

Capitolo Primo

NASCITA ED EVOLUZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA NAZIONALE E DEL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE

Sommario: 1. Origini e principi dell'attuale organizzazione sanitaria. – 2. Dall'“assistenza sanitaria e ospedaliera” alla “tutela della salute” sul territorio nazionale e regionale. – 3. I profili funzionali ed organizzativi nell'attuazione normativa. – 4. I successivi interventi normativi e le contraddizioni interpretative. – 5. La razionalizzazione del 1999. – 6. Il diritto sanitario tra regionalismo e territorialità. – 7. La nuova sanità territoriale.

1. Origini e principi dell'attuale organizzazione sanitaria

“La vigilanza igienica in Italia fece molti passi innanzi, concorrendo alla sparizione o attenuazione delle epidemie e degli altri morbi, ed all'abbassamento della mortalità”. Con queste parole Benedetto Croce, nella sua *“Storia d'Italia dal 1871 al 1915”*, inseriva la riforma sanitaria del 1888 tra i fatti memorabili della *“vita politica e morale”* di quel periodo partendo dalla consapevolezza che *“fatta l'Italia”* come nazione, la riforma sanitaria doveva *“fare gli italiani”* anche come cittadini coscienti del fatto che la loro salute dovesse essere considerata un bene primario – individuale e sociale – nazionale da rivendicare e difendere ¹.

Nel nuovo sistema sanitario post-risorgimentale, nonostante permanessero vistose falle, era però già predisposta quella struttura sanitaria, articolata nei medici provinciali e comunali, che reggerà per ben

¹ Per una disamina dei profili storici del sistema sanitario nazionale si rinvia a G. COSMACINI, *Dall'igiene (pre)scientifica alla sanità pubblica, in All'ombra de' cipressi e dentro l'urne ...*, Bologna, 2007, p. 33.

tre quarti di secolo come struttura portante della sanità italiana.

Si tratta di un processo sociale, politico ed economico, prima che normativo, che troverà formale, ancorché effettivo, recepimento a livello di principio di carattere generale soltanto con l'approvazione della carta costituzionale del 1948 che, sulla falsariga della precedente esperienza tedesca, introdusse per la prima volta – all'art. 32 – nel nostro ordinamento il diritto alla tutela della salute definito – caso unico e di grandissima rilevanza – come diritto fondamentale del cittadino e, nello stesso tempo, interesse della collettività.

Passeranno, però, ben trent'anni prima che queste imprescindibili garanzie costituzionali cominciassero a trovare una prima positiva attuazione; in questo senso, ad altri trent'anni di distanza, possiamo oggi ritenere che la riforma del 1978, con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, ha rappresentato un analogo momento di estrema rilevanza per il progresso sociale del nostro paese.

Dobbiamo ugualmente constatare che i sistemi di *welfare* in questo ultimo decennio hanno subito una ulteriore e, per molti aspetti, decisiva evoluzione.

Principi consolidati nella dottrina si rivelano oggi sostanzialmente superati². Il diritto di tradizione romana aveva costituito un primato

² A proposito dei sistemi di *welfare*, delle ragioni della loro crisi e delle possibili opzioni di riforma, è stato rilevato come appaiano sempre più insufficienti gli schemi interpretativi e le categorie tradizionali – basate sulla contrapposizione fra libertà e uguaglianza, sulla distinzione fra libertà positive e libertà negative, sulla costituzionalizzazione dei diritti sociali – che spesso finiscono per riferirsi a stereotipi non più attuali. “La stessa relazione tra costituzionalizzazione dei diritti sociali e sistemi di *welfare* è solo eventuale, esistendo sistemi di *welfare* assai estesi in assenza di diritti costituzionalizzati e, anzi, anche in assenza di una Costituzione scritta, e, di converso, consacrazione costituzionale di formule come ‘stato sociale’ con finalità distinte e diverse dalla costruzione di un sistema di *welfare*”. Cfr. L. TORCHIA, *Sistemi di welfare e federalismo*, in *Quad. cost.*, 2002, p. 713.

Sul punto si rinvia anche a G. CORSO, *Welfare e Stato federale: uguaglianza e diversità delle prestazioni*, in *Regionalismo, federalismo, Welfare State*, Milano, 1997, p. 407. L'autore sottolinea l'insufficienza dell'approccio giuridico al *Welfare State* corrente nell'Europa continentale: approccio che utilizza essenzialmente le due categorie dei diritti sociali e dello Stato sociale; e che valorizza molto la costituzionalizzazione dei diritti sociali e dello stato sociale, ossia la previsione e la tutela costituzionale delle due categorie. Sottolinea, in particolare, che “se non è controverso che il *Welfare State*, e la sua estensione non dipendano, o non dipendano soltanto, dalla costituzionalizzazione, sarebbe semplicistico negare che esista un problema costituzionale dello stato sociale e dei diritti sociali. Prima di affrontare tale problema è opportuno, tuttavia, individuare

di buon governo in quanto rappresentativo di un potere investito del compito di legiferare con sapienza al fine di prevenire le dinamiche giuridiche, economiche e sociali ed indirizzare i comportamenti degli individui, al contrario del diritto di ispirazione anglosassone che si è sempre mosso dalla casistica quotidiana consolidandosi in via interpretativa.

Quanto accade quotidianamente a proposito della tutela della salute dimostra inequivocabilmente che la disciplina normativa di alcune posizioni giuridiche della persona non appartengono più alla potestà di un singolo legislatore ma assumono dimensione universale e pretendono la condivisione di pochi, ma fondamentali, principi di carattere generale in grado, sia di prevenire le domande che andranno a determinarsi nel tempo da parte di tutti gli individui, sia di indirizzare ogni tipo di intervento necessario a risolvere quelle situazioni suscettibili di mettere in pericolo la collettività stessa.

L'attuale esperienza dovuta all'evoluzione della recente pandemia pone numerosi interrogativi: tra di questi non vi è dubbio che occorrerà ripensare al ruolo dell'Unione Europea, ad un suo maggiore coinvolgimento, tanto in termini di tutela della salute quanto, all'interno dei compiti istituzionali già ben presenti, rispetto alla tutela della solidità economica dei paesi membri.

Il rispetto della persona e della sua dignità, all'interno di quella comunità internazionale che a questi principi ispira la propria essenza, la propria ragione d'essere, rappresenta oggi un valore che va ben al di là di una mera disposizione costituzionale, rispetto al quale il legislatore si deve assumere oggi una responsabilità profondamente diversa da quella cui si era tradizionalmente abituati³.

gli ingredienti che lo compongono: partendo proprio da una concreta esperienza costituzionale come quella italiana”.

³ Ancora L. TORCHIA, *op. cit.*, p. 274, sottolinea che “così come per il complesso delle misure volte a garantire i diritti di libertà, anche per il complesso delle misure volte a garantire il benessere, la responsabilità ultima è dunque in capo allo Sato (*rectius*, all'arena dei poteri pubblici), quale ente esponenziale della collettività nel suo complesso”. In precedenza era stato autorevolmente sostenuto che “i nuovi paradigmi dello Stato pongono in discussione tutte le nozioni, i temi e i problemi classici del diritto pubblico, dalla natura del potere pubblico e del suo agire legale-razionale, mosso dall'alto (dalla legge), al posto riservato alla legge e alle sue implicazioni (legalità e tipicità), alle relazioni pubblico-privato. E richiedono, altresì, un cambiamento

La sanità pubblica risulta, indubbiamente, tra le problematiche di “*Sicurezza comune*” che devono essere affrontate congiuntamente dall’Unione Europea e dai Paesi membri e, pur riconoscendo che ogni sistema sanitario in Europa sia unico e occorra rispettare i valori nazionali che rappresenta, occorre comunque rendersi sempre più conto che la collaborazione transfrontaliera è decisamente utile: cooperare, dunque, per sviluppare una visione condivisa dei sistemi sanitari che possa aiutare ad organizzare i benefici potenziali della cooperazione, rispettando nel contempo le responsabilità che gli Stati hanno dei rispettivi sistemi ⁴.

Da ciò si evince, dunque, l’esigenza che lo Stato mantenga in ogni caso il “governo” della tutela della salute, sebbene parte della Dottrina e alcuni interventi legislativi abbiano nel tempo manifestato un progressivo favore alla collaborazione con il privato anche nel settore sanitario.

dell’atteggiamento scientifico rispetto al diritto, perché la dottrina giuridica non può tenere fermi i propri codici di riferimento con un cambiamento tanto radicale del suo oggetto. (Cfr. S. CASSESE, *L’arena pubblica. Nuovi paradigmi per lo Stato*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 3, 2001, p. 601 ss.). La stessa L. TORCHIA, *op. cit.*, p. 724 sottolinea che “la responsabilità pubblica per la soddisfazione dei diritti sociali non ha dunque sempre la stessa ampiezza. Le norme costituzionali indicano l’ambito necessario di intervento, senza precludere, però, l’ampliamento di questo ambito in via ordinaria: l’esempio più evidente è quello del diritto alla salute, affidato nel secondo dopoguerra ad un sistema di mutue categoriali, sostituito alla fine degli anni ‘70 da un sistema di tipo universalistico, nel quale (idealmente) tutti hanno diritto alle stesse prestazioni, con misura diversa di partecipazione delle spese”.

⁴In questa ottica va inquadrata l’istituzione, presso il Ministero della Salute, del “Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie” (CCM) avvenuta ad opera del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 (convertito con modificazioni dalla L. 26 maggio 2004, n. 138) recante “Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica”, Centro incaricato della prevenzione e del controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo. Analogo ruolo, peraltro, proprio a livello europeo è, invece, affidato al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC).

Tuttavia, come ulteriormente disposto dal d.m. 18 settembre 2008, che ne ha disciplinato l’organizzazione e il funzionamento, il CCM prevalentemente opera come organismo di coordinamento tra il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze sanitarie, allo scopo di promuovere ed estendere le attività di prevenzione efficaci nonché di ridurre le disomogeneità tra le Regioni. Ciò in base a programmazioni annuali, senza, tuttavia, alcun specifico ruolo operativo nella lotta ad una pandemia, come quella recente connessa al COVID-19, occasione in cui tale sistema ha evidenziato tutte le sue lacune, proprio per l’assenza di un piano di prevenzione del contagio.

Altro problema è quello della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari e della erogazione delle prestazioni sanitarie. Due ambiti strettamente interdipendenti ma allocabili, opportunamente, su livelli diversi.

Il ruolo dello Stato è ben definito e non consente cedimenti o tentativi di sottrazione di responsabilità; quello degli altri soggetti, pubblici o privati che siano, a cominciare dalle Regioni e dagli enti locali, soggiace a regole e finalità di altra natura che, armonizzate in un contesto di piena e leale collaborazione, concorrono al medesimo risultato finale rappresentato dalla salvaguardia dell'individuo e della sua dignità. A questi ultimi si chiede, infatti, di raggiungere i programmati e condivisi obiettivi secondo indici di qualità, efficacia ed efficienza, al fine di porre la comunità statale in condizioni di mantenere gli impegni presi ad altri livelli (risultato di ordinaria amministrazione) se non di rappresentare uno strumento di sensibilizzazione e stimolo ulteriori per un sempre maggiore ampliamento del sistema delle garanzie (risultato ottimale).

2. Dall'“assistenza sanitaria e ospedaliera” alla “tutela della salute” sul territorio nazionale e regionale

La riforma costituzionale del 2001 ha mantenuto in capo allo Stato oltre che la individuazione dei principi fondamentali, anche la possibilità di intervenire comunque in materia attraverso l'esercizio, in via esclusiva, delle funzioni in tema di tutela della concorrenza e di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. A questo proposito la Corte costituzionale, con la sent. n. 282 del 2002 ha chiarito che “non si tratta di una ‘materia’ in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”⁵.

⁵ Cfr. Corte cost., sent. 26 giugno 2002, n. 282, in *Giur. cost.*, 3, 2002, p. 2012 ss., con

In questo senso, quindi, le “nuove materie” di competenza esclusiva dello Stato, tra le quali la tutela della concorrenza e la determinazione dei livelli essenziali (non più “minimi” come disposto dalla precedente normativa di settore) delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, “non esprimono un semplice oggetto di disciplina ma piuttosto finalità o valori, esigenze da tutelare in maniera uniforme” ⁶.

Il problema oggi da dirimere concerne quella parte di materia relativa agli aspetti organizzativi e gestionali del Servizio sanitario, dal momento che le ipotesi attualmente percorribili dall’interprete riguardano, da un lato, la loro implicita ricomprensione nell’ambito della più generale materia “tutela della salute” e, dall’altro, viceversa, il loro già avvenuto trasferimento all’interno della potestà legislativa residuale esclusiva delle Regioni ⁷.

In realtà, la materia “tutela della salute”, anche secondo le consolidate indicazioni provenienti dalle normative di carattere internazionale, ed in particolare da quanto più volte affermato dalla stessa Organizzazione mondiale della sanità, deve ritenersi comprendente tutti gli interventi finalizzati a garantire la tutela della salute del cittadino nel senso più vasto, con riferimento non soltanto alla sanità personale, da un punto di vista fisico e psichico, ma anche alla salubrità dell’ambiente e

i commenti di A. D’ATENA, *La consulta parla e la riforma del Titolo V entra in vigore*, e di D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza n. 282 del 2002 della Corte costituzionale*.

⁶ Così G. CAIA, *Il problema del limite dell’interesse nazionale nel nuovo ordinamento*, in C. BOTTARI (a cura di), *La riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione*, Rimini, 2003.

⁷ È stato sostenuto che “la lettura in senso contenutistico dell’espressione, potrebbe, però, evidenziare come dalla medesima esulino dei profili organizzativi, rimessi, a questo punto, all’assoluta autonomia legislativa regionale. La differenza rispetto al precedente art. 117 sarebbe, anche da questo punto di vista evidente, in quanto il costituente avrebbe escluso la possibilità per il legislatore nazionale di intervenire per tutto ciò che concerne l’organizzazione sanitaria, rimessa alle scelte delle singole legislazioni regionali, con l’ovvio limite che ciò non significhi intervento riduttivo sulla tutela della salute e perciò sui livelli di assistenza (la determinazione dei quali, nel nucleo essenziale, spetta peraltro alla legislazione esclusiva dello Stato). Con questa seconda lettura, ovviamente, buona parte del sistema legislativo oggi vigente, anche per la materia che qui interessa, potrebbe ritenersi tranquillamente caducato”. Così C.E. GALLO, *La concorrenza nell’erogazione dei servizi sanitari e la posizione delle imprese private*, in *Sanità pubblica e privata*, 3, 2003, p. 256.

dei luoghi di lavoro, nonché agli interventi preventivi e riabilitativi di qualsiasi natura.

Tale interpretazione confermerebbe quanto già in parte riconosciuto dalla giurisprudenza della Corte costituzionale che con la sent. n. 510 del 2002⁸ si colloca sulla medesima linea interpretativa, riconoscendo che con la riforma del Titolo V il sistema delle competenze è stato profondamente rinnovato ed in tale quadro le Regioni possono esercitare le attribuzioni, di cui ritengano di essere titolari, approvando una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale; con ciò facendo intendere che le norme di cui al decreto Bindi del 1999, per le parti non ancora attuate, debbano intendersi ormai cadute e la disciplina delle stesse trasferita in via esclusiva alle Regioni.

Il rinnovato sistema costituzionale di riferimento avrebbe, quindi, attribuito alle Regioni una più ampia autonomia organizzativa nell'ambito dei profili di carattere organizzativo oltre che per quanto concerne il sistema dei rapporti con i soggetti privati.

E la formulazione dell'art. 117, già proposta ed approvata in sede parlamentare⁹, ma negata in sede di referendum costituzionale, sarebbe intervenuta per sanare una situazione che ormai si è stabilizzata da tempo nel nostro sistema di ripartizione delle competenze. Dalla riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione, si è andato, infatti, consolidando un orientamento secondo il quale gli aspetti più strettamente di carattere programmatico ed organizzativo si ritengono pienamente devoluti alle prerogative regionali, dando, così, vita a quell'arcipelago di sistemi sanitari regionali all'interno del quale, da tempo, siamo venuti a trovarci.

A parte le evidenti disparità riscontrabili a proposito dell'attribuzione dei finanziamenti, con gli interventi compensativi della Conferenza Stato-Regioni, e nelle stesse modalità di gestione ed erogazione

⁸ Cfr. Corte cost., sent. 4 dicembre 2002, n. 510, in *Giur. cost.*, n. 6, 2002, p. 4213. In senso analogo, Cfr. Corte cost., sent. 4 gennaio 2003, n. 329, in *Giur. cost.*, n. 1, 2003.

⁹ Così, il testo della legge costituzionale concernente «Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione», approvato dal Parlamento e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 88 del 15 aprile 2016, poi respinto in sede di referendum costituzionale del 4 dicembre 2016.

a fronte delle prestazioni sanitarie che dovrebbero seguire protocolli e tariffari perlopiù equivalenti sull'intero territorio nazionale, importanti scostamenti emergono nella distribuzione dei farmaci e dei vaccini, nonché nell'accesso a metodologie innovative come quelle in materia di fecondazione assistita. Ma, come si vedrà, gli aspetti che maggiormente risaltano sono quelli in campo organizzativo¹⁰.

Si potrebbero portare molteplici esempi che conducono a sostenere tale considerazione: pensiamo all'attuazione del decreto Balduzzi¹¹ e a come si stia sviluppando, nel contesto nazionale, il nuovo modello di sanità territoriale. Ad esempio, la, ormai, diffusa realizzazione delle, cosiddette, case della salute trova le più svariate attuazioni da nord a sud, avviando nuovi percorsi assistenziali che intendono assicurare al paziente più ampie ed opportune modalità di cura, ma non sempre con indicazioni e prospettive che garantiscano discipline unitarie ed uniformi, anziché probabili, ed inconciliabili, rilevanti disparità di trattamento. E non soltanto nei confronti del cittadino, ma anche con riguardo agli stessi operatori sociali e sanitari.

In definitiva, l'intreccio della normativa costituzionale e di principio desumibile dalle norme attualmente vigenti pone evidenti dubbi di carattere interpretativo; e questa situazione viene sempre di più avvalorata dalla progressiva espansione del conflitto di carattere costituzionale tra lo Stato e le Regioni, rimesso al giudizio ultimo della Corte costituzionale ed in relazione al quale resterebbe utile un intervento chiarificatore che elimini gli spazi di incertezza definendo con chiarezza i rispettivi ambiti di competenza in modo da consentire al sistema di raggiungere gli obiettivi prefissati.

È significativo, a tale riguardo, che l'intervento legislativo dovuto alla riforma Bindi del 1999 (d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del S.S.N., a norma dell'art. 1 della legge 30

¹⁰ Per una prima introduzione alle modalità attuative del Decreto Balduzzi e del conseguente patto per la salute 2014/2016 si rinvia a C. BOTTARI-P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, 2016; F. FOGLIETTA, *Crisi e dopo-crisi del Servizio Sanitario Nazionale*, Santarcangelo di Romagna, 2016; R. NANIA (a cura di), *Il diritto alla salute fra stato e regioni: il patto per la salute 2014/2016*, Santarcangelo di Romagna, 2016.

¹¹ D.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

novembre 1998, n. 419”) abbia posto come limiti inderogabili degli interventi attuativi dello stesso diritto “i principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché della economicità nell’impiego delle risorse”.

In tale contesto appare, quindi, nuovamente centrale il riferimento alla dignità della persona umana, concetto ben presente anche nei lavori dell’Assemblea costituente, che proprio nell’art. 32 trova la sua più chiara ed esaustiva affermazione allorquando, al comma 2, a proposito dei trattamenti sanitari obbligatori, si costituzionalizza il principio – peraltro ormai generalmente consolidato all’interno della comunità internazionale – secondo il quale “la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

La più recente normativa tenta, dunque, di assicurare concreta garanzia a tale principio generale attribuendo allo Stato il compito di attuare il disposto costituzionale in tema di tutela della salute quale dovere dell’intera comunità di salvaguardare il rispetto e la dignità della persona umana.

A tal fine non risulta più sufficiente garantirne la libertà civile se a questa non si associa l’intervento in termini sanitari. E sebbene sia chiaro che il livello dell’intervento sia strettamente e necessariamente legato alla quantità di risorse impegnate, ciò che non si disconosce più è che un “*minimo*” deve essere in ogni caso assicurato; del resto la stessa carta costituzionale impone l’obbligo di garantire cure gratuite agli indigenti.

La sent. 16 luglio 1999, n. 309 della Corte cost. (in *G.U.* 21 luglio 1999, n. 29, I serie speciale), ancora una volta, sottolinea tale concetto ribadendo che la tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone, ma, contestualmente, precisa che “le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana”.

Si tratta, quindi, di coniugare in termini attuali diversi aspetti sostanziali di un disposto costituzionale alquanto complesso, articolato

e che rinvia per la sua attuazione a procedimenti interpretativi strettamente legati ad ideologie politiche, sociali ed economiche non sempre chiaramente definite o definibili. Di certo tra i più importanti e delicati e non soltanto per l'innegabile e rilevante contenuto economico: forse al giurista si chiede più di quanto egli possa concretamente dare.

L'odierno dibattito è focalizzato principalmente sulla definizione dei ruoli che debbono essere attribuiti ai diversi soggetti necessariamente coinvolti nella concreta attuazione del principio costituzionale.

In particolare va delineandosi un orientamento compromissorio tra le due tendenze tradizionalmente presenti nel dibattito sul tema, l'una di impostazione essenzialmente statalista che nel tentativo di limitare di fatto quanto più possibile l'ambito di intervento di soggetti esterni tende ad attribuire l'intervento prioritario al soggetto pubblico; l'altra, di stampo prettamente liberale, che, nel tentativo di limitare l'ingerenza prevalente in tale settore della componente politica, intende coinvolgere alla pari del pubblico altri soggetti in diversa guisa interessati nel partecipare ad un sistema contraddistinto da una pluralità di contenuti sociali, economici ed imprenditoriali.

La problematica più attuale resta, indubbiamente, quella di dare concreta attuazione al principio di sussidiarietà, definitivamente introdotto nell'ordinamento comunitario attraverso il Trattato di Maastricht, successivamente recepito, in via di principio, nel nostro sistema giuridico ad opera della prima legge di riforma amministrativa in senso federalistico cosiddetta Bassanini uno (art. 4, comma 3, lett. a), di cui si dirà in seguito.

La soluzione che va emergendo con sempre maggiore convinzione – ed il successivo decreto ne rappresenta un'ulteriore conferma – tende ad attuare un progressivo coinvolgimento nel settore di quelle formazioni sociali che, pur garantite nel nostro sistema costituzionale, soltanto successivamente hanno trovato una unitaria ed incentivante regolamentazione con il decreto istitutivo delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus) (d.lgs. 4 dicembre 1997, n. 460).

Ed il d.lgs. di riforma n. 229 del 1999, precedentemente citato, all'art. 1, comma 18, statuisce che le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche “alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona”.