

TUTELA DELLA SALUTE E INNOVAZIONE TECNOLOGICA

RACCOLTA DEGLI ATTI DEI PANEL
PATROCINATI DAL CESDIRSAN E TENUTISI
NELL'AMBITO DELLA VI CONFERENZA
ICON-S ITALIAN CHAPTER
(CAGLIARI, 3-4 OTTOBRE 2025)

a cura di

Flaminia Aperio Bella
Alessandra Pioggia
Nicola Posteraro

coordinato da

Elena Fabbriatore, Tania Linardi

editoriale scientifica

I REPORT DEL CESDIRSAN

Comitato di Direzione

Alessandra Pioggia
Flaminia Aperio Bella
Nicola Posteraro

Comitato Scientifico

Rosario Ferrara
Marcella Gola
Elisabetta Lamarque
Vittorio Manes
Andrea Nicolussi
Marco Ruotolo
Maria Alessandra Sandulli

Comitato di Redazione

Alessandra Coiante (coordinatrice)
Elena Fabbriatore
Tania Linardi

TUTELA DELLA SALUTE E INNOVAZIONE TECNOLOGICA

*Raccolta degli atti dei panel patrocinati dal CeSDirSan
e tenutisi nell'ambito della VI Conferenza
ICON-S Italian Chapter (Cagliari, 3-4 ottobre 2025)*

a cura di

FLAMINIA APERIO BELLA

ALESSANDRA PIOGGIA

NICOLA POSTERARO

con il coordinamento di

ELENA FABBRICATORE, TANIA LINARDI

Editoriale Scientifica

Tutti i diritti sono riservati

© 2026 Editoriale Scientifica srl

Via San Biagio dei Librai 39
Palazzo Marigliano
80138 Napoli

www.editorialescientifica.com

ISBN 979-12-235-0636-3

INDICE

<i>Presentazione</i>	7
----------------------	---

<i>Introduzione al tema</i> di MARIA ALESSANDRA SANDULLI	11
--	----

Sezione I - La scommessa di una migliore tutela della salute nell'era digitale

FLAMINIA APERIO BELLA <i>La telemedicina nella prospettiva del diritto: verso il riconoscimento di un diritto alla salute digitale?</i>	25
--	----

NICOLA POSTERARO <i>Fascicolo sanitario elettronico e diritto all'oscuramento dei dati</i>	47
---	----

MARCO CAPPAL <i>Il ruolo dell'applicazione per il benessere nella costruzione di uno spazio europeo per i dati sanitari</i>	59
--	----

Sezione II - La governance dei dati sanitari. Tra esigenze di circolazione e di tutela

SERGIO SPATOLA <i>I dati sanitari e il loro utilizzo politico e consapevole</i>	87
--	----

LUDOVICA DURST	
<i>La protezione e la circolazione dei dati sanitari nello spazio europeo: bilanciamenti e prospettive tra dimensione nazionale e dimensione europea</i>	109

SIMONE FRANCA	
<i>La liceità del trattamento in ambito sanitario: i modelli di garanzia dinanzi ai poteri pubblici e privati</i>	135

Sezione III – La nuova sanità tra territorialità e innovazione tecnologica nello sviluppo del PNRR. Quali rapporti tra poteri pubblici e privati

BENEDETTA CELATI	
<i>Il modello organizzativo del distretto e il contributo dei “privati” per l’integrazione socio-sanitaria e di comunità</i>	159

ALESSANDRA COIANTE	
<i>Pubblico e privato in sanità: il partenariato pubblico-privato e l’implementazione della telemedicina nel SSN</i>	177

EUGENIO FIDELBO	
<i>La partecipazione della comunità nella nuova sanità territoriale</i>	195

FRANCESCO MERENDA	
<i>Prospettive e sfide dell’assistenza domiciliare integrata alla luce del PNRR: tra pubblico, privato e terzo settore</i>	225

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO E IL CONTRIBUTO DEI “PRIVATI” PER L’INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E DI COMUNITÀ*

*Benedetta Celati***

SOMMARIO: 1. Il distretto socio-sanitario come ambito funzionale nell’interazione tra organizzazione amministrativa e tutela dei diritti. – 1.1. L’integrazione socio-sanitaria. – 2. La rinnovata centralità del distretto alla luce del D.M. n. 77 del 2022 e l’approccio della *community care*. – 3. Strumenti giuridici e prospettive di *governance* per un’idea comunitaria di salute.

1. *Il distretto socio-sanitario come ambito funzionale nell’interazione tra organizzazione amministrativa e tutela dei diritti*

Il settore socio-sanitario rappresenta, in modo emblematico, l’ambito nel quale la relazione tra territorio e diritti assume una valenza giuridica sostanziale. La dimensione territoriale, infatti, non è soltanto

* Il presente lavoro è realizzato nell’ambito dello Studio finanziato dall’Unione Europea - NextGenerationEU - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 4 Componente 2, investimento 1.1, PRIN2022, d.d. 104 del 2 febbraio 2022 - *The New Healthcare between Territoriality, Domiciliarity and Telemedicine* - CUP: F53D23003560006.

** Assegnista di ricerca in diritto amministrativo e pubblico, Università di Bologna.

lo sfondo fisico entro cui si colloca l'azione amministrativa, ma costituisce un vero e proprio elemento strutturante del modo in cui i diritti sociali vengono riconosciuti, garantiti e resi effettivi. Perciò, il concetto di territorio è qui da intendersi non meramente in senso geografico, ma come contesto operativo, vale a dire come configurazione organizzativa concreta dei servizi pubblici e delle relative reti di prossimità (M. Cammelli, 2007, p. 9).

Nel settore socio-sanitario tale configurazione assume una rilevanza peculiare. I servizi di *welfare*, per loro natura, richiedono un radicamento territoriale, poiché la loro efficacia dipende dalla capacità di adattarsi alle specificità sociali, economiche e demografiche delle comunità locali. L'amministrazione, dunque, non agisce *sul* territorio, ma *attraverso* il territorio, che diventa la trama entro cui si realizza l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, e dove si concretizza il principio di sussidiarietà nella sua duplice dimensione – verticale, tra livelli di governo, e orizzontale, col coinvolgimento dei cittadini e delle formazioni sociali.

Proprio in questo ambito si sono sperimentati, più che in altri, modelli di *governance* orientati a conciliare due esigenze strutturali e spesso in tensione tra loro: da un lato, l'efficienza, intesa come capacità dell'apparato amministrativo di assicurare un'erogazione coerente, efficace e coordinata dei servizi; dall'altro, la democraticità, ossia la reale rispondenza dell'azione pubblica agli interessi collettivi e ai bisogni espressi dalle comunità locali.

Già Mario Nigro, nel 1976, individuava nella tensione tra efficienza e partecipazione (strutturalmen-

te connessa alla territorialità) uno dei nodi centrali dell'amministrazione pubblica, sottolineando la necessità di un equilibrio dinamico tra i due poli. Su tale base si è sviluppato un filone di riflessione che ha condotto a un progressivo ripensamento degli assetti organizzativi, nella prospettiva di un'amministrazione più aderente alle dinamiche territoriali e sociali (D. Donati, 2023, p. 197).

In questa prospettiva, e con l'obiettivo di coniugare efficienza gestionale e radicamento territoriale, il legislatore – contestualmente all'istituzione delle Regioni – ha delineato un'organizzazione territoriale dell'amministrazione socio-sanitaria più articolata. Tale scelta costituiva una risposta sia alla limitata capacità demografica e organizzativa di molti comuni, sia all'esigenza di assicurare una gestione unitaria dei servizi (F. Taroni, 2015, p. 412; L. Giani, 2016, p. 5). È stato così avviato un processo evolutivo che, dagli ambiti delle Unità locali dei servizi, attraverso i consorzi socio-sanitari, ha condotto alla creazione delle Unità socio-sanitarie locali (USL) (G. Pastori, p. 865), successivamente ridenominate Aziende sanitarie locali (ASL).

Elemento cardine di questa architettura istituzionale è il *distretto socio-sanitario*, articolazione interna dell'ASL che non costituisce una mera suddivisione geografica, bensì uno *spazio funzionale* costruito sulla base dei bisogni di salute della popolazione di riferimento (C. Giorgi, 2024).

Il distretto rappresenta, in tal senso, il luogo in cui dovrebbe realizzarsi concretamente l'integrazione tra ambito sociale e sanitario – obiettivo più volte enunciato dal legislatore, ma ancora parzialmente disatteso

nella prassi applicativa. Proprio in questo contesto si colloca la cosiddetta *community care*, approccio basato sulla valorizzazione del ruolo della comunità locale, dei servizi territoriali e delle reti di prossimità, che ha riacquisito centralità con la recente riforma dell'assistenza territoriale.

1.1. *L'integrazione socio-sanitaria*

Uno degli obiettivi centrali del modello distrettuale è rappresentato dall'integrazione socio-sanitaria. La legge n. 328 del 2000, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ha promosso – pur senza imporla – la coincidenza tra distretti sanitari e ambiti territoriali sociali (ATS), individuandola come base organizzativa per una gestione integrata dei servizi.

Il legislatore ha successivamente consolidato tale impostazione attraverso il d.lgs. n. 147 del 2017, recante *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*, che richiede ambiti di programmazione omogenei tra sociale, sanitario e lavoro; nonché nel *Piano sociale 2021-2023*, che promuove la coincidenza tra ATS, distretti sanitari e centri per l'impiego, al fine di favorire l'integrazione delle politiche pubbliche.

L'esperienza pandemica del Covid-19 ha evidenziato l'urgenza di una presa in carico delle persone (malati e non) maggiormente radicata nel territorio, valorizzando l'importanza del domicilio come primo luogo di cura (M.A. Sandulli, 2021, p. 9). In questa prospettiva, il distretto si conferma quale nodo strategico per la gestione

dei bisogni complessi dei soggetti fragili, assicurando continuità e integrazione delle prestazioni. La riflessione sulle politiche sanitarie si è così concentrata sull'esigenza di superare il tradizionale modello ospedale-centrico, fondato sulle strutture di degenza, a favore di interventi basati su una più forte prossimità territoriale. Già con la riforma Balduzzi del 2012 erano stati introdotti strumenti innovativi – quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità Complesse di Cure Primarie – all'interno dell'organizzazione distrettuale, con l'obiettivo di ridurre la pressione sull'offerta ospedaliera e di razionalizzare i costi. Tuttavia, tali misure non sono state pienamente implementate.

Per colmare queste criticità, il legislatore è intervenuto nuovamente con il decreto-legge n. 34 del 2020 e, successivamente, con la riforma strutturale delineata dal *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR).

Le linee strategiche del PNRR – fondate su prossimità, personalizzazione e comunità – si radicano in un'analisi delle sfide strutturali del sistema sanitario nazionale e non rappresentano, pertanto, solamente una risposta contingente all'emergenza pandemica.

Le principali vulnerabilità del sistema riguardano, in particolare, due fenomeni strutturali: il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento costante delle patologie croniche.

Tali dinamiche rendono sempre più evidente l'esigenza di un ripensamento del modello di assistenza sanitaria, ancora eccessivamente incentrato sulle grandi strutture ospedaliere e sull'intervento in risposta a eventi acuti. Si impone, dunque, un cambio di paradigma, fondato sul potenziamento della prevenzione e

sull'anticipazione della cura, secondo i principi della cosiddetta medicina di iniziativa.

Quest'ultima si configura come un approccio proattivo, volto a intervenire prima della manifestazione conclamata della malattia, promuovendo la diagnosi precoce, l'intervento tempestivo e una relazione continuativa tra sistema sanitario e comunità territoriale.

La struttura del distretto socio-sanitario si inserisce pienamente nella linea riformatrice volta a superare un modello di assistenza eccessivamente ospedalocentrico, orientando il sistema verso l'integrazione dell'intervento medico con le altre dimensioni della cura, al fine di rispondere a bisogni complessi e di garantire una più effettiva tutela dei diritti dei cittadini (A. Pioggia, 2024).

Nel corso del tempo, tuttavia, i distretti hanno spesso conosciuto un'evoluzione più estensiva che qualitativa, ampliandosi territorialmente, senza un corrispondente rafforzamento funzionale e organizzativo. Ciò ha comportato un progressivo allontanamento dalla logica di prossimità, che pone la persona al centro del sistema e promuove l'integrazione con i servizi sociali. Emblematico, in tal senso, è il caso dei cosiddetti "mega-distretti" lombardi, istituiti dalla legge regionale n. 23 del 2015 («Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)»), coincidenti con le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST). Tale assetto è stato successivamente rivisto dalla legge regionale n. 22 del 2021 («Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre

2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)»), che ha riportato i distretti ad essere articolazioni interne delle ASST, corrispondenti a uno o più ambiti sociali territoriali.

2. *La rinnovata centralità del distretto alla luce del D.M. n. 77 del 2022 e l'approccio della community care*

Il D.M. n. 77 del 2022 rilancia in modo significativo il ruolo del distretto, individuandolo quale dimensione territoriale ottimale per la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione.

L'intervento normativo persegue una duplice finalità: da un lato, garantire unitarietà ed equità nell'accesso ai servizi; dall'altro, consentire interventi personalizzati, calibrati sui bisogni effettivi delle persone.

Il decreto definisce il distretto come livello organizzativo e funzionale di coordinamento della rete socio-sanitaria territoriale, individuandone una dimensione demografica di riferimento pari a circa 100.000 abitanti, suscettibile di adattamento in base alle specificità socio-geografiche locali. Viene così riaffermata la funzione centrale del distretto nella rilevazione e analisi della domanda di salute e riconosciuta la possibilità di attribuirgli responsabilità di tipo gerarchico nei confronti delle unità operative territoriali, secondo quanto previsto dai diversi modelli organizzativi regionali.

Il distretto è chiamato a realizzare l'assistenza primaria, a coordinare l'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta – concepiti come

professionisti integrati al servizio di obiettivi di sistema – e ad assicurare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, da erogarsi in integrazione con i servizi sociali territoriali, qualora delegate dai comuni competenti.

Per il perseguimento di tali finalità, il D.M. 77 individua tre principali tipologie di assistenza, strettamente interconnesse tra loro. La prima è l'assistenza di prossimità, che si caratterizza per la diffusione dei servizi sul territorio e per la prevalente erogazione in ambito domiciliare o in prossimità del domicilio dell'assistito; vi è poi l'assistenza personalizzata, che si fonda sulla presa in carico individuale e sull'adattamento delle prestazioni alle specifiche esigenze della persona; l'assistenza di comunità, infine, mira a integrare l'azione del Servizio sanitario nazionale con quella di altri soggetti pubblici, privati e reti informali, nell'ottica di una *governance* condivisa della salute (G. Giarelli, 2024, p. 25).

Quest'ultima tipologia di assistenza realizza in modo compiuto il concetto di *community care*, ossia il passaggio da una comunità intesa come mero luogo fisico a una rete di relazioni sociali significative e partecipate. La prospettiva del *welfare community* – fondata sul contributo congiunto di istituzioni pubbliche, attori sociali ed economici nella soddisfazione solidale dei bisogni collettivi (S Buoso, A. Viscomi, 2024) – è oggi richiamata come strategia chiave per il rafforzamento dei distretti all'interno della nuova sanità territoriale.

Il distretto rappresenta, in questa visione, lo spazio privilegiato per riaffermare la centralità della comunità, intesa in una duplice dimensione: da un lato,

come luogo fisico di erogazione dei servizi (*care in the community*); dall'altro, come soggetto attivo nella costruzione di risposte collettive ai bisogni di salute (*care by the community*).

È tuttavia necessario adottare un approccio critico nei confronti del concetto di “comunità”, evitando di ridurlo a una formula retorica o a un costrutto semplificato. Alcune sue declinazioni, se non adeguatamente problematizzate, possono infatti tradursi in modelli di *welfare* potenzialmente escludenti o suscettibili di ampliare le disuguaglianze sociali e territoriali (le derive del c.d. “comunitarismo”). Analoghe considerazioni possono essere avanzate con riguardo al tema dell’“innovazione sociale”, concetto sovente impiegato in modo programmatico o indeterminato, ma che impone un’attenta disamina dei suoi fondamenti istituzionali e delle implicazioni che produce sul piano dell’effettività dei diritti.

In tale orizzonte, una rinnovata idea di comunità deve essere intesa non come mera categoria descrittiva, bensì come principio ordinatore funzionale alla riconfigurazione di un modello di *welfare* capace di coniugare inclusione, partecipazione e coesione sociale.

Tale impostazione appare tanto più rilevante se si considera come, anche in altri ambiti dell’azione pubblica – si pensi ai servizi a rete di rilevanza economica –, il legislatore tenda oggi a promuovere un paradigma *effect-based*, orientato non più alla sola sostenibilità economica della gestione, ma alla generazione di valore pubblico per il cittadino (S. Sileoni, 2024, p. 21).

In un’analoga prospettiva, anche nel settore socio-sanitario, l’adeguatezza dell’intervento dovrebbe assurgere a parametro imprescindibile di efficienza ed

efficacia amministrativa, nonché di qualità complessiva delle politiche pubbliche.

In questo scenario, il territorio deve essere inteso non soltanto come spazio geografico, ma come dimensione appunto funzionale, capace di coniugare efficienza organizzativa ed equità nell'accesso ai diritti. Centrale diventa, dunque, il principio di equità territoriale, che deve orientare la pianificazione e l'organizzazione dei servizi al fine di contrastare le disuguaglianze tra le diverse aree del Paese. Si tratta di un principio suscettibile di concreta attuazione, come mostrano, sia pure in un diverso ambito, alcuni piani territoriali metropolitani – tra cui quelli di Milano e Bologna – che prevedono meccanismi di perequazione e compensazione tra comuni, volti a garantire una distribuzione più equa dei vantaggi e degli oneri connessi alla realizzazione di infrastrutture e servizi sovracomunali.

Tale impostazione si rivela pienamente coerente con la prospettiva della sanità territoriale e con la funzione del distretto quale luogo privilegiato di coordinamento dei servizi territoriali. La connessione tra dimensione territoriale ed equità risulta, infatti, particolarmente evidente con riferimento al primo dei tre grandi Livelli Essenziali di Assistenza, dedicato alla prevenzione collettiva e alla sanità pubblica, la cui effettività presuppone una garanzia uniforme delle attività preventive sull'intero territorio nazionale.

In continuità con tale visione sistemica, l'approccio *One Health* ricorda come la salute umana, quella animale e l'ambiente siano strettamente interconnessi, e come ogni politica di sanità pubblica debba tener

conto di tali interdipendenze, orientando le scelte istituzionali verso una tutela della salute integrata e sostenibile (F. Aperio Bella, 2022).

In questo quadro si colloca il concetto di *Health in All Policies*, orientamento strategico volto a integrare la tutela della salute e la promozione del benessere all'interno della programmazione e della progettazione territoriale. Tale approccio si fonda sull'idea che la protezione della salute non possa più essere limitata all'erogazione di prestazioni sanitarie, ma debba comprendere interventi sui determinanti sociali, ambientali ed economici che incidono direttamente sugli esiti di salute e sulle condizioni di vita delle persone.

L'attuazione di questo modello richiede l'adozione di una nuova visione della comunità, intesa non più come semplice destinataria di servizi, ma come attore protagonista del rafforzamento della coesione sociale e del cambiamento.

Alla luce di tale impostazione, il distretto può divenire un vero e proprio laboratorio di partenariati innovativi con cittadini attivi e organizzazioni del territorio (C. Iaione, A. Coiant, 2022, p. 503), favorendo forme di partecipazione democratica e di cittadinanza amministrativa (A. Bartolini, A. Pioggia, 2016; R. Cavallo Perin, 2004, p. 201). Ciò implica il coinvolgimento concreto della comunità nella cura e nella gestione dei servizi, al fine di garantire diritti sociali effettivi e risposte adeguate ai bisogni collettivi.

Si delinea così un'idea "comunitaria" di salute, capace di coniugare la dimensione territoriale con quella dell'efficienza ed efficacia amministrativa, da un lato, e con quella della democrazia partecipativa,

dall'altro, secondo un modello ispirato al principio di sussidiarietà orizzontale.

3. *Strumenti giuridici e prospettive di governance per un'idea comunitaria di salute*

Da un punto di vista giuridico, il riferimento ai partenariati innovativi in chiave comunitaria si traduce nella ricerca di modelli di *governance* capaci di superare la tradizionale contrapposizione tra pubblico e privato (F. Aperio Bella, 2024, p. 415), in favore di forme di amministrazione condivisa fondate sulla cooperazione, la co-programmazione e la co-progettazione.

In tal senso, potrebbe essere utile richiamare alcune esperienze già consolidate, tra cui quella dei contratti di fiume, che rappresentano un paradigma esemplare di amministrazione partecipata.

Tali strumenti, costruiti sui caratteri specifici dei luoghi – in particolare quelli idrologici e territoriali – e sulla collaborazione tra amministrazioni pubbliche e comunità locali, configurano il fiume come simbolo di un bene comune, l'acqua, la cui gestione è affidata a processi cooperativi e partecipativi. Questo modello potrebbe essere idealmente esteso al settore della salute, anch'essa intesa come bene comune, la cui tutela richiede forme di governo condiviso e integrato. Acqua e salute si presentano, pertanto, come beni che necessitano di istituti giuridici idonei a garantire una gestione corresponsabile e inclusiva.

Il modello del “*contratto di*” – adottato anche in altri ambiti, come i contratti di rete ecologica o i con-

tratti di paesaggio (E. Boscolo, 2024, p. 12) – consente proprio di attivare processi partecipativi e di costruire interventi mirati e condivisi, più efficaci rispetto alla tradizionale azione amministrativa di tipo verticale (V. Parisio, 2023, p. 162).

I risultati conseguiti in diverse esperienze territoriali dimostrano che tali strumenti possono generare valore pubblico aggiunto, grazie alla capacità di elaborare iniziative *site-specific*, adattate ai contesti locali e, spesso, integrative rispetto alle strategie di scala più ampia, come quelle distrettuali o di bacino.

Dal punto di vista amministrativo, queste pratiche trovano fondamento in strumenti giuridici già noti e normativamente riconosciuti, quali gli accordi di programma e, più in generale, gli strumenti della programmazione negoziata, riconducibili al *genus* degli accordi tra pubbliche amministrazioni di cui all'art. 15 della legge n. 241 del 1990. In tal senso, come osservato in dottrina, i contratti di fiume possono essere considerati forme embrionali di co-amministrazione (E. Boscolo, 2024, p. 8), sviluppatasi con largo anticipo rispetto alla più recente elaborazione dottrinale e normativa del concetto di amministrazione condivisa (F. Giglioni, 2025). Essi, infatti, anticipano una visione pluralista, paritaria e relazionale del governo pubblico, in discontinuità rispetto al modello bipolare, gerarchico e conflittuale che tradizionalmente ha contrapposto amministrazione e cittadini (S. Cassese, 2001, p. 601).

I contratti di fiume costituiscono dunque un esempio paradigmatico di come partecipazione, sussidiarietà e responsabilità condivisa possano tradursi in meccanismi concreti di amministrazione collaborati-

va. Un approccio che potrebbe ispirare, per analogia, anche le nuove forme di cooperazione territoriale in ambito socio-sanitario, rafforzando quella dimensione comunitaria auspicata dalle più recenti riforme della sanità territoriale.

Un ulteriore strumento riconducibile alla logica del *welfare di comunità*, che potrebbe essere sviluppato all'interno del modello distrettuale, e incluso all'interno dei Piani di zona, è rappresentato dal ricorso al comparto fondazionale, in particolare alle *fondazioni di partecipazione*, nell'ambito delle cosiddette sperimentazioni gestionali e alle più innovative *fondazioni di comunità*.

Nel caso delle fondazioni di partecipazione, abbiamo una figura istituzionale atipica, nata dalla commistione tra fondazione e associazione, capace di coniugare la stabilità patrimoniale tipica della prima con l'apertura partecipativa della seconda. Tali fondazioni si sono dimostrate particolarmente efficaci nel perseguire finalità di interesse generale, specie in un contesto segnato dall'esigenza di contenimento della spesa pubblica e dalle spinte verso la privatizzazione dei servizi.

Nella prassi, le pubbliche amministrazioni hanno spesso scelto di destinare parte del proprio patrimonio a tali fondazioni, coinvolgendo soggetti privati – profit e non profit – in grado di apportare risorse, competenze e capacità gestionali. In questo assetto, l'amministrazione mantiene un ruolo di indirizzo e controllo, delegando in parte l'attuazione degli interventi e favorendo partenariati pubblico-privati più flessibili e innovativi.

Nel caso delle fondazioni di comunità, invece, pur conservando la forma giuridica della fondazione, si adottano modelli di governance caratterizzati da democrazia diffusa, approccio *multi-stakeholder* e partecipazione multilivello, con una base associativa ampia che può comprendere l'intera comunità territoriale.

In entrambe le ipotesi, tuttavia, permane un presupposto fondamentale: la necessità di mantenere una dinamica autenticamente *bottom-up*, fondata sull'idea di un progetto co-costruito e condiviso tra amministrazioni e cittadini. Solo in questo modo infatti il distretto socio-sanitario potrà configurarsi come un contesto realmente abilitante, in grado di coniugare le due dimensioni della *care in the community* e della *care by the community*.

Riferimenti bibliografici

- APERIO BELLA F. (a cura di), *One health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari*, Napoli, 2022
- APERIO BELLA F., *Pubblico, privato e comunità in sanità. Un'unificazione di prospettive nel paradigma collaborativo*, in *Diritto e Società*, 2024, pp. 415 ss.
- BARBATI C., ENDRICI, G., *Territorialità positiva. Mercato, ambiente e poteri subnazionali*, Bologna, 2005
- BARTOLINI A., PIOGGIA A. (a cura di), *Cittadinanze amministrative*, Firenze, 2016
- BOSCOLO E., *I contratti di fiume nella contemporaneità*, in LEONE C. (a cura di), *I Contratti di Fiume. Riflessioni interdisciplinari*, Milano-Udine, 2024, pp. 7 ss.
- BUOSO S., VISCOMI A. (a cura di), *Per un welfare di comunità. Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*, Torino, 2024
- CAMMELLI M. (a cura di), *Territorialità e delocalizzazione nel governo locale*, Bologna, 2007
- CASSESE S., *L'arena pubblica. Nuovi paradigmi per lo Stato*, in *Riv. Trim. dir. Pubb.*, 2001, pp. 601 ss.
- CAVALLO PERIN R., *La configurazione della cittadinanza amministrativa*, in *Dir. amm.*, 2004, pp. 201 ss.
- DONATI D., *Città strategiche. L'amministrazione dell'area metropolitana*, Milano, 2023
- GAMBI L., MERLONI F. (a cura di), *Amministrazioni pubbliche e territorio in Italia*, Bologna, 1995
- GANI L., *Organizzazione territoriale dei servizi sociali: il livello ottimale delle prestazioni*, in *Federalismi.it*, 2016, pp. 1 ss.
- GIARELLI G., *Il Servizio sanitario nazionale dalla salute di prossimità alle reti territoriali*, BUOSO, S., VISCOMI, A. (a cura di), *op. cit.*, pp. 25 ss.
- GIGLIONI F., *Il diritto dell'amministrazione condivisa*, Milano, 2025
- GIORGI C., *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Roma-Bari, 2024

- IAIONE C., COIANTE A., *Il partenariato per l'innovazione sostenibile nel settore sanitario*, in *Riv. giur. edil.*, 2022, pp. 503 ss.
- NIGRO M., *Gli enti pubblici con dimensione territorialmente definita: problemi vecchi ed esperienze nuove*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1976, pp. 531 ss.
- PARISIO V., *Risorse idriche, contratti di fiume e amministrazione condivisa*, in *Federalismi.it*, 2023, pp. 162 e ss.
- PASTORI G., *Struttura organizzativa e funzionamento dell'unità sanitaria locale*, in *Le Regioni*, 1979, pp. 865 e ss.
- PIOGGIA A., *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, Bologna, 2024
- SANDULLI M.A., POSTERARO N. (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata: esperienze, problemi e prospettive*, Napoli, 2021
- SILEONI S., *Dalla teoria alla pratica: i principi della riforma dei servizi pubblici locali e le regole sulle forme di sostegno agli utenti*, in *Munus*, 2024, pp. 1 ss.
- TARONI F., *Salute, sanità e Regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in SALVATI M., SCIOLLA L. (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni*, Roma, pp. 411 ss.