

La riforma del sistema sanitario in Regione Liguria

Integrazione sociosanitaria e rapporti con il Terzo settore

Alceste Santuari, | 08 gennaio 2026

Il sistema sociosanitario italiano è definito da due componenti “storiche”, segnatamente, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e il sistema integrato dei servizi socioassistenziali. Mentre il primo è affidato alla competenza (concorrente) dello Stato e delle Regioni, il secondo è affidato, in via esclusiva, alla responsabilità dei comuni, singoli e associati. A livello regionale, poi, il comparto sanitario e quello socio-assistenziale entrano in contatto tra di loro, generando e definendo la dimensione dell'integrazione sociosanitaria.

Il pluralismo di attori istituzionali (Comuni, Province, Regioni, ASL, Aziende Ospedaliere) e di quelli non istituzionali (Fondazioni, Associazioni, Imprese sociali e Cooperative Sociali) ha creato nella realtà italiana un'ampia e articolata offerta di servizi sociali, sanitari e sociosanitari. Si tratta, tuttavia, come già richiamato, di aree che rispondono a percorsi evolutivi differenti. Mentre i servizi sanitari sono caratterizzati da politiche pubbliche di programmazione e di pianificazione, prima centralizzate e poi regionalizzate, i servizi sociali provengono da una storia, prevalentemente locale, di interventi e azioni maggiormente parcellizzati e disorganici. Le due traiettorie testé richiamate hanno nel tempo, da un lato, stratificato i livelli istituzionali di competenza in senso verticale e, dall'altro, generato un certo grado di complessità di rapporti inter-istituzionali (Stato - Regioni - Enti Locali), organizzativi (Comuni e ASL) e gestionali (enti pubblici e sanitari - organizzazioni non profit).

In forza delle normative succedutesi nel corso degli ultimi decenni (due per tutte: il d. lgs. n. 229/1999 e la l. n. 328/2000), sebbene in estrema sintesi, è possibile rintracciare nell'ambito delle singole regioni, sistemi integrati dei servizi sociosanitari secondo le seguenti linee:

1. Programmazione degli interventi: nel caso dei servizi sanitari, rimane prevalentemente affidata alle aziende sanitarie locali e alle loro articolazioni territoriali, mentre nel caso dei servizi sociali essa è affidata a “luoghi” (aziende speciali consortili, consorzi tra enti locali o altre forme di aggregazione di funzioni);
2. funzione di committenza assegnata agli enti pubblici: ASL, Comuni, singoli o associati, provvedono ad affidare la gestione e l'erogazione dei servizi a soggetti esterni, quando non decidano di provvedervi con proprie strutture;
3. integrazione tra gli interventi del servizio sanitario e quelli degli enti locali: nell'erogazione di servizi socio-sanitari, che richiedono necessariamente una collaborazione tra diverse professionalità e competenze, comuni e ASL hanno elaborato percorsi e modelli organizzativi, diversi a livello regionale, finalizzati ad assicurare servizi di qualità alle comunità locali;
4. valorizzazione e coinvolgimento dei soggetti non profit, in specie Enti del Terzo settore, sia nella fase programmatoria sia in quella realizzativa degli interventi, accanto al loro inserimento nell'ambito dell'accreditamento istituzionale;

Nella cornice sopra brevemente delineata, si colloca la legge regionale Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, recante “Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale”, che, *inter alia*, ribadisce che il servizio sanitario regionale persegue i seguenti obiettivi:

1. Erogare in modo uniforme e omogeneo i LEA sull'intero territorio regionale;
2. Rafforzare la medicina territoriale e di prossimità, allo scopo di favorire l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociosanitarie a livello locale;
3. Realizzare modelli organizzativi territoriali che contribuiscano alla piena integrazione tra i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale;
4. Valorizzare la partecipazione dei cittadini e dei corpi intermedi, riconosciuti quali soggetti attivi, nella promozione della salute, nei processi decisionale e nella co-progettazione con le comunità locali

La l.r. n. 18/2025 riconosce un ruolo primario al Piano Sanitario e Sociale integrato regionale, che deve essere orientato, tra l'altro, a:

1. Fornire gli indirizzi e le procedure per la predisposizione dei piani di zona;
2. Fissare i criteri generali per l'accreditamento delle strutture e dei servizi sociali;
3. Definire l'intensità della gestione associata e integrata dei servizi sociali e sociosanitari nell'ambito territoriale sociale.

Avuto riguardo a quest'ultimo specifico aspetto, la legge regionale in parola stabilisce che "Al fine di facilitare l'integrazione sociosanitaria e l'efficientamento delle risorse professionali e strumentali dei servizi, si prevedono accordi tra il SSR (ASL) e i comuni (ambiti territoriali sociali) per facilitare l'accesso dei cittadini attraverso i punti unici di accesso (PUA), all'interno delle Case della comunità con il supporto del terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata." (art. 17-bis, comma 5, l.r. 41/2006, così come novellato dall'art. 10, l.r. 18/2025).

Potenziamento del territorio, integrazione sociosanitaria e coinvolgimento del Terzo settore sembrano dunque essere la "cifra" distintiva dell'intervento legislativo regionale. Se, da un lato, trattasi di previsioni che si rintracciano anche in altre legislazioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria, dall'altra, non deve sfuggire ai lettori che la l.r. in parola intende adottare un approccio netto e chiaro nei confronti delle "modalità" di realizzare gli obiettivi che l'ordinamento giuridico ed istituzionale affida alle Regioni in materia di sanità. Si tratta di un approccio che, invero, privilegia l'integrazione sociosanitarie, da un lato, e il rapporto (ricercato) con i soggetti non lucrativi.

In ordine alla prima, è interessante notare che il legislatore regionale riconosce la possibilità ai singoli enti pubblici competenti di delineare modelli organizzativi innovativi che, pur muovendo da disposizioni di carattere "sanitario" (si pensi, per tutte, al d.m. 77/2022 sulla medicina territoriale) sappiano coniugare istanze di natura prettamente sanitaria con la domanda di protezione sociale, individuando nella "terra di mezzo" dell'integrazione sociosanitaria la strada da percorrere.

In ordine al rapporto con i soggetti giuridici del Terzo settore, in particolare, la scelta del legislatore regionale ligure è quella di considerare questi ultimi quali soggetti coinvolti in modo attivo e responsabili nel perseguimento di finalità di interesse generale, collaborando alla definizione di interventi, azioni e progettualità capaci di rispondere in modo efficace ai bisogni delle comunità locali. In questo senso, si pensi, per esempio, alla possibilità di realizzare le Case della Comunità in conformità ai principi della co-programmazione e della co-progettazione.

Alle autonomie locali, in quest'ottica, è riservato un ruolo fondamentale, in quanto, gli enti locali, in accordo con gli enti del servizio sanitario, potranno definire, delineare, programmare e progettare gli interventi ritenuti più adeguati in collaborazione con gli Enti del Terzo settore.

In ultima analisi, sulla base delle sintetiche osservazioni sopra richiamate, si può comunque ritenere che dalla legge regionale potranno discendere applicazioni operative e sperimentazioni gestionali, specie di natura integrata, che potranno senza dubbio contribuire ad innalzare il livello di garanzia dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni sociali.