemente limitato dalle disposizioni legali. Ciò al fine di far propendere la popolazione a rivolgersi al sistema

definisce un nuovo modello ispirato alla creazione di un sistema con una pluralità di erogatori sia pubblici che privati, in competizione tra loro nel contesto di un mercato unico e di facile ingresso; si viene a delineare, dunque, un sistema di concorrenza tra soggetti pubblici e privati che ha come presupposto l'acquisizione della forma aziendale da parte delle ASL e, quindi, l'attribuzione alle ASL stesse della funzione di committenza per cui esse hanno il compito di stabilire quale struttura sanitaria deve erogare una determinata prestazione e riconoscendo un corrispettivo coincidente alla prestazione erogata, attraverso le risorse pubbliche. Il mercato appena descritto si basava, secondo il legislatore del 1992, su uno schema di accreditamento aperto fondato sulla sola verifica da parte della Regione della sussistenza di requisiti di idoneità della struttura privata, dal punto di vista tecnologico, organizzativo e qualitativo, e quindi sul diritto da parte dei privati all'ingresso nel sistema, senza la possibilità per la Pubblica Amministrazione di bloccare l'entrata attraverso alcuno strumento di programmazione dell'offerta sanitaria. Come conseguenza di ciò, sul piano materiale, ci fu uno smisurato aumento dei soggetti privati con l'effetto inevitabile di una difficile contenenza della spesa pubblica che, dunque, porta, con la riforma Bindi del 1999, a correggere il sistema in parte fallimentare con una soluzione che ancora oggi compone la disciplina in materia; nello specifico, viene mantenuto un sistema che ammette l'intervento dei privati, tramite un accreditamento autorizzativo, ma subordina l'ingresso dei soggetti privati ad un'attività di programmazione regionale che tenga conto del fabbisogno sanitario regionale, cercando nello stesso tempo di favorire il sistema pubblico³⁰. In questo sistema il privato deve fare

pubblico, per affermarlo e sostenerlo. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 130.

³⁰ Il legislatore adotta una via mediana ottenendo da un lato il contributo partecipativo dei soggetti privati, e dall'altro risolvendo la problematica di difficile sostenibilità del sistema a libero accreditamento. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 135.

fronte a diverse fasi, tra loro successive. In primo luogo una iniziale fase che si riferisce ad un'autorizzazione da parte di un'autorità regionale, che varia da Regione a Regione, all'esercizio dell'attività sanitaria funzionale alla verifica del possesso dei requisiti minimi idonei a garantire che l'erogazione delle prestazioni avvenga in modo sicuro per chi ne usufruisce; per quanto riguarda questa autorizzazione essa non presenta margini di discrezionalità, ma è, viceversa, subordinata al possesso dei requisiti stabiliti a livello nazionale e a livello regionale. In secondo luogo, nel momento in cui i soggetti autorizzati hanno interesse ad operare per conto del Servizio Sanitario Nazionale, e, dunque con il corrispettivo del SSN, hanno l'obbligo di accedere a successivi due passaggi. Il primo è denominato accreditamento e consiste in un procedimento in cui il soggetto privato deve presentare ulteriori e più elevati requisiti di qualità nell'erogazione delle prestazioni, obbligandosi, inoltre, a rispettare determinate prescrizioni organizzative e specifici obblighi di pubblicità e di trasparenza nell'amministrazione; tale atto, di validità temporanea viene rilasciato dalla Regioni, con procedure però anche qui peculiari per ogni singola regione, e produce l'effetto di creazione di un rapporto di controllo dell'amministrazione pubblica rispetto al soggetto privato, che deve in qualsiasi momento dimostrare di aver conservato i requisiti necessari. Quindi la singola Regione, in questo modo, definisce il fabbisogno di assistenza regionale, essendo che il rilascio dell'accREDITAMENTO è subordinato ad una discrezionalità della regione, come già anticipato precedentemente, in riferimento ad una valutazione che attiene all'effettiva necessità della popolazione. La seconda fase, infine, consiste nel concreto accordo contrattuale di convenzione che il privato deve concludere per ottenere i diritti di rimborso dal Sistema Sanitario Nazionale; nello specifico, viene

riconosciuto attraverso esso un ammontare standardizzato per ogni singola prestazione fissato da parte della Regione³¹.

Concluso questo esame risulta però fondamentale osservare che, seppure esso sia il modello generale nazionale, le singole regioni, in funzione della loro autonomia organizzativa ampiamente analizzata in precedenza, anche relativamente a tale rapporto con i privati hanno elaborato modelli parzialmente diversi e con maggior focus su aspetti differenti. Per fare degli esempi concreti esistono modelli definibili di concorrenza paritaria, come quello della Lombardia, per cui il rilascio dell'accreditamento non dipende da valutazioni discrezionali, invero da requisiti stringenti ma standardizzati, poi altri modelli di concorrenza amministrata per programmazione, dove la programmazione stessa assume un peso molto incisivo nella fase dell'accreditamento e, quindi, prevale l'esigenza di garantire un equilibrato sistema della tutela della salute, poi ancora, infine, esistono modelli di concorrenza amministrata secondo qualità, per cui l'accreditamento dipende da requisiti standard e solo leggermente dalla programmazione, ma con la necessità che il privato debba soddisfare dei requisiti qualitativi molto elevati per erogare prestazioni specializzate. In conclusione, la Regione, sulla base del principio di differenziazione regionale e del principio di regionalizzazione, può incidere fortemente sulle scelte organizzative del sistema regionale³².

In definitiva, l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale riflette un procedimento di progressivo adattamento istituzionale, normativo ed organizzativo che ha visto ora ricoprire un ruolo fondamentale, per

³¹ Come espresso dalla Cassazione civile, sentenza n. 28554/2024, "*la qualità di soggetto provvisoriamente o definitivamente accreditato costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per conseguire il pagamento delle prestazioni assistenziali erogate agli utenti del SSN*", richiedendosi sempre la stipulazione di specifici accordi contrattuali in forma scritta.

³² Tale diversificazione è fondata sul principio di differenziazione regionale di cui alla lettera dell'art. 118 Cost., e consente alle Regioni di incidere significativamente sulle scelte organizzative del SSR nell'ambito della competenza concorrente in materia di tutela della salute, pur nel rispetto dei principi fondamentali statali.

quanto riguarda la competenza, alle Regioni. Attraverso questo processo di regionalizzazione, sulla base delle intenzioni del legislatore, si è contribuito sia a rendere il sistema più aderente ai bisogni delle comunità locali sia a creare nuovi strumenti giuridici che consentano equità nell'accesso ai servizi ed uniformità nei servizi essenziali di assistenza, oltre che sostenibilità economica, dunque nel maggiore interesse del Paese.

4) Terzo Settore e sanità

Nel sistema di una sanità pubblica di amministrazione prevalentemente regionale che, benché fondata sui principi costituzionali di universalità, uguaglianza e solidarietà, ha oggi il difficile compito di fronteggiare una realtà strutturale complessa, il Terzo Settore assume un ruolo strategico e fondamentale nella costituzione di un modello di welfare partecipativo ed inclusivo contribuendo, in modo giuridicamente riconosciuto e regolato, alla concretizzazione del diritto alla salute di cui all'articolo 32 Cost. e alla riduzione delle disuguaglianze territoriali e sociali che ostacolano il pieno godimento da parte di considerevoli fasce di popolazione.

Prima però di entrare nell'analisi specifica della manifestazione del ruolo che il Terzo Settore ricopre nel Sistema Sanitario Nazionale, è essenziale esaminare in che cosa consista il Terzo Settore e quali siano le sue basi giuridiche e costituzionali. Partendo dal preconconcetto fondamentale che è il legislatore che detiene unicamente il potere di definire i soggetti ed il perimetro di questo settore giuridico, il Terzo Settore, secondo una attestata definizione spazialmente astratta, è quel settore che si innesta nel mezzo della storica e tradizionale dicotomia tra

pubblico e privato, vale a dire tra quell'ambito che si struttura con obiettivi e valori di interesse comune, oltre che con una maggiore presenza dell'istituzione che decide secondo criteri politici, e quell'altro ambito, invece, incentrato sull'individuo singolo che agisce per l'interesse economico e sociale suo personale. Il Terzo Settore, dunque, si fonda su un'idea di collaborazione e connessione tra Privato e Pubblico, che si concretizza in una sfera che favorendo l'impiego di risorse dei privati valorizzi uno scopo perseguito dal Settore Pubblico, con un obiettivo di comune rilevanza sociale non escludente, però, una necessaria rilevanza economica che, in ragione del fine perseguito ed alla rinuncia di un criterio di impresa, viene premiato dal legislatore; inoltre, per tali fini intrinseci, il Terzo Settore può essere ragionevolmente definito come un ambito che ha a che fare direttamente con la forma di Stato, che tutela la libertà privata ed agevola con interventi diretti ed indiretti il soggetto privato stesso che persegue scopi collettivi, seguendo un principio costituzionale cardine, sul quale si approfondirà in seguito, vale a dire il principio di sussidiarietà declinato nella sua forma verticale, in riferimento allo Stato che lascia ai privati obiettivi che egli potrebbe raggiungere, e nella sua declinazione orizzontale, riguardo lo Stato che fornisce a ciascun privato i mezzi che ottimizzano la loro attività secondo un approccio partecipativo³³.

La formale origine normativa del Terzo Settore in Italia è fondatamente individuabile nella Legge Delega n. 106/2016 mediante la quale al governo viene delegato il compito di compiere una codificazione, oltre che una necessaria integrazione, di questo settore fino a quel momento privo di una sistematizzazione normativa e di

³³ La riforma del Titolo V ha introdotto il principio di sussidiarietà orizzontale nell'art. 118, quarto comma, Cost.. Esso favorisce *"l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale"*. In relazione al tema specifico, tale principio trova piena attuazione nel Decreto legislativo n. 117/2017, che riconosce il *"valore e la funzione sociale degli enti del Terzo settore quali espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo"*.

conseguenza disomogeneo e disorganizzato. Al governo vengono delineate delle direttive di applicazione necessaria da parte del Parlamento per la definizione della disciplina, come d'altronde è naturale nelle leggi delega; gli elementi in questo senso più rilevanti si riferiscono ad un'essenziale costituzione di un sistema di controllo pubblico sugli enti, alla fondamentale cristallizzazione del criterio di divieto di distribuzione degli utili per gli enti stessi, alla creazione di misure agevolative di sostegno economico, e l'ancoramento sostanziale della disciplina a norme di rilevanza costituzionale. Riguardo questo ultimo elemento la normativa organizzata trova il suo fulcro all'interno dell'articolo 2 Cost che pone a fondamento dell'ordinamento italiano il riconoscimento dei diritti naturali inviolabili dell'uomo, che neppure lo Stato ha la facoltà di ledere e comprimere, e, conseguentemente, bilancia tale riconoscimento della persona e delle formazioni sociali con il dovere inderogabile ed essenziale di adempiere ai doveri di solidarietà diretto dall'impegno dello Stato a correggere le tendenze autodistruttive e ad indirizzare quelle costruttive, come quelle alla base del Terzo Settore. Dunque, il sistema del Terzo Settore, che si collega poi ad altre disposizioni costituzionali, tra cui il centrale per questo esame articolo 32 Cost, si fonda su un piano che vede la primaria importanza del principio personalistico e del principio di solidarietà, attraverso la valorizzazione ed il favoreggiamento dei corpi intermedi che operano con attività di solidarietà sociale³⁴.

Mantenendo l'esame sulle norme costituzionali che incidono sulla disciplina del Terzo settore, due articoli risultano essere centrali in riferimento alla definizione della competenza degli enti pubblici ad intervenire sul Terzo Settore, ossia l'articolo 118, nello specifico comma

³⁴Il favor del legislatore nei confronti degli ETS è giustificato dalla naturale direzione di perseguimento dell'interesse collettivo di tali enti. P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, Diritto del Terzo settore, Il Mulino, Milano, 2021, pp.s. 40.

4, Cost. e l'articolo 117 Cost³⁵. Secondo questi articoli, che in parte ho già analizzato in precedenza, ad ogni livello di soggetti aventi potestà normativa vi sono necessità di raccordo ed inquadramento di normativa complessiva e generale; tale raccordo, tuttavia, dalla definizione di Terzo Settore crea, ad una prima interpretazione letterale, problemi in riferimento al preciso riparto delle competenze, visto che il Terzo Settore si definisce secondo un quadro complesso e vario di attività da considerare con riferimento ai casi specifici. Per questo motivo è intervenuta la Corte Costituzionale, con sentenza n. 185/2018, chiarendo che il Terzo Settore non debba considerarsi materia in senso stretto e che, quindi, esso sfugge da una rigida classificazione sia di competenza dello Stato sia di competenza regionale, essendo che comprende attività eterogenee e destinate a svolgersi nei più diversi ambiti materiali; di conseguenza, il Terzo Settore deve essere declinato in un livello generale del riconoscimento dell'essenza di esso di competenza statale, ed un livello di disciplina che definisce forme e modalità di promozione del settore, affidato per sussidiarietà ed efficacia alla competenza delle Regioni³⁶.

Sulla base di questi concetti fondamentali, invero, e successivamente ad un'attenta analisi da parte del governo viene emanato il 3 luglio 2017 il Decreto legislativo n. 117/2017, altrimenti conosciuto come Codice del Terzo Settore, il quale costituisce attualmente il corpus centrale della realtà complessiva del Terzo Settore. All'interno di questa analisi, che inevitabilmente a questo punto deve

³⁵ La riforma del Titolo V ha introdotto un nuovo quadro costituzionale influente per la disciplina del Terzo Settore attraverso gli artt. 117 e 118, comma 4, Cost. Essi definiscono rispettivamente le competenze legislative e il principio di sussidiarietà orizzontale.

³⁶ La Corte costituzionale, sentenza n. 185/2018, ha chiarito che "*il Terzo settore, come già il volontariato, non possa essere configurato quale 'materia' in senso stretto poiché le attività in questione sono destinate a svolgersi nei più diversi ambiti materiali, sia di competenza dello Stato, sia di competenza regionale*". La disciplina del Terzo Settore si articola, dunque, su due livelli: quello generale del riconoscimento dell'essenza dei soggetti del Terzo settore quale ordinamento di competenza statale esclusiva, e quello specifico delle forme e modalità di promozione del settore, affidato per sussidiarietà alla competenza delle Regioni.

indirizzarsi verso il tema primario del paragrafo, due sono gli articoli fondamentali del Codice del Terzo Settore il cui esame è necessario per il corretto inquadramento della tematica. Il primo è senz'altro l'articolo n. 4 in quanto contiene la completa definizione di un ente del Terzo Settore; tale articolo è suddiviso dal legislatore in tre commi, il primo contenente la definizione positiva di ETS, il secondo incentrato sulla definizione negativa, mentre il terzo che circoscrive il focus su una particolare forma di ETS, vale a dire gli enti religiosi³⁷. In particolare, il primo comma qualifica come enti del Terzo Settore un elenco di soggetti, come le Associazioni di Promozione Sociale e le Organizzazioni di Volontariato, accumulati dall'elemento estrinseco dell'iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, e non invece accumulati dal punto di vista funzionale e formale essendo che essi hanno la possibilità di operare con le modalità più varie al soddisfacimento di esigenze sociali; il secondo comma, come già anticipato, esclude invece dalla qualifica determinati soggetti, come i sindacati e le amministrazioni pubbliche, in ragione a diverse *rationes* specifiche; infine il terzo comma definisce per gli enti religiosi una disciplina specifica, per un regime già precedentemente di favore ed una identità naturalmente diversa dell'ente.

Il secondo articolo, invece, è il successivo articolo 5 che elenca le possibili attività per gli ETS, definendo che tali enti devono esercitare in via esclusiva o principale una o più di queste attività di interesse generale, all'interno, quindi di un perimetro di favore definito sulla base dell'elenco dal legislatore; tra le attività di interesse generale, ed è questo il motivo dell'importanza e della centralità dell'articolo, vengono inclusi gli interventi e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a tutela del diritto

³⁷ Enti religiosi ai quali è riservata una disciplina speciale rispetto ai restanti ETS, vista la loro particolare natura.

di cui all'articolo 32 Cost., ovviamente a titolo non lucrativo e per finalità di utilità sociale³⁸.

Analizzato dunque, in modo adeguatamente approfondito, a che sfera giuridica ci si riferisca nel momento in cui si considera il Terzo Settore in generale, è necessario a questo punto descrivere come, e perché, esso si inserisca all'interno della gestione della sanità nell'ordinamento italiano. Il punto di partenza consiste nel comprendere il motivo dell'apertura da parte del legislatore all'ingresso del Terzo Settore nel Sistema Sanitario Nazionale; a riguardo, esaminando la realtà concreta, trattandosi di un sistema estremamente complesso il SSN deve fisiologicamente scontrarsi con inevitabili crisi strutturali che minano l'effettività del diritto alla salute e sollevano questioni importanti in merito alla sostenibilità finanziaria e alla responsabilità pubblica nell'erogazione universale dei servizi essenziali³⁹. Uno degli aspetti maggiormente critici si riferisce senz'altro alla carenza di risorse finanziarie e strumentali che inesorabilmente si riversa in modo diretto sulla capacità delle strutture pubbliche di poter erogare in modo tempestivo ed efficiente le prestazioni sanitarie dovute; a sostegno di questo dato reale, per fondare il ragionamento anche su elementi di oggettiva rilevanza, interviene la Relazione della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica 2024 che mostra come la spesa sanitaria pubblica si attesti in Italia intorno al 6,7% del Prodotto Interno Lordo, in incisiva inferiorità rispetto alla media dei Paesi dell'Unione Europea superiore al 7,5%, e, di conseguenza, in evidente contrasto con l'obbligo dello Stato di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza di cui

³⁸ Il Terzo Settore si definisce in un'ottica di sostegno alla Pubblica Amministrazione, vista la ricerca intrinseca degli ETS al perseguimento di interessi pubblicistici comuni allo Stato. P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit. pp. s. 60.

³⁹ Come detto precedentemente, il finanziamento del SSN si basa su un modulo concertativo-pattizio che richiede la definizione concordata degli obiettivi tra Stato e Regioni, con il livello statale chiamato a definire i LEA e l'ammontare delle risorse necessarie, mentre quello regionale organizza concretamente il servizio territoriale.

all'articolo 117, comma 2 Cost.⁴⁰. In aggiunta a ciò, è purtroppo evidente anche una crisi del personale sanitario ed una carenza delle risorse strumentali, in termini di tecnologie ed infrastrutture, anche in questo caso certificato da una relazione qualificata, ossia il Rapporto Annuale dell'Agenas o Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, con uno studio soprattutto incentrato nei territori del Sud della Penisola⁴¹. Altra problematica, che si collega all'ultimo dato citato, fonda purtroppo le radici nelle effettive disuguaglianze territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari; come già è stato precedentemente analizzato, il modello di regionalismo differenziato di cui al Decreto legislativo n. 502/1992 e alla Legge Costituzionale n. 3/2001 ha attribuito alle Regioni ampie competenze in materia di gestione ed organizzazione dei servizi sanitari, ma, in mancanza di efficaci meccanismi di riequilibrio, ha inevitabilmente prodotto un sistema sanitario variabile e con stabilità molto eterogenea tra Nord e Sud, per cui le Regioni meridionali faticano a garantire i servizi minimi riconosciuti anche nelle relazioni periodiche del Ministero della Salute e della Corte dei Conti, mettendo ugualmente in crisi il principio cardine secondo cui la tutela dei diritti sociali deve essere assicurata in modo uniforme sull'intero territorio nazionale⁴².

Proprio alla luce di queste profonde criticità strutturali, alle quali si aggiungono altre non citate come la lunghezza delle liste d'attesa, il legislatore ha optato per riconoscere al Terzo Settore un ruolo non più residuale od emergenziale, ma, al contrario, occupante una componente essenziale, strutturale e costituzionalmente legittima nel sistema di

⁴⁰ Informazione reperite dagli atti ufficiali della Corte dei conti. In particolare da Corte dei conti, Delibera n. 24 del 22.04.2024.

⁴¹ L'Agenas provvede alla stesura e alla pubblicazione di un Report con l'indicazione delle risultanze delle attività di monitoraggio di cui al comma 2, con cadenza annuale per le strutture ospedaliere triennale per le altre tipologie di erogatori soggetti all'accreditamento. Il primo report è reso disponibile entro il 30 novembre 2023. L'ambito di applicazione del Report 2025 riguarda, come i precedenti anni, le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate che svolgono attività per acuti e post acuti.

⁴² Informazioni che derivano da documenti ufficiali della Corte dei conti. In particolare dalla Corte dei conti, Relazione al Parlamento triennio 2022-2024.

protezione del diritto alla salute, con l'obiettivo di almeno tamponare, in un'ottica di solidarietà sociale, le naturali e fisiologiche problematiche⁴³.

Tale assegnazione consiste in un'integrazione funzionale che fonda le basi in una previsione costituzionale, in parte già citata in precedenza, concretamente espressa nel principio di sussidiarietà orizzontale ex articolo 118, comma 4, Cost., con l'effetto di riconoscere nel Terzo Settore un attore istituzionalmente pronto ed idoneo a concorrere all'attuazione del diritto alla salute nella direzione degli obblighi positivi che derivano dallo Stato sociale di diritto e dalla normativa costituzionale.

Per descrivere, ancora più specificatamente, il fondamento della necessità di coinvolgere il Terzo Settore nella gestione del Sistema Sanitario Nazionale, si possono individuare alcune ragioni determinate, da esaminare secondo un'ottica giuridico-sociale.

La prima, che qui descrivo nello specifico seppur già emersa più volte in precedenza, è la legittimazione costituzionale dell'apporto civico intrinseco al Terzo Settore; a riguardo, come già detto, l'articolo 118, comma 4, Cost. riconosce come valore giuridico centrale e primario l'iniziativa autonoma dei cittadini, singolarmente o in forma associata, nello svolgimento di attività di interesse generale, tra cui rientra espressamente la tutela del diritto alla salute. Per questa previsione costituzionale, e anche per diversi interventi della Corte Costituzionale tra cui la sentenza n. 131/2020, che sarà oggetto di un'analisi specifica, l'amministrazione pubblica nel perseguimento degli scopi di rilevanza collettiva, in particolare riferiti alla sanità, non detiene il monopolio dell'intervento, ma è, invece, chiamata a favorire la partecipazione civica ed organizzata nel rispetto dei principi di buona amministrazione e

⁴³ Scelta del legislatore sempre diretta nell'ottica del riconoscimento del Terzo Settore come un possibile sostegno concreto ed effettivo in ordine agli interessi dello Stato. P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit. pp. s. 110.

dell'obbligo di garantire l'effettività dei diritti sociali⁴⁴. In altri termini, la presenza di Enti del Terzo Settore qualificati ed accreditati sul territorio non può costituzionalmente essere ignorata dalla Pubblica Amministrazione, pena una violazione dell'obbligo di inclusione dei soggetti sociali nella governance dei servizi pubblici.

Seconda ragione fondante si basa sul meccanismo di rimozione degli ostacoli alla salute attraverso la comunità organizzata; facendo riferimento ancora alla Costituzione, l'intervento del Terzo Settore nell'ambito sanitario assume una rilevanza costituzionale anche in riferimento all'articolo 3, comma 2, Cost., il quale obbliga lo Stato a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, limitando la libertà e l'uguaglianza dei cittadini. Infatti, nel caso specifico, l'attività degli Enti del Terzo Settore consente, in presenza di un Sistema Sanitario Nazionale sottofinanziato e diseguale, di compensare le carenze dell'intervento pubblico ed assicurare un'effettiva uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari di cura, svolgendo una funzione complementare ma fondamentale al raggiungimento della piena tutela, declinata oltre che in ambito clinico anche relazionale ed ambientale.

Continuando con l'esame dei concreti contributi specifici che il Terzo Settore apporta al Sistema Sanitario Italiano, la sua funzione non si limita ad un ruolo meramente assistenziale, ma produce tangibili effetti economici rilevanti sull'intero sistema. In particolare, gli Enti del Terzo Settore, offrendo servizi di prevenzione e di assistenza domiciliare, alleggeriscono la pressione economica sulle strutture ospedaliere pubbliche, generando diretti e significanti risparmi per il SSN, inoltre,

⁴⁴ Gli ETS costituiscono una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile alle esigenze che provengono dalla società, instaurando con i soggetti pubblici un canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato fondato sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private. Tutto ciò avviene nel rispetto dei principi di buona amministrazione e dell'obbligo di garantire l'effettività dei diritti sociali.

dato che tali servizi vengono sostenuti con l'apporto spesso di volontari o soggetti che partecipano per solidarietà civica, si produce l'effetto naturale della riduzione del costo del lavoro, in opposizione con l'accrescimento della coesione sociale, elementi che, dunque, incidono positivamente sull'efficacia e la sostenibilità delle politiche di salute pubblica. Per consolidare, anche in questo caso, tali nozioni con dati di oggettiva consistenza, il rapporto 2015 I.t.a.l.i.a.⁴⁵, redatto da economisti e ricercatori accreditati, che, seppur non davvero recente, offre un quadro adattabile al contesto socio-politico attuale, mostra che il peso economico del volontariato, il quale occupa 14.5 milioni di persone, è pari quasi ad otto miliardi di euro sulla base delle ore prestate, corrispondente a circa lo 0,7% del PIL, una porzione, quindi, realmente rilevante.

A questo punto l'esame deve concentrarsi necessariamente sulle effettive attività determinate che gli Enti del Terzo Settore svolgono in sostegno al Sistema Sanitario Nazionale, oltre che sui requisiti che essi devono rispettare per contribuire all'erogazione di servizi fondamentali per la tutela della salute. In relazione al primo elemento dell'analisi, sono diverse ed eterogenee le attività in questione, data l'ampiezza dell'elenco del già analizzato articolo 5 del Decreto legislativo n. 117/2017, ma, dovendo individuare le principali e le più rilevanti per il sostegno economico del SSN, degne di esame sono le iniziative di assistenza domiciliare integrata, con i distretti socio-sanitari delle ASL, a supporto di soggetti non autosufficienti o con patologie croniche, le attività finalizzate alla gestione di hospice e strutture residenziali per cure palliative, interventi incentrati sulla definizione di progetti in materia di salute mentale indirizzati all'inclusione sociale ed alla riabilitazione, spesso in partenariato con i Dipartimenti di Salute Mentale, ed infine le

⁴⁵ Dati reperiti sulla base dello studio del Rapporto I.t.a.l.i.a. 2025, redatto dal riconosciuto Istituto di ricerca Eurispes.

attività di gestione del sistema di emergenza-urgenza, tematica centrale e che verrà analizzata in modo assolutamente specifico nel paragrafo successivo. Per quanto, invece, riguarda il fattore dei requisiti necessari per partecipare al sistema, è ovvio che l'apporto degli Enti del Terzo Settore non può sfuggire da un rigoroso apparato di regolazione pubblica finalizzato ad assicurare uniformità, sicurezza e qualità delle prestazioni erogate, in un contesto altamente sensibile e fondante come quello sanitario; nello specifico, per regolare tale ambito, il legislatore si serve di quegli strumenti e meccanismi di instaurazione di rapporti da parte della Pubblica Amministrazione con i privati già profondamente esaminati, vale a dire la procedura di accreditamento e la stipula della convenzione o accordo contrattuale. Dal punto di vista normativo, attualmente non esiste una disciplina speciale per l'accREDITAMENTO agevolato degli Enti del Terzo Settore, i quali sono dunque subordinati alle medesime disposizioni degli operatori privati profit⁴⁶, ma si possono individuare specifici elementi che la Regione deve verificare, a differenza degli altri soggetti privati, per certificare la coerenza degli enti con i principi affermati nel Decreto legislativo n. 117/2017 come l'assenza di scopo di lucro e la destinazione vincolata degli utili, la trasparenza amministrativa ed il bilancio sociale, e la partecipazione della comunità e dei volontari come componente distintiva dell'ente. Per il resto l'accREDITAMENTO si compone nella stessa maniera e occupa la stessa valenza che è stata analizzata nel paragrafo precedente, nonostante deve essere sottolineato che, in direzione dell'autonomia organizzativa delle Regioni, alcune di esse, ad esempio la Toscana, hanno introdotto regolazioni che considerano la peculiarità non lucrativa e sociale degli Enti del Terzo Settore riconoscendo condizioni di priorità o

⁴⁶ Il Decreto legislativo n. 117/2017 prevede importanti agevolazioni fiscali per gli ETS, tra cui l'esenzione dall'IRES per le attività di interesse generale svolte in conformità agli scopi statutari, l'applicazione dell'IVA agevolata al 5% per le prestazioni socio-sanitarie e assistenziali, e la deducibilità integrale delle erogazioni liberali ricevute.

semplificazione procedimentale⁴⁷. Il convenzionamento, invece, costituisce così come per i soggetti privati profit, anche per gli Enti del Terzo Settore lo strumento operativo mediante il quale la precedente fase di accreditamento si traduce in un rapporto giuridico concreto con il Sistema Sanitario Nazionale, definendo le tariffe, gli indicatori di qualità e le modalità di controllo. In tale strumento però, a differenza dell'accREDITamento, emerge la specialità degli Enti del Terzo Settore in relazione al modo nel quale tale rapporto si configura; infatti, se i soggetti privati profit accREDITati definiscono con il Sistema Sanitario Nazionale un rapporto contrattuale bilaterale e sinallagmatico, gli Enti del Terzo Settore si inseriscono in un piano di cooperazione istituzionale e sussidiaria non puramente commerciale ed in coerenza con le forme di amministrazione condivisa, che verranno analizzate a breve. In sintesi, il convenzionamento, che strutturalmente mantiene le forme descritte nel paragrafo precedente, si delinea non solo come un contratto pubblico, ma anche come un accordo di partenariato istituzionale, finalizzato a perseguire finalità di salute collettiva⁴⁸.

Per completare l'esame approfondito degli elementi riguardanti il contributo del Terzo Settore al sostegno del Sistema Sanitario Italiano, è ora opportuno riprendere un concetto solamente accennato poche righe indietro, vale a dire la nozione di amministrazione condivisa. Per natura del Terzo Settore, che è caratterizzato da una coerenza marcata con l'autorità pubblica nel sistema di welfare, il legislatore ha definito un sistema per il quale la Pubblica Amministrazione favorisce l'intervento

⁴⁷ Tale differenziazione trova fondamento nel principio di sussidiarietà orizzontale recepito nel testo di cui all'art. 55 del Decreto legislativo n. 117/2017, che prevede il coinvolgimento attivo degli ETS attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accREDITamento, configurando un modello di amministrazione condivisa che può giustificare procedure facilitate per gli ETS.

⁴⁸ Attraverso lo strumento della convenzione è possibile definire un rapporto fondato su obbligazioni contrattuali. Per gli ETS tale rapporto costituisce il mezzo primario, se non l'unico, che legittima l'inserimento di tali enti nel sistema pubblico. P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit. pp. s. 75.

degli Enti del Terzo Settore attraverso una serie di rapporti specifici, oltre quelli analizzati precedentemente, che si accompagnano alla Pubblica Amministrazione nel rendere servizi alla società; nello specifico sono state definite delle modalità di interazione che si sviluppano in un effettiva collaborazione mediante la quale le due parti, gli Enti del Terzo Settore da un lato e la Pubblica Amministrazione dall'altro, convergono in attività che, pur rimanendo sotto il nucleo di riferimento della Pubblica Amministrazione, riguardano la programmazione e la progettazione di interventi. Tale concetto trova il suo fondamento giuridico e normativo all'interno del Titolo VII del già esaminato Codice del Terzo Settore, o Decreto legislativo n. 117/2017, e nello specifico nell'articolo 55, il quale disciplina di dettaglio gli strumenti denominati di co-programmazione e co-progettazione. Per quanto riguarda il primo strumento disciplinato dall'articolo 55, che tra l'altro anche precede a livello temporale la fase della co-programmazione, esso è incentrato sull'obbligo da parte della Pubblica Amministrazione ad interpellare gli Enti del Terzo Settore al fine di individuare le esigenze del territorio e della società e di acquisire un'istruttoria completa per realizzare un determinato intervento, dando modo alle realtà del Terzo Settore di intervenire in materie di comune interesse ricoprendo un ruolo di advocacy e, quindi, di manifestazione dell'espressione sociale reale. La successiva fase, invece, consiste in una collaborazione in riferimento alla progettazione in concreto dell'intervento progettato in precedenza, mediante la partecipazione di Enti del Terzo Settore necessariamente accreditati, per subordinare gli enti stessi che interagiscono a controlli da parte della Pubblica Amministrazione.

Risulta essenziale a questo punto, prima di incentrare il discorso sulla declinazione dei rapporti nell'ambito del supporto alla sanità nazionale, che si distinguano i procedimenti di co-programmazione e di

co-progettazione dai contratti d'appalto di servizi, invece disciplinati nel Decreto legislativo n. 36/2023⁴⁹.

Negli appalti, infatti, la Pubblica Amministrazione ricerca un fine strettamente strumentale, vale a dire l'acquisizione di una prestazione in cambio di un corrispettivo, sulla base delle regole della concorrenza e del mercato; al contrario, nei procedimenti collaborativi di cui all'articolo 55 del Decreto legislativo n. 117/2017 il corrispettivo economico in senso stretto è sostituito da una messa in comune di risorse per cui la finalità del rapporto non è economica, ma sociale, solidaristica e indirizzata alla cura dell'interesse generale. Per rafforzare giuridicamente questa differenza, è intervenuta a riguardo la Corte costituzionale con la sentenza n. 131 del 2020, riconoscendo innanzitutto la legittimità costituzionale dell'articolo 55, e successivamente qualificando la co-programmazione e la co-progettazione come espressione del principio di sussidiarietà orizzontale, già esaminato in precedenza.

Entrando ora nella materia oggetto dell'elaborato, nel contesto del Sistema Sanitario Nazionale gli strumenti di collaborazione assumono valenza specifica; in particolare la co-programmazione consente, oltre che di individuare i fabbisogni sanitari e sociosanitari affioranti, anche di integrare i Piani Sanitari Regionali⁵⁰ e di costruire reti territoriali di prevenzione e promozione della salute, consistendo in un vero e proprio processo di governance partecipata che consente alla Pubblica Amministrazione di trarre benefici dalle competenze di esperienza e dalla capacità di innovazione sociale proprie degli Enti del Terzo Settore. La co-progettazione, invece, si declina in una elaborazione congiunta di progetti e servizi, individuati durante la fase precedente, destinati a

⁴⁹ Vi sono diverse pronunce all'interno del panorama giurisprudenziale in questo senso. Una delle più recenti, fra tutte, è quella del Consiglio di Stato, sentenza n. 5217/2023.

⁵⁰ I Piani Sanitari Regionali rappresentano lo strumento fondamentale di programmazione sanitaria regionale. Mediante essi le Regioni definiscono gli interventi per la tutela della salute e il funzionamento dei servizi necessari a soddisfare le esigenze specifiche e determinate della popolazione regionale.

rispondere alle necessità sanitarie specifiche mediante la condivisione di risorse economiche ed organizzative; esempi reali di co-progettazione sono iniziative di prevenzione e promozione della salute nelle comunità locali, o ancora la creazione e la conseguente gestione di Case delle Comunità e Centri di prossimità sociosanitaria. La logica, quindi, della co-progettazione è definita nella coproduzione del valore pubblico su un piano in cui la Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore operano come soggetti partner paritari.

Per comprendere meglio la disciplina in riferimento alle possibilità di strutturazione di un rapporto tra Enti del Terzo Settore e Pubblica Amministrazione, è a mio avviso utile descrivere, seppur in modo conciso, un caso reale e vicino territorialmente in cui tutti gli elementi analizzati in precedenza si manifestano concretamente.

Nel 2023, e successivamente anche nel 2024, l'Agenzia di Tutela della Salute di Pavia, ente strumentale della Regione Lombardia con funzione di programmazione ed accreditamento del sistema socio-sanitario, ha reso pubblico una formale manifestazione di interesse indirizzata agli Enti del Terzo Settore per avviare un tavolo di co-programmazione in linea con il dettato dell'articolo 55 del Decreto legislativo n. 117/2017⁵¹; in particolare, la programmazione partecipata era incentrata sulla definizione di un piano di miglioramento del sistema territoriale di tutela della salute mentale con lo scopo in generale di identificare i bisogni delle comunità in materia di salute mentale, e nello specifico di mappare le risorse pubbliche e del Terzo Settore presenti nel territorio e di favorire la proposta di attività innovative integrate tra il pubblico e gli Enti del Terzo Settore. Tale caso, dunque, rappresenta bene un esempio concreto e vicino di come il Terzo Settore possa, anzi

⁵¹ Caso esemplificativo risultante dalla ricerca all'interno del sito dell'ATS di Pavia. Nello specifico nella sezione "Bandi di concorso" in cui si trova lo specifico Bando 2024 ATS Pavia e Bando 2025 ATS Pavia.

sia incentivato, ad entrare nella fase di governance sanitaria territoriale come co-decisore, oltre che come erogatore, in linea con i principi di amministrazione condivisa e di sussidiarietà e con la volontà del legislatore del 2017.

4) Il settore dell’Emergenza-Urgenza ed il ruolo fondamentale del Terzo Settore

Il settore dell’emergenza-urgenza sanitaria costituisce una delle funzioni pubbliche essenziali del Servizio Sanitario Nazionale in quanto espressione diretta dell’obbligo per lo Stato di assicurare la tutela immediata della salute di cui all’articolo 32 Cost.. Analizzando le peculiarità dello stesso, esso si distingue per la sua natura di servizio pubblico essenziale volto a garantire una risposta pronta e coordinata a situazioni imprevedibili in cui il fattore temporale assume una rilevanza determinante allo scopo della salvaguardia della vita e dell’integrità fisica delle persone; per questi caratteri primari, il sistema di emergenza-urgenza risponde all’esigenza di coniugare la qualità universale della tutela della salute con la necessità di assicurare interventi immediati in ogni contesto territoriale e sociale, fondando le proprie basi su principi di continuità, prossimità ed integrazione al fine di garantire un collegamento ininterrotto tra cittadini, centrali operative e strutture ospedaliere⁵². E dunque, alla luce di ciò, il legislatore, fin dall’inizio dell’attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, presuppone una forma

⁵² La Cassazione penale chiarisce nella sentenza n. 11950/2017, *"lo svolgimento del servizio del 118 di pubblico e fondamentale interesse è segnato dalla peculiare esigenza della celere rimessa a disposizione degli utenti dell'assistenza e soccorso forniti, spesso in situazioni di emergenza assoluta, essendo notoriamente connesso ad un pronto e competente intervento del 118 spesso lo stesso salvataggio della vita umana"*.

di cooperazione strutturata tra Pubblica Amministrazione e soggetti privati che ricercano finalità solidaristiche e di utilità sociale, nello specifico, quindi, con le organizzazioni del Terzo Settore; già dagli anni '90, infatti, in contemporanea con la nascita e l'istituzionalizzazione del sistema di emergenza-urgenza, la presenza delle organizzazioni di soccorso a base comunitaria si è manifestata come decisiva per assicurare la capillarità degli interventi e la sostenibilità del sistema, dando la possibilità di estendere la rete dei soccorsi anche nelle aree più svantaggiate e garantendo un'omogeneità di risposta che la sola Pubblica Amministrazione avrebbe difficilmente raggiunto.

Esaminando nello specifico il piano organizzativo, venendo ora all'analisi della situazione attuale, la collaborazione si manifesta tramite la partecipazione degli Enti del Terzo Settore alle diverse fasi operative del sistema di emergenza-urgenza, vale a dire sia nella gestione dei mezzi di soccorso e nella presenza di personale volontario che nel supporto concreto ad attività di formazione e sensibilizzazione della popolazione, definendo un modello avanzato di collaborazione che risponde ad esigenze funzionali di efficienza ed, allo stesso tempo, incarna una visione partecipata del servizio pubblico.

Avendo, quindi, inquadrato la tematica del supporto fondamentale degli Enti del Terzo Settore al sistema pubblico di emergenza-urgenza, è a questo punto essenziale prendere in considerazione le fonti normative specifiche di questo ambito, riprendendo anche disposizioni già analizzate in precedenza ma con un focus particolare sul tema. A questo proposito la fonte che costituisce la base del sistema è sicuramente il D.P.C.M. 27 marzo 1992⁵³; questo decreto, che si inserisce all'interno del contesto di riforma del Servizio Sanitario Nazionale di quell'anno, è dedicato alla realizzazione di un indirizzo e coordinamento in merito alla

⁵³ Successivamente, il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 ha aggiornato la disciplina, abrogando il precedente decreto ma confermando i principi fondamentali del sistema di emergenza-urgenza.

definizione del sistema di emergenza sanitaria territoriale, ed in particolare, tramite l'istituzione del numero unico 118 e delle Centrali Operative di emergenza, alla delineazione di un modello organizzativo volto ad assicurare uniformità e tempestività degli interventi, valori primari per il legislatore, come visto precedentemente. Un aspetto centrale del decreto in riferimento alla prospettiva del Terzo Settore è rappresentato dalla legittima possibilità per le singole Regioni di avvalersi di organizzazioni di volontariato ed associazioni senza fini di lucro per l'esercizio dei servizi di trasporto e soccorso sanitario⁵⁴, e dunque dal formale riconoscimento del ruolo di valenza pubblica delle associazioni di volontariato integrate nella rete istituzionale dei servizi di emergenza; in sostanza, quindi, anticipando temporalmente l'ufficiale introduzione nel 2001 del principio di sussidiarietà orizzontale, il modello definito dal D.P.C.M del 1992 introduce un sistema di sussidiarietà organizzata, dove la funzione pubblica del soccorso viene esercitata mediante soggetti privati non lucrative in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Proseguendo, l'Accordo Stato-Regioni del 22 maggio 2003 e quello più recente del 25 luglio 2019 hanno in modo ulteriore cristallizzato ed aggiornato l'impianto, anche in ragione dell'avvenuta riforma del Titolo V Cost.⁵⁵, fissando standard qualitativi e requisiti minimi strutturali necessari per i servizi di emergenza sanitaria nazionale; infatti, gli accordi riconoscono in modo esplicito il ruolo delle associazioni convenzionate con le Regioni, individuando i diversi criteri di accreditamento ed i parametri di qualità uguali per tutto il territorio nazionale al fine di, da un lato assicurare un livello minimo ed omogeneo

⁵⁴ Tale previsione ha trovato piena attuazione nell'art. 57 del Decreto legislativo n. 17/2017, che legittima che i servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato.

⁵⁵ Precisamente sono gli Accordi Stato-Regioni del 22 maggio 2003 e del 25 luglio 2019 che hanno cristallizzato e aggiornato l'impianto del sistema di emergenza-urgenza in ragione dell'avvenuta riforma del Titolo V della Costituzione.

di efficienza del servizio tra Regioni e tra enti convenzionati, dall'altro di rafforzare formalmente la posizione giuridica professionalizzata del volontariato sanitario come partner funzionale del servizio pubblico.

Venendo, invece, al piano attuativo di tale sistema, la normativa regionale costituisce, per ciò che è stato detto prima, l'ovvia realizzazione dell'impianto multilivello. Le singole Regioni, invero, essendo competenti in materia di salute e di organizzazione dei servizi sanitari, sono necessariamente tenute a disciplinare gli specifici aspetti quali i requisiti tecnici, formativi ed organizzativi per l'accreditamento delle associazioni e delle centrali operative locali, le modalità di convenzionamento e di rimborso spese nel rispetto dei valori di trasparenza e sostenibilità economica, oltre che i rapporti funzionali ed operativi tra le organizzazioni accreditate ed il sistema del 118.

Avendo concluso, quindi, il delineamento del quadro normativo di riferimento, è ora necessario precisare che, come già accennato, il principale meccanismo giuridico attraverso il quale si concretizza la partecipazione degli Enti del Terzo Settore all'interno del sistema di emergenza-urgenza è rappresentato dalle convenzioni⁵⁶. In merito a questa fattispecie giuridica, che è stata ampiamente analizzata, è importante richiamare alcuni elementi di base; in primo luogo le convenzioni, stipulate nel caso specifico tra Enti del Terzo Settore e Pubblica Amministrazione, configurano una particolare forma di atto amministrativo a contenuto specificatamente negoziale, con lo scopo di regolare il diretto affidamento della gestione di determinate attività di interesse generale evitando l'utilizzo delle procedure previste dal Codice dei Contratti Pubblici; secondariamente, il loro fondamento normativo si ritrova nel già menzionato articolo 56 del Decreto legislativo n.

⁵⁶ Il principale meccanismo giuridico attraverso il quale si concretizza la partecipazione degli Enti del Terzo Settore nel sistema di emergenza-urgenza è rappresentato, come già espresso precedentemente, dalle convenzioni disciplinate dagli artt. 56 e 57 del Decreto legislativo n. 17/2017.

117/2017, il quale definisce espressamente la possibilità per la Pubblica Amministrazione di concludere convenzioni con gli Enti del Terzo Settore, che posseggono determinate caratteristiche, in relazione a determinate attività, tra cui sono comprese quelle relative all'organizzazione e gestione di attività assistenziali o sanitarie non complesse, di cui fanno parte le prestazioni di trasporto sanitario semplice e di supporto al sistema di emergenza-urgenza. In riferimento ai requisiti necessari per la stipula delle convenzioni nello specifico ambito, esse devono prevedere, secondo le direttive regionali e nazionali, di cui la più importante è il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015⁵⁷, l'obbligo per gli enti di mettere a disposizione ambulanze attrezzate e conformi agli standard tecnici definiti a livello regionale, in secondo luogo la presenza necessaria di volontari formati in modo adeguato e di personale operativo, poi la previsione, da parte dell'ASL, di livelli minimi di servizio tra cui la copertura del territorio ed il tempo massimo di risposta, ed infine, elemento però centrale in questa tipologia di rapporti, la definizione dei rimborsi spese definiti sulla base di criteri oggettivi ed escludendo logiche di profitto, estranee alla natura degli Enti del Terzo Settore.

Oltre al tradizionale strumento della convenzione, che ricopre il livello primario in questi rapporti, è fondamentale richiamare come siano centrali, anche in relazione a questo specifico settore, quei modelli di collaborazione tra Enti del Terzo Settore e Pubblica Amministrazione denominati co-programmazione e co-progettazione, di cui all'articolo 55 del Decreto legislativo n. 117/2017. Nello specifico, nel sistema di emergenza-urgenza, la co-programmazione permette alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Centrali Operative di interfacciarsi in maniera strutturata con gli Enti del Terzo Settore allo scopo di definire le istanze

⁵⁷ Il decreto ha definito anche i livelli di assistenza sanitaria di emergenza e le modalità organizzative del servizio 118.

emergenti e le possibili criticità, che possano inficiare negativamente sull'efficienza del servizio nel territorio⁵⁸; sono, infatti, obiettivi concreti e primari della suddetta fase, ad esempio, la valutazione della necessità di attivare presidi nuovi per permettere una maggiore copertura di assistenza, o ancora l'analizzare la disponibilità di personale volontario e di mezzi nei diversi distretti sanitari. La fase di co-progettazione, proseguendo invece, consiste nel momento attuativo della precedente co-programmazione, all'interno della quale l'Azienda Sanitaria Locale, attraverso una procedura trasparente, individua gli Enti del Terzo Settore insieme ai quali scrivere e realizzare il progetto esecutivo, in linea con le caratteristiche fondamentali di un sistema di emergenza-urgenza efficace in relazione alla tempestività ed alla prossimità territoriale.

In conclusione, gli Enti del Terzo Settore rappresentano un elemento imprescindibile del sistema pubblico di emergenza-urgenza sanitario italiano, per cui la loro partecipazione, che si fonda su logiche costituzionali di sussidiarietà e di solidarietà, integra e rende più solida l'azione del Servizio Sanitario Nazionale assicurando una risposta capillare e vicina ai bisogni della comunità. Quindi, il quadro normativo esaminato, che spazia dal Decreto legislativo n. 117/2017 alle discipline regionali, conferma il valore strutturale di tale collaborazione tra pubblico e privato-sociale.

5) Conclusione

Alla luce dell'impostazione post-riforme del Servizio Sanitario Nazionale, gli Enti del Terzo Settore ricoprono un ruolo essenziale e di

⁵⁸ Attraverso la co-programmazione e la co-progettazione, gli ETS hanno la possibilità di far valere le proprie istanze e le esigenze della società con cui sono in stretto contatto. In tal modo gli interventi, anche in relazione alla stesura delle convenzioni, si concretizzano in considerazione di tali istanze. P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, cit. pp. s. 75.

assoluto margine all'interno di uno dei settori di competenza sanitaria regionale, vale a dire il sistema di emergenza-urgenza. Ciò deriva *in primis* dalla presa di coscienza da parte delle Regioni dell'utilità, in riferimento alla maggiore stabilità ed efficienza del sistema, di integrare soggetti privati caratterizzati da una natura particolare, improntata sul raggiungimento di interessi sociali e collettivi, ed in secondo luogo dalla necessità di aderire a valori costituzionali, tra cui innanzitutto il principio di sussidiarietà.

CAPITOLO 2

1) Breve introduzione

Il seguente capitolo si propone di analizzare in modo completo ed approfondito la struttura globale del sistema di emergenza-urgenza lombardo. *In primis* il contenuto si concentra sullo studio del modello organizzativo e di gestione, considerando anche i passaggi evolutivi che hanno permesso alla Regione Lombardia di dotarsi di uno dei sistemi più efficienti del panorama nazionale. In secondo luogo, lo studio converge circa l'analisi del rapporto che permette agli Enti del Terzo Settore di potersi integrare all'interno del modello, in considerazione della natura del rapporto e del suo contenuto. Infine, l'esame affronta, in virtù di tutto quanto esaminato, i profili di responsabilità che, a fronte di determinate situazioni, possono nascere in capo agli Enti del Terzo Settore integrati.

2) L'Areu: Origine, struttura e competenza dell'Ente

Dopo aver, nel capitolo precedente, delineato in modo completo e preciso le basi giuridiche e la funzione fondamentale dell'apporto degli Enti del Terzo Settore all'interno del sistema di emergenza-urgenza italiano in generale, è ora arrivato il momento di entrare nello specifico della tematica delle tesi, prendendo in attenta analisi la declinazione speciale del sistema per ora delineato ma all'interno della Regione Lombardia. In questo senso non si può che iniziare andando a prendere in esame l'ente centrale di raccordo della struttura, vale a dire l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, altrimenti conosciuta con l'acronimo AREU.

Ai fini di dare già da ora una definizione di tale ente, l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza è definito dal legislatore regionale come un ente tecnico-operativo della Regione Lombardia dotato di autonomia organizzativa e funzionale con la funzione di assicurare la gestione unitaria e coordinata dell'intero sistema di emergenza-urgenza sanitaria regionale¹. Nello specifico, per dare solo un accenno a tematiche che verranno affrontate in particolare più avanti, essa svolge funzioni di indirizzo, programmazione e controllo delle attività di soccorso sanitario territoriale, delle Centrali Operative 118 e del trasporto sanitario, assicurando un'omogeneità delle procedure e la completa integrazione funzionale tra le strutture ospedaliere e servizi territoriali, sulla base ed in attuazione della normativa regionale di settore e dei principi generali di tutela della salute delineati dall'ordinamento statale².

Inquadrata, dunque, la tematica centrale del presente capitolo è utile ripercorrere *l'iter* giuridico e sociale che ha portato la Regione Lombardia il 31 luglio 2007 all'istituzione dell'AREU attraverso la Legge Regionale n. 32/2007. Nel periodo precedente alla suddetta istituzione, il sistema lombardo dell'emergenza-urgenza sanitaria di sviluppava in un complesso quadro normativo nazionale e regionale che, sebbene si basasse sulla responsabilità della Regione in materia di organizzazione dei servizi secondo la riforma costituzionale del 2001 precedentemente analizzata, lasciava larghi margini di autonomia organizzativa alle singole strutture ed articolazione del Servizio Sanitario Regionale³. In particolare, la Regione Lombardia, in conformità con la normativa istitutiva delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, aveva

¹ Definizione AREU che trova le sue fondamenta giuridiche nella Legge regionale n. 33/2009 e dai provvedimenti regionali istitutivi, su tutti la Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. 7433/2008.

² Le funzioni primarie di indirizzo, programmazione e controllo si delineano in attuazione dei principi definiti dall'art. 32 Cost e dal dettato del Decreto legislativo n. 502/1992.

³ Circa la situazione normativa e sociale pre-AREU, l'assetto del sistema si basava sul sistema normativo del SSN successivo alla riforma del Titolo V del 2001, dunque in attuazione del riparto delle competenze tra Stato e Regioni.

delegato a questi enti attività e funzioni operative-gestionali estremamente rilevanti, tra cui la completa organizzazione e conduzione delle Centrali Operative 118; da ciò ne risultava un assetto frammentario complesso e fortemente decentrato non sostenuto da un'unica struttura centrale regionale e privo di mezzi idonei ad assicurare uniformità ed integrazione del servizio di emergenza-urgenza.

Concentrando maggiormente l'analisi sulle problematiche concrete di tale sistema, la gestione delle Centrali Operative lombarde da parte delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, sulla base della coerenza con la logica aziendalistica introdotta durante gli anni '90 nella sanità, produceva come conseguenza collaterale effetti disfunzionali rilevanti, soprattutto in un settore, come quello dell'emergenza-urgenza, che per sua natura richiede un alto coordinamento sovraterritoriale⁴. Infatti, in mancanza di un centro decisionale unico, sovraordinato e dedicato allo specifico settore dell'emergenza, il sistema lombardo operava secondo logiche e politiche locali, nelle quali ciascuna azienda sanitaria definiva autonomamente procedure operative e modelli organizzativi; ed in tutto ciò la Regione Lombardia esercitava solamente una funzione lata di indirizzo generale, senza disporre di un ente tecnico-gestionale capace di programmare in modo integrato la rete dell'emergenza e di garantire un monitoraggio omogeneo del servizio. Andando avanti, tale disomogeneità generale si ripercuoteva parimenti anche sul piano concretamente procedurale; invero, la variabilità di protocolli clinici tra province produceva disparità importanti nella gestione del paziente critico, oltre che eterogeneità nell'uso dei diversi mezzi di trasporto, come l'automedica e i mezzi di trasporto infermierizzati, comportando

⁴ La rappresentazione delle criticità analizzate riflette le conseguenze delle riforme sanitarie introdotte dal Decreto legislativo n. 502/1992 e dal Decreto legislativo n. 517/1993, alle quali la Regione Lombardia ha voluto dare soluzione con l'istituzione di AREU nel 2007.

una tutela fortemente diseguale del fondamentale diritto alla salute tra i cittadini lombardi a seconda dello specifico territorio⁵.

In aggiunta a tali considerevoli criticità, a partire dagli anni 2000 la Lombardia inizia a manifestare, ancora maggiormente che prima, significative trasformazioni socio-economiche tra cui il forte incremento di mobilità quotidiana legato principalmente a pendolarismo interprovinciale e alla fitta concentrazione di poli industriali e universitari, oltre che sanitari, con la fisiologica conseguenza di un aumento del numero di interventi al di fuori dei confini di competenza delle singole ed autonome Centrali Operative⁶.

Alla luce di queste pesanti criticità, in direzione anche di un'evoluzione normativa sul piano nazionale del concetto di emergenza sanitaria più orientato alla riduzione dei tempi di intervento, la Regione Lombardia matura progressivamente la consapevolezza che il sistema di emergenza-urgenza, per rispondere adeguatamente e completamente ai principi cardine di efficienza e continuità assistenziale, dovesse essere dotato di una governance centralizzata e di una visione sovra-provinciale nella gestione dei mezzi e delle risorse; ed è proprio in queste direzioni che si delinea la Legge Regionale n. 32 del 31 luglio 2007⁷.

Tale disposizione, che viene definita con la ratio specifica di attribuire ad un soggetto unico regionale le competenze strategiche ed operative nelle funzioni di emergenza sanitaria, istituisce un ente proprio dedicato alla gestione integrata del settore emergenziale extraospedaliero ed al coordinamento delle Centrali Operative, con gli obiettivi di

⁵ La rappresentata difformità procedurale è in linea con quanto documentato nelle analisi ufficiali regionali e in quelle prodotte da vari Istituti di ricerca nel contesto pre-AREU, in riferimento alla forte autonomia delle ASL.

⁶ In riferimento alle trasformazioni socio-economiche degli anni 2000, tale contesto coerente con le risultanze degli studi su scala regionale e nazionale. Un esempio è l'analisi ISTAT su mobilità e pendolarismo.

⁷ Circa la consapevolezza della necessità di governance centralizzata, tale contesto e tale presa di coscienza costituisce la base che porta alla definizione della Legge regionale Lombardia n. 32/2007.

assicurare la delinearazione di una linea direttiva centralizzata delle attività di soccorso e di creare un'interfaccia stabile ed univoca tra territorio, ospedale ed Enti del Terzo Settore operanti nel sistema⁸.

Iniziando con lo studio della norma, l'articolo 1 costituisce il fulcro della riforma in quanto istituisce formalmente l'AREU qualificandola come ente del sistema sanitario regionale dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, in coerenza quindi con il concetto guida di aziendalizzazione del sistema, e caratterizzato da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile all'interno del sistema di emergenza-urgenza; in riferimento a questo elemento essenziale della personalità giuridica autonoma, il legislatore regionale, attraverso questa soluzione strategica, intende creare un ente espressamente dotato di autonomia decisionale e di separazione funzionale rispetto agli interessi ed alle competenze delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, oltre che di capacità di agire in maniera unitari sull'intero territorio lombardo. L'articolo successivo, l'articolo 2, disciplina, invece, in modo analitico le diverse funzioni trasferite all'AREU, andando a costituire la base giuridica dell'accentramento delle competenze; nello specifico, in primo luogo, l'articolo 2 lett. a) regola che l'AREU provvede alla gestione delle Centrali Operative, in distacco rispetto alla precedente conduzione diversificata da parte delle ASL e delle Aziende Ospedaliere⁹; in secondo luogo, l'articolo 2 lett. b) e c) attribuiscono all'Azienda la competenza speciale a definire i protocolli operativi e le linee guida clinico organizzative, riconoscendo un potere regolamentare tecnico dotato di efficacia vincolante per l'intero sistema e capace di conseguenza di indicare standard unici

⁸ La rappresentazione degli obiettivi della Legge regionale n. 32/2007 rispecchia gli scopi dichiarati nei materiali introduttivi della riforma regionale. A riguardo rilevano i Documenti programmatici e le presentazioni istituzionali della Regione Lombardia sull'istituzione AREU.

⁹ Circa gli artt. 1 e 2 della Legge regionale n. 32/2007 si richiamano i passaggi normativi fondamentali che attribuiscono ad AREU la personalità giuridica di diritto pubblico, configurando un modello accentrato ed unitario.

regionali per i soggetti pubblici e privati accreditati; ancora, lo stesso articolo 2 nella lett. d) da in mano all'AREU l'amministrazione della formazione del personale sanitario e volontario impiegato nell'emergenza, con l'effetto di superare le disomogeneità dei percorsi formativi creando percorsi certificati unici; ed infine, ma centrale per il proseguo della tesi, l'articolo 2 lett. e) attribuisce all'Agenzia la gestione dei rapporti con soggetti privati accreditati ed Enti del Terzo settore, al fine della costruzione di un sistema integrato dove l'AREU diventa interlocutore unico delle realtà che operano sul territorio¹⁰. Proseguendo con l'analisi dei singoli articoli della legge, l'articolo 3, che qui conviene citare solamente, sancisce il ruolo dell'AREU come struttura di contatto tra territorio, Aziende Ospedaliere e Protezione Civile, da un lato riconoscendo l'unitarietà del percorso assistenziale, e dall'altro conferendo ad AREU funzioni operative che precedentemente erano tipiche della Protezione Civile. Di importanza fondamentale invece è il successivo articolo 4, il focus del quale verrà approfondito nei paragrafi successivi, che si incentra sulla delineazione della governance dell'Azienda attraverso l'istituzione della figura del Direttore Generale, nominato dalla giunta regionale, e delle strutture interne tecnico-amministrative soggette ad un sistema di vigilanza ed indirizzo affidato ancora alla Regione Lombardia¹¹.

Mediante la suddetta legge, dunque, la Regione Lombardia si dota per prima tra tutte le Regioni italiane di un sistema autonomo e centralizzato capace di rispondere alle esigenze ed alle criticità pregresse; comunque, nonostante l'importante novità, negli anni

¹⁰ L'attribuzione ad AREU delle funzioni di definizione e programmazione degli standard regionali ha le sue fondamenta giuridiche nel sistema normativo rispecchiato dall'art. 2 della Legge regionale n. 32/2007.

¹¹ Il rimando agli artt. 3 e 4 della Legge regionale n. 32/2007 è riferito agli aspetti strutturali e organizzativi di AREU. Tali elementi configurano AREU come ente pubblico con autonomia ma integrato nel sistema regionale, nell'ottica del principio di aziendalizzazione che dirige l'azione organizzativa dell'amministrazione statale.

immediatamente successivi persisteva l'esigenza, secondo un'ottica più generale del settore, di sistematizzare e coordinare le esistenti norme regionali in materia sanitaria, e, quindi, di uno specifico Testo Unico. In questa direzione, tramite la Legge Regionale 33/2009, la giunta regionale lombarda emana il "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" con l'obiettivo di definire un sistema chiaro e coerente oltre che basato su principi costituzionale e di gestione integrata delle funzioni operative e programmatiche. Ai fini di tale studio, all'interno della riforma sistematica la disciplina della neonata AREU trova riconoscimento esplicito nel Titolo II del Testo Unico, dedicato specificatamente agli enti tecnici e strumentali della Regione; le disposizioni in oggetto confermano e consolidano il ruolo dell'AREU riconoscendole una collocazione sistemica all'interno del Servizio Sanitario Lombardo e stabilendo, in particolare, che l'Azienda agisce quale ente tecnico-operativo della Regione in modo funzionalmente dipendente dalla programmazione regionale ed è incaricata di svolgere attività di supporto, coordinamento e gestione operativa nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza, quale soggetto pubblico dotato di autonomia organizzativa e tecnico-funzionale¹². Oltre questo fondamentale ulteriore rafforzamento dello status giuridico dell'Ente, la Legge Regionale n. 33/2009 affronta la peculiare disciplina, per questo lavoro centrale, delle relazioni funzionali dell'AREU con gli altri soggetti del Servizio Sanitario Regionale, con lo scopo di assicurare un modello operativo integrato il più possibile efficiente; specificamente, la normativa stabilisce che AREU opera in coordinamento necessario con le Agenzie di Tutela della Salute e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali per la programmazione dell'attività territoriale e la continuità

¹² In riferimento al riconoscimento di AREU all'interno del Titolo II della Legge regionale n. 33/2009, esso ricopre un ruolo centrale nella configurazione della stabilità della sua collocazione istituzionale nel SSN, ed in particolare nel SSR lombardo.

assistenziale, con la Protezione Civile, e con l'intero sistema costruito dagli Enti del Terzo Settore¹³, attraverso un riconoscimento formale del ruolo importante, già precedentemente analizzato, delle associazioni convenzionate e la regolamentazione del sistema speciale di accreditamento per l'emergenza-urgenza.

Concludendo questa primo inquadramento normativo dell'argomento, la Regione Lombardia, mediante tale serie di rilevanti introduzioni normative, si pone in una posizione di risoluzione delle problematiche, determinando, su base oggettiva, importanti benefici non solo organizzativi, ma anche sociali e di percezione da parte del cittadino, seppur per la naturale complessità del sistema permangono problematiche attuali¹⁴. In particolare, la centralizzazione della governance e la definizione di standard regionali unici comportano una significativa omogeneizzazione del servizio, superando la frammentazione storicamente legata alla gestione provinciale o aziendale, ed in più il riconoscimento formale del ruolo del Terzo Settore nel sistema di soccorso e la definizione, attraverso AREU, di un modello unico di accreditamento e certificazione hanno come rilevante conseguenza la delineazione di un volontariato maggiormente qualificato ed inserito in modo coordinato, a discapito della precedente situazione di ingenti difformità territoriali¹⁵.

Chiariti a questo punto i fondamenti normativi e sociali dell'AREU, è opportuno spostare il focus dell'analisi sulla specifica disciplina, solamente citata, della governance dell'Azienda, ossia sull'insieme degli

¹³ Tale impostazione normativa si colloca nel più ampio quadro di cooperazione istituzionale definito dal Testo Unico e rappresenta uno dei punti centrali del sistema lombardo post riforma del 2009.

¹⁴ In riferimento alla conseguenza positiva, documentata dalle analisi dei principali Istituti di ricerca, delle riforme regionali derivante dall'insieme di norme definite dalla Legge regionale n. 32/2007 e dalla Legge regionale n. 33/2009, le quali hanno posto fine alla frammentazione precedente.

¹⁵ La centralizzazione della governance e l'uniformità hanno permesso la standardizzazione dei percorsi di accreditamento, con la ricercata conseguenza di un tangibile miglioramento dell'intero servizio.

organi e dei meccanismi organizzativi che ne garantiscono il corretto funzionamento e l'effettiva capacità di coordinare l'intero sistema di emergenza-urgenza lombardo. La governance dell'AREU si basa su un modello che coniuga gli elementi tipici dell'organizzazione degli enti del Servizio Sanitario Regionale con quelli caratterizzanti le agenzie regionali a elevata specializzazione tecnica; in particolare la qualificazione giuridica come ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico comporta che essa sia un soggetto autonomo del Servizio Sanitario Regionale, dotato di propri organi ed un proprio bilancio, e che eserciti poteri amministrativi e gestionali derivanti da una delega di funzioni pubbliche espressamente prevista dalla normativa regionale, l'esercizio dei quali, comunque, rientra all'interno dei controlli regionali sugli enti del SSR fondati dal già approfonditamente esaminato Decreto Legislativo n. 502/1992¹⁶. AREU, quindi, sulla base del principio regionale lombardo di separazione tra funzioni di indirizzo e funzioni di gestione, pur attuando politiche regionali già definite, esercita un'autonomia gestionale particolarmente ampia e necessaria per assicurare tempestività ed efficienza del soccorso in un sistema intrinsecamente complesso.

Considerando la mera struttura organizzativa dell'Azienda, al vertice dello schema è posto il Direttore Generale, nominato dalla Giunta regionale con un mandato quadriennale e rinnovabile, la funzione del quale ricalca quella dei Direttori Generali delle altre aziende sanitarie, vale a dire di responsabilità strategico-gestionale unitaria; la scelta del legislatore regionale di concentrare in un organo monocratico la responsabilità gestionale trova origine nella necessità di coerenza con il principio introdotto dal Decreto Legislativo n. 502/1992, secondo cui il

¹⁶ In riferimento alla qualificazione di AREU come ente dotato di personalità giuridica, tale qualifica consente di esercitare poteri gestionali e amministrativi in autonomia pur rimanendo sotto il controllo regionale. Tale elemento fonda la base giuridica nell'art.3 del Decreto legislativo n. 502/1992.

modello monocratico garantisce rapidità decisionale e responsabilità piena, oltre che accountability diretta verso la Regione¹⁷. A differenza dei Direttori Generali delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e delle Agenzie di Tutela della Salute, il Direttore Generale AREU è l'unico soggetto del Servizio Sanitario Regionale che assume in tempo reale decisioni operative ed esercita poteri di comando e coordinamento anche su risorse che non appartengono direttamente all'ente, come ad esempio i mezzi di soccorso degli ETS convenzionati.

Proseguendo, AREU è sottoposta per legge regionale al controllo del Collegio Sindacale, che vigila sulla regolarità amministrativa e contabile degli atti dell'Agenzia e sulla conformità degli atti alla legislazione sanitaria ed ai vincoli di bilancio; il suddetto Collegio è composto da tre componenti, il primo designato dalla Regione, il secondo dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ed il terzo dal Ministero della Salute, delineandosi, quindi, in una composizione mista che riflette il fatto che l'AREU, sebbene sia un ente regionale, opera in un ambito, quello dell'emergenza-urgenza, che coinvolge competenze nazionali¹⁸.

Completando la panoramica generale della struttura centrale dell'Azienda, un aspetto peculiare della governance di AREU consiste nella presenza di una rete di strutture tecniche ed operative che integrano la dimensione amministrativa con quella prettamente clinico-assistenziale e tecnologica. Nello specifico, esistono una serie di Direzioni ognuna delle quali ha una funzione tecnica specifica; la Direzione dell'Emergenza Urgenza, per prima, è l'organo tecnico

¹⁷ Il modello monocratico con Direttore Generale trova il suo fondamento normativo ai sensi del Decreto legislativo n. 502/1992. Esso è istituito al fine di assicurare rapidità gestionale, affidando all'azione di un unico organo determinate competenze, senza il requisito di raggiungimento di un accordo, come invece accade naturalmente negli organi collegiali.

¹⁸ Il Collegio Sindacale di AREU, composto da membri nominati sia dalla Regione sia dai Ministeri centrali, garantisce il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, riflettendo la natura mista di AREU stessa. In questo modo la Regione mantiene il controllo sulla direzione operativa e gestionale di AREU.

incaricato di elaborare i protocolli clinici, uniformare le procedure in tutte le centrali operative e coordinare il personale sanitario impiegato nel soccorso, svolgendo una funzione di indirizzo clinico che si accompagna all'indirizzo politico e amministrativo della Regione¹⁹; la Direzione Sistemi Tecnologici, con focus tecnico invece sulle tecnologie digitali, si integra nella governance complessiva dell'ente in attività di sicurezza informatica e di ottimizzazione dei sistemi digitali regionali; infine, i Coordinamenti tecnici operativi costituiscono organi, in realtà non espressamente istituzionali ma previsti dagli atti di organizzazione interna dell'Agenzia, con finalità di coordinamento quotidiano tra centrali operative e standardizzazione dei processi.

Esaminata, dunque, la governance centrale ci si può ora concentrare su un aspetto essenziale del sistema, vale a dire lo specifico modello organizzativo territoriale. Tale modello, rappresenta uno degli elementi maggiormente rivoluzionari della struttura sanitaria lombarda; esso integra in un'unica struttura centrale la gestione del Numero Unico Europeo 112, del sistema di soccorso sanitario 118, delle postazioni territoriali di emergenza e della rete ospedaliera di emergenza, sulla base di un'impostazione di tipo sovra-aziendale in linea con la natura di ente regionale tecnico-operativo dell'AREU²⁰. Il primo livello dell'organizzazione è rappresentato dalle Centrali Operative, ossia strutture complesse dotate di personale sanitario ed amministrativo altamente specializzato e di tecnologie avanzate di geolocalizzazione, che si declinano in due diverse forme, vale a dire le Centrali Operative 112 e le Centrali Operative 118, ma governate unitariamente da AREU.

¹⁹ La direzione dell'Emergenza Urgenza costituisce l'organo tecnico-clinico principale di AREU. Data la natura regionale dell'ente, tale direzione si integra con la governance politica ed amministrativa della Regione.

²⁰ Il modello organizzativo territoriale ai sensi delle Leggi regionali n. 32/2007 e n. 33/2009 ha integrato la gestione del 112 e del 118 in un'unica struttura centrale sovra- aziendale, in linea con la natura tecnica e operativa di AREU. Ciò è avvenuto anche in un'ottica di ottemperamento delle direttive comunitarie.

Per completezza in reazione alla prima forma, Numero Unico Europeo 112 trae origine da una volontà di armonizzazione dell'Unione Europea, finalizzata ad assicurare anche in questo più ampio contesto universalità ed immediatezza nell'accesso ai soccorsi, recepita progressivamente anche dalla Regione Lombardia che si è rivolta ad AREU conferendole la funzione di *Public Safety Answering Point* di primo livello; attraverso tale scelta il legislatore regionale permette una concentrazione regionale di tutte le chiamate di emergenza e la piena integrazione tecnologica ed operativa con le Centrali Operative di secondo livello, assicurando, sulla base di un triage standard non sanitario, un'immediata qualificazione dell'evento ed una tempestiva trasmissione della scheda evento alla centrale competente²¹. Passando al livello successivo, le Centrali Operative 118 costituiscono il *Public Safety Answering Point* di secondo livello sanitario e rappresentano il nucleo clinico della risposta al bisogno di emergenza comprendendo un triage sanitario telefonico basato su protocolli condivisi e validati su scala regionale e l'attivazione ed il coordinamento delle risorse territoriali, oltre che il raccordo operativo con gli ospedali per la definizione della destinazione più idonea a garantire l'integrità del cittadino e la sostenibilità dell'Amministrazione. In considerazione di ciò, il modello lombardo si definisce su un'integrazione funzionale piena tra *Public Safety Answering Point* di primo e secondo livello sanitario, ricomprendendosi entrambi nell'unitaria direzione di AREU, che consente ancora un governo coordinato ed uniforme della catena dell'emergenza-urgenza.

Venendo ora al secondo livello della rete organizzativa, le postazioni territoriali di soccorso, invece, costituiscono le basi operative destinate all'alloggiamento dei mezzi sanitari e del personale attivamente

²¹ La gestione del Numero Unico Europeo 112 da parte di AREU consente concentrazione regionale delle chiamate e integrazione operativa con le Centrali Operative di secondo livello. Ciò è fondato giuridicamente dall'art. 2 della Legge regionale n. 32/2007, e vede la sua rappresentazione concreta nel testo delle Linee guida operative AREU.

impiegato nelle attività di primo intervento; esse, nel panorama lombardo, possono essere governate secondo diverse declinazioni di gestione, in particolare, sebbene vi siano postazioni gestite direttamente da AREU, numerose di esse sono affidate mediante convenzione alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali e altrettante numerose sono, d'altra parte, attribuite mediante convenzionamento a soggetti del Terzo Settore, tra cui organizzazioni di volontariato, associazioni di soccorso e Croce Rossa Italiana. Il sistema risultante, attraverso il rilevante utilizzo di convenzioni indirizzato e controllato da AREU, consente di dare valore alla capillarità e alla storica presenza del volontariato, ora Terzo Settore, mantenendo al contempo un governo tecnico unitario da parte di AREU che assicura livelli omogenei di qualità del servizio sull'intero territorio regionale.

Un altro passaggio fondamentale da descrivere per avere un quadro completo della struttura di rapporti di AREU consta nell'integrazione tra il suddetto livello territoriale ed il livello ospedaliero. Tale integrazione si definisce secondo un'architettura organizzativa ispirata alla logica per la quale alle strutture ospedaliere sono attribuite, ovviamente, le funzioni di alta specializzazione e di trattamento avanzato, mentre alle entità operative territoriali competono prevalentemente attività di stabilizzazione e gestione differita²²; sulla base di questo sistema l'AREU, attraverso le centrali operative, indirizza il paziente verso la struttura più idonea secondo gli algoritmi decisionali ed i protocolli clinici regionali cogenti interagendo direttamente con i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione delle Aziende Ospedaliere e agendo, quindi, come interfaccia tra territorio ed ospedale.

²² Il quadro di convenzioni e la gestione unitaria da parte di AREU permettono la capillarità del volontariato e assicurano uniformità, stabilendo standard e condizioni di operatività. Tale concetto trova conferma all'interno del contenuto dei Regolamenti AREU su convenzionamento e collaborazione con Enti del Terzo Settore e da un'analisi delle singole convenzioni o del Modello ufficiale per convenzioni di AREU.

In conclusione, il modello territoriale lombardo viene definito dal legislatore regionale come un sistema multilivello, indirizzato e gestito al vertice da AREU, all'apice del quale vi sono le Centrali Operative 112 e 118, con funzioni decisionali e di coordinamento, seguite dalle postazioni territoriali, con funzione di attuazione immediata del soccorso, dalla rete ospedaliera, alla quale spetta il completamento del percorso di cura del paziente, e dall'apporto fondamentale di enti del Terzo Settore convenzionati integranti funzionalmente lo schema.

3) La collaborazione tra AREU e gli Enti convenzionati

Come già accennato nel paragrafo precedente, nel modello lombardo dell'emergenza-urgenza l'Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza svolge per legge il ruolo di ente di coordinamento operativo del sistema; in questo assetto, la collaborazione con gli enti convenzionati, nello specifico organizzazioni di volontariato, associazioni di pubblica assistenza e Croce Rossa Italiana, rappresenta un elemento strutturale, oltre che funzionale, dell'architettura del servizio mediante l'utilizzo di strumenti convenzionali con lo scopo di conciliare il carattere pubblico del servizio con la natura privata dei soggetti coinvolti²³. Al fine di avere un quadro completo è utile andare a richiamare brevemente la cornice normativa che permette tale collaborazione all'interno del contesto lombardo, secondo elementi affrontati approfonditamente già nel capitolo precedente; insomma, la suddetta collaborazione si radica in un sistema normativo multilivello nel quale posizione fondamentale è

²³ In riferimento al ruolo di AREU, la collaborazione tra AREU e ETS avviene mediante strumenti convenzionali che conciliano il carattere pubblico del servizio con la natura privata degli ETS, rispecchiando il carattere ibrido del rapporto. Le convenzioni ai sensi dell'art. 56 del Decreto legislativo n. 117/2017 si delineano come il principale strumento di definizione dei rapporti con gli ETS nel sistema di emergenza-urgenza.

occupata dalla normativa nazionale sanitaria, in particolare la Legge 833/2978 ed il Decreto Legislativo n. 502/1992, che consente alle Regioni di integrare soggetti non pubblici accreditati nell'erogazione di servizi sanitari e, nel contesto particolare, nei confronti dei soggetti rientranti nella disciplina del Codice del Terzo Settore, il Decreto Legislativo n. 117/2017, il quale riconosce la funzione pubblica degli enti di volontariato e consente l'uso di convenzioni semplificate per attività sociali di prevalente natura solidaristica, tra cui il soccorso sanitario; in accompagnamento a questa disciplina nazionale, la normativa regionale specifica attribuisce, come visto, ad AREU il compito di coordinare l'intero sistema di soccorso e di accreditare i soggetti che partecipano al servizio, disciplinando puntualmente i requisiti, le procedure e gli standard specifici, valorizzando, dunque, espressamente il principio di sussidiarietà orizzontale e riconoscendo all'associazionismo storico del soccorso un ruolo formalmente strutturale come componenti operative stabili del sistema. All'interno, dunque, del quadro lombardo, la funzione di AREU in riferimento al convenzionamento con gli Enti del Terzo Settore non si esaurisce nella mera stipulazione di convenzioni, ma al contrario si articola in una attività di governo del sistema di emergenza-urgenza, delineato sulla base di una fitta rete di ETS, tramite capacità di programmazione, controllo e coordinamento operativo²⁴.

Andando quindi a prendere in considerazione nello specifico questi tre poteri fondamentali sull'operato degli Enti del Terzo Settore, la programmazione della rete dei soccorsi rappresenta il nucleo del ruolo pubblico esercitato da AREU delineandosi non in una semplice definizione organizzativa, ma invece in una funzione pianificatoria ad

²⁴ La giurisprudenza ha anche riconosciuto il ruolo di gestione di AREU nei confronti degli ETS. Esempi di tale riconoscimento sono il TAR Lombardia-Milano, sentenza n. 1270 del 2017 e TAR Lombardia-Milano, sentenza n. 430 del 2021.

elevato contenuto tecnico che dirige, ed in ultima fase determina, l'assetto del convenzionamento con gli Enti del Terzo Settore. Dal punto di vista giuridico, l'AREU si avvale per legge regionale di un potere di programmazione tecnica vincolante, inserito nella maggiormente lata programmazione sanitaria regionale, che si delinea, dunque, come un potere di tipo pubblicistico, e disciplinato da atti amministrativi, vincolante e senza margini negoziali per gli ETS. Tale qualificazione normativa fa conseguire necessariamente che la convenzione non è pensata dal legislatore regionale come lo strumento mediante il quale si definisce il servizio da prestare, ma come il documento attraverso cui gli Enti del Terzo Settore si obbligano ad attuare l'assetto e lo schema già programmato da AREU sulla base di una discrezionalità tecnico-funzionale fondata su standard operativi e competenze di settore²⁵. Al fine di avere una panoramica completa in riferimento a quanto suddetto, elemento importante è l'analisi dei diversi contenuti di tale programmazione; in particolare, essi si delineano nel dimensionamento del fabbisogno di mezzi, nella definizione dei turni e dei momenti di operatività e nell'individuazione delle aree operative e dei punti di stazionamento. Per quanto riguarda il dimensionamento del fabbisogno di mezzi, appare scontato descrivere che è di significativa importanza per l'Azienda definire una determinazione adeguata del numero, oltre che della tipologia, di mezzi necessari per un determinato territorio; i criteri che pongono le fondamenta di questa decisione fanno riferimento a dati tecnici oggettivi, frutto dell'analisi di una porzione di territorio specifica, che ricomprendono soprattutto la concentrazione demografica e la valutazione dei rischi geografici, come la presenza ad esempio di

²⁵ La legge regionale n. 32/2007 attribuisce ad AREU poteri pubblicistici vincolanti sulla rete ETS. Tale elemento che trova poi manifestazione specifica anche all'interno delle Delibere AREU e degli atti di definizione del rapporto con gli ETS, in cui gli enti non possono perfezionare la convenzione in caso di non adempimento delle prescrizioni.

montagne o laghi, oltre che l'analisi dei tempi di risposta precedenti²⁶. Come accennato in precedenza, successivamente all'aver stabilito i mezzi necessari, l'analisi di programmazione di AREU si deve concentrare sulla definizione dei turni minimi giornalieri e delle fasce orarie di potenziale maggiore operatività, al fine di garantire una copertura adeguata ed efficiente per l'intero corso del giorno; a riguardo, gli Enti del Terzo Settore, ritornando alla natura strettamente vincolante della convenzione, devono necessariamente assicurare i turni programmati, senza alcuna possibilità di modificare autonomamente la copertura²⁷. Ultimo contenuto essenziale della fase di programmazione di AREU è l'individuazione dei punti di stazionamento e delle aree operative; nello specifico l'Azienda definisce le macroaree, ed in determinati casi di forte concentrazione demografica le microaree, di operatività con annessa la dislocazione fisica determinata delle ambulanze e l'allocazione dei presidi e delle postazioni di pubblico servizio. Anche in questo caso gli Enti del Terzo Settore non hanno libertà di scegliere in che luogo collocare i propri mezzi di soccorso, in quanto la loro sede operativa è vincolata ad essere in posizione funzionale e coerente alla programmazione di AREU. Concludendo, l'AREU non stipula semplicemente convenzioni, ma progetta interamente il sistema, tramite l'utilizzo di criteri tecnici, di sicurezza clinica ed economici di sostenibilità del sistema, richiedendo agli Enti del Terzo Settore di inserirsi in maniera funzionalmente subordinata e tecnicamente coerente, con la conseguenza fisiologica e voluta di

²⁶ Le Leggi regionali n. 33/2009 e n. 32/2007 fondano la base giuridica per cui la quantità e la tipologia dei mezzi di soccorso devono essere stabiliti in base a dati specifici, sulla base di valutazioni tecniche e statistiche, anche considerando lo storico delle varie zone operative.

²⁷ Gli ETS devono rispettare i turni minimi programmati da AREU secondo le convenzioni vincolanti, ciò è testimoniato anche dalla lettera delle periodiche Linee guida per il coordinamento operativo del 118, redatte da AREU.

assicurare uniformità del servizio di emergenza-urgenza ed efficienza operativa²⁸.

Oltre la suddetta fase di programmazione, un'altra attività essenziale e di assoluta rilevanza che l'AREU è chiamata a svolgere in sede di convenzionamento è la selezione degli Enti del Terzo Settore idonei ad essere inseriti all'interno del programma vincolante. In questo senso data la naturale complessità e la centralità essenziale del settore dell'emergenza-urgenza è stato adottato dall'Azienda, su direzione del legislatore regionale, un particolare *iter* procedimentale; nello specifico, il momento di selezione degli Enti del Terzo Settore da coinvolgere nel sistema non si definisce secondo una procedura semplicemente contrattuale, invece, si articola in un procedimento amministrativo complesso, con finalità para-accreditoria e regolatoria, che grava in modo diretto sulla possibilità per un ente di operare nello schema programmato²⁹. Prima di esaminare le singole fasi di questo procedimento, però, è importante definire la natura giuridica di tale *iter* di selezione, richiamando anche elementi già analizzati nel capitolo precedente. Andando per esclusione, la procedura con la quale AREU individua gli Enti del Terzo Settore non è da classificarsi come un appalto di servizi sanitari, non essendoci la tipica autonomia gestionale e soprattutto l'assunzione del rischio operativo da parte dell'ente; non è, ancora, da considerarsi una gara competitiva in senso stretto, infatti il criterio di selezione non è la migliore offerta economica, ma, invece, la disponibilità ed il mantenimento di standard tecnico-professionali adeguati al sistema; infine, non è da definirsi come un accreditamento regionale classico, le cui caratteristiche già sono state analizzate

²⁸ La sede operativa e la dislocazione dei mezzi degli ETS devono essere in linea con la programmazione tecnica di AREU. Ciò è delineato anche dal Manuale operativo 118 Lombardia, che indica i criteri da seguire in sede di pianificazione del sistema.

²⁹ L'inserimento degli ETS nella rete 118 avviene attraverso un procedimento amministrativo vincolante. Ciò è legittimato dal Decreto legislativo n. 117/2017 e dalle Leggi regionali n. 33/2009 e n. 32/2007.

precedentemente, per il motivo per cui la selezione è riferita ad un servizio pubblico ad elevata integrazione operativa, con stringenti livelli di requisiti e poteri di controllo rafforzati. Alla luce di ciò, la procedura di selezione da parte di AREU non può essere che definita di natura atipica, la cui atipicità è strettamente conseguenza dalla configurazione singolare e peculiare del servizio di emergenza-urgenza per cui l'emergenza territoriale è un servizio pubblico essenziale a gestione diretta ed unitaria dove i soggetti privati convenzionati operano come articolazioni d'azione del sistema.

Chiarito questo, il passaggio successivo è definire i requisiti necessari che devono essere in possesso degli Enti del Terzo Settore per essere coinvolti nella stipulazione della convenzione. L'Azienda precisa, in questo senso, due diverse categorie di prerogative, vale a dire i requisiti tecnici ed i requisiti organizzativi. In riferimento alla prima categoria tali condizioni riguardano in sostanza la conformità alle specifiche norme regionali dei mezzi di soccorso e la presenza di dotazioni minime obbligatorie, come i sistemi di monitoraggio o farmaci, e di sistemi informativi compatibili con le piattaforme di comunicazione e localizzazione AREU³⁰; tali prerogative hanno natura cogente, infatti, secondo regolamentazione interna dell'Azienda, il soggetto privato che non li possiede non ha la possibilità di accedere alla convenzione, ed inoltre la sopravvenuta perdita degli stessi fa conseguire obbligatoriamente la sospensione, ed in certi casi di irreparabilità la revoca, del rapporto. La motivazione che sta alla base di questa stringente soluzione regolatoria risiede ancora nell'esigenza di assicurare, indipendentemente dal determinato ente coinvolto nell'azione di soccorso, che l'intervento sia conforme ai protocolli di qualità e

³⁰ Gli ETS devono assicurare conformità alle norme regionali, tale indicazione, oltre che dalle fonti normative e regolamentari principali, ha fondamento anche dalla lettera del Manuale operativo 118 Lombardia.

sicurezza³¹. Andando avanti, al di là dei mezzi, AREU esige che gli Enti del Terzo Settore coinvolti siano dotati di una struttura organizzativa idonea. Infatti, sia secondo normativa regionale, Delibera Regionale n. 10-5165/2016, sia sulla base di regolamenti interni, Regolamento AREU n. 15, gli enti privati convenzionati devono necessariamente considerare la presenza di un responsabile tecnico, di procedure proprie di gestione della qualità e di formazione del personale in linea con gli standard AREU, oltre che soprattutto di una piena capacità di assicurare la copertura dei turni programmati in modo costante e documentato. In sostanza, in sede di convenzionamento, l'Azienda concentra attenta valutazione sulla capacità del soggetto privato di inserirsi in modo stabile all'interno della rete operativa regionale, per cui il requisito organizzativo è considerato un indice della idoneità funzionale dell'Ente del Terzo Settore a svolgere un servizio pubblico.

Prendendo in considerazione l'effettiva procedura di selezione, l'*iter* di convenzionamento tra AREU ed ETS segue la medesima direzione che in generale riguarda i rapporti di convenzionamento tra azienda pubblica ed ente privato, argomento già ampiamente esaminato nel capitolo precedente. Al fine di assoluta completezza, in questa sede mi limito a richiamare brevemente i passaggi fondamentali, e quelli più peculiari, di questo procedimento amministrativo; l'*iter* ha ovviamente inizio con la presentazione della domanda di convenzionamento da parte del singolo ETS, recante l'indicazione della sussistenza formale dei requisiti richiesti; successivamente a ciò si apre la fase di verifica effettiva da parte dell'Azienda delle prerogative affermate in sede di domanda attraverso controllo documentale e sopralluoghi con finalità di accertamento tecnico sui mezzi e sulle sedi operative; in conclusione del

³¹ La regolazione del convenzionamento tra AREU ed ETS segue la logica dei rapporti di convenzionamento pubblico-privato, ai sensi del Decreto legislativo n. 117/2017, in particolare dell'art. 56. Tale strumento si inserisce perfettamente, per le sue caratteristiche, all'interno di un sistema che vede il coinvolgimento di plurimi soggetti di natura diversa.

procedimento, dopo l'attribuzione del livello operativo e dei mezzi di soccorso, avviene la concreta stipula della convenzione e, di conseguenza, l'inserimento nel sistema AREU³².

A termine dell'analisi del potere di selezione attribuito dal legislatore regionale all'Azienda, è interessante fare un richiamo ad un argomento trattato nel capitolo precedente, vale a dire l'accreditamento. Ciò perché la selezione che attua AREU presenta chiaramente tutti i caratteri tipici dell'accreditamento stesso; in particolare, per rammentarli brevemente, si ritrova la verifica preliminare dei requisiti, le valutazioni periodiche di permanenza degli standard e soprattutto l'inserimento del soggetto privato in una rete di pubblico interesse. Tuttavia, vi è una distinzione centrale tra l'accreditamento e la suddetta relazione che si sostanzia nel fatto che l'Ente del Terzo Settore, nel sistema di emergenza-urgenza lombardo, non diventa un erogatore indipendente, ma parte dello schema di comando unitario dell'emergenza. Quindi, l'accreditamento AREU non abilita a svolgere un'attività propria, ma dà la possibilità di partecipare ad un servizio pubblico integralmente governato e diretto dal soggetto pubblico, delineando un modello di mezzo tra accreditamento sanitario e concessione di funzioni pubbliche³³.

Arrivando all'ultimo potere direttivo, uno degli elementi più peculiari e qualificanti del modello definito dal legislatore regionale lombardo è il coordinamento in tempo reale e diretto delegato da AREU a specifiche sottostrutture dell'Azienda denominate Sale Operative

³² Successivamente alla fase di selezione, AREU effettua controlli e sopralluoghi, ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. 2703/2019 e della Legge regionale n. 32/2007.

³³ La selezione AREU ha caratteri simili all'accreditamento sanitario generico, ma l'ETS opera come parte di un sistema pubblico integrato. Per tale ragione gli ETS sono destinatari di elementi e prescrizioni particolari che nell'accreditamento sanitario non sussistono, come ad esempio la dichiarazione di rifiuto di manleva nei confronti di AREU in caso di assenza di copertura assicurativa.

Regionali Emergenza Urgenza, altrimenti dette SOREU³⁴. Specificamente le SOREU, che costituiscono un pilastro fondamentale del sistema complessivo di emergenza-urgenza, detengono la direzione delle operazioni di soccorso mediante due attività primarie; da un lato attraverso la ricezione delle chiamate di soccorso sanitario dai sistemi di Centrale Unica di Risposta del Numero Unico 112, già citato in precedenza, e dall'altro tramite la gestione diretta delle suddette chiamate, nei confronti dei soggetti privati convenzionati, sulla base di valutazioni tecniche circa la gravità e l'appropriatezza dello specifico mezzo da utilizzare, la quale si protrae fino al momento del completamento della missione o finché il paziente non viene affidato ad una struttura ospedaliera. Sostanzialmente, dunque, tali strutture non vengono definite come mere ricevatrici di chiamate, ma al contrario come veri centri di direzione operativa dotati di poteri decisionali e di comando sull'organizzazione del soccorso e sui mezzi da inviare. Passando ad una logica prettamente tecnica, ma rilevante per la manifestazione della centralità delle SOREU nel coordinamento dell'intero sistema, tali Sale Operative sono equipaggiate di dotazioni tecnologiche di alto livello, che includono sistemi di comunicazione, strumenti informatici per la gestione e tracciabilità degli interventi e *data-communication*, attraverso le quali si permette ed assicura un monitoraggio in tempo reale delle risorse e delle missioni di soccorso. In questo senso, l'essenzialità dell'avanguardia delle tecnologie utilizzate, che devono garantire un'operatività efficace anche in caso di blackout o picco di traffico, è testimoniata dalle numerose delibere del Direttore Generale AREU finalizzate ad un continuo potenziamento tecnologico dei mezzi di soccorso e ad una conseguente garanzia di un intervento clinico sempre

³⁴ Le Sale Operative Regionali Emergenza Urgenza sono definite dalla Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. 2703/2019, anche ai sensi del Manuale operativo 118 Lombardia, in particolare nel capitolo SOREU.

più sofisticato³⁵. Per quanto riguarda, invece, gli organi delle SOREU, la normativa interna AREU disciplina che per ognuna di queste Sale Operative, a riguardo nel territorio lombardo si articolano quattro diverse SOREU con competenza sovra-provinciale, deve essere garantita necessariamente la presenza di due figure direttive fondamentali, vale a dire il Referente clinico ed il Responsabile operativo. Il Referente clinico detiene, in particolare, la funzione di supervisionare le decisioni sanitarie dei singoli operatori assicurando che le scelte cliniche siano coerenti con i protocolli clinici regionali, il Responsabile operativo, invece, ha competenza sulla direzione logistica ed organizzativa del sistema coordinando direttamente i mezzi, vigilando sulla distribuzione operativa e dirigendo la logistica delle risorse in simultanea agli interventi³⁶.

Detto questo, nello specifico ragionamento riferito al rapporto con gli Enti del Terzo Settore, sulla base della precedente analisi si può facilmente comprendere come le SOREU siano il punto di raccordo tra AREU ed enti convenzionati, sia che siano Enti del Terzo Settore sia che siano Aziende Socio Sanitarie Territoriali; tali Sale Operative, infatti, dispongono di un centrale potere di comando funzionale capace di attivare e disattivare i mezzi dei soggetti convenzionati e di gestire l'intervento come un direttore di rete operativa. A proposito, per rendere più concreto e tangibile il concetto, la sezione dell'addendum alla convenzione AREU-ASST/IRCCS del 2022, stipulata con Delibera Direttore Generale n. 499/2022, conferma espressamente l'essenzialità del coordinamento operativo tra AREU, le ASST e gli enti privati convenzionati, riconoscendo il ruolo primario delle SOREU nella

³⁵ Le SOREU sono dotate di sistemi avanzati di comunicazione e gestione dei dati, ai sensi delle Delibere Direttore Generale AREU dal 2017 al 2023. Ciò è definito in funzione della delineazione di un apparato capace di garantire tempestività ed efficienza dell'intervento.

³⁶ Le figure del referente clinico e del responsabile operativo assicurano coerenza con i protocolli regionali. Tali organi infatti assicurano e controllano, in ragione della loro responsabilità il rispetto delle prescrizioni.

gestione dell'emergenza extraospedaliera³⁷. Concludendo, la soluzione di coordinamento operativo attraverso le SOREU costituisce un elemento chiave, e strutturale, del modello lombardo AREU, assicurando una gestione centralizzata e coerente dell'intervento e garantendo che gli Enti di Terzo Settore convenzionati non operino solamente come semplici fornitori, ma come strutture operative integrate in una catena di comando pubblica.

Per completare l'esame dei macro-aspetti caratterizzanti il rapporto tra AREU ed enti convenzionati, è necessario rappresentare anche quel potere che, seppur non ancora trattato nello specifico, taglia trasversalmente tutti gli aspetti affrontati fino ad ora, vale a dire il potere di vigilanza sugli enti privati convenzionati. Allo scopo di fornire subito una panoramica generale sul tema, i controlli da parte di AREU sugli Enti del Terzo Settore e nei confronti degli altri enti convenzionati si articolano in quattro macroaree, tutte riferibili ai principi di qualità, sicurezza e continuità assistenziale disciplinati dal Decreto Legislativo n. 502/1992 e dalla normativa regionale³⁸. Nello specifico, le verifiche dell'Azienda si concentrano innanzitutto sull'accertamento che gli enti rispettino gli standard di accreditamento in relazione alla corretta applicazione dei protocolli clinico-operativi e dei livelli di qualità; in secondo luogo AREU vigila che i mezzi di intervento rispettino le normative tecniche vigenti e siano adeguatamente mantenuti, oltre che forniti delle dotazioni obbligatorie; ancora, controlla in relazione alla formazione del personale operativo, per il quale gli Enti del Terzo Settore hanno l'obbligo di garantire, ovviamente in aggiunta ad una formazione iniziale, aggiornamenti continui; ed infine, accerta la corretta

³⁷ Le SOREU hanno un potere di comando operativo sugli ETS, come ribadito nell'Addendum alla Convenzione AREU-ASST/IRCCS 2022, che rappresenta un chiaro esempio di manifestazione concreta del principio.

³⁸ Il potere di controllo si fonda sui principi che trovano fondamento principale sulla volontà del legislatore lombardo di garantire stabilità e sicurezza ai fini della tutela dei soggetti usufruttori e della Pubblica Amministrazione.

applicazione dei protocolli che assicurano uniformità e tempestività delle prestazioni. Queste declinazioni di controllo si inseriscono in un quadro normativo secondo cui il potere di vigilanza di AREU assume una natura ibrida, caratterizzata anche da tratti tipici del controllo amministrativo pubblico. In particolare, considerato il presupposto che, come già esaminato ampiamente nel capitolo precedente, gli Enti del Terzo Settore svolgono attività di interesse generale di cui all'articolo 5 del Decreto Legislativo n. 117/2017, ma nel momento in cui concentrano la loro attività nel sistema di emergenza-urgenza diventano esecutori di funzioni pubbliche sanitarie, AREU esercita su loro un controllo assimilabile ad una verifica di conformità o ad un controllo sulla corretta esecuzione del servizio pubblico delegato; di conseguenza, non si tratta di una vigilanza semplicemente negoziale, ma di un controllo pubblicistico finalizzato alla tutela dell'interesse pubblico fondamentale alla salute. Un altro aspetto meritevole di analisi, e che in realtà funge da base della necessità della suddetta facoltà nelle mani dell'Azienda, consiste nel fatto che AREU, secondo Legge Regionale n. 33/2009, detiene una responsabilità propria rispetto al corretto funzionamento dell'intero sistema; per questo motivo AREU non si può limitare al coordinamento, ma deve obbligatoriamente costruire un sistema di vigilanza e controllo che non si articola come accessorio alla convenzione, né tanto meno volontario o discrezionale, ma invece come essenziale per assicurare la sicurezza e la qualità delle prestazioni di intervento.

Gli strumenti attraverso i quali si manifestano i suddetti controlli configurano un vero potere ispettivo nelle mani dell'Azienda. Infatti, come previsto dai regolamenti regionali e dalle singole convenzioni con gli enti, AREU ha a disposizione, in modo continuativo, sia audit tecnici ed organizzativi a distanza, sia ispezioni programmate e straordinarie che, in caso di attestata irregolarità, rendono possibile l'adozione di

misure sanzionatorie. In riferimento a questo ultimo passaggio, le misure che AREU ha la possibilità di adottare sono inserite normativamente in una scala di ordine progressivo che permette di conciliare la tutela della salute, che deve in questo caso prevalere, con la continuità del servizio e le garanzie procedurali dell'ente incorso in irregolarità³⁹; nello specifico l'Azienda ha la facoltà di prescrivere semplicemente prescrizioni correttive con tempi di adeguamento, ma ha anche il potere, nei casi di irregolarità più gravi, di sospendere la convenzione o addirittura di revocarla segnalando agli organismi superiori di vigilanza, come la Regione, il mancato rispetto dell'obbligo vincolante. In sostanza, per gli Enti del Terzo Settore il rapporto con AREU si colloca comunque nella logica, precedentemente esaminata, dell'amministrazione condivisa, ma con una centrale differenza consistente nel fatto che nel sistema di emergenza-urgenza lombardo non c'è rilievo per la discrezionalità dell'ente convenzionato, che deve invece standardizzarsi alle regole di coordinamento; ed è questo il concetto che sta alla base della particolare intensità del controllo di AREU che non è invasivo, ma necessario per assicurare l'uniformità e la sicurezza dell'intero sistema.

Superando ora l'analisi del contenuto delle convenzioni e dei suoi elementi cardine, è opportuno concentrarsi su questioni prettamente specifiche, che seppure possano apparire di contorno, comportano effetti molto rilevanti sulla tenuta del sistema. Uno di questi argomenti attiene alla durata del rapporto tra Ente del Terzo Settore ed AREU conseguente la stipulazione della convenzione; invero, la durata delle convenzioni costituisce un elemento fondamentale del legame tra AREU ed ETS

³⁹ Tali possibili misure sanzionatorie trovano il fondamento giuridico, ancora una volta, nella volontà del legislatore di assicurare una tutela, oltre che per i soggetti usufruttori, anche per la Pubblica Amministrazione. Gli ETS sono incoraggiati al rispetto delle prescrizioni e, nel momento in cui non seguono gli obblighi, tale discostamento produce un'entrata compensativa, oltre che meramente sanzionatoria, all'Amministrazione.

perché incide direttamente sulla continuità del servizio essenziale erogato e sulla programmazione su scala regionale del complesso dei servizi di emergenza-urgenza, oltre che inevitabilmente sulla stabilità organizzativa dell'Ente del Terzo Settore. Il quadro normativo in tema si delinea sulla base sia di fonti nazionali, soprattutto il Decreto Legislativo n. 117/2017, sia di fonti regionali lombarde, vale a dire principalmente la già esaminata Legge Regionale n. 33/2009 e le varie Deliberazioni della Giunta Regionale con finalità attuativa⁴⁰. Entrando nel vivo come precedentemente visto gli articoli 56 e 57 del Decreto Legislativo n. 117/2017, trattando la tematica delle convenzioni, non indicano espressamente una durata precisa di validità del rapporto, rimandando alle singole Regioni la definizione di tempi coerenti con la stabilità del sistema di soccorso e con la programmazione sanitaria; tuttavia, nel caso del territorio lombardo, la Regione Lombardia non ha definito un'unica durata obbligatoria, ma, nonostante ciò, le Deliberazioni della Giunta Regionale in materia di emergenza-urgenza prevedono in genere convenzioni di durata triennale o quadriennale, con rinnovo subordinato alla verifica dei requisiti. Sulla base di queste indicazioni normative, AREU, come ente dotato di autonomia regolamentare di cui all'articolo 75 della Legge Regionale n. 33/2009, disciplina nelle Linee Guida e negli schemi tipo di convenzione la durata concreta delle singole convenzioni con gli enti operanti nel sistema di soccorso.

Un tema che si collega inevitabilmente all'argomento appena affrontato, e che è utile trattare, riguarda la questione del rinnovo della convenzione. La tematica del rinnovo costituisce, infatti, uno dei profili più delicati nello schema della disciplina collaborativa tra pubblico e privato nel sistema di emergenza-urgenza, questo in quanto rappresenta

⁴⁰ Il sistema si basa, dunque, su un quadro normativo multilivello rispettoso della concezione post riforma del Titolo V, in considerazione, nello specifico, dell'intervento sul riparto delle competenze tra Stato e Regioni.

la chiara concretizzazione della necessità di un bilanciamento tra il potere discrezionale di AREU di definire l'apparato organizzativo del servizio e l'affidamento agli Enti del Terzo Settore. A riguardo, l'elemento che *ab origine* deve essere considerato consiste nel fatto che il rinnovo delle convenzioni non esprime mai un diritto soggettivo dell'ente privato e, di conseguenza, non si realizza mai in modo automatico alla scadenza del rapporto⁴¹. I fondamenti di tale principio derivano sia da fonti legislative nazionali che dalla più autorevole giurisprudenza amministrativa; in particolare, da una parte è il Codice del Terzo Settore che nel suo articolo 56, già ampiamente analizzato in precedenza, prevede in generale che le convenzioni con gli Enti del Terzo Settore debbano avere una durata determinata e che l'ente pubblico abbia l'obbligo di verificare, in sede di scadenza di rapporto, la permanenza dei requisiti e l'idoneità a garantire un servizio efficiente e continuativo; dall'altro lato in diverse occasioni la giurisprudenza amministrativa, e ne sono un chiaro esempio numerose sentenze del TAR Lazio a cui si accodano le pronunce anche del TAR Lombardia, ha ribadito come il rinnovo delle convenzioni tra enti pubblici ed enti non profit non possa avvenire in via tacita e non debba mai costituire un prolungamento spontaneo⁴². Detto ciò, è comunque possibile, ovviamente, rinnovare il rapporto di convenzione, ma tale procedura comporta sempre l'esercizio del potere amministrativo. Nello specifico tale *iter* si sviluppa in tre momenti susseguenti il primo dei quali su iniziativa dell'ente privato; lo stesso soggetto, infatti, deve manifestare attivamente la volontà di continuare il rapporto comunicandolo ad

⁴¹ L'assenza di un diritto soggettivo dell'ente al rinnovo deriva dalla natura pubblicistica del servizio. Il diritto, infatti, deve essere assoggettato ad una valutazione di convenienza della Pubblica Amministrazione, in ragione del rispetto dei principi di buon andamento ed efficienza del sistema.

⁴² In questo senso è un esempio il TAR Lazio-Roma, sentenza n. 3609 del 2022, che ha confermato che "*il rinnovo di dette concessioni non può mai essere tacito*" poiché "*dipende dall'impossibilità di desumere la volontà della P.A. per implicito e, quindi, al di fuori del procedimento prescritto dalla legge per la sua formazione e senza le forme all'uopo previste*".

AREU, in considerazione del fatto che, per i principi suddetti, in assenza di istanza non vi è la facoltà per l'Agenzia di rinnovare d'ufficio. Successivamente a tale fase, il secondo momento consiste nella concretizzazione del potere di controllo e verifica dell'Amministrazione; l'AREU, dunque, è tenuta a valutare la permanenza dei requisiti organizzativi e tecnico-operativi previste dalla convenzione e la presenza delle condizioni soggettive richieste dall'articolo 56 del Codice del Terzo Settore, oltre che l'affidabilità e la continuità del servizio da svolgere, anche sulla base delle verifiche ispettive e dei controlli svolti durante la validità della convenzione appena scaduta. L'ultimo passaggio, invece, riguarda il rispetto dei principi generali su cui si deve basare ogni decisione amministrativa, è necessario che AREU accerti, infatti, che la prosecuzione della convenzione sia in coerenza con l'interesse pubblico attuale e concreto circa l'intera organizzazione del sistema di emergenza-urgenza. Proprio in riferimento a questo ultimo concetto, bisogna considerare che la scelta di rinnovare un rapporto convenzionale rientra nella discrezionalità amministrativa dell'Agenzia, soprattutto sulla base della pianificazione del servizio e, quindi, secondo una logica tecnico-organizzativa; a riguardo, per fornire un'idea più tangibile dei motivi per i quali AREU potrebbe decidere legittimamente di non proseguire il rapporto, esempi possibili, e certamente successi, si riferiscono al mancato rinnovo per richiesta da parte della programmazione regionale, per cause soprattutto finanziarie, di riduzione del numero di postazioni o di riorganizzazione delle sedi operative, oppure, sulla scorta di nuovi dati territoriali o epidemiologici, per necessità di una diversa collocazione geografica delle risorse, o ancora, esempio sempre considerabile, per la presenza nell'organizzazione dell'Ente del Terzo Settore di ripetute criticità o disfunzioni di sistema. Tale ampio potere discrezionale, per darne fondamento giuridico, trova legittimazione, oltre che nei principi

dell'articolo 97 Cost. di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, anche nella natura di servizio pubblico essenziale dell'emergenza sanitaria e, soprattutto, nella già esaminata competenza programmatica che il legislatore attribuisce in prima battuta alla Regione Lombardia, e poi ad AREU; inoltre anche la giurisprudenza amministrativa ha affermato numerose volte che, visto che il tema riguarda servizi pubblici essenziali, l'amministrazione, e quindi l'AREU, deve avere la possibilità di ridefinire lo schema dei rapporti con gli enti privati convenzionati allo scopo di andare verso le esigenze attuali del servizio⁴³.

Per concludere l'analisi degli aspetti tecnici e di durata, apparentemente marginali ma in realtà centrali per la solidità del sistema, un ultimo aspetto fondamentale da esaminare si riferisce alla tematica delle proroghe nelle convenzioni tra AREU ed Enti del Terzo Settore. Tale concetto, forse maggiormente rispetto a quelli appena affrontati, è di primaria importanza in quanto si inserisce al confine tra la necessità di assicurare la continuità del servizio di emergenza-urgenza ed il rispetto dei principi di programmazione pubblica declinati come sopra. Entrando nel tema, la giurisprudenza amministrativa, ma anche la più autorevole dottrina, chiarisce che la proroga si delinea come un istituto separato rispetto al rinnovo, ed inoltre segnala che essa debba essere utilizzata con particolare attenzione, al fine di evitare che si tramuti in una prosecuzione non giustificata del rapporto basato sulla convenzione. La stessa giurisprudenza amministrativa individua due distinte declinazioni di proroga, che può considerare AREU, sulla base della diversa funzione e natura di esse, da un lato la proroga ordinaria e dall'altro la proroga tecnica. La proroga ordinaria, per prima, è definibile come la

⁴³ La presenza di criticità o disfunzioni di sistema nell'organizzazione dell'Ente del Terzo Settore costituisce motivo legittimo di non rinnovo, purché adeguatamente documentato e motivato secondo i principi di buon andamento e imparzialità di cui all'art. 97 Cost. e art. 27 del Decreto legislativo n. 201 del 23 dicembre 2022.

prosecuzione temporanea del rapporto successivamente alla scadenza naturale prevista dalla convenzione; essa non comporta, ed in questo si differenzia chiaramente dal rinnovo, un nuovo esercizio dell'attività di interesse generale, ma, invece, una prosecuzione provvisoria a seguito di valutazione da parte di AREU di convenienza e di sussistenza di requisiti necessari. In particolare, le condizioni di proroga ordinaria si riferiscono, in aggiunta alla permanenza dei requisiti legali soggettivi e oggettivi dell'Ente del Terzo Settore, alla valutazione specifica tecnico-organizzativa riguardo la coerenza della proroga con l'interesse pubblico e alla verifica di compatibilità della proroga con la programmazione sanitaria regionale, non potendo essa mettere freno alla riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza nelle mani della Regione e della medesima AREU. L'altra declinazione di proroga, come anticipato in precedenza, è invece la proroga tecnica, di natura eccezionale. Essa, nello specifico settore dell'emergenza-urgenza, assume un ruolo essenziale e di significativa rilevanza poiché permette ad AREU di garantire la continuità del servizio durante il periodo temporale in cui sta avvenendo la predisposizione di nuovi atti di organizzazione o di convenzioni aggiornate. Analizzando la natura giuridica di questo istituto, tale proroga, come anche l'altra tipologia appena esaminata, non definisce un nuovo rapporto convenzionale ed inoltre ha natura eccezionale; infatti la giurisprudenza, e ne sono un esempio le numerose sentenze del Consiglio di Stato, Sez. V in tema, chiarisce che esse non possono avere una durata superiore allo stretto necessario e debbono essere considerate come uno strumento transitorio di tutela del sistema, in quanto ammesse solamente al fine di evitare l'interruzione del servizio pubblico essenziale. In particolare, la proroga tecnica è da considerarsi legittima, ed in coerenza con i principi dell'amministrazione, nel momento in cui si evidenziano condizioni fattuali che impediscono

l'AREU di attivare in modo tempestivo una nuova convenzione; esempi di tali situazioni si possono ricondurre nel concreto al momento in cui è in corso, da parte dell'Agenzia stessa e della Regione, una ridefinizione delle postazioni o dei modelli organizzativi, o al contesto nel quale l'*iter* per la stipulazione di una nuova convenzione, che sostituisca la precedente, è iniziato ma non ancora concluso⁴⁴. Comunque, è importante considerare che, data la natura eccezionale di questo istituto, la proroga tecnica concessa da AREU ad un ente del Terzo Settore deve necessariamente rispettare requisiti rigorosi riconducibili, oltre che alla proporzionalità in riferimento al fatto che debba durare solo il tempo strettamente indispensabile, all'assenza di altre alternative concretamente praticabili e, in ogni caso, alla manifestazione di una motivazione rafforzata e fondatamente adeguata, essendo in deroga ai principi di concorrenza e temporaneità dei rapporti convenzionali⁴⁵.

4) I profili di responsabilità degli ETS convenzionati: la responsabilità amministrativa contabile, contrattuale ed extracontrattuale

Vista la naturale complessità organizzativa del sistema di emergenza-urgenza lombardo, dall'analisi del paragrafo precedente, assume una particolare importanza nell'esame complessivo il tema delle diverse forme di responsabilità che toccano gli Enti del Terzo Settore

⁴⁴ Il Consiglio di Stato, sentenza n. 1481 del 2024, ha stabilito che *"la proroga tecnica, pur non espressamente disciplinata, era ammessa in via pretoria sulla base del principio di continuità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost., quale strumento eccezionale per assicurare il servizio nelle more dell'individuazione del nuovo contraente, a condizione che ricorressero i requisiti della temporaneità, dell'eccezionalità e della finalizzazione alla continuità del servizio pubblico"*

⁴⁵ Il discostamento alle disposizioni generali in materia di convenzionamento, come in realtà in qualsiasi ambito del settore, deve essere giustificato dal raggiungimento di interessi superiori, in un'ottica di bilanciamento. M. Cammelli, *Il rapporto pubblico-privato nei servizi sanitari*, Cedam, Milano, 2020, pp. S. 95.

convenzionati con AREU circa l'erogazione dei servizi di intervento e di trasporto sanitario. Come visto, tali enti privati, sebbene siano inseriti in un sistema operativo rigorosamente regolato e diretto da AREU, ricoprono comunque una posizione giuridica soggettiva autonoma che in modo inevitabile li definisce giuridicamente come destinatari di specifici obblighi e, di conseguenza, di una disciplina di responsabilità articolata su più livelli. Nello specifico, all' interno del rapporto tra AREU ed ETS si delineano diverse declinazioni di responsabilità l'esame completo delle quali è necessario al fine di comprendere fino in fondo lo schema funzionale del soccorso sanitario regionale e le implicazioni concrete che si originano dalla speciale collaborazione tra pubblico e privato, nel determinato contesto lombardo⁴⁶. Inoltre, è anche bene considerare che la giurisprudenza, soprattutto quella della Corte di Cassazione, ricopre un ruolo fondamentale nella definizione di una disciplina ancora povera di materiale legislativo riferito al contesto specifico; come si vedrà infatti nelle righe successive, l'imputabilità degli ETS si definisce per tutte le forme di responsabilità in linea con gli orientamenti giurisprudenziali e le interpretazioni calate nello schema ibrido, per tutte le ragioni viste in precedenza, della collaborazione tra pubblico e privato nel sistema dell'emergenza-urgenza.

La prima forma di responsabilità meritevole di analisi è la responsabilità amministrativo-contabile degli ETS. Come già ampiamente detto nei capitoli precedenti, infatti, alla luce del fatto che il sistema lombardo di emergenza-urgenza si fonda su una fitta rete di rapporti convenzionali tra AREU e soggetti altri, prevalentemente enti privati del Terzo Settore, regolati a livello regionale, è chiaro che tali enti, seppur conservino una natura privatistica, agiscono in stretto legame

⁴⁶ La compresenza di soggetti pubblici e privati comporta inevitabilmente problematiche in relazione alla responsabilità di tali enti. In particolare in un modello, come quello in questione, dove le competenze dei soggetti sono strettamente collegate ed intrecciate.

ed integrazione con il servizio pubblico. Pertanto, allorché gli Enti del Terzo Settore coinvolti ricevono mezzi e risorse pubbliche, come possono essere contributi e dotazioni materiali, essi assumono a tutti gli effetti lo status di gestori di denaro pubblico, con la necessaria conseguenza di una possibile imputabilità, a capo di loro stessi, di responsabilità amministrativo-contabile⁴⁷.

Prima di entrare nell'ottica specifica del tema, è utile delineare, pur brevemente, le fondamenta giuridiche di tale forma di responsabilità; essa basa la sua disciplina nel Regio Decreto n. 1214 del 12 luglio 1934, con l'ovvia integrazione di successive leggi quali la Legge n. 20 del 14 gennaio 1994 ed il Decreto Legislativo n. 174 del 26 agosto del 2016.

Secondo tali disposizioni la Corte dei Conti detiene giurisdizione esclusiva, per danno all'erario, oltre che nel giudizio mosso dai dipendenti pubblici, anche in quello verso i soggetti privati che amministrano inadeguatamente, per dolo e colpa grave, risorse dello Stato, pur non essendo compresi tra quei soggetti aventi carattere pubblicistico. Per quanto riguarda i privati, infatti, è di interpretazione giurisprudenziale consolidata, ne è un esempio l'importante pronuncia della Corte di Cassazione, Sezioni Unite, n. 7740 del 2023⁴⁸, che la giurisdizione contabile è estesa a tutti i soggetti, anche privati, che siano incaricati della gestione di risorse pubbliche, a qualsiasi titolo ricevute.

In considerazione di questo, entrando ora nell'argomento, anche agli Enti del Terzo Settore convenzionati con AREU possono essere rivolte azioni di responsabilità per danno erariale, qualora, ovviamente,

⁴⁷ Gli ETS, dunque, attraverso le convenzioni sono spesso destinatari di mezzi di provenienza regionale, o comunque pubblica, per il raggiungimento di una maggiore stabilità ed efficienza dell'intero sistema di emergenza-urgenza.

⁴⁸ Prima di tale fondamentale sentenza anche le Sezioni Unite della Cassazione, sentenza n. 13245 del 2019, aveva stabilito che *"il criterio discriminante per il radicamento della giurisdizione contabile non è costituito dalla qualità del soggetto, che può essere un privato o un ente pubblico non economico, né dal titolo giuridico in base al quale la gestione del pubblico denaro è svolta, potendo tale titolo consistere in un rapporto di pubblico impiego o di servizio, ma anche in una concessione amministrativa o in un contratto di diritto privato. Risulta invece decisiva la natura del danno e degli scopi perseguiti con la contribuzione"*.

vi siano elementi che attestano la percezione di contributi regionali o l'utilizzo di risorse e attrezzature fornite dall'Agenzia o altro ente pubblico. In particolare, nella realtà del sistema, gli Enti del Terzo Settore amministrano frequentemente, oltre che rimborsi regionali indirizzati a coprire le spese per il personale o i servizi in generale, anche mezzi di soccorso forniti direttamente e per convenzione da AREU e, in limitati ma presenti casi, anche strutture e locali messi a disposizione dall'Agenzia o dalla Regione; la gestione di tali beni, vista la natura pubblica degli stessi, deve essere anche per gli Enti del Terzo Settore necessariamente basata su quei principi di corretta direzione amministrativa come il buon andamento, o la doverosa economicità ed efficienza, ed anche sulla base dei valori di corretta rendicontazione contenuti nella disciplina peculiare degli ETS, vale a dire il Decreto Legislativo n.117/2017⁴⁹.

Per questo motivo, quindi, nel momento in cui non vi è un'aderenza ai suddetti principi rispetto alla gestione delle risorse pubbliche, gli Enti del Terzo Settore possono legittimamente essere chiamati a rispondere dalla Corte dei conti, in particolare quando la condotta ha potenzialmente configurato una perdita patrimoniale per danno emergente e lucro cessante nei confronti di AREU, o della Regione, o un utilizzo non conforme dei beni pubblici rispetto al contenuto della convenzione. Al fine di chiarire meglio il concetto, un esempio chiaro, e realmente verificatosi, di condotta dell'ETS provocante danno erariale può rappresentarsi nella situazione per la quale l'organizzazione interna del servizio da parte dell'ente privato venga definita impropriamente, bloccando mezzi non mantenuti adeguatamente, e provocando costi aggiuntivi evitabili ad AREU, che all'occorrenza si attiva; oppure

⁴⁹ La giurisprudenza ha precisato che la gestione di risorse pubbliche da parte degli ETS deve rispettare i principi costituzionali di buon andamento ed efficienza. Un esempio recente è il Consiglio di Stato, sentenza n. 6211 del 2024.

ancora, l'avvenuta destinazione, da parte dell'Ente del Terzo Settore, di fondi pubblici a spese non attinenti né assimilabili al servizio oggetto della convenzione⁵⁰.

Come ultimo elemento, deve indispensabilmente essere considerato che l'articolo 1 della Legge n.20/1994 disciplina che la responsabilità amministrativo-contabile è configurabile solamente in presenza di una condotta dolosa o di colpa grave del soggetto; nel contesto riferito agli Enti del Terzo Settore convenzionati con AREU, la Corte dei conti, lasciando da parte le possibili condotte dolose più facilmente inquadrabili, ha affermato il principio giurisprudenziale secondo il quale la colpa grave degli ETS emerge in caso o di omissioni di controllo da parte degli organi dell'ente o di gravi irregolarità nelle rendicontazione in bilancio o, soprattutto, in caso di violazioni del contenuto delle convenzioni con AREU⁵¹. Sulla scorta di ciò, quindi, appare evidente che il rispetto del rapporto convenzionale da parte degli Enti del Terzo Settore sia estremamente rilevante per evitare imputazioni dannose in primo luogo per l'ente, ma anche e soprattutto per la stabilità ed efficienza dell'intero sistema.

Oltre alla suddetta tipologia, vi è un'altra forma di responsabilità, meno peculiare ma non meno rilevante, che interessa gli Enti del Terzo Settore attivi nel sistema di emergenza-urgenza lombardo; essa è,

⁵⁰ In particolare, la responsabilità erariale si configura quando il soggetto privato, *"disponendo della somma erogata in modo diverso da quello preventivato, abbia frustrato lo scopo perseguito dall'amministrazione, distogliendo le risorse conseguite dalle finalità cui erano preordinate"* come affermato dalla Cassazione, Sez. Unite, sentenza n. 19086 del 2020.

⁵¹ La giurisprudenza ha precisato che la colpa grave si configura attraverso diversi parametri valutativi. In primo luogo, rilevano le omissioni di controllo da parte degli organi dell'ente, poiché *"la responsabilità diretta e personale dell'amministratore o funzionario per gli effetti dell'attività contrattuale dallo stesso condotta in violazione delle regole contabili non è ancorata semplicemente alla qualifica formalmente attribuita al dipendente, ma deve essere riferita alle mansioni concretamente assegnate ed alle funzioni effettivamente svolte nell'ambito dell'organizzazione interna dell'ente e sussiste, quindi, sia in capo a coloro che materialmente hanno collaborato a che le prestazioni fossero fruibili, sia in capo a coloro che, avendo il diritto-dovere di controllare, hanno consentito, attraverso omissioni, che l'azione fosse portata a compimento"*. Tale testo è estratto dalla Cassazione Civile. Sez. I, sentenza n. 4020 del 2009.

ovviamente, la responsabilità contrattuale nascente dal vincolo giuridico che si instaura a seguito e mediante la stipulazione della convenzione con AREU; molto in riferimento ad essa è già stato detto nel paragrafo precedente e, quindi, in questa sede appare opportuno esaminare solamente i profili di conseguenza delle violazioni dei suddetti obblighi convenzionali. Come già analizzato in precedenza, la convenzione è qualificata come un contratto ibrido di natura pubblicistica, concretizzante il modello di collaborazione tra amministrazione pubblica ed enti privati no profit disciplinato in particolare dal Codice del Terzo Settore, e valicante il classico e tradizionale strumento dell'appalto⁵². In particolare, tale contratto realizza un rapporto ad obbligazioni corrispettive, secondo il quale da una parte AREU affida all'ente privato l'esecuzione di determinate prestazioni nell'ambito del trasporto sanitario, e dall'altra lo stesso ETS si impegna, come già esaminato, ad operare in linea con le prescrizioni e gli standard predefiniti. A riguardo, la giurisprudenza amministrativa si è espressa numerose volte, ribadendo che gli Enti del Terzo Settore, nel momento in cui stipulano una convenzione per lo svolgimento di attività sanitarie e sociosanitarie – quale si definisce quella con AREU – si gravano di obblighi giuridicamente vincolanti di esecuzione delle disposizioni convenzionali, imbattendosi formalmente, in caso di violazione dei suddetti obblighi, in un inadempimento contrattuale rilevante ai sensi degli articoli 1218 e 1453 c.c.; infatti, per citare alcune delle pronunce più significative in merito, il Consiglio di Stato si è espresso qualificando la responsabilità degli ETS, a seguito di stipulazione di convenzione in ambito sanitario con ente pubblico, come responsabilità contrattuale sia nella sentenza del Consiglio di Stato n. 4258/2013 sia in quella più recente, e rafforzante

⁵² La natura della convenzione è differente rispetto a quella del contratto d'appalto. La convenzione delinea un rapporto di collaborazione più diretta, integrata ed "intima" nel sistema pubblico, e per tale motivo è utilizzata nei rapporti con il Terzo Settore. M. Clarich, Manuale di diritto amministrativo, Il Mulino, Milano, cap. VII.

l'orientamento, sentenza del Consiglio di Stato, n. 4081/2023. In relazione agli specifici obblighi contrattuali ai quali sono tenuti, alla luce della suddetta interpretazione giurisprudenziale, gli Enti del Terzo Settore si è già parlato ampiamente nel capitolo precedente, riguardo ad esempio rispetto degli standard di dotazione tecnica dei mezzi di soccorso o l'aderenza ai protocolli AREU; e per esteso sono state esaminate anche le possibili conseguenze della violazione degli stessi vincoli, *in primis* la facoltà per AREU di poter revocare o risolvere l'intero rapporto convenzionale⁵³. Circa questo ultimo punto, è necessario considerare che trattandosi a tutti gli effetti di responsabilità contrattuale ovviamente, oltre alle già viste possibilità di azione “senza filtri esterni” e direttamente nelle mani di AREU, l'Azienda ha anche la possibilità di richiedere all'Ente del terzo Settore il risarcimento di cui all'articolo 1218 c.c., in presenza di un danno economicamente valutabile quali possono essere i costi sostenuti per surrogare in urgenza il mezzi dell'ente inadempiente o gli oneri maggiori conseguenti all'inefficienza di gestione dell'ETS. Tuttavia, circa questa possibilità per AREU di agire civilmente avverso gli enti privati, è fondamentale richiamare che la più recente e autorevole giurisprudenza civile, esempio rilevante è la sentenza della Cassazione, Sezioni Unite, n. 19086/2020, ha riconosciuto la responsabilità contrattuale degli ETS in tale specifico settore, solamente dove vi sia stata una chiara inosservanza delle disposizioni espressamente pattuite all'interno della convenzione e, soprattutto, quando tale inadempienza abbia causato un pregiudizio per l'Amministrazione o per il servizio pubblico; restringendo, quindi,

⁵³ Gli obblighi contrattuali specifici degli ETS nelle convenzioni sanitarie includono il rispetto degli standard di dotazione tecnica dei mezzi di soccorso e l'aderenza ai protocolli operativi dell'ente pubblico convenzionante, la cui violazione legittima l'esercizio dei rimedi contrattuali previsti dagli artt. 1453 e seguenti del Codice civile, inclusa la facoltà di risoluzione del rapporto convenzionale per non rispetto delle obbligazioni contrattuali.

solamente a situazioni di reale e concreto danno patrimoniale la risarcibilità del mancato adempimento⁵⁴.

La qualificazione degli Enti del Terzo Settore, che operano in regime di convenzione, come autonomi centri di imputazione giuridica riflette necessariamente la configurabilità in capo ad essi della seconda forma di responsabilità, vale a dire la responsabilità extracontrattuale ai sensi dell'articolo 2403 c.c. In relazione agli ETS che operano nel sistema di emergenza-urgenza, la responsabilità extracontrattuale può delinearsi secondo due direzioni, da una parte nei confronti del paziente assistito e dall'altra verso terzi eventualmente danneggiati. Inoltre, partendo dalla premessa che una considerevole parte degli operatori degli Enti del Terzo Settore, per natura degli stessi, agiscono solidalmente tramite volontariato, la giurisprudenza ha dovuto chiarire che, in relazione alla configurabilità in capo ad essi di responsabilità ex articolo 2043, seppur essi svolgano attività di rilevanza pubblica, non devono essere assimilati ad operatori della Pubblica Amministrazione e, pertanto, restano obbligati al principio di diligenza professionale nella operatività del servizio.

Anticipando che, in determinati casi, si configura una responsabilità solidale tra l'Ente del Terzo Settore danneggiante ed AREU, vi sono comunque situazioni in cui, per l'esclusiva imputabilità della condotta all'ente privato, l'ETS risponde direttamente ed in proprio; in riferimento a ciò, costituiscono chiari esempi di responsabilità esclusiva in capo agli Enti del Terzo Settore quelle situazioni dove il danno scaturisce da mancanze organizzative e strutturali imputabili all'ente privato o malfunzionamenti interni allo schema di gestione del servizio dal punto di vista operativo.

⁵⁴ La giurisprudenza ha quindi ristretto la risarcibilità del mancato adempimento alle sole situazioni di reale e concreto danno patrimoniale, escludendo ipotesi di responsabilità automatica per mere violazioni che non abbiano prodotto pregiudizi sostanziali per l'ente pubblico convenzionante o per il servizio pubblico erogato.

Proseguendo con l'analisi, comunque, l'aspetto in questa sede più rilevante da trattare riguarda sicuramente il modo nel quale si delinea la disciplina dell'imputabilità di responsabilità extracontrattuale dell'Ente del Terzo Settore convenzionato con AREU in conseguenza non di un fatto di gestione dirigenziale, di ovvia ed immediata imputabilità nei confronti dell'ETS, ma di un fatto dei volontari operanti nel servizio di emergenza-urgenza per conto dell'ente stesso

Come già anticipato precedentemente, esistono casi nei quali, da un medesimo fatto, può scaturire una responsabilità solidale dell'Ente del Terzo Settore con AREU. Le fondamenta di tale concetto sono intuibilmente riconducibili alla natura del rapporto tra i due soggetti; infatti, come esaminato nei paragrafi precedenti, la struttura duale, pensata dal legislatore regionale lombardo, secondo la quale da un lato vi è la potestà regolamentare e direzionale di AREU, e dall'altro l'effettiva erogazione del servizio da parte degli ETS, comporta necessariamente la possibilità di cooperazione dannosa verso terzi. A proposito, invero, si ricorda come la disciplina della responsabilità civile, in particolare l'articolo 2055 c.c., afferma che allorché il danno deriva da un concorso di condotte, in questo caso sia di AREU che dell'Ente del Terzo Settore convenzionato, automaticamente si configura un concorso di responsabilità solidale nei confronti del danneggiato⁵⁵.

Entrando nella concretezza del sistema, AREU deve rispondere congiuntamente qualora l'evento dannoso sia stato causato da un'inesatta ed inadeguata gestione delle competenze operative dell'Agenzia, soprattutto inquadrabili nelle fasi di ricezione e immediata valutazione delle chiamate di emergenza. Come è già stato descritto in precedenza,

⁵⁵ Esempio in questo senso è la Corte d'Appello di Milano, sentenza n. 56 del 2025, che ha chiarito che *"il rapporto contrattuale nei confronti del paziente sorge esclusivamente in capo all'ente che ha prescritto ed erogato la prestazione, ma questo non esclude la configurabilità di responsabilità solidale quando il danno derivi dal concorso di condotte di entrambi i soggetti"*.

infatti, AREU, dal punto di vista operativo, ha in mano la gestione diretta delle strutture nucleo del sistema lombardo, vale a dire le centrali operative; di conseguenza, un eventuale manchevole valutazione della centrale, come può essere ad esempio un invio ad una squadra di intervento non idonea al caso particolare, configura necessariamente una colpa dell'ente pubblico in concorso causale a, poi, un eventuale colpa degli operatori dell'ente inviato circa la gestione clinica del richiedente soccorso. Ad ulteriore sostegno di questo principio, già chiaro dal dettato del Codice civile, vi sono state negli anni numerose pronunce della giurisprudenza, non solo riferite al contesto lombardo, nelle quali viene ribadito; infatti, soprattutto in relazione ai casi nei quali si segnala la presenza di un ritardo nell'invio del mezzo di soccorso, imputabile per competenze ad AREU, è affermato che il ritardo configura un quid causale autonomo che si collega, dando origina al concorso, alle eventuali colpe degli operatori che intervengono in sede di soccorso.

Un'ulteriore, ma assolutamente rilevante, situazione dalla quale si origina una responsabilità solidale di AREU insieme all'ente, si riferisce agli accidentali malfunzionamenti organizzativi del sistema imputabili, in primo luogo, all'Azienda. Chiaramente AREU, come visto sopra, deve incentrare la sua attività nella definizione di un sistema organizzativo funzionale ed efficiente in tutti gli aspetti; per tale ragione, quindi, eventuali anomalie dei sistemi di comunicazione, o disservizi conseguenti ad una non pronta copertura di una zona geografica, possono evidentemente costituire un danno imputabile a disfunzioni organizzative dell'ente pubblico AREU⁵⁶.

⁵⁶ Un esempio concreto e recente di tale responsabilità solidale, seppur non strettamente collegata ad AREU ma indicativa del concetto, è la sentenza della Corte d'Appello di Bari, n. 1355 del 2025, che ha riconosciuto la responsabilità della Centrale Operativa del 118 per manchevole valutazione nell'attribuzione del codice di intervento e nell'invio del mezzo non idoneo, configurando perdita di chance di sopravvivenza quando l'operatore della Centrale Operativa del 118, nel corso della prima chiamata di soccorso, non effettuava un'adeguata

Alla luce del quadro generale dei possibili casi concreti di responsabilità extracontrattuale solidale tra AREU ed Enti del Terzo Settore, è utile richiamare la base normativa del concetto, e quindi la natura del suddetto concorso. *In primis*, il principio che funge da base alla circostanza in cui più soggetti partecipano in modo concorrente, seppur anche attraverso comportamenti distinti, alla verifica di uno stesso danno, è contenuto all'interno dell'articolo 2055 c.c.; nello specifico il dispositivo recita che se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno. Traslando il concetto nell'argomento di cui si sta trattando e osservandolo dal punto di vista applicativo, dunque, è evidente che il principio trova ancora più solidità e giustificazione dalla natura del rapporto tra AREU ed Ente del Terzo Settore, secondo il quale la prima esercita un potere direttivo e di autorità, ed il secondo agisce come ausiliare tecnico mediante, però, un regime di accertata autonomia operativa. Pertanto, seppure la giurisprudenza non configuri strettamente un rapporto di preposizione riferito ai due soggetti, tra l'Agenzia e la rete di enti convenzionati può facilmente definirsi, per natura sulla base dell'articolo 2055 c.c., il concorso come una colpa in organizzando o in vigilando.

Ultimo elemento utile per completare in questa sede l'esame della applicazione della disciplina della responsabilità extracontrattuale degli Enti del Terzo Settore in convenzione con AREU, ed in particolare in riferimento alla possibile risposta solidale di entrambi, è l'esame della disciplina della possibilità di rivalse interne tra l'Agenzia e l'ETS. Premettendo che questo è un argomento che verrà trattato in modo più approfondito nel capitolo successivo, il dettato del Codice civile, nello specifico dell'articolo 1299c.c., delinea che, una volta che sia stato

intervista telefonica per acquisire informazioni sulle funzioni vitali del paziente e attribuiva un codice giallo anziché rosso, disponendo l'invio di ambulanza non medicalizzata.

risarcito il danneggiato da uno dei soggetti coinvolti solidalmente, quest'ultimo ha diritto al reintegro del depauperamento economico per la quota di danno spettante all'altro soggetto. Nella fattispecie particolare, è importante sottolineare che nella maggior parte dei casi i meccanismi di rivalsa sono regolati, oltre che dalle regole generali civilistiche, dalle convenzioni specifiche tra AREU ed ETS. I principi che stanno alla base, ovviamente, si rifanno al concetto generale per cui chi reintegra il danno ha diritto sul corresponsabile in misura proporzionale all'indice di gravità di colpa e all'entità delle conseguenze derivanti dalle condotte dei singoli soggetti; tuttavia, le singole convenzioni possono legittimamente derogare al suddetto principio generale prevedendo dei processi determinati, soprattutto basati su valutazioni tecniche e statistiche alla luce dello storico di sinistri del singolo Ente del Terzo Settore convenzionato, come si vedrà in particolare nel capitolo successivo.

5) Brevi conclusioni

Gli Enti del Terzo Settore integrati nel sistema di emergenza-urgenza lombardo si inseriscono in un sistema strettamente regolato sia nella sua struttura generale, con a capo l'ente pubblico AREU incaricato di competenze di gestione oltre che di direzione di intervento e, a cascata altri soggetti subordinati con specifiche competenze assegnate, sia nella disciplina dei rapporti tra soggetti interni, che siano pubblici o privati. La convenzione, in particolare, è lo strumento giuridico che permette ad AREU di integrare soggetti, tra cui principalmente Enti del Terzo Settore, all'interno del sistema, controllando l'accesso sulla base di requisiti fissi e specifici e legittimando il suo intervento in caso di inadempimenti contrattuali legati alla stessa convenzione. In questo

contesto di compresenza di soggetti pubblici e privati, gli Enti del Terzo Settore sono portatori di speciali profili di responsabilità in ragione da un lato della criticità intrinseca del sistema, dall'altro, soprattutto, degli effetti che la articolata strutturazione del sistema produce sugli operatori.

CAPITOLO 3

1) Breve introduzione

Il seguente capitolo si propone di analizzare da vicino uno degli elementi di maggiore incidenza sia all'interno della disciplina legale che all'interno del contenuto delle convenzioni stipulate tra AREU ed Enti del Terzo Settore, ossia la questione della copertura assicurativa. In particolare, l'esame si concentra, oltre che sulle fonti normative e regolamentari della questione, sulle ragioni che hanno portato da un lato il legislatore, dall'altro AREU a definire come obbligo inderogabile la dotazione di una polizza assicurativa, peraltro dotata di determinate caratteristiche e di specifici elementi idonei al soddisfacimento di obiettivi di tutela verso l'intero quadro di soggetti, pubblici e privati, coinvolti. Inoltre, lo studio affronta, di conseguenza, la posizione del mercato assicurativo nel settore, in particolar modo in relazione alla definizione delle polizze e dell'ampiezza della copertura assicurativa, alla luce delle specificità del sistema circa l'elevato rischio intrinseco e la compresenza di soggetti di diversa natura.

2) Le fonti della disciplina assicurativa per gli ETS operanti nel sistema di emergenza-urgenza lombardo.

In considerazione dell'esame svolto nelle parti conclusive del capitolo precedente, riferito alle forme di responsabilità ed alle peculiari applicazioni di esse circa gli Enti del Terzo Settore inseriti nel sistema di emergenza-urgenza lombardo, si mostra doveroso concentrare lo studio su un altro fondamentale elemento che influenza in modo molto rilevante

lo schema giuridico sia sul piano normativo che sul piano pratico, vale a dire l'assicurazione¹. Nello specifico, è attraverso l'analisi delle peculiari caratteristiche di questo contratto, in applicazione al caso specifico degli ETS convenzionati con AREU, che meglio si comprende la gestione dei rischi connessi all'attività di soccorso delineati precedentemente e la sua particolare funzione di garanzia della continuità e dell'affidabilità dell'intero sistema, oltre che di quella naturale di tutela patrimoniale dell'ente e degli operatori.

Prima di entrare nel vivo, però, della questione, occorre in via preliminare delineare l'inquadramento generale della tematica assicurativa nello schema del contributo del Terzo Settore nel sistema di emergenza-urgenza lombardo, considerando innanzitutto le fonti normative di base che definiscono la funzione e l'obbligo di adozione². Infatti, in quest'ottica, l'assicurazione assume per tutte le ragioni ampiamente esaminate nei capitoli precedenti una funzione che supera il classico rapporto contrattuale tra tipico soggetto privato e compagnia assicurativa, rappresentando un mezzo di garanzia degli interessi generali coinvolti e dei numerosi e vari soggetti inseriti nel sistema. In particolare, l'assicurazione con la sua normale funzione di allocazione preventiva del rischio permette, in un sistema ad alta intensità di pericolo e che interessa diritti costituzionalmente tutelati, di assicurare continuità operativa al servizio della collettività e sostenibilità, secondo i valori guida dell'intera rete di convenzioni composta da AREU.

Partendo da un piano generale, dal punto di vista normativo il legislatore nazionale, consapevole degli elementi suddetti e della specialità del quadro, si è impegnato a delineare una disciplina organica e

¹ La copertura assicurativa assume un ruolo fondamentale nella stabilità del sistema. È ai sensi del Decreto legislativo. n. 117/2017, art. 18, che viene a crearsi il primo fondamento giuridico indirizzato a tutti gli ETS, anche a quelli attivi all'esterno del sistema di emergenza-urgenza.

² L'obbligo di idonea copertura assicurativa trova fondamento, oltre che nel Decreto legislativo n. 117/2017, anche nei regolamenti AREU; qui assume una declinazione specifica e concreta, dovendo far fronte ad esigenze ulteriori rispetto al Terzo Settore in generale.

specifica circa la centralità dell'assicurazione per gli Enti del Terzo Settore, con lo scopo di attribuire ad essa un ruolo di bilanciamento tra garanzia degli interessi coinvolti e impulso ad attività solidaristiche³. In modo particolare il già più volte descritto Decreto Legislativo n. 117/2017, altrimenti conosciuto come Codice del Terzo Settore, rappresenta anche in questo caso il testo normativo di primo riferimento; all'interno dell'articolo 18, infatti, il legislatore disciplina che i volontari operanti per l'ETS devono necessariamente dotarsi di una copertura assicurativa contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività, oltre che per la responsabilità civile verso i terzi. Tale obbligo assicurativo rappresenta la volontà di tutelare *in primis* la posizione particolare del volontario che, non potendosi considerare un lavoratore in senso stretto, altrimenti sarebbe privo di garanzie pur operando attivamente ed in modo diretto in un sistema fisiologicamente sottoposto a rischi, in particolar modo nel contesto peculiare dell'emergenza-urgenza; in più, sebbene la lettera dell'articolo si riferisca solamente ai soggetti volontari, l'orientamento della giurisprudenza è concorde che esso rappresenti, sulla base di un interpretazione conforme all'intenzione del legislatore e che di conseguenza valorizzi la necessità di protezione di tutti i soggetti attivi ed operanti per l'Ente, anche la propensione a tutelare l'intero gruppo di operatori dell'Ente, compresi dipendenti, collaboratori ed altri soggetti integrati con continuità nell'assetto strutturale.

Proseguendo con l'esame generale delle fonti nazionali di base e lasciando, con l'impegno di approfondirla più avanti calata nel sistema di emergenza-urgenza lombardo, la declinazione dell'elemento dell'assicurazione riferita alla tutela dei soggetti assicurati, un ulteriore

³ La disciplina assicurativa risponde alla necessità di bilanciamento degli interessi pubblici e privati coinvolti con la promozione dell'interesse generale. In particolare, l'art. 18 è definito sulla base di *rationes* di tutela innanzitutto del soggetto volontario, in funzione di un incentivo alla sostenibilità ed all'accrescimento dei soggetti volontari in generale.

ed essenziale aspetto generale da considerare in relazione alla finalità dell'assicurazione riguarda la protezione dei terzi destinatari del servizio svolto dall'Ente del Terzo Settore. In particolare, la copertura assicurativa dell'Ente permette al soggetto terzo, nel caso di configurazione di una responsabilità per fatto illecito dell'ETS nei confronti dello stesso, di vedere effettivamente realizzato il suo diritto al risarcimento del danno. A riguardo, richiamando brevemente concetti già esaminati nel capitolo precedente, la base normativa di riferimento è l'articolo 2043 del Codice civile, insieme alle disposizioni relative alla responsabilità per fatto altrui, vale a dire gli articoli 2049 e 1228 sempre del Codice civile. Tali norme, che ovviamente vedono la propria applicazione anche in relazione alle azioni degli operatori degli Enti del Terzo Settore, regolano e delineano la configurazione della copertura assicurativa degli ETS a tutela del terzo, ed assumono un ruolo ancora più centrale, delineando elementi peculiari per gli Enti del Terzo Settore coinvolti, in contesti articolati e strutturalmente complessi come quello del sistema di emergenza-urgenza lombardo; infatti la presenza di più soggetti, peraltro di natura sia privata che pubblica, può comportare inevitabilmente la possibilità che il fatto dannoso derivi da condotte imputabili a soggetti diversi, e di conseguenza si rende necessaria la definizione di adeguate coperture assicurative specifiche per il Terzo Settore e per il contesto determinato.

A riguardo è nuovamente di rilevanza il già citato articolo 18 del Decreto Legislativo n.117/2017; invero, come già accennato precedentemente, la disposizione all'interno del comma 2 disciplina l'obbligo specifico per gli Enti del Terzo Settore di dotare di copertura assicurativa i volontari anche per i danni cagionati a terzi. Il legislatore quindi, alla luce delle caratteristiche speciali insite nella natura del Terzo Settore, delinea espressamente una protezione ulteriore e concreta nei

confronti del terzo, il quale è in questo modo dotato di una garanzia patrimoniale solida in caso di danni cagionati nell'esercizio di attività di carattere generale, essendo sottratto dal rischio di insolvenza del volontario e dell'ente interessato. Questa disposizione di tutela acquista ulteriore rilevanza alla luce di un altro articolo del Codice del Terzo Settore, l'articolo 4 infatti, fornendo, come già analizzato nel primo capitolo, una definizione di Enti del Terzo Settore qualificandoli come soggetti che perseguono finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, presuppone implicitamente, ma in modo evidente secondo l'idea del legislatore, che tali finalità siano svolte in condizioni di sicurezza ed affidabilità per i destinatari; in relazione a ciò la copertura assicurativa per danni a terzi rappresenta una colonna portante nel sistema di garanzia dell'interesse pubblico, rendendo effettiva la sicurezza e l'affidabilità del cittadino nei confronti degli Enti del Terzo Settore⁴.

Nell'ottica del contesto del servizio di emergenza-urgenza, quest'ultimo elemento risulta essere ancora più evidente. Il quadro delicato e coinvolgente uno degli interessi più fortemente tutelati dall'ordinamento, quello alla salute, declina la necessità di sicurezza ed affidabilità del fruitore ad un grado maggiormente elevato, consolidando la rilevanza della copertura assicurativa per gli Enti del Terzo Settore, oltre che come garanzia per il singolo soggetto eventualmente danneggiato, come tutela dell'affidamento collettivo verso un sistema particolare che si articola nel contributo fondamentale di soggetti privati, ma in stretta collaborazione ed integrazione con l'assetto pubblico⁵. In altre parole, nello scenario dell'operatività degli ETS nell'emergenza-

⁴ Tale definizione è estrapolata alla luce del dettato dell'art.4 del Decreto legislativo n. 117/2017 e della Relazione Illustrativa ufficiale al Codice del Terzo Settore, presentata in Parlamento in fase di approvazione della disposizione.

⁵ La disciplina dell'art. 18, letta in combinato disposto con le previsioni degli artt. 56 e 57 del Codice del Terzo Settore, delinea un modello di integrazione pubblico e privato che, nel settore dell'emergenza-urgenza, coniuga l'efficienza dell'intervento solidaristico con le garanzie di sicurezza richieste dalla delicatezza dell'interesse in gioco.

urgenza, la copertura assicurativa ha anche una funzione, apparentemente di contorno ma in realtà estremamente rilevante, di legittimare l'integrazione di soggetti privati all'interno di un ambito di elevato impatto sociale e di primaria importanza costituzionale; operando, infatti, come sicuro strumento di garanzia patrimoniale, contribuisce ad assicurare indirettamente tutti i diritti dei fruitori e a costruire un solido elemento di affidabilità e credibilità del sistema, che, non essendoci al contrario, sarebbe sicuramente molto più fragile e complessa da sostenere⁶.

Definito il quadro completo delle norme nazionali fondamentali che regolano la disciplina generale circa la copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore, è necessario a questo punto integrare lo schema concentrando l'esame sulle disposizioni regionali lombarde specifiche sul tema, in linea con la riforma costituzionale del 2001. A riguardo è utile preliminarmente richiamare in breve alcuni elementi già ampiamente analizzati nei capitoli precedenti, al fine di avere chiaro il sistema nel quale si inserisce la disciplina dell'assicurazione per gli Enti del Terzo Settore coinvolti nel sistema di emergenza-urgenza. Come l'intera rosa delle materie speciali affrontate fino ad ora, anche la disciplina della copertura assicurativa degli ETS in questione si inserisce all'interno di un sistema che vede la compresenza, su molteplici livelli, di diverse fonti regionali; in particolare il complesso di fonti sul tema è composto, oltre che ovviamente da fonti normative regionali, anche dagli atti di programmazione e di indirizzo della Giunta regionale lombarda e, soprattutto, dall'insieme di atti regolatori ed amministrativi delineati da

⁶ L'apparato assicurativo costituisce un elemento fondamentale per la tenuta dell'affidabilità del sistema nei confronti della società, che altrimenti sarebbe frenata nell'utilizzo provocando conseguenze problematiche sia sul piano sanitario che sul piano gestionale del modello. L. Gori, Terzo Settore e Costituzione, Giappichelli, Milano, pp. s. 188.

AREU⁷. La funzione di tali fonti normative, in virtù del riparto delle competenze tra Stato e Regione, è quella di delineare una disciplina propria ed autonoma, avendo come base la direzione data dalle suddette disposizioni nazionali, ad un ambito fisiologicamente ad alto rischio ed impatto sociale come quello del soccorso sanitario extraospedaliero, dove chiaramente l'elemento assicurativo rappresenta un fattore di estrema rilevanza.

La Legge regionale n. 33 del 30 dicembre 2009, che delinea il Testo unico delle leggi regionali lombarde nell'ambito della sanità, rappresenta il primo fondamento giuridico dell'intera questione, sebbene non la tratti esplicitamente; nello specifico legittima la facoltà della Regione a definire una normativa solida e vincolante in relazione a tutti i soggetti, sia di natura pubblica che di natura privata, che operano all'interno dell'ambito di erogazione dei servizi sanitari regionali, al quale si collega naturalmente il sistema di emergenza-urgenza⁸.

Altra primaria base giuridica è la Legge regionale n. 23 dell'11 agosto 2015; questa disposizione, che si inserisce come già descritto in un'occasione di riforma del Sistema sanitario lombardo, rileva decisamente a riguardo in quanto da un lato attribuisce alla già presente AREU la competenza esclusiva in merito alla gestione generale ed alla regolazione del sistema di emergenza-urgenza lombardo, e, di conseguenza, dall'altro affida all'Agenzia stessa incisivi poteri di controllo al fine di consolidare ed irrobustire l'effettività dei principi direttivi sull'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, quali

⁷ La disciplina regionale lombarda in materia si caratterizza da un sistema multilivello livello di fonti, in particolare, come predetto, cardine dello schema sono l'art. 117 Cost. la Legge regionale Lombardia n. 33/2009 e le Deliberazioni della Giunta Regionale Lombardia in materia di emergenza-urgenza, che fungono da fonte applicativa dei principi nazionali e regionali.

⁸ Come evidenziato dalla giurisprudenza amministrativa, *"le Regioni si configurano come amministrazioni titolari del servizio pubblico di assistenza sanitaria" e dispongono di "valutazioni programmatiche ed organizzative discrezionali"* nell'organizzazione del sistema. Tale estratto è dalla pronuncia del TAR Lombardia-Milano, sentenza n. 103/2021.

la necessità di elevata qualità e sicurezza delle attività e la regolata responsabilità dei soggetti attivi⁹.

Alla luce di quanto descritto appare chiaro che la volontà del legislatore lombardo sia quella di affidare all'organo di governo regionale, vale a dire la Giunta, e ad AREU il potere di delineare l'intero schema di requisiti e condizioni per poter partecipare, in linea con i valori generali, al sistema di emergenza-urgenza, e, seppure non sia espressamente e direttamente citata nel contenuto delle norme, è evidente che la questione relativa alla regolazione dei profili circa la copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore coinvolti, e quindi convenzionati con AREU, si integri all'interno del suddetto potere e, di conseguenza, trovi lì il suo fondamento giuridico e legislativo.

Prendendo in considerazione, allora, il primo livello nel quale si manifesta il suddetto potere, vale a dire la Giunta regionale, è chiaro in considerazione di quanto descritto in precedenza il ruolo centrale delle deliberazioni che attengono a questo organo. Come già analizzato nei capitoli precedenti, infatti, è mediante questi atti che la Regione Lombardia, tra le altre cose, delinea le condizioni organizzative e strutturali necessarie per gli ETS e di conseguenza le regole per il convenzionamento degli stessi¹⁰. A riguardo è in questo contesto che, realizzando uno degli elementi di maggiore rilevanza per la questione, la Giunta configura tra i requisiti oggettivi essenziali per gli Enti del Terzo Settore, al fine di poter essere inseriti all'interno del sistema di emergenza-urgenza lombardo, la necessità per gli ETS di essere dotati di polizze assicurative finalizzate a coprire, oltre che la posizione dei

⁹ La Legge regionale Lombardia n. 23 dell'11/2015, recante *"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33"*.

¹⁰ Come chiarito dal TAR Lombardia-Milano, sentenza n. 233/2023, *"la Regione, quale soggetto attuatore e titolare del servizio pubblico di assistenza sanitaria, esercita un'ampia discrezionalità organizzativa che non si esaurisce in valutazioni meramente tecniche ma comprende profili di discrezionalità amministrativa"*.

volontari interni, soprattutto i rischi connessi all'attività di soccorso sanitario e quindi la responsabilità civile scaturente dalla fornitura del servizio pubblico. In sostanza, dunque, vista la più volte esposta delicatezza sociale e costituzionale dell'ambito, la copertura assicurativa viene in questa sede qualificata come un elemento necessario, e che deve permanere ininterrottamente, affinché l'Ente del Terzo Settore sia legittimato dalla Regione ad operare nel sistema.

Con l'impegno che questo tema dell'assicurazione come condizione di legittimazione operativa verrà affrontato in modo più approfondito in un paragrafo più avanti, in questa fase è sufficiente descrivere che la Giunta regionale, prevedendo in linea generale questo obbligo e, come predetto, attribuendo ad AREU la competenza a definire il tema in modo puntuale e specifico, incarica l'Azienda di portare su un piano concreto e circostanziato la questione¹¹. Infatti, è tramite gli atti emanati da AREU, principalmente attraverso regolamenti e linee guida, che l'obbligo di copertura assicurativa assume una forma dettagliata sia sotto il profilo oggettivo che sotto quello soggettivo. In particolare, il contenuto di tali disposizioni individua, ai fini della convenzione con Enti del Terzo Settore, da un lato l'intera rosa dei rischi generali e specifici dell'attività di soccorso da coprire, e dall'altro le categorie di soggetti operanti nel sistema sottoposti all'obbligo, vale a dire in sostanza i volontari nonché ovviamente gli operatori dipendenti dell'ente.

Un'ulteriore piano, di assoluta rilevanza, su cui intervengono gli atti di AREU riguarda la sfera quantitativa delle polizze assicurative. Nello specifico AREU è chiamato a definire, come spesso accade nella regolazione delle assicurazioni in relazione ai servizi pubblici, i massimali minimi delle coperture assicurative per ciascuna delle forme

¹¹ AREU, sulla base dei conferimenti dati dalla Regione Lombardia, traduce in atti concreti gli obblighi generali previsti. Le fonti che, nello specifico, rappresentano l'attuazione di tali obblighi sono i regolamenti e soprattutto le singole convenzioni stipulate con gli ETS.

di polizze obbligatorie per gli Enti del Terzo Settore. A riguardo, al fine di darne preliminarmente la definizione, il massimale nel diritto assicurativo¹² è rappresentato dal valore di massimo rimborso che la Compagnia d'assicurazione può versare per ciascun sinistro che la coinvolge; di conseguenza, il massimale minimo in questione, invece, è il suddetto importo massimo di risarcimento, ma limitato entro un valore che non può essere inferiore ad una soglia determinata definita attraverso l'atto inderogabile di AREU. Logicamente, i massimali minimi ricoprono da un lato una funzione essenziale di garanzia dei soggetti eventualmente danneggiati, ai quali si assicura un pressoché sicuramente completo risarcimento in un contesto particolarmente delicato e di potenzialmente elevata rilevanza economica, dall'altro una finalità di sostenibilità del sistema e di tutela per gli Enti del Terzo Settore convenzionati, evitando in modo tassativo che danni di considerevole entità possano ricadere interamente, o per una gran quota, sul patrimonio degli enti stessi.

Oltre che delineare questi profili fondamentali, tramite i suoi atti AREU definisce anche quelle che devono essere perentoriamente le specifiche coperture di cui gli ETS devono dotarsi. Infatti, partendo dal naturale presupposto che alla singola categoria di sinistro corrisponde una propria assicurazione dotata di specifici elementi, viene prescritto da AREU che tutti gli Enti del Terzo Settore convenzionati devono obbligatoriamente stipulare *in primis* una polizza per la responsabilità civile nei confronti dei pazienti e altri soggetti terzi, *in secundis* un'assicurazione che copra gli eventuali infortuni e malattie professionali degli operatori volontari, ed infine una polizza assicurativa relativa alla

¹² Anche la regolazione dei massimali assicurativi rientra nelle competenze di AREU. La principale fonte di tale competenza è la Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. 2506/2017, che affida la regolazione degli standard tecnici nelle convenzioni, tra cui i massimali assicurativi ai fini di delineare una copertura idonea a soddisfare tutti gli interessi in gioco.

copertura dei danni ai mezzi di soccorso e, più in generale, alle res di proprietà dell'ente tra cui le attrezzature sanitarie¹³. Anche in questo senso l'obiettivo di tali disposizioni risiede nel garantire che il sistema di emergenza-urgenza si sviluppi nella completa copertura dei rischi, a tutela oltre che della società in generale, anche degli stessi Enti del Terzo Settore, scongiurando le ipotesi che possibili danni ricadano sui singoli operatori o, addirittura, sullo Stato.

Per concludere l'analisi delle fonti della questione assicurativa, le singole convenzioni tra AREU ed Enti del Terzo Settore rappresentano la concretizzazione finale di tutte le prescrizioni, sia di fonte nazionale che d'origine regionale, esaminate in precedenza¹⁴. In proposito, al fine di richiamare brevemente alcune nozioni già descritte, è bene ricordare che le convenzioni, seppure siano accordi di natura negoziale, sono contratti dal contenuto strettamente vincolato e vincolante per gli Enti del Terzo Settore che decidono di aderirvi; per tale motivo, ovviamente, gli enti si obbligano al rispetto anche in riferimento agli elementi della convenzione riguardanti la copertura assicurativa. Essendo che le convenzioni rappresentano la forma più diretta e specifica del rapporto tra AREU e singoli Enti del Terzo Settore, all'interno di esse vengono disciplinate le componenti particolari della questione. A riguardo, è parte necessaria del contenuto delle convenzioni la regolazione dei poteri di controllo e di intervento dell'Azienda, che prevede, oltre che il dovere di comunicazione tempestiva di qualsiasi variazione alle polizze assicurative dichiarate, anche e soprattutto la possibilità da parte di

¹³ AREU stabilisce le tipologie di polizze. In particolare, attraverso le Linee guida AREU, ossia documenti interni di programmazione dell'attività amministrativa, e regolamenti specifici.

¹⁴ Le singole convenzioni AREU configurano il modello definitivo delle prescrizioni assicurative. L'esempio chiave utilizzato nella presente analisi è la convenzione AREU con Croce Rossa Italiana, reperibile sul sito web della CRI.

AREU di effettuare controlli ed ispezioni documentali allo scopo di verificare l'adeguatezza e la completezza della copertura assicurativa¹⁵.

Mediante tale regolamentazione specifica, che si inserisce all'interno di un atto che, seppur con elementi di specialità, è configurabile a tutti gli effetti come un contratto, il sistema gestito da AREU fa assumere alla copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore le vesti non solamente del requisito normativo, secondo le disposizioni nazionali e regionali suddette, ma anche dell'obbligazione derivante da contratto. Tale qualifica, apparentemente marginale, assicura invece una ancora maggiore solidità e sicurezza del sistema di emergenza-urgenza, consentendo ad AREU, in caso di inosservanza delle clausole da parte degli enti, di poter intervenire con la sospensione dell'operatività dell'ETS o, perfino, con la risoluzione contrattuale della convenzione.

3) L'assicurazione come requisito di legittimazione operativa per gli ETS convenzionati e la differenza con gli ETS non operanti nel sistema di emergenza-urgenza lombardo.

Nel paragrafo precedente è stato descritto, in linea generale, che la copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore è qualificata dalle fonti come condizione necessaria e legittimante l'ingresso di tali enti all'interno del sistema di emergenza-urgenza lombardo. Appare, quindi, ora necessario concentrarsi in maniera più approfondita sulla questione, soprattutto individuando le motivazioni che stanno alla base di questa scelta normativa, da considerare peculiare rispetto agli altri settori di

¹⁵ Come visto nel capitolo precedente, le convenzioni tra AREU ed ETS prevedono obblighi di comunicazione ed ispezioni documentali. Ciò è possibile grazie alle attribuzioni di competenza della Regione Lombardia che ha affidato, oltre che poteri di gestione, anche poteri ispettivi e di controllo sul rispetto dell'intero quadro di obblighi previsti nei testi delle convenzioni.

interesse sociale in cui si realizzano le attività degli Enti del Terzo Settore.

Come predetto, nell'ambito del sistema di soccorso lombardo il requisito della necessaria copertura assicurativa supera la semplice applicazione della normativa generale del Terzo Settore, che prescrive, ai sensi dell'articolo 18 del Decreto Legislativo 117/2017, la validità in capo ad ogni ETS di una polizza assicurativa a tutela degli operatori, soprattutto volontari. Sostanzialmente infatti, sia le disposizioni della Giunta regionale sia gli atti più specifici adottati da AREU fanno assumere all'assicurazione, oltre che una portata decisamente più ampia, un ruolo essenziale di requisito strutturale e qualificante la possibilità di accesso per l'Ente del Terzo Settore al servizio pubblico di emergenza-urgenza, collocando la questione su un piano di intersezione tra la disciplina del diritto del Terzo Settore, il diritto sanitario ed il diritto amministrativo. Tale punto di incontro tra materie è il logico effetto della particolare natura del sistema lombardo, che realizza, come già mostrato più volte, diversi interessi primari di valore costituzionale e principi speciali di integrazione tra settore privato e settore pubblico, ed è, inoltre, il principale discrimine determinante la diversità di disciplina della copertura assicurativa con il resto del Terzo Settore.

Richiamando brevemente alcuni concetti contenuti nei capitoli e nel paragrafo precedente, in attuazione della Legge Regionale n. 33/2009 AREU, definendo attraverso le convenzioni la regolamentazione legittimante l'ingresso, tra gli altri, degli Enti del Terzo Settore all'interno del sistema emergenza-urgenza, delinea in via concreta e definitiva la copertura assicurativa come requisito d'accesso al servizio pubblico, definendo nello specifico l'obbligo di polizze riferite ad ogni categoria di rischio rilevante e livelli elevati di massimali per ciascun contratto d'assicurazione. La ragione che sottende all'inserimento, in

sede di stipula di convenzione, di tale filtro di legittimazione risiede nella volontà del sistema lombardo di selezionare preventivamente gli Enti del Terzo Settore, al fine di bloccare l'integrazione nel servizio di tutti quegli enti che, per ragioni di inefficienza strutturale o finanziaria, non risultano idonei ad assicurare solidità e prontezza a rispondere ai fattori componenti il sistema.

Alla luce di quanto detto, dunque, appare evidente che nel modello lombardo l'obbligo di copertura assicurativa per gli enti assume un ruolo fondamentale, e di necessaria sussistenza, di garanzia di quegli interessi pubblici primari fisiologicamente presenti, costituendo una vera e propria funzione pubblicistica. A riguardo, esaminando con più profondità il tema già citato, è evidente che tale funzione pubblicistica sia indirizzata innanzitutto alla garanzia della posizione dell'utente del servizio. Il sistema, infatti, integrandosi, pur vedendo la collaborazione di enti privati, all'interno dell'ambito del servizio sanitario pubblico, ed essendo eretto al fine della piena tutela del diritto alla salute, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, si serve della piena copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore convenzionati per garantire non solamente il completo risarcimento del danno, ma soprattutto l'effettività della totale tutela della posizione giuridica del soggetto, in linea con gli articoli 2 e 3 della stessa Costituzione. In sostanza, l'obbligo assicurativo serve sia per evitare che al soggetto, già in condizioni di particolare fragilità e debilitazione fisica e mentale, si possa arrecare un ulteriore pregiudizio per l'impossibilità di completa reintegrazione del suo patrimonio a seguito di un evento dannoso, sia per fornire una concreta base di affidabilità del sistema di soccorso pubblico nei confronti di tutta la società, la quale è maggiormente portata a riporre fiducia e sicurezza. In più, richiamando all'analisi svolta nel capitolo precedente circa i possibili profili di responsabilità dell'Ente del Terzo Settore

convenzionato, la copertura assicurativa garantisce all'eventuale danneggiato una più completa possibile riparazione del danno all'interno di un quadro di particolare complessità in cui più soggetti, tra l'altro spesso di natura giuridica diversa, convivono ed operano in una rete di competenze intrecciate.

In collegamento a ciò, la suddetta funzione pubblicistica dell'obbligo assicurativo per gli ETS convenzionati integra chiaramente anche una finalità di tutela nei confronti dell'amministrazione pubblica e più in particolare nei confronti di AREU¹⁶. Come è stato ampiamente analizzato nei capitoli precedenti, infatti, il sistema di emergenza-urgenza lombardo si delinea attraverso una stretta ed elaborata integrazione strutturale tra entità di natura pubblica, in primo luogo AREU, e soggetti di natura privata, per la maggior parte appunto Enti del Terzo Settore. Per questo motivo e per il fatto che le competenze dei singoli soggetti all'interno del sistema, seppur accuratamente ripartite e predisposte, spesso si incrociano data la complessità strutturale dell'ambito, la piena copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore garantisce che, per i danni accorsi in questa rete di competenze, vi sia un minor rischio per l'amministrazione pubblica di imputazione diretta o indiretta degli stessi danni cagionati, limitando soprattutto eventuali costosi contenziosi con gli enti ed i soggetti danneggiati in caso di impossibilità di completa reintegrazione del danno¹⁷.

Fondamentalmente, quindi, in linea con i principi propri della Pubblica Amministrazione dettati, tra le altre disposizioni, all'interno

¹⁶ La copertura assicurativa tutela AREU e la PA. I principi fondanti, infatti, la Legge regionale Lombardia n. 33/2009, si basano innanzitutto sul delineamento di un modello di gestione della sanità sostenibile per le finanze della Regione; ed in questo senso, con un'ottica di privatizzazione del rischio, si inserisce l'obbligo di copertura assicurativa.

¹⁷ L'obbligo assicurativo rientra nei principi di buon andamento ed imparzialità della PA, ai sensi dell'art. 97 Cost. Costituisce infatti uno strumento utile per evitare che i soggetti danneggiati si rivalgano nei confronti di AREU, dirigendosi verso il singolo ETS operativo, dotato di disponibilità a risarcire. C. Baiocchi, *Le associazioni di volontariato. Profili di responsabilità civile, penale, tributaria*, Giuffrè, 2013, pp. s. 142.

dell'articolo 97 della Costituzione, tale obbligo per gli Enti del Terzo Settore convenzionati di dotarsi di globali polizze assicurative ha un fondamentale scopo di tutela dell'interesse finanziario pubblico, che altrimenti sarebbe maggiormente minato ed esposto.

In virtù di quanto descritto, è, dunque, manifesto il differente quadro all'interno del quale si colloca tale obbligo assicurativo rispetto all'ordinario contesto dell'assicurazione privata in generale. Infatti, nel settore privato la copertura assicurativa ha la funzione di tutelare principalmente e direttamente il patrimonio del soggetto danneggiato, ed anche nei casi in cui la legge prescrive l'obbligo di assicurazione, come ad esempio l'obbligo di copertura RCA, la finalità è sempre da individuarsi nella protezione del terzo, oltre che del soggetto danneggiante, in un contesto di particolare ed oggettivo rischio; invece, all'interno del sistema di emergenza-urgenza lombardo la copertura assicurativa assume una forma ed un ruolo più ampio, ovviamente garantendo in primo luogo il completo risarcimento al danneggiato, ma anche tutelando quella serie descritta di interessi collettivi e di natura pubblicistica, che rilevano nello schema¹⁸. In sostanza, la copertura assicurativa obbligatoria disciplinata in tale modello configura un mezzo estremamente rilevante, seppur indiretto, di tutela pubblica, legittimando l'azione integrativa degli Enti del Terzo Settore in un settore delicato e fondamentale dello Stato.

Chiarite le ragioni specifiche della scelta del legislatore lombardo di istituire un obbligo assicurativo regolato per gli Enti del Terzo Settore convenzionati con AREU, è bene indicare brevemente, al fine di avere un quadro completo e comprendere meglio la fondatezza delle suddette ragioni, come l'obbligo di copertura assicurativa si delinei diversamente

¹⁸ Come affermato nelle note precedenti, l'assicurazione obbligatoria è uno strumento pensato dalla Pubblica Amministrazione per spostare il rischio intrinseco nel sistema verso gli ETS privati, sgravando sulla possibile alea di soccombenza delle entità pubbliche. C. Baiocchi, *Le associazioni di volontariato. Profili di responsabilità civile, penale, tributaria*, cit., pp. s. 142.

per gli Enti del Terzo Settore non operanti nel sistema di emergenza-urgenza. Come già accennato in precedenza, è comune a tutti gli Enti del Terzo Settore, compresi anche quelli convenzionati con AREU, la disposizione relativa alla inderogabile copertura assicurativa ai sensi dell'articolo 18 del Decreto Legislativo n. 117/2017; tale disposizione si colloca, compatibilmente con la volontà del legislatore, in una direzione di tutela dei soggetti volontari che costituiscono la componente fondamentale dell'operato del terzo settore. Proprio in virtù di questa norma comune, tuttavia, si sviluppa il discrimine fondamentale tra la disciplina degli enti convenzionati e non; infatti se è chiaro che l'obbligo in questione deriva per gli Enti del Terzo Settore integrati nel sistema di soccorso anche, e soprattutto, da rapporti di convenzione con l'Amministrazione, per gli altri enti esso origina in modo diretto ed esclusivo dalla legge, con la conseguente mancanza di tutti quegli elementi speciali delineati dalla regolamentazione specifica e contrattuale.

Il risvolto concreto principale derivante dal suddetto concetto consiste nel fatto che, mancando una regolamentazione aggiuntiva rispetto alla disposizione di legge, gli Enti del Terzo Settore esterni al sistema di emergenza-urgenza mantengono una più ampia discrezionalità nel delineare, insieme con la compagnia assicurativa, il contenuto della polizza¹⁹. Sfuggono, dunque, a tutte le disposizioni specifiche, come ad esempio quelle relative al rispetto di determinati livelli di massimali minimi, dovendosi solamente conformare al più largo quadro derivante dal Codice del Terzo Settore. In più, per quanto riguarda la natura giuridica della copertura assicurativa, dato il diverso contesto, rispetto a quello del sistema AREU caratterizzato da integrazione strutturale degli

¹⁹ Trova applicazione in questo senso il principio di autonomia contrattuale di cui all'art. 1322 c.c., che consente alle parti di determinare liberamente il contenuto del contratto assicurativo, nei limiti imposti dalla legge, dall'ordine pubblico e dalle norme imperative.

enti con la Pubblica Amministrazione, l'assicurazione assume per tali Enti un semplice adempimento di un obbligo imposto dalla legge a garanzia dei terzi e dei soggetti volontari, esulando da qualsiasi finalità di valenza pubblicistica relativa alla tutela dell'Amministrazione.

4) Profili tecnici e pratici circa le polizze assicurative degli ETS integrati.

All'interno dei paragrafi precedenti si è trattato ampiamente del senso e della natura giuridica dell'assicurazione nel contesto del modello lombardo di emergenza-urgenza, anche in contrapposizione con Enti del Terzo Settore esterni al sistema. Colto, dunque, il quadro giuridico complessivo, è ora fondamentale indirizzare lo studio verso l'analisi dei più importanti elementi tecnici della materia assicurativa, propri del contesto in esame.

A riguardo, è superfluo segnalare che il ramo del mercato assicurativo che opera al fine della copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore inseriti nel sistema di soccorso, si serve di concetti ed elementi specifici che reagiscono e si adattano alle caratteristiche proprie del settore, creando un modello di polizza assicurativa diverso rispetto alle realtà del terzo settore esterne; nello specifico, prima la prassi e poi la regolamentazione assicurativa hanno delineato principi idonei, per le compagnie assicurative, a fronteggiare le problematiche naturali di un complesso contesto intrinsecamente ad alto rischio e basato sulla speciale, e articolata da gestire, integrazione strutturale tra soggetti pubblici ed entità private.

Entrando nel vivo delle suddette nozioni, l'elemento che sta alla base dell'intero schema delle polizze assicurative in questione è il

concetto di rischio qualificato²⁰. Alla luce di tutto ciò che è stato delineato nelle righe precedenti, il mercato assicurativo, infatti, qualifica il rischio degli Enti del Terzo Settore convenzionati nel complesso della attività di soccorso, come un rischio collegato ad una percentuale considerevolmente elevata di verifica dell'evento dannoso, oltre che inevitabilmente legato ad una possibilità rilevante di conseguenze pregiudizievoli dall'importante valenza economica. In altre parole, la valutazione del rischio intrinseco al sistema di emergenza-urgenza rientra pienamente nella definizione tecnica di rischio qualificato, nella quale rientrano tutte le categorie di rischi naturalmente collegati all'esercizio dell'attività assicurata e che, pur configurandosi come prevedibili astrattamente, rimangono imprevedibili nella loro concreta verifica. Esaminando brevemente le fondamenta di tale qualifica, *in primis* è chiara l'incidenza del contesto naturalmente critico in cui operano gli Enti del Terzo Settore assicurati, in considerazione della quale il rischio, già qualificato, si articola ulteriormente collocandosi in una zona di incontro tra l'ordinaria responsabilità civile e la responsabilità del professionista sanitario. I soggetti integrati nel sistema, infatti, sono chiamati ad agire in situazioni di urgenza operativa e decisionale, oltre che in un quadro dove, per l'ampio grado di imprevedibilità dell'azione di soccorso, l'utilizzo di procedure standardizzate e linee guida diventa più complesso e soggetto ad improvvisi mutamenti. In secondo luogo, lo status qualificato del rischio in questione è giustificato dalla strutturale e normativamente prevista compresenza all'interno del sistema di una pluralità di soggetti esposti al rischio. Nello specifico, la compagnia assicurativa deve considerare nella stesura delle polizze l'esposizione innanzitutto dei soggetti operanti per conto dell'ente assicurato, rispetto

²⁰ Il concetto di rischio qualificato è descritto sulla base della nozione contenuta nel seguente manuale: L. Farenga, Manuale di diritto delle assicurazioni private, Giappichelli, Milano, 2025, pp. s. 153. Il rischio qualificato è dunque una declinazione del rischio accentuata in ragione di un'intrinseca probabilità maggiore di esborso per la compagnia assicurativa.

ai quali per altro si pone anche la questione che essi possono essere sia volontari che dipendenti dell'ente, che sono esposti ad eventuali responsabilità civili per fatti avvenuti nell'esercizio dell'attività, oltre che a possibili rischi di infortuni; in seconda battuta deve tenere ovviamente presente l'esposizione naturale del paziente usufruttore il servizio di soccorso ad ipotetici errori organizzativi nell'azione dell'ente, nonché a errori materiali di imperizia o negligenza degli operatori; ed infine deve necessariamente valutare la possibile interferenza da parte di terzi esterni al sistema, come nella frequente situazione di sinistro stradale avvenuto in occasione di un'azione di soccorso. In virtù di queste circostanze, quindi, il rischio è da considerare, nella valutazione della copertura assicurativa, come una parte strutturale e sistemica dell'azione degli Enti del Terzo Settore convenzionati con AREU, oltre che un elemento giustificante superamenti, rispetto alle polizze assicurative ordinarie, dell'area di responsabilità dal punto di vista oggettivo, soggettivo e temporale²¹.

Un ulteriore nozione che si lega strettamente all'elemento del rischio qualificato, trovando le stesse basi, e che incide fortemente sulla specialità delle polizze assicurative in questione è la categorizzazione dell'alea come "accentuata". Seguendo la definizione data dal diritto delle assicurazioni, l'alea è rappresentata come l'incertezza in riferimento al realizzarsi dell'evento dannoso oggetto della polizza; in riferimento a tale valutazione, le compagnie assicurative inseriscono l'alea riferita al soggetto da assicurare all'interno di uno schema progressivo che gli permette di calibrare al meglio gli elementi del contratto d'assicurazione.

²¹ Ne deriva la legittimità dell'estensione della copertura rispetto ai modelli assicurativi ordinari, sia sotto il profilo oggettivo, in relazione alla tipologia di eventi dannosi, sia soggettivo, circa la platea dei soggetti assicurati, sia temporale, riguardo l'operatività della garanzia assicurativa, in coerenza con la funzione sociale dell'attività svolta e con il principio di adeguatezza della copertura assicurativa.

Nel sistema di emergenza-urgenza lombardo, come peraltro in tutti i modelli di soccorso extraospedaliero, per le motivazioni già ampiamente esaminate e che fondano lo status qualificato del rischio è automatico che l'alea di incertezza di verifica del sinistro coperto venga integrata nella sezione elevata della suddetta scala progressiva, assumendo la qualifica di "accentuata"²². Tale stima, ovviamente, non ha solamente la finalità di inquadrare il contesto generale nel quale si inserirà la copertura assicurativa, ma ha prima di ogni altra cosa l'obiettivo di definire un modello di polizza adatto e specificamente conformato alle esigenze degli Enti del Terzo Settore da assicurare, alle necessità dei soggetti pubblici coinvolti, e alle garanzie speciali della stessa compagnia d'assicurazione, anch'essa notevolmente esposta.

Pertanto, alla luce delle già menzionate definizioni, è fondamentale a questo punto esaminare le più rilevanti peculiarità conseguenti alla classificazione "elevatamente rischiosa ed incerta" della copertura assicurativa degli Enti convenzionati, iniziando dalla forte influenza sulla determinazione del premio²³. Infatti, la stima dell'alea non solo incide circa il calcolo, come già detto, della percentuale di probabilità del sinistro, ma ha anche conseguenti ripercussioni sulla definizione del valore probabile, o atteso, dell'esborso che la compagnia assicurativa potrebbe essere chiamata a versare al danneggiato. Tale valore, che assume la denominazione di "*loss severity*" nella disciplina assicurativa, è logicamente più alto quanto maggiori sono i punti riferiti all'alea di soccombenza e alla derivante prevedibilità di erogazione da parte della

²² La definizione delle motivazioni oggettive che comportano la qualificazione dell'alea come accentuata è tratta dal manuale seguente: L. Farenga, Manuale di diritto delle assicurazioni private, cit., pp. s. 154. Nella maggior parte dei casi ad un rischio qualificato si collega un'alea accentuata, essendo entrambi profili collegati alla possibilità di soccombenza economica della compagnia assicuratrice.

²³ Il premio assicurativo è rappresentato dal prezzo conseguente alla stipula del contratto d'assicurazione. Il soggetto assicurato deve essere informato prima della concretizzazione del rapporto dell'ammontare di esso e, in caso di mancato pagamento di anche solo una quota, la compagnia è legittimata ad interrompere la copertura. L. Farenga, Manuale di diritto delle assicurazioni private, cit., pp. s. 193.

compagnia. In collegamento a ciò e partendo dall'ulteriore presupposto che nel settore assicurativo il mercato individua il premio secondo il principio per il quale esso deve essere proporzionato al rischio assunto dall'impresa di assicurazione, in situazioni in cui la probabilità di esborso è elevata, come quella relativa agli Enti del Terzo Settore in esame, il premio viene aumentato oltre il valore base del danno presunto aggiungendo una serie di fattori addizionali; essa è composta generalmente in primo luogo da una componente finalizzata a coprire l'ampia incertezza residua, definita risk loading, in secondo luogo da un elemento chiamato di "loading per volatilità" collegato alla valutazione di maggiore dispersione dell'entità degli esborsi, ossia dalla possibilità di dover liquidare una somma inserita in un ventaglio molto ampio di possibili valori economici, ed infine da un fattore automatico che ha il fine di garantire alla compagnia assicurativa l'integrità del proprio capitale anche in funzione degli altri soggetti aventi una polizza in atto²⁴.

In sostanza, nella definizione del modello di copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore convenzionati con AREU, l'alea accentuata del rischio "qualificato", essendo collegata all'automatica integrazione delle suddette componenti, produce un necessario innalzamento strutturale del premio assicurativo che l'ente da assicurare è chiamato a pagare²⁵. Ragionando in virtù della natura del sistema di emergenza-urgenza lombardo gli effetti di tale aumento sono molto rilevanti. Infatti in considerazione del fatto che l'obbligo di copertura assicurativa rappresenta, come è stato più volte descritto nelle righe precedenti, anche una funzione sociale di tutela di interessi collettivi primari, la legge e

²⁴ I meccanismi che stanno alla base della definizione del premio si rifanno a schemi matematici e statistici. Il mercato assicurativo, infatti, si è dotato di numerose variabili che, calcolate congiuntamente, predispongono almeno la base del premio della polizza. A. Donati, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, Giuffrè, Milano, 2025, pp. s. 108.

²⁵ All'aumentare delle variabili collegate ad un aumento del rischio e dell'alea di soccombenza, è collegato automaticamente un aumento del premio assicurativo. L. Farenga, *Manuale di diritto delle assicurazioni private*, cit., pp. s. 193. Nel contesto dell'emergenza-urgenza è inevitabile, dunque, che tali variabili sussistano ed incidano.

soprattutto il mercato assicurativo hanno dovuto delineare ulteriori adattamenti al fine di bilanciare da un lato la necessità delle compagnie assicurative di proporre un premio “innalzato e dall’altro l’esigenza degli Enti del Terzo Settore convenzionati di dover obbligatoriamente dotarsi di una copertura, in una direzione di stabilizzazione della sostenibilità economica dell’assicurazione.

A questo proposito, il primo elemento che le compagnie assicurative definiscono e che può indirettamente incidere sulla stabilizzazione del premio è la clausola di “delimitazione funzionale” della copertura. Nel momento in cui viene stipulato un contratto assicurativo, infatti, uno degli apprezzamenti fondamentali, nonché il primo per ordine logico, è la determinazione di tutte le categorie di sinistro che saranno soggette alla copertura e, di conseguenza, la precisazione di quelle escluse²⁶. In riferimento al contesto in esame, le polizze assicurative ovviamente non vengono delineate secondo la copertura di ogni tipologia di attività in senso ampio dell’ente del Terzo Settore convenzionato, ma si indirizzano esclusivamente verso quelle attività specifiche strettamente collegate al sistema di emergenza-urgenza. Nello specifico, le compagnie assicurative tendono a considerare, anche e soprattutto in ragione dell’obbligo di assicurazione, solamente le attività legate alle competenze demandate da AREU attraverso le singole convenzioni stipulate, oltre che i singoli interventi attivati direttamente dalle centrali operative in situazioni di necessità, con l’intento di non ammettere all’interno della copertura tutte le restanti attività dell’ente che fuoriescono dal preciso e particolare ruolo affidatogli dalla Regione e da AREU. In più, la quasi totalità delle

²⁶ La definizione delle categorie di sinistro incluse ed escluse è un principio cardine del mercato assicurativo. La compagnia assicuratrice, nei limiti delle disposizioni di legge e delle disposizioni regolamentari, ha la facoltà di proporre al soggetto assicurato la copertura di determinate categorie di sinistro, escludendone altre; in particolare quelle di difficile controllo circa la realizzazione da parte del soggetto assicurato. A. Donati, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, cit., pp. s. 199.

polizze assicurative in questo campo circoscrivono ulteriormente l'estensione della copertura andando a delineare una serie di categorie di danno che, prescindendo dalla tipologia di intervento dalle quali scaturiscono, non coinvolgono la compagnia d'assicurazione nella loro liquidazione²⁷. In particolare, l'esclusione in questo senso riguarda spesso danni che sono causati, pur con mezzi e strumenti di proprietà dell'Ente del Terzo Settore assicurato, da soggetti esterni al rapporto assicurativo sia in situazioni di involontarietà dell'ente stesso, vale a dire essenzialmente in caso di furto, sia in circostanze in cui è il soggetto assicurato ad affidare l'utilizzo ad una terza persona intenzionalmente. In virtù di questo perimetro delimitato, da una parte il soggetto assicuratore ottiene l'effetto di sterilizzare la quota di rischio che, per la mancata regolamentazione convenzionale o per l'incontrollabilità dell'attività di soggetti non direttamente riconducibili all'ente assicurato, risulterebbe non prevedibile e gestibile, trasferendo l'assunzione del medesimo allo stesso Ente del Terzo Settore, dall'altra parte giustifica un automatico abbassamento del premio assicurativo di base facendo parzialmente fronte alla predetta problematica di coordinamento giuridico ed economico.

Proseguendo con l'analisi delle tecniche di adattamento del mercato assicurativo nel settore, una delle procedure pratiche più rilevanti risiede nell'inserimento all'interno delle polizze di clausole che, con l'effetto di rimettere la liquidazione di determinati sinistri direttamente all'Ente del Terzo Settore assicurato, sgravano la compagnia assicurativa dell'onere di coprire con il proprio patrimonio il danno accorso. I primi strumenti in questo senso sono la franchigia e lo scoperto dell'assicurazione. Iniziando dalla prima, la franchigia è definita come l'importo minimo di

²⁷ Le polizze tendono ad escludere danni derivante da azioni di terzi non rientranti nel controllo dei soggetti assicurati. Il furto, ad esempio, è spesso escluso dalla copertura proposta dalle compagnie assicurative e, come testimonia ad esempio la convenzione AREU-CRI, anche nella copertura degli ETS operanti nel sistema di emergenza-urgenza è spesso escluso.

ogni danno verificatosi, determinato in sede di definizione del contratto assicurativo, che rimane interamente a carico del soggetto assicurato. Essa può essere qualificata, in base alle esigenze del settore in cui si colloca la copertura, come franchigia assoluta o come relativa; a riguardo la differenza è rappresentata dal fatto che, nel momento in cui si verifica un danno di importo superiore alla quota determinata, sulla base della franchigia assoluta il risarcimento è pari alla differenza tra l'ammontare del danno e la franchigia stessa, mentre sulla base della franchigia relativa il risarcimento è considerato integrale²⁸. Per quanto riguarda invece lo scoperto dell'assicurazione, tale strumento condivide con la franchigia, oltre che le stesse finalità di limitazione dell'esposizione dell'assicurazione ai danni di più lieve entità, anche la fisiologia tecnica; infatti, anche lo scoperto rappresenta la parte di danno che soggiace a carico dell'assicurato a seguito di un sinistro coperto dalla polizza assicurativa. La differenza sostanziale però risiede nel fatto che lo scoperto non è definito sulla base di un importo prestabilito in valore assoluto come la franchigia, ma è espresso nelle clausole contrattuali attraverso una percentuale calcolata in riferimento all'ammontare totale del danno opportunamente quantificato. In più, la maggior parte delle compagnie assicurative si attivano definendo nel contratto d'assicurazione una quota minima ed una quota massima dello stesso scoperto, al fine di garantire ancora maggiormente gli interessi di entrambe le parti della polizza. In conclusione, sulla base di questi strumenti tecnici, nel momento in cui si verifica un sinistro soggetto alla copertura assicurativa, l'Ente del Terzo Settore assicurato è tassativamente tenuto ad addossare su se stesso l'onere di liquidare

²⁸ La definizione della differenza tra tipologie di franchigia è ripresa dal seguente manuale: L. Farenga, *Manuale di diritto delle assicurazioni private*, cit., pp. s. 202. Le compagnie assicurative sulla base delle caratteristiche del soggetto assicurato o del contesto nel quale opera la copertura valutano, sempre secondo meccanismi matematici, la convenienza di utilizzare o una o l'altra tipologia, in un'ottica di sostenibilità imprenditoriale.

almeno una parte dell'intero importo richiesto dal danneggiato, detraendola dall'indennizzo totale dovuto dalla compagnia assicurativa e, alla radice, permettendo l'adempimento più sereno ed economicamente agevole dell'obbligo assicurativo in considerazione di un premio più ridotto e gestibile²⁹.

A questo punto, affrontata tale importante questione relativa alla definizione quantitativa del premio della polizza, è essenziale prima di instaurare una riflessione sul rapporto tra le regole del mercato assicurativo e la disciplina assicurativa legale e regolamentare, esaminare un ulteriore fattore rilevante per l'estensione della copertura. A differenza, però, degli elementi tecnici descritti fino ad ora tale elemento non trova fondamento nelle consuetudini e nella regolamentazione assicurativa, ma invece all'interno della fonte più incisiva della disciplina dell'integrazione degli Enti del Terzo Settore nel sistema di emergenza-urgenza e, di conseguenza, del relativo obbligo assicurativo, vale a dire la convenzione. Guardando, infatti, al contenuto del modello ufficiale dal quale traggono origine tutte le convenzioni tra AREU e soggetti convenzionati, l'Azienda inserisce come condizione necessaria al fine dell'effettiva costituzione del rapporto una clausola che definisce l'obbligo per le compagnie assicurative di delineare una polizza che preveda espressamente la rinuncia da parte esse a potersi rivalere nei confronti di AREU stessa³⁰; oltre a questo, sempre all'interno della specifica disposizione precedente, si richiede l'accettazione da parte dell'Ente del Terzo Settore di un manifesto ed inderogabile rifiuto a

²⁹ La definizione delle quote minimi e massime dello scoperto è ripresa dal seguente manuale: L. Farenga, *Manuale di diritto delle assicurazioni private*, cit. pp. s. 202. Anche in questo caso la compagnia assicurativa valuta le quote da proporre all'interno della polizza, in ragione soprattutto dell'affidabilità del soggetto assicurato e del contesto nel quale si inserisce la copertura.

³⁰ In tal senso, a rinuncia all'azione di rivalsa può essere ricondotta allo schema della clausola di manleva atipica in favore di un terzo, con effetti estintivi preventivi del diritto di regresso dell'assicuratore.

poter manlevare l'Azienda, in caso di mancata copertura al momento del sinistro.

Concentrando l'esame, innanzitutto, sul primo segmento della clausola, AREU richiama chiaramente la disciplina ai sensi dell'articolo 1916 del Codice civile, secondo la quale il soggetto assicuratore che ha proceduto a pagare l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare della somma stessa, nei diritti dell'assicurato verso terzi responsabili³¹. Sostanzialmente quindi, con l'obiettivo primario, e fondato giuridicamente dalla normativa nazionale e regionale di tutela degli enti pubblici, AREU esige la sicurezza che la compagnia assicuratrice dell'Ente del Terzo Settore convenzionato non possa rivalersi sfruttando la suddetta norma del Codice civile, rendendo inutile tutta la rigida ed accurata regolazione del rapporto convenzionale basata sulla differenziazione di campi di responsabilità. Alla luce di questo, dunque, è evidente che la rinuncia espressa a poter usufruire del diritto ex articolo 1916 c.c. è un ulteriore elemento necessario presente all'interno delle polizze assicurative nel settore che incide, e non poco, sul contenuto dell'assicurazione e, nello specifico sull'ampiezza delle facoltà di recupero dell'impresa assicuratrice³².

Comunque, nonostante la fondamentale valenza all'interno della riflessione sulla copertura assicurativa, tale prima parte della regola convenzionale non incide in modo diretto sull'estensione della copertura, come invece succede in riferimento alla seconda sezione. Infatti, seppur il focus della parte finale dell'articolo del modello di convenzione sia circa la previsione dell'espressa dichiarazione dei soggetti convenzionati di manlevare l'Agenzia nei casi di assenza di copertura, molto spesso

³¹ Art. 1916 c.c.: *"Il pagamento dell'indennità surroga l'assicuratore nei diritti dell'assicurato verso terzi responsabili"*

³² Tale concetto è descritto alla luce dello studio del modello ufficiale di convenzione AREU per ETS, reperibile sul sito di AREU. Tale modello inserisce tale clausola come condizione necessaria per la definizione del rapporto contrattuale con l'ETS, al fine di tutela nei suoi confronti e dell'Amministrazione statale in generale.

accade che nelle singole convenzioni venga inserita un'ulteriore dichiarazione, attraverso la quale gli Enti del Terzo Settore si obbligano a manlevare AREU per tutti i danni causati dai loro operatori, sia che siano volontari sia che siano dipendenti. A fronte, dunque, di questa rilevante dichiarazione di manleva, il mercato assicurativo ha dovuto interrogarsi in sede di definizione del contenuto della polizza; in particolare, valutando l'interferenza di questo elemento sull'oggetto complessivo della polizza e sulla definizione dell'ammontare del premio. L'assicurazione, infatti, coprendo i danni che rientrano all'interno della manleva, svolge una doppia funzione di tutela per gli Enti del Terzo Settore poiché non garantisce solamente l'intervento in caso di danno, ma contestualmente sopperisce all'impossibilità degli enti stessi di poter evitare l'esborso, per l'intero o per solo una quota, rivolgendosi all'Agenzia concorrente in determinate competenze. L'esito di questo ragionamento porta a concludere da una parte che inevitabilmente l'ammontare del premio della polizza, secondo i principi e le regole del mercato assicurativo, risente di un naturale innalzamento, e dall'altra parte che, in questo contesto di attenzione da parte della Regione e di AREU di garantire al massimo la posizione del soggetto pubblico, l'assicurazione assume un ruolo di strumento di riequilibrio dei rapporti istituzionali definiti tramite convenzione³³.

In considerazione di tutto quanto esposto nelle righe precedenti ed in collegamento all'ultima tematica affrontata, è ora utile concludere questo esame analitico della copertura assicurativa analizzando la posizione di AREU, e di conseguenza dell'intero assetto che da questa ha origine, in relazione alle specificità del rapporto che si instaura tra

³³ Tale clausola di necessaria presenza all'interno delle convenzioni ha un naturale effetto di privatizzazione del rischio, in tutela dell'Amministrazione, ma concorre, per lo stesso motivo, alla realizzazione di un disallineamento tra necessità di pagamento di un premio maggiore per gli ETS e favor del legislatore alla partecipazione degli stessi ETS in funzione di un miglior raggiungimento dell'interesse pubblicistico.

compagnia assicuratrice ed Enti del Terzo Settore convenzionati ed assicurati. Appare evidente, infatti, che l'Agenzia non rimane esterna alla configurazione dei contratti d'assicurazione, da un lato perché attivamente si erge come autorità regolatrice di determinati elementi della polizza, dall'altro lato per il fatto che, essendo parte integrante ed inserita nella rete di soggetti assicurati, subisce naturalmente degli effetti. Dal punto di vista dell'individuazione formale delle parti del contratto, contraenti della polizza sono ovviamente solo l'Ente del Terzo Settore e la compagnia assicurativa; nonostante questo, per i motivi accennati in precedenza, le clausole contrattuali e, soprattutto gli effetti concreti delle stesse, producono naturalmente un coinvolgimento di AREU, in primo luogo in relazione ad una conseguente riduzione dell'esposizione giuridica al rischio per l'Agenzia. In sostanza, la dottrina individua, accanto alla vera e propria assicurazione analizzata fino ad ora, un'assicurazione cosiddetta "riflessa" nascente automaticamente in capo all'ente pubblico regolatore³⁴.

Il primo fattore che incide in tale senso è la definizione del perimetro di rischio assicurato. Infatti, come già esaminato precedentemente, le polizze assicurative individuano le categorie di danno da coprire basandosi principalmente sul dettato delle convenzioni e sulle specifiche competenze demandate, dalle convenzioni stesse o da regolamenti, da AREU agli Enti del Terzo Settore convenzionati; ciò produce come conseguenza meccanica che il rischio, seppur inserito all'interno di uno schema decisionale ed organizzativo diretto dall'Agenzia, viene considerato come ricondotto alle attività del singolo ente. In pratica, in virtù dell'articolato *iter* di concretizzazione

³⁴ Spesso il contratto di assicurazione rivolge i suoi effetti di copertura del rischio anche a soggetti diversi rispetto agli stipulanti; le coperture assicurative obbligatorie per legge, nello specifico, sono finalizzate a tutelare interessi ulteriori rispetto l'interesse della parte, ossia spesso interessi collettivi o indirizzati alla sostenibilità dell'Amministrazione. L. Farenga, *Manuale di diritto delle assicurazioni private*, cit., pp. s. 216

dell'attività di soccorso, il meccanismo di individuazione dei danni utilizzato dalle imprese di assicurazione produce l'esito di concentrare il focus delle responsabilità verso il soggetto che esegue l'attività stessa, vale a dire l'ente assicurato, liberando o quantomeno sgravando, sulle responsabilità del soggetto che dirige ed organizza ab origine l'intero sistema; ed è proprio alla luce di questo che si comprende il motivo per il quale nella realtà vi è un numero esponenzialmente più basso di richieste di risarcimento ad AREU, rispetto invece alle richieste nei confronti degli Enti del Terzo Settore direttamente attivi nel soccorso.

Un ulteriore elemento che fonda l'assicurazione "riflessa" di AREU come effetto della copertura assicurativa degli enti convenzionati è l'utilizzo di clausole già esaminate in precedenza, vale a dire le clausole di manleva. Per non ripetere concetti già descritti, in questa sede è sufficiente integrare che tali clausole, impegnando l'ente a tenere esterna l'Agenzia dalle richieste risarcitorie, ha l'indubbio effetto di traslare il rischio economico esclusivamente sull'Ente del Terzo Settore, liberando AREU e comportando l'assunzione della liquidazione del sinistro alla compagnia assicuratrice dell'ente.

Sulla base di queste considerazioni, dunque, le polizze assicurative stipulate dagli enti inseriti nel sistema di emergenza-urgenza lombardo producono effetti rilevanti e tangibili andando oltre rispetto ai soggetti formalmente parte del contratto, contribuendo ad un meccanismo di privatizzazione complessiva del rischio dell'intero sistema, per il quale enti privati, integrati stabilmente e assoggettati a regolamentazioni di fonte pubblicistica, operano all'interno di uno schema di importante rilevanza pubblica e sociale non solo fornendo prestazioni in sussidio alla Pubblica Amministrazione, ma anche sottraendo naturalmente all'amministrazione statale una gran parte di rischio intrinsecamente presente nel settore. Per concludere, l'interesse della Regione, e poi in

particolare di AREU, di regolamentare in modo rigido e tassativo il requisito di copertura assicurativa obbligatoria rispecchia, oltre che la primaria esigenza di tutela di tutti i soggetti che vengono toccati dal sistema, anche la volontà di delineare un modello che garantisca secondo i principi cardine dell'azione amministrativa le entità di natura pubblica, diventando quindi un mezzo fondamentale di regolazione e governance del sistema³⁵.

Per avere un quadro completo e definitivo in ordine al rapporto tra il sistema delineato dalla Regione Lombardia ed il mercato assicurativo connesso all'obbligo di copertura per gli Enti del Terzo Settore convenzionati, è tuttavia opportuno, a questo punto, concentrare l'ultima parte dell'esame anche sull'altro lato della medaglia, ovvero ragionando sul tema se, a fronte del favor del legislatore nazionale, sul quale si basa la Regione, nei confronti del Terzo Settore, le esigenze di mercato delle compagnie assicurative pongono questioni e risultanze concrete in posizione di incoerenza con il favor stesso. Nello specifico, il tema si concentra prevalentemente circa la naturale necessità delle imprese di assicurazione, che ragionano secondo logiche di mercato, di proporre agli enti da assicurare un premio elevato in riferimento all'alea "accentuata" ed al rischio qualificato che caratterizzano l'ambito.

Innanzitutto, è utile richiamare alcune nozioni descritte soprattutto all'interno del primo capitolo; a riguardo si è detto che il favoreggiamento legale degli Enti del Terzo Settore, basato su principi costituzionali di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale, si traduce nella realtà giuridica non solamente in sovvenzioni dirette, ma in primo luogo in agevolazioni normative che facilitano e supportano anche

³⁵ La convenzione tra AREU ed ETS concentra il rischio sugli enti assicurati riducendo l'esposizione diretta dell'Agenzia. L'assicurazione, dunque, costituisce un meccanismo di protezione riflessa sulla base dell'art. 97 Cost. e dei principi di gestione sostenibile della spesa pubblica. N. De Luca, Diritto ed Economia delle assicurazioni, Il Mulino, Milano, 2022, pp. s. 220

economicamente la stabilità degli enti; nella visione del legislatore l'elemento economico, dunque, è qualificato come un fattore essenziale di questo sostegno legale. In virtù di questo, tuttavia, è evidente che l'adempimento, tra l'altro obbligatorio per legge, di dotarsi di una copertura assicurativa fondata su premi elevati potrebbe creare, ed in effetti in parte crea, una parziale compensazione dei benefici, determinando un effetto paradossale in cui da una parte l'ordinamento favorisce, mentre dall'altra sempre lo stesso ordinamento demolisce gli elementi di favoreggiamento³⁶. Tale asimmetria è, poi, ancora di più evidenziata dal fatto che è il mercato assicurativo, estraneo a qualsiasi logica di favor di solidarietà, che detta le regole nel già incoerente sistema. Nello specifico, il disallineamento più esplicito risiede nel fatto che il rischio del settore, pur inserendosi all'interno di un modello integrato stabilmente nel sistema sanitario regionale e fondato su principi di tutela degli interessi collettivi, viene valutato inevitabilmente dalle compagnie assicurative secondo logiche e parametri strettamente privatistici, trasferendo in più la quasi totalità del rischio stesso in capo a soggetti privati. Dunque, a testimonianza della stretta intersecazione tra i due concetti, anche questo lato della medaglia rende chiaro il sotteso meccanismo di privatizzazione, che in questa declinazione è causa di un'asimmetria strutturale, per cui convivono nello stesso sistema l'interesse di natura pubblica ed il rischio collegato di natura, però, privata.

³⁶ Ad esempio, dalle risultanze degli studi di Maria Vita De Giorgi, Docente dell'Università di Ferrara, secondo cui *“la disciplina normativa tende a coniugare una valorizzazione del Terzo Settore con regole cogenti e vincolanti, aprendo spazi di tensione tra autonomia degli ETS e requisiti imposti dall'ordinamento. La riforma, pur perseguendo l'obiettivo di favorire e rendere accessibile l'iniziativa degli Enti del Terzo Settore, ha introdotto norme imperative che incidono sulle scelte organizzative e sui rapporti con le pubbliche amministrazioni, richiedendo un bilanciamento tra finalità solidaristiche e vincoli giuridici strutturali”* (come l'obbligo di copertura assicurativa).

In considerazione di ciò, gli effetti di tale asimmetria non rilevano solamente sul piano teorico ed astratto, ma soprattutto incidono nella realtà concreta. Infatti, gli Enti del Terzo Settore attivi nel sistema di emergenza-urgenza devono, per mettersi nelle condizioni economiche di adempiere stabilmente ai costi assicurativi, adottare politiche che si discostano dalla natura concettuale del Terzo Settore, abbracciando principi e valori propri del mondo puramente imprenditoriale, aumentando il peso operativo delle attività economicamente più remunerative e adottando modelli organizzativi interni di diritto d'impresa. In sostanza, l'incoerenza di maggior peso che risulta da questa oggettiva asimmetria logica è rappresentata dal fatto che gli Enti del Terzo Settore operanti nel sistema di emergenza-urgenza sono spinti dall'ordinamento ad adottare politiche di mercato snaturanti la loro natura solidale, in contrapposizione con la finalità dell'intervento recente dello stesso ordinamento che era principalmente indirizzato ad attenuare quelle stesse politiche.

Per tali ragioni, diversi esponenti della dottrina che segnalano questa problematica di disallineamento concettuale auspicano in un intervento che regoli il mercato privato delle assicurazioni del settore in funzione del raggiungimento di una coerenza con la natura del sistema di soccorso, nella consapevolezza tuttavia che tale meccanismo di privatizzazione sia in realtà parzialmente frutto di una scelta consapevole della Regione Lombardia e di AREU, come è stato descritto da qui a poche righe.

5) Brevi conclusioni

La questione assicurativa degli Enti del Terzo Settore integrati nel sistema di emergenza-urgenza lombardo trova la sua principale fonte

specifica all'interno dei testi convenzionali che AREU stipula con tali soggetti. All'interno di essi, per ragioni di tutela sia nei confronti dei soggetti fruitori, ma anche nei confronti dell'apparato pubblico di gestione, viene regolato l'obbligo da parte degli Enti del Terzo Settore convenzionati *in primis* a stipulare una polizza, *in secundis*, a stipularla dotata di determinate caratteristiche in linea con gli obiettivi di tutela, come ad esempio il necessario inserimento di una clausola di rinuncia di surrogazione da parte della compagnia assicurativa. In tale contesto fortemente regolato, il mercato assicurativo ha dovuto far fronte a meccanismi inevitabili di innalzamento del premio, usufruendo di meccanismi regolatori, come la franchigia o lo scoperto, che ovviamente si sviluppano secondo criteri di mercato privato. Ciò, tuttavia, appare mostrare un evidente disallineamento tra le logiche in questione ed il sistema, innanzitutto di servizio pubblico ed in secondo luogo sviluppato sull'integrazione di soggetti indirizzati al perseguimento di finalità di carattere collettivo e pubblicistico; comunque, tale disallineamento, seppur amplificato dal mercato assicurativo privato, è frutto anche di una volontà del legislatore nazionale e, soprattutto, regionale in direzione con una maggiore garanzia della Pubblica Amministrazione.

CONCLUSIONE

L'obiettivo principale del seguente lavoro è stato quello di analizzare in modo più approfondito e completo possibile la posizione giuridica degli Enti del Terzo Settore integrati all'interno del sistema di emergenza-urgenza lombardo, con un focus finale particolare circa la loro disciplina assicurativa.

Il primo capitolo è stato dedicato all'esame del quadro giuridico complessivo all'interno del quale si colloca la disciplina; nello specifico è stata descritto come la Regione Lombardia, in linea con i principi affermati da plurime riforme del legislatore nazionale, tra cui la Legge 522/1992 o il Decreto Legislativo 229/1999, e dalla fondamentale riforma costituzionale promossa dalla Legge costituzionale 3/2001, si sia impegnata a definire un Sistema Sanitario Regionale solido ed efficiente. A riguardo, è stato per l'appunto esaminato che uno degli elementi che ha concorso maggiormente alla realizzazione di un'effettiva solidità del modello sia stata la scelta di integrare all'interno di uno dei settori fisiologicamente più critici e di difficile gestione, vale a dire il sistema di emergenza-urgenza, gli Enti del Terzo Settore. A questo proposito, sono state delineate le motivazioni che hanno indotto la Regione Lombardia ad optare per tale integrazione, ragioni che si fondano sia su basi storiche ma soprattutto anche sulla speciale natura di tali enti privati capace di renderli perfettamente idonei ad essere inseriti all'interno di un servizio pubblico di tale rilevanza a valenza pubblicistica.

Alla luce di queste considerazioni di carattere generale, il contenuto del secondo capitolo si è concentrato innanzitutto sullo studio dettagliato delle soluzioni normative adottate dalla Regione Lombardia al fine di definire un sistema di emergenza-urgenza strutturato e perimetrato nelle

competenze delle singole componenti. Precisamente, è stata analizzata *in primis* il ruolo di AREU, sottolineando come il modello lombardo in questo settore si fondi sulla posizione di un'unica Agenzia pubblica che detiene il potere di gestione generale e di regolazione ampia dell'intero sistema, con il fine di delineare una disciplina regolamentare particolare sulla base delle direttive nazionali e, soprattutto, della Regione Lombardia. In secondo luogo, è stato descritto come tale regolazione speciale vede una delle sue principali manifestazioni nella definizione di uno schema basato su rapporti convenzionali ben disciplinati e perimetrati con enti anche privati, tra cui maggiormente Enti del Terzo Settore. Tali Enti, nello specifico, sono chiamati da AREU al raggiungimento di determinati requisiti e condizioni che gli permettano di provare un'effettiva solidità un'adeguata idoneità a far fronte alle rilevanti esigenze con le quali, in un sistema come quello dell'emergenza-urgenza che è direttamente toccato da valori e principi di valenza costituzionale, sono fisiologicamente chiamati a confrontarsi. In collegamento a ciò, nella parte conclusiva del secondo capitolo sono state esaminate alcune possibili manifestazioni concrete delle suddette esigenze, con l'analisi dei profili delle possibili forme di responsabilità nascenti in capo agli Enti del Terzo Settore convenzionati. Nello specifico, l'esame si è concentrato, oltre che sulla normativa di riferimento, soprattutto sull'essenziale intervento della giurisprudenza in riferimento all'applicazione della disciplina ad enti che, seppur siano propriamente di natura privata, evidentemente configurano una natura particolare, addirittura ibrida, in relazione alla loro direzione intrinseca di perseguimento di finalità di valenza pubblicistica e alla strutturalità convenzionale, e dunque contrattuale, con la Pubblica Amministrazione.

Il terzo capitolo, infine, in considerazione dell'analisi dei profili di responsabilità, è stato incentrato su una declinazione specifica dell'esame

della posizione degli Enti del Terzo Settore convenzionati, vale a dire sulla loro questione assicurativa.

A riguardo è stato descritto come non solo il legislatore nazionale è intervenuto sul tema attraverso il Decreto Legislativo 117/2017, ma, nello specifico settore, anche la Regione Lombardia, e poi in modo più incisivo AREU si sono attivati al fine di delineare un sistema completamente coperto dal punto di vista assicurativo. Nello specifico, sulla base di motivazioni che partono dalla tutela di tutto l'insieme dei soggetti che si interfacciano al sistema, e arrivano all'esigenza di assicurare il rispetto dei principi di garanzia amministrativa, si è definito come la copertura assicurativa degli enti sia configurata come un obbligo fondamentale al fine dell'operatività integrata nel sistema di emergenza-urgenza lombardo. Gli Enti del Terzo Settore, infatti, agendo in un modello che vede la compresenza di soggetti privati e soggetti pubblici, e operando in un contesto di estrema rilevanza costituzionale, sono portatori di interessi speciali che giustificano il diverso trattamento assicurativo rispetto agli enti, sempre del Terzo Settore, che sviluppano la loro attività in altri contesti. Sulla base di ciò, infatti, si sviluppa, come visto nello studio, la differenza di disciplina tra Enti del Terzo Settore operanti e non operanti nel sistema di emergenza-urgenza; i primi sono soggetti, pur condividendo in partenza la disciplina comune, ad una regolamentazione più stringente e finalizzata a ricoprire interessi più ampi, i secondi, invece, sono destinatari della normativa nazionale di base, finalizzata nello specifico alla tutela dei soggetti volontari, caratterizzanti il Terzo Settore.

In virtù di tutto quanto ciò che è stato esaminato, il resto del terzo capitolo è stato incentrato su uno studio maggiormente tecnico circa gli elementi particolari, e non, che compongono le polizze assicurative degli Enti del Terzo Settore operanti nel sistema di emergenza-urgenza

lombardo. Nello specifico è stato descritto come il contesto di particolare criticità e intrinsecamente portatore di un'alea elevata, abbia portato il mercato assicurativo a adottare tecniche contrattuali finalizzate all'abbassamento del premio; tutto ciò, è stato considerato anche in relazione all'obbligo per tali enti di dotarsi di una copertura assicurativa avente caratteristiche determinate definite da AREU, e quindi l'esame si è concentrato sulla complessa definizione di un punto di equilibrio del sistema, forse concretamente mai raggiungibile nel completo. Uno degli elementi principali, in questo senso, è stata la descrizione dell'obbligatorio inserimento, per convenzione, all'interno delle polizze assicurative di una dichiarazione espressa della compagnia assicuratrice della non possibilità di far rivalere il diritto di surroga, ex articolo 1916 del Codice civile, nei confronti dei AREU, oppure l'obbligo per gli Enti del Terzo Settore convenzionati di manlevare la stessa AREU in caso di assenza o insufficienza di copertura assicurativa. Principalmente alla luce di ciò, è risultato dall'esame anche come la disciplina della copertura assicurativa degli Enti del Terzo Settore in questo ambito configuri, così come regolata dalle convenzioni e dagli atti regolatori di AREU, una sorta di assicurazione "riflessa" per l'Agenzia, in linea e direzione con le garanzie di preservazione della Pubblica Amministrazione.

Infine, l'ultima parte dello studio si è incentrata su una breve riflessione circa il fatto se la questione assicurativa, così come regolata dalle logiche privatistiche del mercato assicurativo, configuri un sistema in contrasto con la volontà del legislatore nazionale di delineare una disciplina di favor nei confronti del Terzo Settore. Effettivamente è risultato che sussiste, per ragioni che si basano sull'intreccio di logiche private e pubbliche e di ottiche economiche di mercato e di valenza pubblicistica, un chiaro disallineamento; esso, tuttavia, appare frutto non

solo di meccanismi privati, ma anche di una volontà di privatizzazione della Pubblica Amministrazione in funzione di una tutela verso lei stessa.

In conclusione, tale studio ha permesso di descrivere come il modello lombardo sia riuscito a comprendere come gli Enti del Terzo Settore, portatori di una natura speciale inserita in un campo di mezzo tra il privato ed il pubblico, siano idonei a costituire una parte integrata ed essenziale alla stabilità ed alla sostenibilità del servizio pubblico di emergenza-urgenza, all'interno, però, di un quadro di disciplina strettamente regolato e strutturato in ragione dei rilevanti interessi coinvolti. Inoltre, attraverso l'approfondimento sulla questione assicurativa, è stato possibile delineare come l'ambito assicurativo rilevi, in virtù delle disposizioni nazionali, regionali e regolamentari, non solamente sul piano strettamente giuridico allo scopo di garanzia di interessi di diversa natura e riferiti a diversi soggetti, ma anche, e soprattutto, sul piano pratico, inevitabilmente collegato e intrecciato all'altro, di definizione delle polizze da parte del mercato assicurativo.

BIBLIOGRAFIA

- Accordi Stato-Regioni 22 maggio 2003 e 25 luglio 2019;
- Addendum alla Convenzione AREU-ASST/IRCCS 2022;
- Analisi ISTAT “mobilità e pendolarismo”;
- Baiocchi, Le associazioni di volontariato. Profili di responsabilità civile, penale, tributaria, Giuffrè, Milano, 2013;
- M. Cammelli, Il rapporto pubblico-privato nei servizi sanitari, Cedam, 2020;
- Clarich, Manuale di diritto amministrativo, Il Mulino, Milano, 2024;
- Codice Civile;
- Consorti, Gori, Rossi, Diritto del Terzo Settore, Il Mulino, Milano, 2022
- Convenzione AREU – Croce Rossa Italiana;
- Costituzione della Repubblica Italiana;
- De Luca, Diritto ed economia delle assicurazioni, Il Mulino, Milano, 2022;
- Delibera Corte dei conti n. 24 del 22 aprile 2024;
- Delibera DG AREU n. 499/2022;
- DGR Lombardia n.7433/2008;
- DGR Lombardia n. 5165/2016;
- DGR Lombardia n. 2506/2017;
- DGR Lombardia n. 2703/2019;
- DGR Lombardia n. 3720/2024;
- D.L. n. 112/2008;
- D.L. n. 95/2012;
- D.L. n. 34/2020;
- D.Lgs. n. 502/1992;
- D.Lgs. n. 517/1993;

- D.Lgs. n. 112/1998;
- D.Lgs. n. 229/1999;
- D.Lgs. n. 165/2001;
- D.Lgs. n. 259/2003;
- D.Lgs. n. 209/2005;
- D.Lgs. n. 150/2009;
- D.Lgs. n. 33/2013;
- D.Lgs. n. 7/2017;
- D.Lgs. n. 116/2017;
- D.Lgs. n.117/2017;
- D.Lgs. n. 1/2018;
- D.Lgs. n. 201/2022;
- D.Lgs. n. 36/2023;
- D. M. n. 72/2021;
- Documenti programmatici AREU (anni 2008-2023);
- Documenti AREU su integrazione Centrali Operative e DEA ospedalieri (anni 2008-2023);
- Donati e Volpe Putzolu, Manuale di diritto delle assicurazioni, Giuffrè, Milano, 2025;
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- D.P.R. n. 616/1977;
- Farenga, Manuale di diritto delle assicurazioni private, Giappichelli, Milano, 2025;
- Gori, Terzo Settore e Costituzione, Milano, Giappichelli, 2022;
- Legge n. 833/1978;
- Legge n. 502/1992;
- Legge n. 724/1994;
- Legge n. 131/2003;

- Legge regionale Lombardia n. 32/2007;
- Legge regionale Lombardia n. 33/2009;
- Legge regionale Lombardia n. 23/2015;
- Linee guida AREU (anni 2008-2023);
- Manuale operativo 118 Lombardia;
- Modello ufficiale di convenzione AREU-ETS;
- Pioggia, Diritto sanitario e dei servizi sociali, Giappichelli, Milano, 2024;
- Rapporto I.t.a.l.i.a. 2025, redatto da Eurispes;
- Regolamenti interni AREU (anni 2008-2023);
- Relazione al Parlamento, triennio 2021-2024, Corte dei Conti;
- Relazione Illustrativa ufficiale al D.Lgs. n. 117/2017;
- Report Agenas 2025;
- Set informativo, Generali Italia Spa, Generali & Non Profit enti ed associazioni;
- Studi di Maria Vita De Giorgi;
- Toth, La sanità in Italia, Il Mulino, Milano, 2012;
- Sentenze consultate:
 - Consiglio di Stato, n. 5217/2023;
 - Consiglio di Stato, n. 1481/2024;
 - Consiglio di Stato, n. 6211/2024;
 - Corte costituzionale, n. 210/1998;
 - Corte costituzionale, n. 3/2001;
 - Corte costituzionale, n. 303/2003;
 - Corte costituzionale, n. 185/2018;
 - Corte costituzionale, n. 72/2022;
 - Corte d'Appello, Milano, n. 56/2013;
 - Corte d'Appello, Bari, n. 1355/2025;

- Corte di Cassazione civile, Sez. I, n. 4020/2009;
 - Corte di Cassazione civile, S.U., n. 13245/2019;
 - Corte di Cassazione civile, S.U., n. 19086/2020;
 - Corte di Cassazione penale, n. 11950/2017;
 - TAR, Lombardia-Milano, n. 1270/2017;
 - TAR, Campania-Napoli, n. 1797/2021;
 - TAR, Lombardia-Milano, n. 103/2021;
 - TAR, Lombardia-Milano, n. 430/2021;
 - TAR, Lazio-Roma, n. 3609/2022;
 - TAR, Lombardia-Milano, n. 233/2023;
-
- Siti principali:
 - <https://app.tuttogare.it/it/news/terzo-settore-e-codice-dei-contratti>
 - <https://cri.it/>
 - <https://dejure.it/#/home>
 - <https://euricse.eu/it/tra-sanita-ed-assistenza-sociale-il-ruolo-del-terzo-settore/>
 - <https://italianonprofit.it/risorse/definizioni/enti-terzo-settore/>
 - <https://legaleterzosettore.it/gli-obblighi-assicurativi-degli-enti-del-terzo-settore/>
 - <https://legaleterzosettore.it/partenariatovirtuoso-amministrazionecondivisa-convenzioni/>
 - <https://n-lex.europa.eu/n-lex/info/info-it/index?lang=it>
 - <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/Accessibile/Main.aspx>
 - <https://onelegale.wolterskluwer.it/>

- <https://publ.iss.it/ITA/Items/GetPDF?uuid=1ae49939-17aa-4b8d-8799-384898c8e083>
- <https://terzjus.it/articoli/coprogrammazione-e-coprogettazione-dialogo-paritario-tra-pa-e-sociale/>
- <https://trendsanita.it/sanita-territori-e-nuove-fragilita-il-terzo-settore-come-sensore-del-cambiamento/>
- <https://www.apsilef.it/pillole-di-responsabilita-professionale-in-e-u/>
- <https://www.areu.lombardia.it/web/home>
- <https://www.arug.it/2022/08/31/terzo-settore-e-codice-dei-contratti-i-servizi-di-trasporto-sanitario-di-emergenza-e-urgenza-sono-esclusi-dallapplicazione-del-codice/>
- <https://www.assicurazione.it/>
- <https://asst-pavia.it/>
- <https://www.ats-brianza.it/>
- <https://www.ats-milano.it/>
- <https://www.ats-pavia.it/>
- <https://www.cabelgioioso.it/>
- <https://www.cantiereterzosettore.it/riforma/ets-ente-del-terzo-settore/>
- <https://www.cantiereterzosettore.it/>
- <https://www.cantiereterzosettore.it/il-servizio-di-trasporto-sanitario-di-emergenza-e-urgenza/>
- <https://www.consiglio.regione.lombardia.it/wps/portal/crl/home/leggi-e-banche-dati/leggi-regionali>
- <https://www.coopatasoccorsomilano.it/>
- <https://www.dirittoegiustizia.it/#/documentDetail/9183585>
- <https://www.diritto.it/diritto-civile/assicurazioni/>
- <https://www.edizioniets.com/>

- <https://www.fundraising.it/gli-obblighi-assicurativi-per-gli-ets/>
- <https://www.gazzettaufficiale.it/>
- https://www.giappichelli.it/riviste?srsItd=AfmBOorKR_HyW9W7ylq1lvyTMXVU7jx8BJQMya0Om8_zCyo1w_VeSjvU
- <https://www.ildirittoamministrativo.it/>
- <https://www.ivass.it/>
- <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2021/DM-72-del-31032021.pdf>
- <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/terzo-settore-e-responsabilita-sociale-imprese/focus-on/riforma-terzo-settore/pagine/codice-del-terzo-settore>
- <https://www.libertascroma.it/assicurazione-volontari-terzo-settore>
- <https://www.mefop.it/blog/blog-mefop/codice-terzo-settore-sanita-integrativa-impatto>
- <https://www.morgantibrokers.com/>
- <https://www.normattiva.it/>
- <https://www.pasigna.it/associazione/articolo/72/il-sistema-di-emergenza-sanitaria-118.html>
- <https://www.politichegiovanili.gov.it/media/ppjfesj3/72n.pdf>
- https://www.prosaluspalmi.it/wp-content/uploads/2020/12/2020.12.20-Parte-1%5E-II-sistema-dellEmergenza-Urgenza_di-Salvatore-Lopresti.pdf
- <https://www.quotidianosanita.it/>
- <https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-sistema-migliore-quello-lombardo/>

- <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/>
- <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/emergenze-e-urgenze>
- <https://www.rivistaassicurazioni.com/HomePage>
- <https://www.rivistacorporategovernance.it/>
- <https://www.rivistaimpresasociale.it/>
- <https://www.salvisjuribus.it/le-riforme-del-sistema-sanitario-nazionale/>
- <https://www.secondowelfare.it/rapporto/capitolo-2-6r/>
- <https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/REST/v1/showdoc/get/fragment/19/DDLPRES/0/1361150/all>
- <https://www.sosdeilaghi.it/>
- <https://www.tavolopermanente.org/item/428-la-responsabilita-degli-amministratori-degli-enti-del-terzo-settore.html>
- https://www.teoriaestoriadeldirittoprivato.com/wp-content/uploads/2021/12/2019_Contributi_Mignozzi.pdf
- <https://www.unibroker.it/guide/guida-assicurazioni-associazioni-ets/obblighi-assicurativi-per-i-volontari/>
- <https://italianonprofit.it/risorse/glossari/glossario-delle-assicurazioni/franchigia-relativa/>