

Pubblico e privato nella tutela della salute.
Sulle misure introdotte dalla legge annuale per il mercato
e la concorrenza e dalle nuove disposizioni in tema di assistenza territoriale

di Renata Spagnuolo Vigorita

SOMMARIO: 1. La legge annuale per il mercato e la concorrenza: le finalità. – 2. La concorrenza nella sanità tra le proposte dell’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato e la scelta legislativa. Cenni al Decreto Ministeriale n. 77 del 2022. – 3. Le politiche pubbliche del servizio sanitario nei modelli di *management*. Una sintesi. – 4. La concorrenza nell’erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso il prisma della natura giuridica degli strumenti. – 5. Segue: la nuova disciplina. – 6. Concorrenza e programmazione. – 7. Un nuovo approccio di promozione della tutela della salute: *welfare* comunitario. – 8. *Accountability* e verifica dell’effettività.

1. *La legge annuale per il mercato e la concorrenza: le finalità*

La legge 5 agosto 2022 n. 118, legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021, (pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 12 agosto) reca disposizioni in materia di concorrenza che riguardano, tra le altre, le modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni sanitarie. E prima di tutto lo spazio di possibile competizione tra pubblico e privato, introdotto a partire dalla riforma avviata negli anni novanta del secolo scorso.

Le finalità cui l’intero impianto normativo è ispirato sono enunciate dall’articolo 1, in base al quale “gli interventi oggetto della legge sono finalizzati a promuovere la concorrenza, anche al fine di garantire l’accesso ai mercati di imprese di minori dimensioni, tenendo in adeguata considerazione gli obiettivi di politica sociale connessi alla tutela dell’occupazione, nel quadro dei principi dell’Unione europea; di contribuire al rafforzamento della giustizia sociale, di migliorare la qualità dei servizi pubblici e di potenziare lo sviluppo degli investimenti e dell’innovazione in funzione della tutela dell’ambiente, della sicurezza e del diritto alla salute dei cittadini”.

2. *La concorrenza nella sanità tra le proposte dell’AGCM e la scelta legislativa. Cenni al Decreto Ministeriale n. 77/2022*

Il servizio sanitario, la sua organizzazione e i sistemi di erogazione delle prestazioni rappresentano questioni tutte di politica e giustizia sociale e tutte oggetto, in potenza, di innovazioni e investimenti per la migliore resa possibile. In altre parole, la questione delle forme di concorrenza nel servizio sanitario intercetta esattamente, e su più piani, le finalità cui la legge sulla concorrenza è finalizzata.

Non è un caso che sulla questione l’Autorità Garante della Concorrenza

e del Mercato abbia segnalato al Governo una serie di proposte di modifica dell'impianto normativo di riferimento, rappresentato, come è noto, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502¹, e per quello che interessa più immediatamente il tema di cui si discute, dall'articolo 8 *ter/quinquies*.

Partendo dal rilievo in base al quale solo un intervento che aumenti le condizioni di concorrenza nell'accesso delle strutture private all'erogazione delle prestazioni sanitarie sia in grado di garantire una più efficiente allocazione delle risorse pubbliche e una maggiore libertà di scelta, l'apertura alla concorrenza viene letta dall'AGCM come uno strumento da perseguire sotto il profilo dell'efficacia delle prestazioni sanitarie e sotto quello del rispetto del vincolo di spesa.

Nell'ottica dell'AGCM, l'iniziativa economica privata in ambito sanitario scontrerebbe un doppio ordine di ostacoli, rappresentati, da un lato, da un mercato concorrenziale appesantito da ritardi dovuti all'eterogeneità dei meccanismi di implementazione del sistema da parte delle regioni²; dall'altro, per le attività non convenzionate, quello di un accesso al mercato condizionato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari.

Per superare tali barriere l'Autorità ha suggerito al Governo non solo di svincolare l'accreditamento dalla verifica di fabbisogno, ma anche di eliminare il regime dell'accreditamento provvisorio. Inoltre e ai medesimi fini, l'Autorità ha segnalato, meglio auspicato, un sistema di convenzionamento su base selettiva, non discriminatoria, periodica e trasparente. Per favorire la scelta dell'utenza del luogo di cura, infine, l'Autorità ha sottolineato poi la necessità di implementare l'informazione sulle *performance* delle strutture pubbliche e private, in termini di efficienza gestionale e di qualità del servizio. I suggerimenti e le segnalazioni prospettate dall'AGCM, come si vedrà solo parzialmente recepiti dal legislatore³, riflettono appieno l'idea di fondo che vede nella protezione pubblica dei settori nei quali si registra una certa apertura alla concorrenza un impatto negativo sulla produttività. Una impostazione di tal fatta postula che decisioni di politica economica, segnatamente quelle in ordine alla modulazione dell'intervento pubblico, conoscano dinamiche concorrenziali in grado di recuperare, appunto, competitività.

Le misure prospettate dall'AGCM, allora, sono utili ad introdurre il contesto

¹ F. ROVERSI MONACO (a cura di) *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, Bologna, 1993; F. BALASSONE, D. FRANCO, *La difficile riforma del welfare: il settore della sanità*, in *Stato e Mercato*, 3/1995, 43 ove sottolineato il carattere spesso "reattivo" e non "anticipativo" delle politiche sanitarie italiane; F. LIGUORI, *Impresa privata e servizio sociale nella sanità riformata*, Napoli, 1996; C.E. GALLO, B. PEZZINI, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998; G. FRANCE, *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato. Il caso della concorrenza nel servizio sanitario nazionale*, Milano 1999.

² R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2019, 9.

³ Come ben evidenziato dal dossier del Senato sullo schema di disegno di legge, n. 490, legislatura 18.

di sistema in cui la questione più specifica della concorrenza in sanità si inserisce. Tale questione, che involge scelte in ordine alla erogazione dei servizi sanitari, si arricchisce ora di un altro elemento, potenzialmente in grado di disegnare una nuova architettura, organizzativa e di prestazione, che si riflette sullo studio del modello di concorrenza in sanità. Ci si riferisce, più in particolare, alle previsioni di cui al decreto ministeriale n. 77/2022⁴ (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 22 giugno 2022), in tema di assistenza territoriale⁵: emblema, in uno con la annosa questione delle liste di attesa, del cattivo funzionamento del regime concorrenziale percorso ed attuato negli ultimi decenni. Poiché, così almeno sembra potersi dedurre da una prima lettura, idoneo ad implementare il coinvolgimento degli operatori anche *non profit*. E, prima ancora, a differenziare le istanze provenienti dai singoli territori.

3. *Le politiche pubbliche del servizio sanitario nei modelli di management. Una sintesi*

Le previsioni contenute nella legge annuale sulla concorrenza consistono, come accennato, in pochi interventi ma particolarmente significativi, soprattutto tenendone presente la collocazione temporale. Il contesto e il tessuto socio economico su cui le disposizioni in commento si innestano rivestono importanza decisiva e spiegano il significato del mutamento legislativo.

La legge è stata infatti adottata all'esito del superamento della fase più acuta della pandemia⁶ che ha mostrato le debolezze e le criticità di un sistema di offerta dei servizi sanitari e, più in generale, del "sistema" salute. Ciò ha comportato si riaccendesse il dibattito pubblico – privato nella sanità, che ha conosciuto momenti di confronto tra visioni opposte, anche alla luce delle risposte offerte da alcuni sistemi regionali.

Per saggiare nello specifico il grado di innovatività delle previsioni dettate dalla legge annuale per la concorrenza e dal D.M. citati – anche al fine di coglierne in maniera più chiara la portata - conviene muovere da una ricostruzione dei termini del rapporto pubblico privato in sanità che prenda a riferimento gli ultimi trenta anni. Non senza premettere, che nel servizio sanitario, come è noto, la concorrenza è stata tradizionalmente concepita in termini di competizione esclusiva tra pubblico e privato e che la razionalizzazione della spesa pubblica, effetto cui tale competizione può portare, è stata spesso guardata con sospetto per il timore di un dirottamento delle risorse a tutto vantaggio degli operatori privati.

⁴ F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *Federalismi.it*, 7.9. 22.

⁵ M.A. SANDULLI, (a cura di) *L'assistenza domiciliare integrata*, Napoli, 2021.

⁶ M. COSULICH, *Il governo della salute ai tempi della pandemia da Covid-19: piu' Stato meno Regioni?*, in *Le regioni*, 2021.

Nell'arco temporale preso qui a riferimento, e che guarda alle riforme approntate sul finire degli anni '90 del secolo scorso, le politiche sanitarie sono state attraversate ciclicamente da interventi di riordino di segno diverso, mentre immutato è rimasto l'obiettivo non sempre dissimulato volto al contenimento della spesa.⁷ In una disamina diacronica che riassume i diversi orientamenti che hanno contrassegnato gli interventi riformatori del servizio sanitario non può non essere posto in rilievo quanto le politiche pubbliche⁸, anche di settore, siano fortemente condizionate dai modelli di *management* applicati alle amministrazioni pubbliche: poiché è da questi che derivano e sono derivate le diverse graduazioni del rapporto e dei pesi pubblico-privato. Il modello del *new public management* aveva individuato nel mercato e nella competizione la risposta pubblica alle esigenze della collettività, cui ha fatto seguito una svolta organizzativa in senso managerialista dalla quale sono derivate, tra le altre, nuove forme di responsabilità e di controlli sull'attività in funzione del raggiungimento del risultato. Ecco perché l'introduzione di forme di aziendalizzazione può dirsi comune alle riforme che hanno contrassegnato il settore tra gli anni 1990-2000⁹, nei quali si registra l'assegnazione di un ruolo strategico di gestione alle direzioni generali con il compito di rivedere l'organizzazione dei servizi e delle dinamiche di spesa. La riforma del 1992, infatti, aveva previsto un accesso al mercato ad un numero non definito di operatori sanitari, dunque in piena concorrenza. A presidio di tale forma di concorrenza uno strumentario fatto di provvedimenti a basso tasso di discrezionalità e di regole oggettive e trasparenti¹⁰. Nella convinzione che il mercato avrebbe aiutato il contenimento della spesa e contestualmente teso verso una equiordinazione delle strutture pubbliche e private, assicurando altresì la libertà di scelta da parte dell'utenza.

A partire dalla fine degli anni 1990 e per tutto il primo decennio degli anni 2000, anche in conseguenza della riforma del titolo V della Costituzione¹¹, il ruolo delle Regioni aumenta in modo inversamente proporzionale al dimensionamento delle aziende pubbliche, degli ospedali: così, al sistema fondato sulla competizione governata si sostituisce, nella sostanza, l'obiettivo strategico del

⁷ Per una ricostruzione del de-finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, si rimanda a A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, III ed, 2020.

⁸ A. LA SPINA, *Politiche pubbliche. Analisi e valutazione*, Bologna, 2020.

⁹ R. BALDUZZI, G. CARPANI, (a cura di) *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013; N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di) *Trattato di diritto amministrativo*, Milano, 2000, 414.

¹⁰ Per la riforma del servizio sanitario impressa dall'impianto del 1992, in aggiunta agli autori citati alla nota n. 1, cfr. F.A. ROVERSI MONACO (a cura di) *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, in particolare R. RUSSO VALENTINI, *Commento agli artt.8 bis e ss. 305 e ss.*

¹¹ B. CARAVITA DI TORITTO, *Per un federalismo equilibrato e solidale*, in *Rass. Parlam.*, 2003; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, in *Politica del diritto*, 2002, 3, 345 e ss.

coordinamento.¹² Ciò rappresenta il portato del graduale abbandono del modello economico descritto dal *new public management*, e riflette il progressivo recupero dei diritti di cittadinanza, il rafforzamento del principio di sussidiarietà¹³. Dunque la competizione, almeno in teoria, si inserisce in una amministrazione pubblica che si pone tra l'economia e la società, che orienta l'erogazione del servizio pubblico a partire dal bisogno.¹⁴ Con la conseguenza che gli strumenti di diritto amministrativo utilizzati a presidio della concorrenza vengono rivisitati in chiave programmatica¹⁵: ritorna al pubblico, infatti, il potere di verifica del fabbisogno delle strutture, dunque la determinazione dei soggetti da far entrare nel mercato dei servizi sanitari, del numero di attività da svolgere in nome e per conto del SSN¹⁶.

4. *La concorrenza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso il prisma della natura giuridica degli strumenti. Segue: la nuova disciplina*

A cogliere in maniera quasi plastica tale inversione di tendenza¹⁷ concorre la lettura che la giurisprudenza ha offerto della gamma di mezzi prescelti a presidio della concorrenza nell'ambito dell'erogazione delle attività sanitarie. Riassumendo i termini della questione¹⁸, il sistema delineato dal citato decreto legislativo 502/92, come poi modificato e integrato, consente l'ingresso di operatori privati, realizzazione di nuove strutture sanitarie e si articola in due momenti procedurali¹⁹, interconnessi ma distinti, e che prevedono: l'intervento del

¹² R. BALDUZZI, A. DI GASPARE, (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V*, Luiss, Centro Vittorio Bachelet, Quaderni, 28, Milano, 2002.

Cfr. Rapporto Oasis (Observatory on healthcare organizations and policies in Italy)-Cergas (Centre for research on health and social management) Bocconi ,2021

¹³ Per la dimensione riconosciuta ai diritti sociali, si veda P. BILANCIA, (a cura di), *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, in *Federalismi*, 4, 2018.

¹⁴ A. LIPPI, *Modelli di amministrazioni pubbliche*, Bologna, 2022.

¹⁵ C.E. GALLO, *La concorrenza nell'erogazione dei servizi sanitari e la posizione delle imprese private*, in *Sanità pubblica e privata*, 2003, 3, 256.

¹⁶ Per la svolta in senso pianificatorio impressa dal decreto legislativo n. 229/1999 al settore sanitario sondata attraverso la ricostruzione della natura giuridica degli strumenti giuridici ivi previsti, cfr. R. SPAGNUOLO VIGORITA, *Politiche pubbliche del Servizio Sanitario. Profili giuridici*, Napoli, 2003.

¹⁷ C.E. GALLO, *Pubblico e privato nel S.S.N.: I presidi sanitari privati*, in *Sanità Pubblica*, 1997, 378, secondo cui il riconoscimento del diritto all'accreditamento non ha comportato una liberalizzazione, ma "anzi un controllo ancora più penetrante della struttura pubblica sulla struttura privata".

¹⁸ Su cui si vedano V. MOLASCHI, *Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali tra esigenze di contenimento della spesa pubblica e tutela della concorrenza*, in *Giur. it.* 2014, 657 e ss; M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano 2012; G. BOCALE, *Sulla "natura" giuridica dell'accreditamento sanitario*, in *Federalismi*, 2018.

¹⁹ N. POSTERARO, *Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie, verifica di compatibilità regionale e silenzio assenso tra amministrazioni*, in *Giorn. dir.amm.*, 1/2021, spec. 113.

Comune quanto a verifica dei requisiti e presupposti urbanistici, igienico sanitari in materia di autorizzazioni e concessioni; quello della Regione per la verifica della compatibilità della struttura privata rispetto alle esigenze “di programmazione dell’attività sanitaria e ospedaliera in modo da assicurare l’inserimento della struttura nel contesto di offerta sanitaria, anche in riferimento all’incidenza della progettata iniziativa nel quadro locale e regionale”²⁰. Da questo punto di vista, particolarmente utile ai fini che qui interessano, e segnatamente per l’esatta qualificazione dell’accreditamento, è la ricostruzione del quadro normativo di riferimento contenuta in una recente sentenza della Corte Costituzionale²¹. Vi si legge infatti che “la riforma realizzata – in forza della delega di cui all’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421²² – dal d.lgs. n. 502 del 1992, superando l’assetto delineato dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), ha prefigurato una concorrenza tra le prestazioni offerte da strutture pubbliche e private munite dell’accreditamento cosiddetto istituzionale.”²³

“Nell’assetto originario del d.lgs. n. 502 del 1992, l’accreditamento cosiddetto istituzionale era subordinato al possesso, da parte delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private, di determinati standard di qualificazione e si riteneva avesse valenza autorizzatoria vincolata al ricorrere degli stessi. In seguito, l’art. 8-*quater* del d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto in una prospettiva di riduzione della spesa dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229²⁴, ha subordinato, al comma 1, l’accreditamento anche alla funzionalità della struttura richiedente agli indirizzi di programmazione regionale”. L’accreditamento risulta così, anche a giudizio della Corte, strettamente connesso alle scelte programmatiche che governano la funzione di contingentamento e di selezione all’ingresso nel Servizio sanitario nazionale e più specificamente regionale. La Corte ne deduce la conseguenza per cui “non tutti i privati in possesso dei requisiti tecnici richiesti hanno diritto a ottenere l’accreditamento ma solo quelli la cui attività si inserisce in modo appropriato nella programmazione regionale”. Nella concessione dell’accreditamento, secondo le conclusioni della Corte, è possibile rintracciare “una sfera di discrezionalità... in considerazione della valutazione della rispondenza e adeguatezza agli obiettivi della programmazione”²⁵.

²⁰ Così Cons. St., III, 7 marzo 2019 n. 1589.

²¹ Corte costituzionale, sentenza n. 113 del 9 maggio 2022.

²² Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.

²³ Detto accreditamento, è mirato al riconoscimento del possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti, secondo quanto ha avuto modo di affermare la Corte Costituzionale con la sentenza n. 416 del 1995.

²⁴ Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

²⁵ Con sentenza n. 200/2005 la Corte Costituzionale ha rinvenuto nella compatibilità con le risorse organizzative e finanziarie disponibili uno dei termini della necessaria operazione di bilanciamento degli interessi.

Ne deriva che l'accreditamento non può dirsi consista di una sola valutazione, di carattere vincolato²⁶, circa la sussistenza in capo alla struttura sanitaria dei richiesti standard di qualificazione. E ciò in quanto all'esito della verifica della sussistenza di tali ultimi segue un'altra valutazione, di carattere invece discrezionale, postulato delle risultanze della programmazione regionale.

Anche la giurisprudenza amministrativa è giunta nel tempo alle medesime conclusioni, riconoscendo all'accreditamento il carattere di un provvedimento non già autorizzativo²⁷, bensì abilitativo-concessorio^{28,29}. Un ibrido tra la concessione di servizio pubblico e l'abilitazione tecnica idoneativa³⁰.

L'accreditamento³¹, in sintesi, conferisce alle strutture autorizzate la qualifica di soggetto idoneo a erogare prestazioni e servizi sanitari per conto del SSN. Mentre è solo la stipula di accordi contrattuali, ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del d.lgs. n. 502 del 1992, (attraverso cui vengono definiti programmi di attività, con indicazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili) a rappresentare il titolo abilitativo per fornire, in concreto, prestazioni a carico del SSN³². "L'effetto dell'accreditamento, quindi, è quello di abilitare il singolo operatore ad erogare prestazioni sanitarie "per conto" del SSN, il che prelude all'esercizio di attività sanitarie anche "a carico" dello stesso per il tramite della stipula dei successivi accordi contrattuali"³³. Alle Regioni³⁴ sono pertanto demandate la disciplina delle

²⁶ A. ORSI BATTAGLINI, *Attività vincolata e situazioni soggettive*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 1998, 349; L. FERRARA, *Diritti soggettivi ad accertamento amministrativo. Autorizzazione ricognitiva, denuncia sostitutiva e modi di produzione degli effetti*, Milano, 1996; P. GOTTI, *Gli atti amministrativi dichiarativi. Aspetti sostanziali e profili di tutela*, Milano, 1996.

²⁷ Cfr. M. CLARICH, *Autorizzazioni e concessioni: presidi dell'interesse pubblico o barriere all'accesso al mercato?*, in *Il dir. dell'economia* 1/2015, 99 e ss.; V. SPAGNUOLO VIGORITA, *Aspetti giuridici della disciplina dell'iniziativa privata*, in *Dir. econ.* 1955, 889 e ss.; F. FRANCHINI, *Le autorizzazioni amministrative costitutive di rapporti giuridici tra l'amministrazione e i privati*, Milano, 1957; R. VILLATA, *Autorizzazioni amministrative e iniziativa economica privata. Profili generali*, Milano, 1974; F. FRACCHIA, *Autorizzazione amministrativa e situazioni giuridiche soggettive*, Napoli, 1996.

²⁸ A. QUARANTA, *L'accreditamento come atto di abilitazione nel servizio Sanitario Nazionale*, in *Ragusan*, 2003, 15. A. MOLITERNI, *Il regime giuridico delle concessioni di pubblico servizio tra specialità e diritto comune*, in *Dir. amm.* 2012, 567 e ss.

²⁹ Consiglio di Stato, sez. III, 27 febbraio 2018, n. 1206.

³⁰ Così come di recente statuito, tra le altre, dalle sentenze della III sezione del Consiglio di Stato, 18 ottobre 2021, n. 6954; 30 aprile 2020, n. 2773; 3 febbraio 2020, n. 824.

³¹ F. SPANICCIATI, *Pubblico e privato nell'accreditamento sanitario*, in *Giorn.dir. amm.* 5/2016, 673 e ss.

³² R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, diretto da F.G. SCOCA, F.A. ROVERSI MONACO, G. MORBIDELLI, Torino 2007, 192-214.

³³ Consiglio di Stato, sez. III, 18 ottobre 2021, n. 6954, cit.

³⁴ "La Regione, in qualità di amministrazione titolare del servizio pubblico di assistenza sanitaria, è il soggetto che concede l'accreditamento ed è chiamata dallo stesso art. 8-quater del d.lgs. n. 502 del 1992 a stabilire i requisiti ulteriori a quelli minimi individuati in via generale da un atto di indirizzo e di coordinamento statale, costituito, ancora all'attualità, dal d.P.R. 14 gennaio 1997" (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome

modalità di accertamento e verifica sul rispetto dei requisiti minimi, l'individuazione di standard addizionali di qualità, che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento, nonché la definizione delle procedure per il rilascio dell'accreditamento, le ipotesi di revoca e i controlli³⁵.

Dalla disamina appena sopra condotta, sia pure in estrema sintesi, degli indirizzi della giurisprudenza, costituzionale ed amministrativa, può allora trarsi “la forte connotazione pubblicistica dell'accreditamento e la crescente valorizzazione della sua funzione di garanzia delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private”.

5. *Segue: la nuova disciplina*

Su tale impianto vanno ad incidere le disposizioni di cui all'articolo 15 (lett. da a) a c) della legge annuale per la concorrenza e il mercato, che introducono modifiche apparentemente minime, da un punto di vista quantitativo, ma a ben vedere di particolare impatto. Esse così possono riassumersi.

L'accreditamento istituzionale di nuove strutture sanitarie, pubbliche o private, o di nuove attività in strutture preesistenti, può essere concesso dalla Regione in base alla qualità e ai servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie. Viene così ad essere eliminato il regime dell'accreditamento provvisorio. Inoltre, la contrattazione della quota di mercato e di prestazioni erogabili dalle strutture accreditate per conto del servizio sanitario nazionale non è più configurata quale risultante della verifica degli esiti di valutazioni comparative della qualità e dei costi ma di selezione periodica sulla base di procedure trasparenti, eque, non discriminatorie.

Si tratta di un tentativo di creare un sistema di convenzionamento delle imprese private che operi su base selettiva e garantisca agli operatori privati un accesso equo e non discriminatorio al circuito del servizio sanitario regionale. Ma che recupera il tasso di pubblicità, e dunque il filtro di una valutazione rimessa all'esclusivo apprezzamento dell'amministrazione. Viene infatti previsto che la selezione tenga comunque conto della programmazione sanitaria regionale e delle verifiche di eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta.

di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private).

³⁵ Così ancora Corte Cost. sentenza 113/2022, cit.

6. *Concorrenza e programmazione*

Può dirsi che le disposizioni in commento abbiano effettivamente impresso nuova linfa alla concorrenza nel servizio sanitario? Solo parzialmente. E comunque non al punto di poter assumere superato il pieno assoggettamento dell'attività privata ad un penetrante controllo preventivo e dunque alla sottoposizione ad un regime contrassegnato dal previo atto amministrativo. Che non esclude in radice forme di concorrenza, piuttosto è funzionale a garantire una competizione, per quanto regolamentata³⁶. Le nuove disposizioni, infatti, non sembrano scardinare quel sistema che, secondo un orientamento ormai costante della giurisprudenza del Consiglio di Stato³⁷ “per essere in equilibrio presuppone una certa redditività che discende dal contingentamento....” Poiché una “offerta sovradimensionata rispetto al fabbisogno effettivo della collettività” sarebbe in grado di generare un processo di eccessiva concorrenza e portare ad una “inaccettabile caduta del livello della prestazione sanitaria”.³⁸

In questa ottica, neppure si prospetta una ingiustificata restrizione delle libertà fondamentali. Anzitutto, poiché in un regime aperto alla concorrenza quella del fabbisogno è verifica che opera direttamente il mercato³⁹; in secondo luogo, la peculiarità del settore è idonea a sorreggere un impianto normativo speciale⁴⁰, in cui si confrontano la libertà di iniziativa economica privata sancita dall'articolo 41 della Costituzione e il diritto alla salute, primario e insuscettibile di ogni forma di subordinazione ad ogni altro valore costituzionalmente tutelato.⁴¹ In questo senso è anche la giurisprudenza delle corti europee, secondo cui la salute riveste una importanza primaria tra i beni e gli interessi protetti dal Trattato tale da lasciare agli Stati membri, nei limiti dell'osservanza del principio di proporzionalità, un ampio margine di discrezionalità nel decidere il livello al quale intendono garantire la tutela della salute pubblica: motivo di interesse imperativo in grado di derogare alla libera prestazione dei servizi.⁴² Entro i suindicati limiti, la giurisprudenza europea si è espressa peraltro nel senso di

³⁶ Così F. GIGLIONI, *Manuale di diritto sanitario*, Bari, 2020.

³⁷ Cfr. tra le tante, Cons.St., sez. III, 7/3/2019 n. 1589.

³⁸ Così ancora Cons. St., sez. III n. 1589/2019 cit.

³⁹ G. CORSO, N. RANGONE, M. DE BENEDETTO, *Diritto amministrativo effettivo. Una introduzione*, Bologna, 2022, 346.

⁴⁰ Tar Campania, Napoli, sez. I, 3/7/19 n. 4167.

⁴¹ Pur se in tema di contratti pubblici, per una rassegna della giurisprudenza costituzionale che riconosce legittimo subordinare la libertà di iniziativa economica privata ad esigenze generali indicate dalla legge, a partire dalla sentenza della Corte n. 29 del 1957, cfr. da ultimo, G. RIVOSECCI, *Anche la virtù necessita di limiti: tutela della concorrenza vs. libertà di iniziativa economica*, in *Giorn. dir. amm.* 4/2022, spec. 512.

⁴² Cfr. Corte di Giustizia Unione Europea, sez. IV, 5/12/2013, Venturini vs Asl Varese, cause riunite C-159/12 e C-162/12; CGCUE, 11/9/2008, Commissione vs Germania, in C-141/07.

ritenere il regime di previa autorizzazione amministrativa non in contrasto con l'articolo 106 T.U.E. purché fondato su “criteri oggettivi, non discriminatori e noti in anticipo”.⁴³ L'esigenza di assicurare la copertura capillare nel territorio di servizi ed apparecchiature a bassa redditività giustifica la mano dello stato (*id est* della Regione).⁴⁴

Si comprende allora la scelta di intervenire nella materia di che trattasi attraverso lo strumento della legge sulla concorrenza e al tempo stesso la prudenza usata dal legislatore nel non eliminare al fondo la visione programmatica del servizio, non raccogliendo tutti i già elencati suggerimenti dell'AGCM che prevedevano, come detto, di sganciare, per così dire, l'accreditamento regionale dalla previa verifica del fabbisogno.⁴⁵ Certo è innegabile che l'accreditamento attribuisca a chi ne è titolare una posizione concorrenziale di plusvalore rispetto agli altri operatori privati: da questo punto di vista, allora, la definizione del fabbisogno non può essere utilizzata dalle Regioni come strumento per consolidare tale posizione di vantaggio, congelando il mercato di riferimento. Si tratta di un rischio segnalato e riscontrato da recenti sentenze del Consiglio di Stato⁴⁶, secondo cui “la valutazione del fabbisogno non può essere illimitata né schiudere la strada ad ingiustificate e sproporzionate restrizioni dell'iniziativa economica privata, senza trovare un ragionevole e proporzionale contro bilanciamento nella cura in concreto, da parte della pubblica amministrazione decidente, dell'interesse pubblico demandato”.⁴⁷ Inteso in questi termini, come cioè provvedimento puntuale e riferito al caso specifico, la valutazione del fabbisogno non si pone necessariamente quale strumento di pianificazione vero e proprio⁴⁸. E tanto sembra trovare conferma non solo nelle nuove disposizioni dedicate all'accreditamento, quanto in quelle che disciplinano la fase che ne sta a valle e rappresentata dalla conclusione di accordi contrattuali. La previsione che subordina la possibilità per i soggetti accreditati di erogare le prestazioni in nome e per conto del servizio sanitario nazionale agli esiti di periodiche procedure di selezione, trasparenti, eque e non discriminatorie,

⁴³ CGUE, grande Camera, 10/3/2019, C-169/17.

⁴⁴ Cons. St., III, 10 luglio 2019 n. 4167.

⁴⁵ Secondo una recente sentenza del Consiglio di Stato, sez. III, 10 marzo 2022, n. 1717, in sede di accreditamento di strutture private la valutazione del fabbisogno si pone quale presupposto indefettibile delle istanze eventualmente presentate, sulle quali peraltro non può ritenersi operante il meccanismo del silenzio assenso.

⁴⁶ Cons. St., sez. III, 4/2/2021 n. 1043;

⁴⁷ Così Cons. St., sez. III, 10/2/2021 n. 1249, in cui pure il richiamo alla necessità di una valutazione del fabbisogno in concreto, accurata ed attualizzata, preceduta da una idonea istruttoria.

⁴⁸ Sulla questione dell'esame del bisogno come condizione in ordine all'*an* della decisione di ammettere un'impresa nel mercato, e sulla c.d. autorizzazione con accertamento del bisogno, cfr. V. SPAGNUOLO VIGORITA, *Attività economica privata e potere amministrativo*, ora in *Opere giuridiche*, vol. II, Napoli, 2001, 71.

con criteri oggettivi, concorre a ridurre posizioni di rendita e ad implementare per l'effetto la concorrenza.

Viene così introdotta una misura idonea a controbilanciare l'esercizio del potere discrezionale rispetto alle situazioni giuridiche soggettive di quei soggetti in possesso dei requisiti previsti tanto per ottenere l'autorizzazione quanto l'accreditamento.

A parità di condizioni, in altri termini, la qualifica di operatore che agisce all'interno del servizio sanitario viene ora riconosciuta all'esito di procedure di tipo concorsuale. In questo modo, nella strutturazione del servizio sanitario nazionale, l'apertura ad un mercato definibile concorrenziale sembra più netta rispetto a quanto complessivamente desumibile dalla disciplina previgente.

Certo, la selezione deve tener conto della programmazione sanitaria regionale e delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento, come anticipato. Resta quindi intatta una sequenza di scelta del contraente che non può dirsi avulsa dall'esistenza di una condizione di asimmetria delle parti: nella quale infatti continua ad essere rintracciabile l'esistenza di un potere all'interno della fattispecie normativamente attratta nell'area del diritto privato.

La questione del rapporto tra aperture alla concorrenza e scelte di stampo programmatico va perciò affrontata tenendo ben presente il rischio che qualsiasi forma di assolutizzazione del problema comporta: negare i benefici della concorrenza sull'effettività delle scelte pubbliche significa non fornire un contributo utile al dibattito che cerca di intercettare le nuove direttrici lungo cui si muove la scienza del diritto amministrativo.⁴⁹ Pianificazione e concorrenza possono coesistere, nella misura in cui si riconosca alla seconda la capacità di rafforzare la giustizia sociale e alla prima un valore generale ed indicativo⁵⁰.

La validità di tale conclusione risulta ulteriormente suffragata dalla lettura delle disposizioni del codice civile in tema di concorrenza. Segnatamente, l'articolo 2595 c.c. prevede che la concorrenza non debba ledere gli interessi dell'economia nazionale⁵¹. In altre parole, tanto l'autonomia privata quanto le scelte dell'autorità pubblica risultano in fondo sottoposte a fini e a condizioni che condividono la stessa matrice, rappresentata dalla dimensione politica degli interessi pubblici coinvolti nella regolamentazione del settore. Del resto, la salute rappresenta un traguardo di elevato e diffuso benessere che l'amministrazione è chiamata a raggiungere, che può imporre manifestazioni formali e criteri di azione, modelli organizzativi in grado di correggere il corso altrimenti spontaneo delle forze economiche.

⁴⁹ M. D'ALBERTI, *Concorrenza e diritto amministrativo*, in *Giorn. dir. amm.*, 1/2022, 5 e ss.

⁵⁰ Così ancora M. D'ALBERTI, op. ult. cit, p.8.

⁵¹ V. SPAGNUOLO VIGORITA, *Attività economica e potere amministrativo*, cit. 154.

7. *Un nuovo approccio di promozione della tutela della salute: welfare comunitario*

Il sistema complessivo della concorrenza nell'erogazione dei servizi sanitari e socio assistenziali⁵² non può essere studiato guardando ai soli termini pubblico-iniziativa economica privata, perché ciò rischia di svilire la complessità del tema.

Ne rappresenta conferma quanto è dato desumere dalle disposizioni contenute nel recente D.M. 77/22,⁵³ cui si è in precedenza fatto già riferimento, e con il quale sono stati previsti modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale. Il citato decreto ministeriale 77/2022 privilegia, almeno in via teorica, un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo⁵⁴ di promozione comunitaria della salute e di *welfare* generativo, inteso come forma di soddisfazione dell'interesse generale che lo Stato si prefigge di raggiungere attraverso la instaurazione di rapporti di collaborazione con i cittadini, singoli o associati.⁵⁵ Viene introdotta così una dimensione del servizio sanitario come "parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario secondo un approccio *one health* e con una visione olistica"⁵⁶.

Occorre ora specificarne altri contenuti, almeno in via di prima approssimazione, per saggiare la reale portata ed effettività della riportata disposizione regolamentare⁵⁷. Anzitutto, i contenuti del regolamento di che trattasi vanno ricordati anche con altra missione prevista dal PNRR, la numero 5, che prevede investimenti sulle infrastrutture sociali, servizi sociali e sanitari di comunità.

Con l'intento di perseguire la strategia di una pianificazione che tenga conto degli obiettivi di rafforzamento e valorizzazione dei servizi attraverso la definizione di standard qualitativi e strutturali. Più in particolare, l'obiettivo avuto di mira risiede nella elaborazione di un modello di erogazione unico per tutto il territorio che garantisca il rispetto dei livelli essenziali di assistenza⁵⁸ e riduca le disuguaglianze.

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e gli standard delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario,

⁵² G.F. CARTEI, *Servizi sociali e regole di concorrenza*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.* 3/4, 2007, 627 ss.

⁵³ Su cui R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2/22.

⁵⁴ Sul tema si veda A. R. FAVRETTO, *Diritti, cultura della salute e partecipazione*, in R. BALDUZZI, a cura di, *Trent'anni di servizio sanitario*, Bologna, 2007, 165.

⁵⁵ C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di) *Dal welfare state al welfare di comunità*, Bologna, 2017.

⁵⁶ Piuttosto stridente rispetto alle promettenti e alte intenzioni la circostanza che il Decreto in parola sia frutto della mancata intesa espressa dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato e Regioni e rappresenti dunque l'esito dell'attivazione della procedura di cui all'art. 3, c., 3, d.lgs 281/97 che attribuisce poteri sostitutivi al Consiglio dei Ministri.

⁵⁷ Adottata nell'ambito della Missione 6 del PNRR, Reti di prossimità.

⁵⁸ Definiti dal Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, i cui indicatori sono previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia previsto dall'art. 3, comma 6, del D.M. 12/3/19.

ambientale e climatico viene assicurato attraverso una rete di gestione e coordinamento funzionale e organizzativo, al cui centro è posto il Distretto, articolazione dell'Asl dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria. Nel rispetto ed in coerenza con i livelli essenziali di prestazioni sociali e degli Ambiti Territoriali Sociali⁵⁹, anche attraverso forme di integrazione con i servizi sociali, sono individuati nuovi moduli organizzativi e figure professionali. Stratificazione della popolazione attraverso il ricorso ad algoritmi di tipo predittivo; sanità di iniziativa; medicina di popolazione; case e ospedali di comunità; centrale operativa territoriale e assistenziale sono alcuni dei mezzi individuati per assolvere il fine avuto di mira.⁶⁰ Alla valorizzazione ed al rafforzamento dei servizi sul territorio concorrono le organizzazioni di volontariato: tanto è espressamente ricompreso tra gli obiettivi strategici, ma non sembra sufficientemente chiarito attraverso quali modalità.

Il riferimento alla co-progettazione, infatti, in un sistema organizzativo cui si applicano le stesse condizioni previste in generale per l'erogazione di prestazioni sanitarie, cioè autorizzazione e accreditamento, non lascia intravedere con immediatezza il ruolo della progettazione strategica partecipata. E soprattutto nessuna indicazione viene data in ordine alla necessità di prevedere procedure di evidenza pubblica⁶¹. Sembra, in altri termini, che il decreto ministeriale contenga degli obiettivi di miglioramento delle condizioni della assistenza territoriale, dando anche rinnovato vigore ai Distretti, ma in sostanza si limiti a costruire le condizioni infrastrutturali, se così possono essere definite, non quelle di attuazione. E tanto peraltro non appare essere del tutto in linea con altra enunciazione del PNRR⁶², che, a proposito dell'inclusione sociale, individua espressamente nella pianificazione in co-progettazione di servizi, in quanto istituto che sfrutta sinergie tra amministrazione, iniziative sociali e volontariato (assicurando il reciproco scambio di competenze ed esperienze)⁶³, la chiave per operare una lettura più penetrante dei bisogni della collettività di riferimento al fine di marginalizzare i disagi. La programmazione di un'azione a corrispettivo sociale attraverso la valorizzazione e il sostegno degli enti del terzo settore⁶⁴ può rappresentare espressio-

⁵⁹ Cfr. L. 234/2001.

⁶⁰ D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus*, 2022, 5, p. 161, in particolare 171 e ss.

⁶¹ P. DE ANGELIS, *I sistemi di affidamento*, in C. BOTTARI, (a cura di) *Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbliche e accreditamento*, Torino, 2013.

⁶² Il tema della attuazione in concreto degli obiettivi individuati dal PNRR e quello del suo inquadramento giuridico sono trattati, rispettivamente, e tra gli altri, da V. CERULI IRELLI, A. GIURICKOVIC DATO, *Sugli interventi normativi necessari per l'attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza*, *Rassegna Astrid*, 2021, 16; M. CLARICH, *Il PNRR tra diritto europeo e nazionale: un tentativo di inquadramento giuridico*, *Astrid*, 2021, 21.

⁶³ F. TRIMARCHI BANFI, *Teoria e prassi della sussidiarietà orizzontale*, in *Dir.amm.*, 1/20, 3 ss.

⁶⁴ A. GUALDANI, *Il rapporto tra le pubbliche amministrazioni e gli enti del Terzo settore alla luce dei recenti*

ne della realizzazione più compiuta del principio di solidarietà sociale.⁶⁵ Si tratta dunque di una riforma che riveste grande importanza, nella misura in cui è volta ad assicurare uguaglianza nel diritto alla salute sull'intero territorio nazionale⁶⁶ e che, in quanto tale, necessita della creazione di un sistema di monitoraggio⁶⁷ che sia il meno complesso possibile⁶⁸. E tale riforma, come più volte anticipato nel corso del lavoro, si innesta sulla disciplina complessiva del Servizio Sanitario Nazionale, costituendone un nuovo “*regulatory layer*”⁶⁹ con cui va necessariamente raccordata e coordinata. La chiarezza si pone infatti come condizione per garantire l'effettività, poiché assicura accesso al diritto⁷⁰.

8. *Accountability e verifica dell'effettività*

Da questo punto di vista, cioè in riferimento all'accesso al diritto e alla effettività delle misure che lo assicurano, non può non sottolinearsi la portata che va riconosciuta ad un'altra delle disposizioni contenute nella legge annuale per il mercato e la concorrenza in tema di tutela della salute. Si tratta della norma⁷¹ che all'obbligo per tutti i soggetti, (pubblici e privati in possesso dell'accreditamento istituzionale), di indicare sul proprio sito istituzionale i tempi di attesa previsti e quelli medi effettivi per ciascuna prestazione erogata, aggiunge quello di pubblicare i bilanci e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e dell'attività medica svolta. Il rilievo di tale disposizione sembra potersi cogliere non tanto perché incide, ampliandola, sulla garanzia del rispetto del principio di trasparenza, quanto piuttosto perché significativa (in particolar modo per le

interventi normativi, in *Federalismi.it*, 21/2021; G. ARENA, *L'amministrazione condivisa ed i suoi sviluppi nel rapporto con cittadini ed enti del Terzo Settore*, in *Giur. cost.*, 3/2020, 1449 ss.; N. AICARDI, G. CAIA, M. DUGATO, M. GOLA, A. LOLLI (a cura di) *Diritto amministrativo e società civile*, Bologna, 2020.

⁶⁵ C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, Napoli, 2021; E. CAPELLANI, *Coesione sociale e politiche per la salute alla luce dell'attuazione nazionale del Recovery Fund*, in *Passaggi costituzionali*, 2021, 211.

⁶⁶ F.G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute*, Torino, 2022, 136 e ss., per il ruolo cardine del D.M. nell'assistenza sanitaria.

⁶⁷ L'articolo 2 del D.M. assicura il monitoraggio del sistema affidandolo all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) e dispone che agli esiti positivi delle verifiche corrisponda un finanziamento integrativo.

⁶⁸ Cons. St., sezione consultiva per gli affari normativi, 10 maggio 2022, n. 619.

⁶⁹ Così ancora la Sezione consultiva del Consiglio di Stato citata alla nota precedente.

⁷⁰ A ribadire tali concetti ancora Cons. St. cit. Sulla funzione consultiva in materia normativa esercitata in questi anni dal Consiglio di Stato, cfr. G. NAPOLITANO, *Consiglio di Stato e qualità della regolazione tra pandemia e PNRR*, in *Giorn. dir. amm.* 2/22, 153 ss.; L. CARBONE, *I pareri del Consiglio di Stato* in B.G. MATTARELLA, E. D'ALTERIO (a cura di) *La riforma della pubblica amministrazione*, Milano, 2017, 43 ss.; L. TORCHIA, *Funzione consultiva e funzione normativa: il Consiglio di Stato e le riforme*, in *Giorn. dir. amm.*, 3/2016, 285 ss.

⁷¹ Articolo 15, comma 2, lett. b) che modifica l'articolo 41, comma 6, del d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

strutture pubbliche) della considerazione finalmente accordata al coinvolgimento dell'utenza e, più in generale, alla vasta gamma degli *stakeholders*. Si può infatti ragionevolmente desumere che una simile previsione sottenda una modalità di rendicontazione necessaria e utile, anche, per implementare i processi decisionali e orientare l'utenza favorendo una scelta consapevole. Il tema è al centro da tempo degli studi delle scienze aziendalistiche⁷² che nella trasparente conoscenza e nella comprensione del valore pubblico generato attraverso la rendicontazione individuano una delle possibili risposte al bisogno di *accountability*⁷³. Monitoraggio e valutazione rappresentano un valore aggiunto che consente di fornire ai decisori delle politiche sanitarie, ai gestori dei servizi assistenziali, agli operatori sanitari e sociali un quadro da cui trarre le questioni nodali nella produzione di sanità. In questa direzione non mancano alcune esemplari esperienze regionali, come quella della Toscana⁷⁴: che attraverso una visione di insieme, sostenuta da strumenti di *machine learning*⁷⁵, ha dato vita ad un sistema di analisi delle diverse dimensioni del sistema sanitario⁷⁶, a tutto vantaggio anche della scelta da parte dell'utenza. La dimensione del sistema del controllo si apre a prospettive altre dalla dimensione puramente economica, declinata in chiave di efficienza ed efficacia: quelle sociali⁷⁷ e sostenibili, date cioè dalla soddisfazione dell'utenza e dalla rendicontazione all'ambiente economico ed extraeconomico.⁷⁸ Si tratta, in altri termini, di una metodologia – valutazione dell'impatto sociale – che consente, come sopra accennato, di dare valore alla conoscenza e alla partecipazione della comunità di riferimento e degli *stakeholders*. Questo tipo di valutazione assume grande rilievo anche, e forse soprattutto, quando applicata ad attività svolte dal privato sociale, che implementano attività di interesse generale. E, prima ancora, su di un piano generale, giuridifica⁷⁹ “percorsi argomentativi che pertengono ad altre scienze sociali e che sono necessari per condurre le richieste valutazioni di effettività”⁸⁰ del diritto.

⁷² P. RICCI, R. CIVITILLO, *La performance “benessere” tra i diritti nell'era Covid 19: misurazione, valutazione e interpretazione*, in B. GUASTAFERRO, L. TEBANO, (a cura di) *Cura, lavoro, diritti. L'Unione Europea e le sfide della contemporaneità*, Quad. 12/2022 Diritti, Lavoro e mercati.

⁷³ P. RICCI, *Accountability*, in A. FARAZMAD, (a cura di), *Global Encyclopedia of Public Administration. Public Policy and Governance*, Springer International Publishing, 2016.

⁷⁴ Di cui si veda il testo della relazione annuale per il 2019.

⁷⁵ Per una completa disamina del fenomeno si veda, tra gli altri, D.U. GALETTA, R. CAVALLO PERIN, *Il diritto dell'amministrazione pubblica digitale*, Torino, 2020. Algoritmi predittivi per la creazione di modelli strumentali alla stratificazione della popolazione sono previsti da ultimo nel D.M. 77/22.

⁷⁶ C. BOTTARI (a cura di) *La salute del futuro. Prospettive e nuove sfide del diritto sanitario*, Bologna, 2020, a proposito del ruolo svolto dall'evoluzione tecnologica sul tema salute.

⁷⁷ E. BORGONOVO, *Management per la salute. Scienze, diritti, responsabilità sociali, efficienza*, Milano, 2021.

⁷⁸ Così A. LA SPINA, *Politiche pubbliche*, cit., 188.

⁷⁹ In generale, sul tema cfr. M. RENNA, B. MARCHETTI, *I processi di giuridificazione, soggetti, tecniche, limiti*, Milano 2016.

⁸⁰ G. CORSO, M. DE BENEDETTO, N. RANGONE, *Diritto amministrativo effettivo. Una introduzione*, cit. 99, secondo cui si tratterebbe di misure determinanti dell'effettività.

Abstract

Le nuove norme che la legge annuale per il mercato e la concorrenza del 2022 detta a parziale modifica delle modalità di accesso al sistema del servizio sanitario offrono lo spunto per una riflessione sulla questione del rapporto pubblico – privato nella sanità e sulle politiche pubbliche del servizio sanitario. In questo contesto vengono analizzate anche le norme in tema di assistenza territoriale e le potenzialità sottese ad una riforma che guarda al sistema salute con diverso approccio, quello del *welfare* generativo e aperto alla partecipazione anche nella fase di progettazione delle misure. Il lavoro affronta infine il tema, anche esso introdotto dalla legge annuale per il mercato e la concorrenza, della *accountability* come modalità di verifica della effettività delle misure.

Public authorities and private in the protection of health. On the measures introduced by the annual market and competition law and the new provisions on territorial assistance

Provisions that the annual law for market and competition 2022 partially modifies access to health service system provide food for thought regarding public-private relationship in health care and public policies of public health service. Within this context, norms in the area of territorial care are also analyzed, as well as underlying potentialities in a reform looking towards the health system in a different approach, namely that of generative welfare and open to participation also at measure design stage. Finally, this paper addresses issues, also introduced by annual market and competition law, of accountability as a way of verifying effectiveness of measures.