

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale tra logiche di mercato e innovazione

Resoconto delle relazioni del gruppo di ricerca presentate
durante la conferenza internazionale ICON•S Cagliari del
3 e 4 ottobre 2025

di Veronica Anastasi, Gloria Mancini Palamoni, Vittorio
Pampanin, Tommaso Tornielli, Morena Verrengia



Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale tra logiche di mercato e innovazione*

di Veronica Anastasi, Gloria Mancini Palamoni, Vittorio Pampanin, Tommaso Tornielli, Morena Verrengia

1. Introduzione

di Veronica Anastasi, Gloria Mancini Palamoni, Vittorio Pampanin, Tommaso Tornielli, Morena Verrengia

Il panel esplora alcune delle principali forme di coinvolgimento dei privati all'interno del sistema sanitario nazionale nell'era della digitalizzazione. Prendendo le mosse dall'analisi dei rapporti tra strutture pubbliche e strutture private convenzionate, viste quali operatori economici di mercato, si cerca di rispondere al quesito sul se e come, anche a causa dell'innovazione tecnologica, sia in atto un progressivo e variegato processo di privatizzazione del servizio sanitario nazionale. Una riflessione finale è poi dedicata al (possibile) ruolo della digitalizzazione della sanità pubblica come argine a questo fenomeno. Proprio con riferimento alla disciplina dell'accreditamento, oggetto del primo intervento (a cura di Vittorio Pampanin), l'approvazione della legge n. 118/2022 testimonia la rinnovata affermazione di logiche prettamente concorrenziali e di mercato nei rapporti pubblico-privato in sanità, sembrando voler riproporre surrettiziamente una soluzione organizzativa, adottata in occasione della riforma del SSN del 1992, che invero – avendo dato prova di non essere compatibile con le esigenze di sostenibilità economica del sistema – era già stata accantonata nel 1999. Tale recente sviluppo, insieme alla prospettiva annunciata dal Governo di intervenire in profondità sulla disciplina in parola, suscitano alcune preoccupazioni circa il peso sempre maggiore assunto dai soggetti privati nel SSN e le reali capacità di sopravvivenza di un servizio sanitario ancora concepito come sostanzialmente pubblico.

Una prima forma di coinvolgimento dei privati nelle attività connesse alla gestione del sistema sanitario, ulteriore rispetto a quella dell'accreditamento, si realizza per così dire al di là della tradizionale logica di mercato, in virtù della devoluzione di compiti normalmente di competenza delle strutture pubbliche ad enti del terzo settore. Un esempio in tal senso è rappresentato dall'art. 57 del d.lgs. 117/2017, dedicato al servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, la cui disciplina va riletta alla luce della più recente giurisprudenza. Nel secondo intervento (a cura di Veronica Anastasi) è così possibile fare emergere i

* Resoconto delle relazioni del gruppo di ricerca presentate durante la conferenza internazionale ICON•S Cagliari del 3 e 4 ottobre 2025.



criteri di individuazione della effettiva natura *no profit* degli enti del terzo settore, nonché quelli che guardano al carattere emergenziale del servizio. In questo contesto, si delinea un generale regime di favore per i soggetti che operano in una logica di amministrazione condivisa, seppur in settori tradizionalmente governati da dinamiche di profitto.

Ulteriori manifestazioni dell'erosione della dimensione pubblica nel SSN si osservano, mantenendo una prospettiva rivolta agli operatori privati *for profit*, nell'ambito delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici. In questo senso, la possibilità di ricorrere alla più moderna figura del partenariato pubblico-privato rispetto al modello normale del procedimento di provvista di beni e servizi, la gara d'appalto, dimostra l'accresciuta importanza degli operatori economici. Negli intenti della nuova disciplina sui contratti pubblici, la dinamica partenariale è infatti pensata per consentire alle amministrazioni di beneficiare delle soluzioni innovative apportate da un partner privato che, se da un lato si carica delle spese di finanziamento, dall'altro, mette a disposizione le proprie competenze, in modo da valorizzare l'*expertise* privata, a partire dalla progettazione fino alla gestione della singola operazione. Il terzo intervento (a cura di Morena Verrengia) intende così indagare i confini dei rispettivi compiti tra il partner pubblico e quello privato e, in particolare, le utilità che possono derivare al SSN dall'iniziativa del privato e dal suo coinvolgimento in tutte le fasi di un PPP compresa quella di programmazione.

D'altra parte, anche ponendosi nell'ottica più tradizionale dell'appalto, si trovano conferme della crescente centralità degli operatori economici privati nella definizione della domanda pubblica in ambito sanitario. L'innovazione tecnologica, unitamente al fatto che i dispositivi medici più all'avanguardia vengono progettati e fabbricati dalle imprese private, comporta che le stazioni appaltanti siano fortemente influenzate, nell'individuazione delle specifiche tecniche di gara, dall'offerta delle imprese private. Alle implicazioni di tale caratteristica del mercato sanitario è dedicato il quarto intervento (a cura di Tommaso Tornielli), che indaga i modi in cui lo sviluppo di dispositivi "di ultima generazione" è in grado di incidere sul potere discrezionale delle stazioni appaltanti di definire, mediante bandi e capitolati, le caratteristiche delle forniture medicali.

Proprio il riferimento all'importanza assunta negli ultimi anni dall'innovazione tecnologica consente di chiudere il panel con l'ultimo intervento (di Gloria Mancini Palamoni), affrontando l'interrogativo circa l'idoneità della trasformazione digitale del Servizio sanitario nazionale a invertire la tendenza di privatizzazione che è stata descritta nei precedenti interventi. Gli strumenti della sanità digitale e l'utilizzo dell'intelligenza artificiale risultano infatti centrali per il perseguimento degli obiettivi di equità, accesso alle cure ed efficienza rappresentando un nuovo modello organizzativo a sostegno della sanità pubblica.

2. Verso la privatizzazione del SSN? Il peso delle strutture private accreditate

di Vittorio Pampanin

Title: *Towards a functional privatization of the National Health Service? The role of accredited private healthcare facilities*

Abstract (IT): Il contributo analizza il ruolo crescente delle strutture private accreditate nel Servizio sanitario nazionale, alla luce della tutela costituzionale del diritto alla salute. Muovendo dalla centralità della programmazione sanitaria, lo studio esamina l'evoluzione dell'accreditamento e il rafforzamento delle logiche concorrenziali, mettendo in discussione la pretesa equivalenza tra operatori pubblici e privati. Particolare attenzione è dedicata agli effetti sistemici dell'espansione del privato, soprattutto nella sanità territoriale, e al rischio di una privatizzazione funzionale del servizio sanitario, intesa come progressivo indebolimento del ruolo operativo del pubblico.

Abstract (EN): *The article examines the expanding role of accredited private healthcare facilities within the National Health Service in light of the constitutional protection of the right to health. Focusing on healthcare planning, it analyses the evolution of accreditation and the increasing relevance of competition-based approaches, questioning the assumed equivalence between public and private providers. Particular attention is paid to the systemic effects of private sector expansion, especially in territorial healthcare, and to the risk of a functional privatization of the healthcare system through the gradual weakening of public provision.*

Parole chiave: Servizio sanitario nazionale; strutture private accreditate; diritto alla salute; programmazione sanitaria, concorrenza

Keywords: *National Health Service; accredited private healthcare facilities; right to health; healthcare planning; market competition*

Sommario: **2.1.** Introduzione. – **2.2.** Il diritto alla salute e la centralità della programmazione pubblica. – **2.3.** Accreditamento e crescita del ruolo del privato nel SSN – **2.4.** La pretesa equivalenza tra operatori pubblici e privati – **2.5.** Il ruolo delle strutture private accreditate nella sanità territoriale – **2.6.** Concorrenza, programmazione e rischio di privatizzazione del servizio sanitario – **2.7.** Considerazioni conclusive

2.1. Introduzione

Il dibattito sul ruolo delle strutture private accreditate all'interno del Servizio sanitario nazionale (SSN) si colloca oggi al centro di una riflessione più ampia sulla tenuta del modello costituzionale di tutela della salute. A oltre quarant'anni dalla sua istituzione, il SSN è attraversato da trasformazioni profonde che incidono non soltanto sulle modalità di erogazione delle prestazioni, ma anche sulla configurazione stessa del rapporto tra pubblico e privato.

L'incremento del peso delle strutture private accreditate, favorito da scelte legislative e amministrative che hanno progressivamente ampliato gli spazi di intervento del mercato, viene frequentemente giustificato in nome di esigenze di efficienza, sostenibilità finanziaria e miglioramento della qualità dei servizi. Tuttavia, tale evoluzione solleva interrogativi che travalicano il piano meramente organizzativo e investono la natura del SSN come servizio pubblico essenziale, funzionalmente orientato alla garanzia di un diritto fondamentale.

Il rischio che emerge non è tanto quello di una privatizzazione formale del servizio sanitario, quanto piuttosto di una trasformazione progressiva e non dichiarata del suo assetto, nella quale la componente pubblica tende a ridursi sul piano operativo, mentre il privato assume un ruolo sempre più centrale nell'erogazione delle prestazioni. In questa prospettiva, il tema delle strutture private accreditate diviene una lente privilegiata attraverso cui osservare le tensioni tra programmazione pubblica, concorrenza e tutela dei diritti.



Il presente contributo intende analizzare criticamente tali dinamiche, soffermandosi sul ruolo dell'accreditamento, sulla pretesa equivalenza tra operatori pubblici e privati e sugli effetti che l'espansione del privato produce sull'organizzazione complessiva del SSN, con particolare riferimento alla sanità territoriale. L'obiettivo è verificare se e in che misura le trasformazioni in atto possano essere lette come segnali di una privatizzazione funzionale del servizio sanitario e quali siano le implicazioni di tale processo sul piano costituzionale.

2.2. Il diritto alla salute e la centralità della programmazione pubblica

La qualificazione costituzionale della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività impone che la sua tutela sia affidata, in via primaria, alla responsabilità pubblica. Il modello di servizio sanitario delineato dal legislatore nel 1978 ha dato attuazione a tale impostazione attraverso un sistema fondato sulla fiscalità generale, sull'universalità delle prestazioni e sull'eguaglianza sostanziale nell'accesso alle cure.

In questo quadro, la programmazione sanitaria assume una funzione essenziale. Essa rappresenta lo strumento mediante il quale l'autorità pubblica governa l'offerta dei servizi, orientandola in funzione dei bisogni di salute della popolazione e delle risorse disponibili. La programmazione non risponde esclusivamente a esigenze di contenimento della spesa, ma costituisce il presidio organizzativo che consente di evitare squilibri territoriali, duplicazioni inefficienti e fenomeni di selezione opportunistica delle prestazioni.

La centralità della programmazione risulta tanto più evidente in un settore, come quello sanitario, caratterizzato da asimmetrie informative, domanda tendenzialmente rigida e rilevanti esternalità sociali. In assenza di un solido governo pubblico dell'offerta, l'erogazione delle prestazioni rischia di essere progressivamente orientata da criteri di redditività piuttosto che dai bisogni collettivi, con conseguenze difficilmente compatibili con la natura solidaristica del diritto alla salute.

2.3. Accredimento e crescita del ruolo del privato nel SSN

L'introduzione del sistema di accreditamento, come delineato a partire dal d.lgs. n. 502 del 1992 e dalle successive modifiche, ha segnato una svolta significativa nei rapporti tra pubblico e privato in sanità. Superando il tradizionale modello di convenzionamento, il legislatore ha inteso creare un assetto nel quale l'accesso dei soggetti privati all'erogazione delle prestazioni per conto del SSN fosse subordinato al possesso di requisiti strutturali, tecnologici e qualitativi, nonché alla coerenza con la programmazione sanitaria regionale.



Nel disegno originario, l'accreditamento avrebbe dovuto rappresentare uno strumento funzionale alla programmazione, consentendo alle Regioni di selezionare l'offerta privata in modo coerente con i bisogni di salute e con gli obiettivi di equilibrio del sistema. Tuttavia, l'evoluzione normativa e amministrativa ha progressivamente enfatizzato la dimensione dell'accesso al mercato delle prestazioni sanitarie, attenuando il legame tra accreditamento e governo pubblico dell'offerta.

Nel tempo, tale evoluzione ha ampliato il peso delle strutture private, fino a determinare, in alcuni contesti territoriali, una sostanziale sostituzione dell'offerta pubblica con quella privata. Il fenomeno appare riconducibile a una combinazione di fattori: il progressivo definanziamento del settore pubblico, la rigidità dei vincoli di spesa derivanti dal coordinamento della finanza pubblica e la crescente valorizzazione delle logiche di mercato nella gestione dei servizi sanitari.

L'espansione delle strutture private accreditate solleva interrogativi rilevanti sotto il profilo sistemico. Qualora il privato diventi il principale erogatore di prestazioni sanitarie finanziate con risorse pubbliche, il rischio è che il SSN perda progressivamente la propria connotazione di servizio pubblico, trasformandosi in un sistema nel quale la funzione pubblica si concentra sulla regolazione e sul finanziamento, mentre l'erogazione viene in larga parte esternalizzata.

2.4. La pretesa equivalenza tra operatori pubblici e privati

Uno degli assunti più ricorrenti nel dibattito sulla riorganizzazione del SSN è quello della presunta equivalenza tra operatori pubblici e privati accreditati. Secondo questa impostazione, una volta soddisfatti i requisiti di qualità e appropriatezza stabiliti dalla normativa vigente, non vi sarebbero ragioni per differenziare il trattamento dei diversi erogatori, che dovrebbero competere su un piano di parità per l'accesso alle risorse pubbliche.

Tale ricostruzione appare tuttavia problematica se analizzata alla luce delle differenti funzioni istituzionali svolte dai soggetti coinvolti. Le strutture pubbliche sono chiamate a garantire la continuità assistenziale, la presa in carico complessiva del paziente e la copertura dei bisogni meno remunerativi, operando al contempo in condizioni di trasparenza e responsabilità amministrativa particolarmente stringenti. Il privato accreditato, pur inserito nel circuito del servizio pubblico, non è soggetto ai medesimi vincoli strutturali e organizzativi.

L'asimmetria tra pubblico e privato si manifesta anche sul piano economico-finanziario. Le aziende sanitarie pubbliche sono tenute a perseguire obiettivi di equilibrio complessivo, assumendosi i costi delle funzioni non immediatamente produttive di ricavi, mentre gli operatori privati possono orientare la propria attività verso le prestazioni più vantaggiose sotto il profilo economico. L'equiparazione tra i due



modelli rischia così di produrre distorsioni sistemiche, incidendo sulla sostenibilità complessiva del servizio pubblico.

2.5. Il ruolo delle strutture private accreditate nella sanità territoriale

Il rafforzamento dell'assistenza territoriale costituisce uno degli assi portanti delle più recenti politiche sanitarie. L'esigenza di superare un modello eccessivamente "ospedalocentrico" e di garantire una presa in carico continuativa dei pazienti, in particolare di quelli affetti da patologie croniche, ha posto al centro del dibattito il tema dell'organizzazione dei servizi di prossimità.

In questo ambito, le strutture private accreditate sono spesso chiamate a svolgere un ruolo rilevante, soprattutto nelle fasi di avvio dei nuovi modelli organizzativi. Il coinvolgimento del privato viene giustificato in ragione della maggiore flessibilità operativa e della capacità di rispondere in tempi rapidi alle esigenze di implementazione dei servizi. Tuttavia, tale scelta solleva interrogativi circa la capacità del sistema pubblico di esercitare un effettivo controllo sull'organizzazione e sulla qualità delle prestazioni erogate.

La sanità territoriale, più ancora di quella ospedaliera, richiede infatti un forte coordinamento pubblico, presupponendo l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, la continuità assistenziale e una stretta connessione con i bisogni delle comunità locali. L'affidamento strutturale di tali funzioni a soggetti privati rischia di indebolire la coerenza complessiva del sistema, frammentando l'offerta e rendendo più complesso il governo dei percorsi di cura.

2.6. Concorrenza, programmazione e rischio di privatizzazione del servizio sanitario

Il rafforzamento delle logiche concorrenziali nel sistema di accreditamento e di contrattualizzazione delle strutture private deve essere letto alla luce delle più recenti iniziative normative che hanno interessato l'organizzazione dei servizi pubblici e, indirettamente, il settore sanitario. Le leggi annuali per il mercato e la concorrenza hanno contribuito a diffondere un paradigma regolatorio orientato alla valorizzazione della competizione e alla riduzione delle barriere all'accesso, sollecitando una rilettura degli istituti tradizionali del servizio pubblico.

In tale contesto, accreditamento e contrattualizzazione tendono a essere interpretati come strumenti suscettibili di essere assoggettati a procedure selettive ispirate ai principi di trasparenza, parità di trattamento e non discriminazione, con un progressivo avvicinamento agli schemi dell'evidenza pubblica. Se trasposta in modo acritico nel settore sanitario, questa evoluzione rischia di comprimere la funzione programmatica delle Regioni, riducendone la capacità di governare l'offerta in funzione dei bisogni di salute.

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dall'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, che, pur senza intervenire direttamente sull'assetto giuridico dell'accreditamento, ha inciso in modo significativo sulle politiche sanitarie e sulle scelte organizzative, in particolare attraverso il rafforzamento dell'assistenza territoriale. In tale contesto, il coinvolgimento dei soggetti privati è stato spesso prospettato come uno strumento per accelerare la realizzazione degli obiettivi programmati, con il rischio di consolidare assetti nei quali la funzione pubblica di erogazione risulta progressivamente ridimensionata.

Se la concorrenza diviene il criterio ordinante dell'organizzazione sanitaria, la programmazione rischia così di essere relegata a un ruolo meramente formale, incapace di orientare effettivamente l'offerta e di garantire l'equilibrio complessivo del sistema.

2.7. Considerazioni conclusive

L'analisi del crescente peso delle strutture private accreditate nel SSN mostra come il confine tra integrazione del privato e privatizzazione del servizio sanitario si presenti oggi particolarmente sottile. Pur non potendosi affermare che il SSN sia già stato privatizzato, risulta evidente come alcune scelte di politica sanitaria e di regolazione del settore contribuiscano a indebolire il ruolo della componente pubblica sul piano operativo. Rimeditare il ruolo del privato nel SSN non implica una negazione della sua legittimazione, ma richiede una chiara riaffermazione della centralità della programmazione pubblica e della responsabilità istituzionale nella tutela del diritto alla salute. In questa prospettiva, il rafforzamento delle strutture pubbliche e degli strumenti di governo del sistema appare una condizione imprescindibile per evitare che la privatizzazione, anziché una scelta esplicita e consapevole, si realizzi come un esito progressivo e non dichiarato delle dinamiche in atto.

Riferimenti bibliografici essenziali:

- F.G. Angelini, *La partecipazione dei privati al SSN tra servizio pubblico, concorrenza e discrezionalità amministrativa*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, n. 2, 2022, pp. 360-416.
- R. Balduzzi, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del SSN*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2018, pp. 465-474.
- C. Bottari, E. Jorio, *Azienda Zero, accreditamento e contratti necessitano di una maggiore cura da parte del legislatore regionale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4, 2022, pp. 5-11.
- E. Ceccotti, *Il servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in *Astrid-online*, n. 9, 2024.
- V. Ciaccio, *Recenti orientamenti giurisprudenziali in tema di concorrenza nel settore sanitario*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2024, pp. 169-185.
- F.G. Cuttaia, *La concorrenza in sanità e la garanzia della tutela della salute del cittadino*, in *federalismi.it*, n. 7, 2023, pp. 41-58.
- R. Ferrara, *Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione*, in *CERIDAP*, n. 2, 2023, pp. 171-189.
- M. Geddes Da Filicaia, C. Giorgi, *L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale*, in *Politiche sociali*, n. 3, 2023, pp. 425-444.
- V. Pampanin, *Verso un SSN "a trazione privata" tra equivoci e dogmi: brevi riflessioni sulla necessità di rimeditare il ruolo del privato in sanità*, in *AmbienteDiritto*, n. 3, 2025, pp. 1-34.

3. Il ruolo degli Operatori del Terzo Settore nel SSN

di Veronica Anastasi

Title: *The role of Third Sector Operators in the National Health Service*

Abstract (IT): Il contributo analizza il coinvolgimento del Terzo settore nella gestione di servizi di interesse generale, fornendo sia una breve analisi della normativa che ne ha riconosciuto e promosso un intervento via via sempre più attivo, sia un'analisi della più rilevante giurisprudenza, da cui è possibile ricavare una rappresentazione delle questioni di maggior rilievo. L'indagine delinea *in primis* la creazione di spazi riservati al Terzo settore e, successivamente, la predisposizione di una vera e propria corsia preferenziale, per consentire al *privato sociale* di passare, dal ruolo di fornitore di servizi, a co-protagonista della fase di pianificazione degli interventi. La ricostruzione prospettata muove da un inquadramento sistematico di carattere generale, per proseguire poi con l'esame di una determinata tipologia di servizio, che nell'ambito già peculiare della disciplina dedicata agli enti del Terzo settore, si pone come ulteriore esempio di specialità, che merita un approfondimento mirato, ossia quello del servizio di trasporto sanitario. La riflessione si conclude evidenziando alcune criticità emerse dall'esame della giurisprudenza, dalle quali traspare la difficoltà della gestione di un sistema privo di un quadro normativo sufficientemente dettagliato, con il rischio che risultino prevalenti le logiche di contenimento della spesa a discapito della tutela di interessi fondamentali, come quello della salute.

Abstract (EN): *The paper analyzes the involvement of the Third Sector in the management of services of general interest, providing both a brief analysis of the legislation that has recognized and promoted its increasingly active intervention, and an analysis of the most relevant case-law, from which it is possible to obtain a representation of the most important issues. The investigation outlines, first of all, the creation of spaces reserved for the third sector and, subsequently, the establishment of a real fast-track that allows the private-social-sector to move from the role of service provider to become a co-protagonist in the planning phase of interventions. The proposed reconstruction starts from a general systematic framework and then moves on to examine a specific type of service which, within the already peculiar field of regulations dedicated to third sector entities, stands out as a further example of specialization that deserves further study, the medical transport service. The discussion concludes by highlighting some critical issues that have emerged from an examination of case-law, which reveals the difficulty of managing a system without a sufficiently detailed regulatory framework, with the risk that cost-cutting measures will prevail at the expense of the protection of fundamental interests, such as health.*

Parole chiave: sanità; terzo settore; amministrazione condivisa; codice del terzo settore; servizi di trasporto sanitario

Keywords: *healthcare; third sector; shared administration; third sector code; medical transport services*

Sommario: **3.1.** L'emersione del ruolo del Terzo settore nella gestione dei servizi pubblici. – **3.2.** Dalla complementarità al superamento del dogma della concorrenza: l'ascesa degli ETS come contro-modello. – **3.3.** La creazione di un canale preferenziale per il privato sociale. Il caso del servizio di trasporto di emergenza ed urgenza e le indicazioni dalla giurisprudenza. – **3.4.** Conclusioni.

3.1. L'emersione del ruolo del Terzo settore nella gestione dei servizi pubblici

La cooperazione tra attori pubblici e privati, già radicata da tempo nella prassi del sistema italiano, ha trovato un esplicito riconoscimento, sul piano costituzionale, soltanto con la riforma del Titolo V del 2001. In tale occasione è stato conferito rilievo costituzionale al principio della libertà dell'assistenza privata (all'art. 38, comma 5) che si integra con l'azione dei poteri pubblici ed altresì al principio di sussidiarietà orizzontale, che affida agli enti pubblici il ruolo di favorire l'autonoma iniziativa dei soggetti privati (art. 118, comma 4).

Nell'ambito dell'intervento privato, un ruolo fondamentale – relativamente ad alcune tipologie di servizi – è quello riservato agli operatori del settore *non profit*. Il Terzo settore è un fenomeno radicato e consolidato su tutto il territorio nazionale, che fornisce servizi e cure per le fasce sociali più deboli e che si caratterizza: per una struttura di tipo *labour intensive*, che coinvolge un alto numero di personale; per il



modello economico che fornisce servizi a titolo gratuito e che viene alimentato da rimborsi spese, sussidi governativi, sgravi fiscali e donazioni; per la radicata presenza politica e sociale sul territorio, tutti elementi che gli consentono di individuare i reali bisogni sociali ed programmare le linee d'intervento più efficaci. Altra fondamentale qualità del Terzo settore è la capacità di generare non solo servizi ma anche beni relazionali, consistenti nel valore aggiunto delle relazioni sociali che si formano nel suo operare.

Per tali ragioni il Terzo settore rappresenta la massima espressione della partecipazione dei cittadini alla cura degli interessi pubblici e quindi concretizzazione del principio della sussidiarietà orizzontale.

Proprio in virtù della condivisione tra Amministrazione e *privato sociale*, volta alla realizzazione dell'interesse pubblico, viene legittimato un *favor* alla creazione di rapporti tra questi due soggetti, che si concretizza, sostanzialmente, attraverso la disapplicazione della disciplina dei contratti pubblici e la possibilità di affidare l'esecuzione di servizi in via pressoché diretta.

Il percorso che ha portato all'affermazione di tale corsia preferenziale non è stato però del tutto lineare. Inizialmente, l'operato delle organizzazioni *non profit* non suscitò l'interesse del legislatore sia nazionale sia europeo, in quanto le stesse vennero a lungo considerate come prive di rilevanza economica e dunque sottratte all'applicazione della normativa sugli appalti; attenzione invece successivamente sollecitata dalla Giurisprudenza europea (ad es. *Commissione c. Italia* 2007) che ha adottato una qualificazione più estesa di operatore economico, volta a ricomprendere, tra le imprese, anche gli enti privi di scopo di lucro, riconoscendo così il potenziale valore economico dei servizi sociali. Ciò ha portato, progressivamente, al convincimento che fosse opportuno applicare la disciplina europea dei contratti pubblici (e le fonti nazionali derivate) anche agli enti del Terzo settore.

Successivamente, con le direttive 2014/24/UE e 2014/25/UE, si è cristallizzato un regime più snello per alcune categorie di servizi di particolare valore sociale e per gli operatori *non profit*.

Similmente, nello stesso anno, la sentenza "Spezzino" (C-113/2013) della Corte di Giustizia UE e, in seguito, la sentenza "Casta" (C-50/2014) del 2016 (sulle quali si tornerà allorché verrà approfondito il tema del servizio di trasporto sanitario) hanno valorizzato quei modelli organizzativi che concretizzano i principi di solidarietà e sussidiarietà, oltre che di efficienza economica.

A livello nazionale, un passaggio decisivo è stato rappresentato dall'adozione del Codice del Terzo Settore (d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117) di seguito CTS, con cui il legislatore ha incoraggiato l'Amministrazione a fare ricorso ad organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, enti filantropici ed altre tipologie di soggetti che vengono fatti rientrare all'interno della categoria di ETS, individuati quali attuatori dei principi precedentemente richiamati. Particolarmente significativa in tal senso è la disciplina di cui all'art. 55 del d.lgs. n. 117/2017, che introduce un modello di "*coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento*" per l'esercizio delle "*funzioni di*



programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività” di interesse generale.

Anche i successivi interventi normativi hanno promosso una più incisiva e qualificata partecipazione degli ETS ed hanno recepito i principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale.

Viene in rilievo, a tal proposito, il Codice degli appalti pubblici (d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36), il cui art. 6 dispone che *“In attuazione dei principi di solidarietà sociale e di sussidiarietà orizzontale, la pubblica amministrazione può apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, modelli organizzativi di amministrazione condivisa, privi di rapporti sinallagmatici, fondati sulla condivisione della funzione amministrativa con gli enti del Terzo settore [...] sempre che gli stessi contribuiscano al perseguimento delle finalità sociali in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente e in base al principio del risultato”*. La norma recepisce le indicazioni della Corte costituzionale contenute nella sent. n. 131 del 20 giugno 2020 (su cui si tornerà a breve) ed abbraccia l’obiettivo di favorire l’autonomia e la discrezionalità delle stazioni appaltanti in merito alle valutazioni sull’affidamento dei servizi di interesse generale.

Successivamente, la stessa impostazione viene seguita anche dal PNRR (*Recovery and Resilience Plan*, approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio il 13 luglio 2021), che dedica la Missione n. 5 al tema dell’inclusione sociale, in cui il Terzo settore (espressamente citato al capitolo n. 2) ha un ruolo consolidato da protagonista. In apertura del capitolo relativo alla missione n. 5 viene, infatti, disposto che *“L’azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore. La pianificazione in coprogettazione di servizi sfruttando sinergie tra impresa sociale, volontariato e amministrazione, consente di operare una lettura più penetrante dei disagi e dei bisogni al fine di venire incontro alle nuove marginalità e fornire servizi più innovativi, in un reciproco scambio di competenze ed esperienze che arricchiranno sia la P.A. sia il Terzo settore”*. Viene dunque a consolidarsi, almeno nelle previsioni normative, l’idea di un Terzo settore co-programmatore e co-gestore, assieme alla P.A. per la realizzazione dei servizi, e non più alla stregua di mero esecutore degli stessi.

La normativa, europea e nazionale, delinea una cornice all’interno della quale è la normativa regionale a dover intervenire. Infatti, se spetta allo Stato definire gli elementi essenziali, è alle regioni che compete la declinazione dei procedimenti per la realizzazione degli interessi generali e dunque la concretizzazione del nuovo modello di collaborazione. L’analisi della normativa regionale, però, evidenzia come le ipotesi di coinvolgimento attivo degli ETS siano ancora limitate. (cfr. A. Ripèpi)

3.2. Dalla complementarità al superamento del dogma della concorrenza: l’ascesa degli ETS come contro-modello.

Così ricostruito il quadro normativo, non può però trascurarsi che un sistema giuridico non si esaurisce nella produzione normativa ma si struttura anche attraverso il contributo della giurisprudenza. In tale

contesto, un passaggio di particolare rilievo è certamente stato segnato dalla, già citata, sentenza n. 131/2020 con cui la Corte costituzionale, almeno apparentemente, ha abbandonato l'approccio bipolare "pubblico vs. privato" per incoraggiare il modello dell'*amministrazione condivisa*.

La pronuncia (che rigetta la questione di legittimità costituzionale sollevata) prende le mosse da una legge regionale dell'Umbria che regola il coinvolgimento delle cooperative di comunità nella co-programmazione e co-progettazione, e che il rimettente riteneva porsi in contrasto con la normativa nazionale, cioè con il Codice del Terzo settore. Non approfondendo ulteriormente il merito della questione, la pronuncia ha il pregio di affrontare la tematica alla luce dei principi dell'ordinamento, offrendo quindi una riflessione generale sul Codice del Terzo settore e sulle previsioni di *favor*, in esso contenute, rispetto al Codice dei contratti pubblici.

Se precedentemente, infatti, il Consiglio di Stato aveva sostenuto la necessità di disapplicare le norme del CTS ogni qualvolta esse risultassero in contrasto con la normativa europea in materia di contratti pubblici (e dunque anche con la normativa nazionale); in questa sentenza, la Corte costituzionale afferma che sarebbe l'art. 55 del CTS ad imporre un modello alternativo a quello tipico del codice degli appalti, in ossequio al diverso principio dell'*amministrazione condivisa*. Sostiene infatti la Corte che, detto modello, non debba basarsi "*sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico. Del resto, lo stesso diritto dell'Unione – anche secondo le recenti direttive [...] nonché in base alla relativa giurisprudenza della Corte di giustizia [...] mantiene, a ben vedere, in capo agli Stati membri la possibilità di apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, un modello organizzativo ispirato non al principio di concorrenza ma a quello di solidarietà (sempre che le organizzazioni non lucrative contribuiscano, in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente al perseguimento delle finalità sociali)*".

In conclusione, dunque, viene posta una sorta di alternatività tra modello economico, proprio del Codice dei contratti pubblici, e quello solidaristico, proprio del Codice del Terzo settore. Infatti, i giudici della consulta riconducono gli strumenti forniti dal titolo VII del CTS a una forma di "*vera e propria proceduralizzazione*" del principio di sussidiarietà.

I due sistemi vengono quindi posti in un rapporto di autonomia ed alternatività, ciascuno con pari dignità. Al contempo, però, alcuni autori sottolineano come la pronuncia, per quanto di segno positivo, non raggiunge l'originario intento di addivenire ad un'impostazione di *amministrazione condivisa* per superare la dicotomia tra modello economico e solidaristico, ma ne afferma "semplicemente" un diverso equilibrio.

3.3. La creazione di un canale preferenziale per il privato sociale. Il caso del servizio di trasporto di emergenza ed urgenza e le indicazioni dalla giurisprudenza

In ragione della molteplicità degli ambiti nei quali gli ETS operano, si rende a questo punto necessario concentrarsi sull'analisi di uno specifico settore.

Nel contesto sanitario un'area in cui gli ETS hanno consolidato la propria presenza è rappresentata dal servizio di trasporto sanitario, che da diversi anni è oggetto di studio e che continua ad offrire spazi al dibattito, tra chi ritiene necessario ricondurre detto servizio alle regole in materia di concorrenza e chi, invece, rivendica la facoltà, se non addirittura l'obbligo, di derogare alla normativa degli appalti e procedere tramite affidamento diretto.

Non potendoci, in questa sede, soffermare su un'attenta analisi delle tipologie e caratteristiche del servizio di trasporto nell'ambito sanitario, ci si limita ad indicare che è possibile distinguere tra il *servizio di trasporto* che potremmo definire "ordinario" ed il *servizio di trasporto di emergenza ed urgenza*. Rispetto a tale seconda categoria si fa riferimento al "servizio di emergenza" quando connesso ad eventi calamitosi – ragion per cui, nella normativa, si indicano i codici relativi ai servizi dei vigili del fuoco, di protezione civile – e altresì, per quello che qui rileva, al servizio di ambulanza. Invero, se in precedenza si riteneva che la nozione di *emergenza* riguardasse unicamente i rischi collettivi, la giurisprudenza della CGUE vi ha ricondotto altresì quelli individuali, prevedendo, dunque, anche l'ipotesi in cui un paziente versi in stato di pericolo di vita. Ci si riferisce invece ad "urgenza" quando vi sia il rischio di un peggioramento dello stato di salute.

La distinzione tra servizio di trasporto "ordinario" e di "emergenza ed urgenza" assumeva rilievo, almeno fino a qualche anno fa, nella misura in cui l'appartenenza del servizio all'una o all'altra categoria determinava l'applicazione, rispettivamente, della disciplina delle procedure ad evidenza pubblica oppure del regime di affidamento diretto previsto dal CTS e riservato alle organizzazioni di volontariato (ODV). Come già anticipato, infatti, la disciplina europea sui contratti pubblici (dir. 2014/24/UE al considerando n. 28 e all'art. 10, lettera h), riconosce agli Stati la facoltà di disapplicare la stessa rispetto a taluni "*servizi di emergenza se effettuati da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro*" in ragione del *carattere particolare di tali organizzazioni*. Per tale motivo la normativa prescrive che gli affidamenti di tali servizi "*dovrebbero essere soggetti al regime speciale previsto per i servizi sociali e altri servizi specifici («regime alleggerito»)*". Tra questi viene espressamente ricompreso anche il trasporto dei pazienti in ambulanza.

La normativa italiana recepisce queste indicazioni all'art. 56 del Codice appalti, che individua un elenco di fattispecie non soggette alla disciplina ordinaria. Il comma 5, lettera n, infatti, richiama espressamente i servizi di ambulanza, limitando l'esclusione dall'applicazione del Codice ai casi in cui l'attività sia svolta da enti senza scopo di lucro e sia rinvenibile il carattere dell'emergenzialità. Oltre a ciò, però, l'articolo

non si occupa delle caratteristiche della gestione del servizio, consentendo quindi un rinvio al Codice del Terzo settore.

Il CTS se ne occupa all'art. 57, ai sensi del quale *“I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato [...] nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisca l'espletamento del servizio di interesse generale [...]”*.

Dalla disposizione si evince, dunque, che la deroga alla disciplina ordinaria degli appalti in favore dell'affidamento diretto vale esclusivamente per i *servizi di emergenza ed urgenza*, e non per quelli di trasporto “ordinario” per i quali l'Amministrazione sarebbe tenuta ad indire delle procedure di selezione pubblica.

Come spesso accade, però, la realtà applicativa tende a divergere dalle costruzioni teoriche.

Deve rilevarsi, infatti, che la giurisprudenza interna, sulla scorta di quella della Corte di giustizia, tende sostanzialmente ad equiparare le varie categorie di trasporto sanitario. Così, ad esempio, in T.A.R. Campania, Napoli, sez. V, 01/04/2021, n. 2227 – dopo aver premesso che *“è il combinato disposto delle norme contenute nel Codice del terzo settore, come interpretate dalla Corte di giustizia europea, a perimetrare il concreto ambito di applicabilità e il contenuto”* e richiamate alcune sentenze, quali “Spezzino” (Causa C-113/2013, sent. del 11 dicembre 2014); “Casta” (C-50/2014, sent. del 28 gennaio 2016) e “Falck” (C-465/2017, sent. Del 21 marzo 2019) – si afferma che i principi alla base del ricorso in via preferenziale alle associazioni di volontariato possono essere estesi al settore del trasporto sanitario globalmente considerato, e che dunque nella categoria di *trasporto in emergenza e urgenza* possono rientrare i *“trasporti finalizzati al trapianto d'organo, alla trasfusione di sangue o emoderivati, alla somministrazione di farmaci e antidoti qualora risultino indispensabili a salvaguardare le fondamentali funzioni vitali dei pazienti e siano, quindi, caratterizzati da imprevedibilità e somma urgenza nell'esecuzione”* (similmente, altresì, Cons. Stato, sez. III, 08/01/2024, n. 249).

Altro aspetto su cui è necessario soffermarsi è l'ambiguità dell'art. 57 CTS ove dispone che i servizi *“possono essere, in via prioritaria”* oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato. Sul punto, secondo parte della giurisprudenza (che dà una lettura combinata dell'art. 56 e dell'art. 57), la normativa riconosce all'ente pubblico la facoltà di decidere come procedere, cioè se mediante l'indizione di una procedura di aggiudicazione o mediante uno degli strumenti previsti dal CTS, dando maggiore rilievo al termine *“possono essere”* (utilizzato dall'articolo in commento) invece che *“devono essere”*.

Così, ad esempio, si esprime il Cons. Stato, sez. III, sent., 14/05/2019, n. 3131. In tale vicenda il giudizio prende le mosse dall'indizione, da parte di un'azienda sanitaria, di una gara d'appalto per l'affidamento dei servizi di trasporto, bando impugnato da un'associazione di volontariato in quanto, a dire di quest'ultima, l'Ente avrebbe dovuto utilizzare lo strumento della convenzione, espressamente imposto dalla normativa regionale (L.R. Veneto n. 26 del 2012). Il T.A.R. accoglieva il ricorso dell'Associazione, con sentenza che veniva però appellata dall'Azienda Sanitaria, la quale riteneva che la legge regionale si

ponesse in contrasto con la normativa nazionale che, invece, riconosce la facoltà di rivolgersi agli enti del terzo settore, ma non un obbligo. Il Consiglio di Stato chiarisce che la normativa statale impone una mera facoltà, ma al contempo ritiene che “il *legislatore regionale –nell’esercizio della propria potestà legislativa concorrente nella materia della tutela della salute ex art. 117, comma 3, Cost. [...] ha previsto un “obbligo” di affidamento del servizio di trasporto [...] che non contrasta con la “possibilità” di tale affidamento introdotta dal Codice del Terzo Settore*”.

Se da un lato, dunque, secondo alcuni, l’art. 57 CTS circoscrive un ambito di discrezionalità, come affermato nella pronuncia appena analizzata, secondo altri, che invece valorizzano maggiormente la formulazione “*in via prioritaria*”, si tratterebbe di un vero e proprio dovere. Così ad esempio T.A.R. Campania – Napoli, sez. V, 17/11/2021, n. 7355, che osserva come l’amministrazione “*sia tenuta prioritariamente ad affidare l’attività di trasporto sanitario di soccorso ed emergenza alle associazioni di volontariato; soltanto quando si accerti l’assenza o l’impossibilità per i soggetti iscritti nell’elenco regionale di svolgere il servizio secondo le modalità indicate dall’art. 57 cit., le aziende sanitarie possono affidarlo, a titolo oneroso, a soggetti individuati attraverso l’indizione di procedure concorsuali ad evidenza pubblica*”.

Dunque, sulla scorta di quanto analizzato sin ora, se in via generale l’affidamento diretto costituisce un’eccezione alla regola dell’aggiudicazione mediante procedura di gara, ammissibile solo in ambiti espressamente delineati dal legislatore, nel settore del servizio di trasporto di urgenza ed emergenza, lo schema è capovolto: l’affidamento diretto alle organizzazioni di volontariato rappresenta la regola, mentre l’indizione di una procedura competitiva assume carattere eccezionale.

La pronuncia, inoltre, chiarisce che l’obbligo di motivazione deve essere assolto dall’Amministrazione non quando decida di affidare il servizio mediante affidamento alle organizzazioni di volontariato (poiché, in tale caso, le valutazioni circa l’idoneità dell’ODV a svolgere il servizio sono già state effettuate a monte dal legislatore) ma quando l’Azienda sanitaria ritenga di percorrere la via del mercato concorrenziale.

Questo si ripercuote su un ulteriore, ma fondamentale, aspetto: se la normativa richiede che l’affidamento del servizio alle associazioni di volontariato avvenga comunque nel rispetto di standard prestazionali (nello specifico l’art. 56 del d.lgs n. 117/2017 dispone che “*le amministrazioni pubbliche [...] possono sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale [...] convenzioni [...] se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato*”; e l’art. 57 fa riferimento a “*condizioni di efficienza economica ed adeguatezza*”) è altrettanto vero che, in assenza di un obbligo motivazionale, che dia atto dell’avvenuta verifica di tali condizioni, sussiste il rischio che l’amministrazione ometta di procedere all’espletamento di tale accertamento.

Vi è di più. Nel sistema vigente si riscontra, effettivamente, l’assenza di una specifica regolamentazione degli standard e, conseguentemente, di un qualsivoglia controllo; ragion per cui, parte della dottrina

suggerisce l'opportunità dell'istituzione di un organo di vigilanza (analogo alla Agenzia del Terzo settore, che ha operato nel decennio tra 2002 e 2012).

Invero, proprio a causa dell'assenza di una regolamentazione che imponga la verifica della convenienza, oltre che economica, anche qualitativa delle offerte (in relazione alla preparazione del personale, all'adeguatezza dei mezzi e alla tipologia dei servizi erogati) la giurisprudenza ritiene che l'amministrazione non sia onerata a svolgere alcuna operazione di comparazione (tra il mercato libero o il terzo settore).

In tal senso T.A.R Campania, Napoli sez. V, 31/05/2023, n. 3327 afferma che: *“l'affidamento diretto in via prioritaria del servizio di trasporto sanitario di emergenza- urgenza in convenzione con le organizzazioni di volontariato non richiede affatto la comparazione preventiva di maggior favore rispetto al mercato[...] all'Amministrazione viene richiesto solo di verificare, anche mediante atti e provvedimenti di carattere generale, ma senza necessità di approfondita motivazione sul punto, la sussistenza delle condizioni indicate dalla norma affinché il servizio possa essere legittimamente affidato in via diretta e prioritaria ed effettuato a condizione del rimborso delle spese documentate, mediante procedure riservate, con la pubblicazione dei provvedimenti e con i contenuti convenzionali ivi indicati”* (La sentenza in commento venne appellata innanzi al Consiglio di Stato, che si pronunciò con sentenza di rigetto n. 249 del 08/01/2024. Cfr anche T.A.R Campania n. 2227/2021 cit.; T.A.R Veneto, sez. III, 28/12/2020 n. 1320; T.A.R Calabria, sez. II, 17/06/2020 n. 1068; Cons. Stato, sez. III, ord., 11/09/2020 n. 5313).

Tale impostazione viene avallata dal fatto che il requisito della maggiore convenienza è citato all'art. 56, ma non viene richiamato dall'art. 57 che, per tale ragione, seguirebbe presupposti autonomi e indipendenti.

Sebbene il T.A.R prosegua poi nel chiarire che il riferimento alla “maggiore convenienza” non riguardi esclusivamente il profilo economico, è altresì vero che il parametro della gratuità del servizio sia, di fatto, l'unico elemento di valutazione (al punto che il carattere non oneroso della prestazione rappresenta il parametro che ha giustificato la riserva di alcune procedure alle sole associazioni di volontariato, escludendo invece le cooperative che, per loro natura, tendono al raggiungimento di un utile).

Permane, inoltre, un ulteriore aspetto critico, su cui però non è possibile soffermarsi in questa sede ma che merita di essere evidenziato: la circostanza che le organizzazioni di volontariato riescano in alcune occasioni a conseguire un certo margine di utilità, nonostante gli sforzi del legislatore volti ad escluderlo; infatti all'art. 33 CTS è previsto che *“per l'attività di interesse generale prestata le organizzazioni di volontariato possono ricevere, soltanto il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate”*.

3.4. Conclusioni

Pur dovendosi riconoscere il carattere innovativo della più recente normativa, che palesa l'intento di un coinvolgimento *attivo* degli ETS nella gestione dei servizi di interesse generale, la prassi applicativa ha

mostrato esitazioni nel darvi concreta attuazione. L'apporto del Terzo settore sembrerebbe ancora in buona parte limitato alla fornitura dei servizi (più che alla loro co-programmazione e co-progettazione), come emblematicamente avviene per il servizio di trasporto sanitario. Quest'ultimo, peraltro, si caratterizza per i soggetti vulnerabili a cui si rivolge, circostanza che imporrebbe una particolare cautela. Sorprende, dunque, non solo l'assenza di una solida regolamentazione ma persino l'assenza di un onere di comparazione tra le offerte degli ETS e quelle degli operatori economici.

Come anticipato, dunque, sussiste il rischio che le valutazioni risultino indirizzate non alla tutela del preminente interesse pubblico ma, piuttosto, semplicemente ad esigenze di contenimento delle spese; approccio, questo, che tradirebbe la *ratio* degli interventi legislativi che, attraverso gli strumenti di *amministrazione condivisa*, miravano a potenziare ed efficientare le capacità dell'Amministrazione.

Riferimenti bibliografici essenziali:

- F. Aperio Bella, *Pubblico, privato e comunità in sanità. Un'unificazione di prospettive nel paradigma collaborativo*, in *Diritto e società*, n. 3, 2024, pp. 415- 460.
- E. Caruso, *L'amministrazione pubblica condivisa: terzo settore, contratti, servizi*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, n. 1, 2024, pp. 244 ss.
- L. Galli, *Art. 6*, in R. Villata, M. Ramajoli (a cura di), *Commentario al Codice dei contratti pubblici*, II ed., Pacini Editore, Pisa, 2025, pp. 31-36.
- A. Pioggia, *Pubbliche amministrazioni e terzo settore: intersezioni e trasformazioni*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 3, 2022, pp. 570 ss.
- A. Ripeti, *Enti del Terzo Settore e tutela della salute nel contesto post-pandemico: analisi della normativa regionale in materia. Verso un'amministrazione condivisa in ambito sanitario (?)*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2024, pp. 967-987.
- E. Rossi, *Il fondamento del Terzo settore è nella Costituzione. Prime osservazioni sulla sent. n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, in *Le Regioni*, n. 5, 2020, pp. 1184-1196.
- F. Trimarchi Banfi, *Teoria e pratica della sussidiarietà orizzontale*, in *Diritto amministrativo*, n. 1, 2020, pp. 3 ss.

4. Il Partenariato Pubblico-Privato nel SSN tra privatizzazione, digitalizzazione e sostenibilità finanziaria

di Morena Verrengia

Title: *Public-Private Partnership in the National Health Service between privatization, digitalization, and financial sustainability.*

Abstract (IT): Il contributo analizza il ruolo del Partenariato Pubblico-Privato (PPP) nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in un contesto segnato da sfide di sostenibilità finanziaria, innovazione tecnologica e dal crescente coinvolgimento di operatori privati. Muovendo dalla disciplina del D.Lgs. n. 36/2023, l'analisi esplora i vantaggi del modello partenariale e gli specifici ambiti applicativi in sanità. Vengono poi esaminate le criticità sistemiche, in particolare il rischio di una "privatizzazione funzionale", in cui la dipendenza tecnologica e gestionale dal partner privato può erodere la capacità di indirizzo pubblico, e le implicazioni della digitalizzazione, con la conseguente concentrazione di "potere infrastrutturale".

Abstract (EN): *The paper analyzes the role of Public-Private Partnership (PPP) in the National Health Service (NHS), in a context marked by challenges of financial sustainability, technological innovation, and the increasing involvement of private operators. Starting from the regulatory framework of Legislative Decree no. 36/2023, the analysis explores the advantages of the partnership model and its specific areas of application in healthcare. Systemic criticalities are then examined, particularly the risk of "functional privatization", where technological and managerial dependence on the private partner can erode public steering capacity, and the implications of digitalization, with the consequent concentration of "infrastructural power".*

Parole chiave: Partenariato Pubblico-Privato; Servizio Sanitario Nazionale; D.Lgs. 36/2023; Innovazione tecnologica; Privatizzazione; Sostenibilità.

Keywords: *Public-Private Partnership; National Health Service; Legislative Decree no. 36/2023; Technological Innovation; Privatization; Sustainability.*

Sommario: **4.1.** Il Servizio Sanitario Nazionale tra innovazione e sostenibilità: il ruolo del PPP. – **4.2.** L'inquadramento del Partenariato Pubblico-Privato nel D.Lgs. n. 36/2023. – **4.2.1.** Allocazione del rischio ed equilibrio economico-finanziario. – **4.3.** I vantaggi del modello partenariale: finanziamento, competenze e condivisione del rischio. – **4.4.** Il PPP come paradigma collaborativo: il "rinnovato" ruolo del privato. – **4.5.** Il PPP al servizio della sanità: ambiti applicativi. – **4.6.** Limiti e rischi del modello partenariale in sanità: squilibri contrattuali e tenuta della funzione pubblica. – **4.7.** Riflessioni conclusive.

4.1. Il Servizio Sanitario Nazionale tra innovazione e sostenibilità: il ruolo del PPP

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova oggi a fronteggiare una fase di particolare complessità e profonda trasformazione. Esso è sospeso tra le stringenti esigenze di sostenibilità finanziaria, la necessità di un profondo rinnovamento infrastrutturale e tecnologico e le crescenti pressioni derivanti da un coinvolgimento sempre più significativo di operatori economici privati nella realizzazione e nella gestione dei servizi.

La contrazione delle risorse pubbliche, la crescente complessità della domanda sanitaria, nonché la rapida innovazione tecnologica impongono di interrogarsi sugli strumenti idonei a coniugare efficienza, qualità delle prestazioni e sostenibilità di lungo periodo. In questo scenario, il Partenariato Pubblico-Privato (PPP) emerge quale fenomeno giuridico ed economico di primaria rilevanza, proposto come modello strategico per la modernizzazione del sistema e l'efficientamento della spesa.

Il ricorso al PPP, tuttavia, non è privo di ambivalenze. Se da un lato esso appare funzionale a mobilitare capitali e competenze private, dall'altro può incidere sui confini tra sfera pubblica e iniziativa economica, determinando una progressiva ridefinizione degli equilibri tra funzione programmatrice, gestione operativa e controllo.

Del resto, come anticipato nell'introduzione al Panel, la discussione si colloca nel più ampio dibattito sul destino del SSN, posto "in bilico" tra dinamiche di privatizzazione e processi di digitalizzazione, che possono fungere tanto da argine quanto da acceleratore di tali trasformazioni. La digitalizzazione, infatti, non rappresenta soltanto un fattore tecnico-organizzativo, ma incide sulla stessa infrastrutturazione del servizio sanitario, ridefinendo modalità di erogazione, flussi informativi e distribuzione delle responsabilità tra i diversi attori coinvolti.

Il presente contributo si propone di analizzare il ruolo del PPP nel settore sanitario, con particolare attenzione alla dimensione collaborativa del rapporto tra pubblico e privato. L'indagine muove dall'inquadramento dell'istituto nel vigente Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. n. 36/2023), per poi soffermarsi sui bisogni specifici del comparto sanitario e sulle criticità sistemiche che l'applicazione del modello partenariale può generare. L'obiettivo è verificare se, e a quali condizioni, il PPP possa rappresentare un'effettiva opportunità per la sostenibilità e l'innovazione del SSN, senza comprometterne i principi fondanti di universalità, equità e solidarietà.

4.2. L'inquadramento del Partenariato Pubblico-Privato nel D.Lgs. n. 36/2023

Il Partenariato Pubblico-Privato si configura come una forma di cooperazione a lungo termine tra il settore pubblico e quello privato, finalizzata alla progettazione, realizzazione, finanziamento e gestione di infrastrutture o alla fornitura di servizi di pubblica utilità.

Esso trascende la mera dimensione contrattuale per assurgere a modello di amministrazione negoziale, configurandosi come un "fenomeno socio-politico, economico e giuridico" complesso. Sul piano socio-politico, il PPP esprime la consapevolezza, da parte del settore pubblico, della necessità di attingere alle capacità e alle competenze del privato per affrontare sfide di crescente complessità; sul piano economico, rappresenta un modello per la combinazione di risorse finanziarie pubbliche e private; sul piano giuridico, infine, richiede un quadro normativo idoneo a disciplinare una cooperazione stabile e di lungo periodo.

Il D.Lgs. n. 36/2023 ha inteso rafforzare e razionalizzare la disciplina dell'istituto, qualificando il PPP come "operazione economica" (art. 174) fondata su un contratto di lunga durata nel quale il partner privato assume il rischio operativo legato alla gestione dell'opera o del servizio. Tale definizione, in linea con l'elaborazione europea, sottolinea la natura unitaria e organica del fenomeno, pur riconoscendo l'atipicità delle singole forme contrattuali partenariali e mantenendo nella concessione il paradigma di riferimento.

4.2.1. Allocazione del rischio ed equilibrio economico-finanziario

L'elemento distintivo dell'operazione partenariale rispetto al contratto di appalto risiede nel trasferimento in capo all'operatore economico privato di una quota significativa del rischio operativo. Tale rischio, che ai sensi dell'art. 177 del Codice deve comportare una "effettiva esposizione alle fluttuazioni del mercato", può manifestarsi sul lato della domanda (rischio che la domanda per il servizio sia inferiore a quella stimata) ovvero sul lato dell'offerta (rischio che la fornitura del servizio comporti costi superiori o una qualità inferiore a quanto pattuito).

Nel settore sanitario, l'allocazione del rischio assume particolare rilievo. Nelle cd. concessioni "fredde" per la costruzione e gestione di un ospedale a fronte di un canone pubblico, il rischio trasferito è tipicamente quello di "disponibilità": il corrispettivo riconosciuto dall'amministrazione è parametrato al rispetto di standard qualitativi e funzionali dell'infrastruttura, con previsione di meccanismi di riduzione del canone in caso di inadempimento.

La corretta allocazione del rischio non rileva solo ai fini della qualificazione giuridica dell'operazione, ma assume un'importanza fondamentale anche ai fini della sua contabilizzazione. Secondo le regole elaborate da Eurostat e recepite dall'ordinamento interno, affinché l'investimento possa essere contabilizzato *off balance sheet* (ossia fuori dal pubblico bilancio) è necessario che il partner privato assuma il rischio di costruzione e almeno uno tra il rischio di disponibilità e quello di domanda. La prassi applicativa ha tuttavia evidenziato il pericolo di un trasferimento solo apparente, neutralizzato da clausole che, di fatto, attenuano l'esposizione del privato e riversano l'onere economico sull'amministrazione.

In tale prospettiva, il Piano Economico-Finanziario (PEF) assume un ruolo centrale. Esso non costituisce un mero allegato contabile, ma rappresenta lo strumento attraverso il quale si formalizza l'allocazione dei rischi e si verifica la sostenibilità dell'operazione. L'equilibrio economico-finanziario sussiste quando i ricavi attesi sono in grado di coprire i costi operativi e di investimento, nonché di assicurare un'adeguata remunerazione del capitale. La valutazione della congruità del PEF costituisce, pertanto, un momento essenziale di tutela dell'interesse pubblico e di prevenzione di squilibri strutturali.

4.3. I vantaggi del modello partenariale: finanziamento, competenze e condivisione del rischio

I vantaggi derivanti dal ricorso al modello in esame – e, in particolare, dal ruolo assunto dall'operatore privato – sono molteplici.

In primo luogo, l'accesso a finanziamenti privati consente la realizzazione di opere e servizi che sarebbero difficilmente sostenibili con le sole risorse pubbliche, specie in un contesto di finanza pubblica vincolata. I capitali privati agiscono da "effetto leva", moltiplicando l'impatto degli investimenti pubblici, come quelli previsti dal PNRR.



In secondo luogo, il PPP permette alla pubblica amministrazione di beneficiare del *know-how* e delle competenze specialistiche del settore privato, che apporta soluzioni innovative e capacità gestionali spesso non pienamente disponibili all'interno dell'apparato pubblico. Ciò assume rilievo decisivo nel contesto della digitalizzazione sanitaria, ove la rapidità dell'innovazione tecnologica rende complesso per l'amministrazione mantenere costantemente aggiornate competenze altamente specialistiche.

Infine, la condivisione dei rischi costituisce un elemento qualificante dell'operazione partenariale. Un PPP correttamente strutturato implica che l'operatore privato si assuma una quota significativa del rischio operativo, legato alla costruzione, alla disponibilità dell'opera o alla domanda del servizio. Tale meccanismo, se effettivo e non meramente formale, costituisce uno strumento di responsabilizzazione del partner privato e di tutela dell'interesse pubblico.

Ad ogni modo, a fronte del ruolo "propulsivo" del privato, il successo dell'operazione partenariale dipende in maniera cruciale dalla capacità della pubblica amministrazione di esercitare un "protagonismo" strategico. Il partner pubblico deve definire con chiarezza obiettivi, standard qualitativi e criteri di remunerazione, nonché garantire un controllo rigoroso sull'esecuzione. Il suo compito è quello di indirizzare le competenze e le risorse private verso il soddisfacimento dei bisogni della collettività, prevenendo al contempo condotte elusive o squilibri contrattuali.

Il ruolo pubblico, in un'operazione di PPP, si articola in tre momenti essenziali: la valutazione preventiva della convenienza dell'operazione (*Value for Money*), la verifica della coerenza e della sostenibilità del PEF e il monitoraggio dell'esecuzione contrattuale.

Il protagonismo pubblico, dunque, non si pone in antitesi con quello privato, ma ne è il necessario complemento: solo un'amministrazione forte e competente può instaurare un rapporto paritario e fruttuoso con il partner privato, garantendo che l'operazione generi un reale valore pubblico.

4.4. Il PPP come paradigma collaborativo: il "rinnovato" ruolo del privato

Il PPP rappresenta un cambio di paradigma rispetto alla tradizionale dicotomia committente-esecutore, configurando un modello di amministrazione negoziale fondato su un intenso e continuo dialogo tra i partner. L'operatore economico privato abbandona il ruolo di mero esecutore per assumere quello di "co-protagonista" dell'operazione, condividendo con la controparte pubblica obiettivi, strategie e responsabilità. Il suo contributo non si esaurisce nell'apporto di capitali, ma si estende al patrimonio di competenze tecniche, gestionali e innovative, particolarmente rilevante in processi complessi quali la trasformazione digitale del settore sanitario.

Questo "rinnovato" ruolo del privato impone almeno due ordini di riflessioni.



In primo luogo, il nuovo Codice dei contratti pubblici, nell'intento di rendere il PPP maggiormente attrattivo per le amministrazioni e per gli investitori, ha valorizzato la discrezionalità amministrativa nel perseguimento dell'interesse pubblico, attraverso principi guida quali il principio del risultato (art. 1) e il principio della fiducia (art. 2). L'ampliamento di tali spazi di discrezionalità presuppone, tuttavia, strutture dotate di adeguate competenze tecnico-giuridiche ed economico-finanziarie, in grado di governare operazioni partenariali di elevata complessità. In ambito sanitario, tale esigenza assume un rilievo ancora maggiore, stante la necessità di bilanciare istanze di efficienza e sostenibilità con la tutela di diritti fondamentali costituzionalmente garantiti.

In questo contesto, la valorizzazione del ruolo del privato, anche quale soggetto portatore di *know-how* idoneo a colmare eventuali carenze tecniche e funzionali dell'amministrazione, pone questioni particolarmente delicate. Se in altri settori l'ampliamento degli spazi di intervento privato è letto prevalentemente in chiave efficientistica – pur permanendo il rischio di squilibri contrattuali e di una traslazione solo apparente dei rischi –, nel settore sanitario la presenza di interessi sensibili e di diritti fondamentali impone un più rigoroso scrutinio di compatibilità sistemica.

In secondo luogo, il rinnovato protagonismo del settore privato trova espressione nella stessa disciplina positiva, che incentiva forme di iniziativa privata quali il *project financing* a iniziativa di parte (art. 193 del D.Lgs. 36/2023), consentendo all'operatore economico di presentare proposte innovative anche al di fuori della programmazione pubblica, valorizzando la propria capacità progettuale e la conoscenza del mercato.

L'esperienza comparata – e segnatamente quella britannica, tradizionalmente considerata matrice del modello partenariale – mostra come il punto di forza del PPP sia stato individuato proprio nel ruolo attivo del privato non solo sul piano tecnico-finanziario, ma anche – e soprattutto – nella domanda e nella definizione di obiettivi e soluzioni progettuali. Tuttavia, le sfide contemporanee hanno ridefinito e rafforzato il ruolo programmatico dei pubblici poteri, chiamati a predeterminare a monte le macro-finalità degli sviluppi con un conseguente indebolimento del ruolo dei privati nella individuazione dei fabbisogni. Se in altri settori tale rinnovato protagonismo pubblico è talvolta letto come freno all'innovazione, in ambito sanitario presenta una nota positiva e assume una valenza fisiologica. Invero, la definizione dei fabbisogni assistenziali e delle macro-finalità di tutela della salute non può essere sostanzialmente delegata a soggetti *for-profit*, poiché la natura costituzionale del diritto alla salute impone che la funzione di indirizzo e programmazione resti in capo ai pubblici poteri. Il partenariato non può qui tradursi in uno spostamento dell'indirizzo strategico verso il privato, pena lo svuotamento del ruolo dell'amministrazione sanitaria. Si pone, dunque, una questione di equilibrio: fino a che punto il



coinvolgimento del privato nella fase di definizione della domanda può considerarsi compatibile con la natura pubblicistica del servizio sanitario?

In conclusione, appare fondamentale individuare un corretto equilibrio strutturale tra domanda pubblica e offerta privata. Le competenze del privato possono risultare decisive nella prospettazione di soluzioni innovative, specie nel campo della digitalizzazione; al contempo, il protagonismo pubblico nella definizione degli obiettivi di sviluppo costituisce la condizione per orientare l'intervento privato verso finalità coerenti con l'interesse generale. L'analisi dei modelli di PPP nel settore sanitario richiede, pertanto, una verifica attenta dell'adeguatezza degli spazi riconosciuti ai diversi attori dalla disciplina vigente, al fine di assicurare una collaborazione che rafforzi – e non indebolisca – la funzione pubblica di tutela della salute.

4.5. Il PPP al servizio della sanità: ambiti applicativi

Il modello collaborativo del PPP si presta a rispondere ad alcuni dei bisogni più urgenti del settore sanitario, caratterizzato da una domanda articolata e da una rapida evoluzione tecnologica. Nel tempo, il ricorso al partenariato in ambito sanitario ha conosciuto una progressiva espansione, interessando settori eterogenei e superando l'originaria concentrazione sulla sola edilizia ospedaliera, a testimonianza della notevole flessibilità applicativa dell'istituto.

In primo luogo, la gestione e il rinnovamento delle infrastrutture sanitarie hanno rappresentato il terreno d'elezione per le prime operazioni partenariali. A partire dai primi anni Duemila, diverse Regioni hanno fatto ricorso a operazioni di project financing per la costruzione e la ristrutturazione di complessi ospedalieri, con l'obiettivo di superare l'obsolescenza del patrimonio immobiliare pubblico e di adeguarlo ai moderni standard di sicurezza, efficienza energetica e funzionalità organizzativa. In tali operazioni, il partner privato non si limita alla realizzazione dell'opera, ma assume frequentemente anche la gestione di servizi non sanitari (quali manutenzione, logistica, servizi alberghieri) e, in taluni casi, la fornitura e la gestione di tecnologie biomedicali. Il modello consente così di integrare fase costruttiva e gestione, trasferendo al privato il rischio di disponibilità e quello connesso all'obsolescenza delle infrastrutture e delle apparecchiature.

Un secondo ambito di crescente rilevanza è rappresentato dall'aggiornamento tecnologico e dalla digitalizzazione dei servizi sanitari. La competenza specialistica del settore privato risulta spesso decisiva per l'implementazione di sistemi informativi integrati, per la gestione in full-service di apparecchiature diagnostiche ad alta intensità tecnologica, per l'adozione di piattaforme di telemedicina e per lo sviluppo di soluzioni basate su intelligenza artificiale. In tali contesti, il PPP consente di trasferire al privato il

rischio tecnologico che l'amministrazione difficilmente potrebbe gestire in modo efficiente, garantendo al contempo un adeguamento costante agli standard più avanzati.

L'apporto privato può incidere positivamente anche sulla stessa capacità progettuale dell'amministrazione, contribuendo alla definizione stessa della domanda pubblica attraverso la prospettazione di soluzioni innovative. Ciò risulta particolarmente evidente nel quadro degli investimenti connessi alla transizione digitale e agli obiettivi del PNRR, nei quali la collaborazione partenariale può favorire un utilizzo più efficace delle risorse e una maggiore integrazione tra dimensione infrastrutturale e organizzativa.

Infine, in linea con gli obiettivi di transizione ecologica, si stanno diffondendo operazioni di PPP nel campo dell'efficientamento energetico degli edifici ospedalieri, mediante Contratti di Rendimento Energetico (EPC). Tali contratti, qualificabili come PPP qualora vi sia un effettivo trasferimento del rischio operativo, prevedono che un operatore specializzato (*ESCo*) realizzi interventi di efficientamento, venendo remunerato in base ai risparmi energetici effettivamente conseguiti. Il modello consente di coniugare sostenibilità ambientale e finanziaria, riduzione dei costi di gestione e contenimento dell'esborso iniziale per l'amministrazione, a condizione che la struttura contrattuale garantisca un'effettiva allocazione dei rischi e un adeguato sistema di monitoraggio delle performance.

L'eterogeneità degli ambiti applicativi dimostra come il PPP possa adattarsi alle molteplici esigenze del settore sanitario. Tale versatilità, tuttavia, non esime dall'esigenza di un'attenta calibrazione dell'operazione in ciascun caso concreto, con particolare riguardo all'allocazione dei rischi, alla sostenibilità economico-finanziaria e alla definizione di efficaci meccanismi di controllo pubblico.

4.6. Limiti e rischi del modello partenariale in sanità: squilibri contrattuali e tenuta della funzione pubblica

Accanto alle potenzialità, il ricorso al PPP in sanità solleva criticità sistemiche. La principale preoccupazione, al centro del dibattito contemporaneo, è che tali operazioni, se non adeguatamente governate, possano determinare una progressiva ridefinizione sostanziale dei confini tra pubblico e privato, spesso descritta come forma di cd. "privatizzazione strisciante" in cui la logica del profitto prevale sul diritto fondamentale alla salute, compromettendo l'universalità e l'equità del servizio. Il rischio non è tanto quello di una privatizzazione formale del servizio, quanto quello di una privatizzazione funzionale, nella quale la dipendenza tecnologica, finanziaria e gestionale dal partner privato genera un'asimmetria strutturale idonea a incidere, indirettamente, sulle scelte di politica sanitaria e sulla capacità pubblica di determinazione degli indirizzi strategici.

Tale rischio si manifesta principalmente attraverso due canali.



Il primo è rappresentato dagli squilibri contrattuali e dall'asimmetria informativa. La complessità tecnica, giuridica e finanziaria delle operazioni di PPP può collocare la pubblica amministrazione in una posizione di potenziale debolezza negoziale, soprattutto in assenza di competenze specialistiche adeguate. In tali condizioni, l'allocazione del rischio al partner privato rischia di rimanere meramente formale, mentre i costi effettivi – diretti o indiretti – possono ricadere sulla collettività. La necessità di effettuare rigorose valutazioni preventive di convenienza, attraverso l'analisi del *Value for Money* (VFM), e un'accurata analisi dei rischi diventa, quindi, un presidio imprescindibile per garantire che il PPP generi un effettivo valore aggiunto rispetto a un appalto tradizionale.

Il secondo canale di rischio concerne l'erosione dello spazio pubblico di programmazione e indirizzo. L'affidamento di lungo periodo di servizi e infrastrutture strategiche a operatori *for-profit* può comportare una progressiva contrazione della capacità pubblica di definire autonomamente priorità allocative e modelli organizzativi, con possibile incidenza sulla funzione di determinazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni e, più in generale, sull'effettività del principio di uguaglianza nell'accesso alle cure. In tale prospettiva, il partner privato, da soggetto collaborativo, rischia di assumere una posizione dominante, in grado di orientare indirettamente le scelte pubbliche in funzione dei propri interessi economici.

Queste dinamiche risultano particolarmente delicate nel contesto della trasformazione digitale del sistema sanitario. Come è noto, la digitalizzazione del sistema sanitario solleva questioni particolarmente delicate, anzitutto, in ordine al bilanciamento tra tutela della salute e protezione dei dati personali. La digitalizzazione comporta infatti la gestione di un patrimonio informativo altamente sensibile, che il Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati (GDPR) qualifica come appartenente a categorie particolari di dati, meritevoli di tutele rafforzate. Il coinvolgimento di operatori privati nello sviluppo e nella gestione di piattaforme digitali – quali fascicoli sanitari elettronici, piattaforme di telemedicina o applicazioni di intelligenza artificiale per finalità diagnostiche – comporta la concentrazione di ingenti quantità di informazioni sanitarie presso soggetti spesso dotati di significativo potere economico e tecnologico. Se tale coinvolgimento appare, in molti casi, funzionale all'innovazione e alla sicurezza dei sistemi, esso solleva interrogativi in ordine alla protezione dei dati, alla sicurezza informatica e al rischio di una concentrazione informativa suscettibile di tradursi in una forma di potere infrastrutturale. Le scelte tecniche incorporate nella progettazione delle architetture digitali e dei database non sono, infatti, neutrali: esse riflettono opzioni organizzative e valoriali che possono incidere direttamente sulle modalità di erogazione delle prestazioni e, in ultima analisi, sull'effettività del diritto alla salute.

Ne deriva che anche i soggetti privati, in quanto co-protagonisti dell'erogazione di servizi di pubblico interesse, assumono una responsabilità pubblica sostanziale e concorrono alla realizzazione del diritto alla



salute, risultando funzionalmente assoggettati al rispetto dei medesimi principi che vincolano la pubblica amministrazione. Ciò impone l'adozione di un quadro regolatorio chiaro e coerente, capace di definire competenze, responsabilità e standard tecnici, nonché di assicurare trasparenza e accountability nella progettazione e nella gestione delle piattaforme digitali sanitarie. In assenza di tali presidi, la digitalizzazione, lungi dal rafforzare il servizio pubblico, rischia di trasformarsi in un fattore di ridefinizione silenziosa dei rapporti tra pubblico e privato.

Il PPP in sanità può, dunque, rappresentare uno strumento coerente con il modello costituzionale solo se inserito in un quadro di governo pubblico forte e consapevole, capace di coniugare efficienza gestionale, innovazione tecnologica e tutela effettiva del diritto fondamentale alla salute.

4.7. Riflessioni conclusive

Il Partenariato Pubblico-Privato, nel settore sanitario, si configura come uno strumento idoneo e flessibile, capace di mobilitare risorse e competenze private per rispondere alle complesse sfide che il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare. La valorizzazione del dialogo collaborativo, del ruolo propositivo del privato e, al contempo, del protagonismo strategico della parte pubblica costituisce la condizione essenziale per liberarne il potenziale innovativo.

La coerenza del PPP con i principi fondanti del SSN – universalità, equità, solidarietà – non è tuttavia un esito automatico. Essa dipende dalla capacità dell'amministrazione di governare l'intero ciclo dell'operazione partenariale, dalla fase programmatica a quella esecutiva.

Perché il PPP possa rappresentare un effettivo volano di modernizzazione e sostenibilità, e non un fattore di progressiva ridefinizione dei confini tra pubblico e privato, è necessario investire nel rafforzamento delle competenze tecnico-giuridiche ed economico-finanziarie della pubblica amministrazione, garantire trasparenza e accountability nelle procedure e assicurare che il trasferimento del rischio al partner privato sia reale ed effettivo.

In questa prospettiva, la collaborazione con il privato non si pone in alternativa al modello pubblico di tutela della salute, ma può costituirne uno strumento attuativo, a condizione che resti saldamente ancorata a un quadro di governo pubblico forte e consapevole. Solo in tale equilibrio tra efficienza economica, innovazione tecnologica e presidio dell'interesse generale, il partenariato può contribuire alla tenuta e al rafforzamento del servizio sanitario nel lungo periodo.

Riferimenti bibliografici essenziali

- M. Andreis, R. Morzenti Pellegrini (a cura di), *Cattiva amministrazione e responsabilità amministrativa*, Giappichelli, Torino, 2016.
- M. Baldi, *Partenariato pubblico privato e concessioni*, in *Urbanistica e appalti*, n. 3, 2023, pp. 285 ss.
- M. Cammelli, *La pubblica amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- E. Campagnano, *Le nuove forme del partenariato Pubblico-Privato. Servizi pubblici e infrastrutture*, Cedam., Padova, 2020.

- G.F. Cartei, *Rischio e disciplina negoziale nei contatti di concessione e di partenariato pubblico-privato*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, n. 2, 2018, pp. 599 ss.
- S. Catuogno, *Il partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance*, Giappichelli, Torino, 2017.
- M.P. Chiti, *I partenariati pubblico-privati e la fine del dualismo tra diritto pubblico e diritto comune*, in M.P. Chiti (a cura di), *Il partenariato pubblico-privato. Concessioni. Finanza di progetto. Società miste. Fondazioni*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2009, pp. 4 ss.
- C. Colapietro, F. Laviola, *I trattamenti di dati personali in ambito sanitario*, in *Dirittifondamentali.it*, 2019, pp. 1 ss.
- F. Cortese, *Tipologie e regime delle forme di collaborazione tra pubblico e privato*, in F. Mastragostino (a cura di), *La collaborazione pubblico-privato e l'ordinamento amministrativo. Dinamiche e modelli di partenariato in base alle recenti riforme*, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 35 ss.
- M. Delsignore, *Pubblico e privato: moduli di partenariato*, in B. Marchetti (a cura di), *Pubblico e privato. Oltre i confini dell'amministrazione tradizionale*, Cedam, Padova, 2013, 343 ss.
- R. Ferrara, *Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione*, in *CERIDAP*, n. 2, 2023, pp. 171 ss.
- A. Fioritto, *L'amministrazione negoziale: modelli di partenariato e problemi di applicazione*, in A. Fioritto (a cura di), *Nuove forme e nuove discipline del partenariato pubblico privato*, Giappichelli, Torino, 2017, pp. 55 ss.
- F. Fracchia, *I contratti pubblici come strumento di accentramento*, in M. Cafagno, F. Manganaro (a cura di), *L'intervento pubblico nell'economia*, Firenze University Press, Firenze, 2016, pp. 375 ss.
- V. Mapelli, *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 2012.
- A. Moliterni, *Le prospettive del partenariato pubblico-privato nella stagione del PNRR*, in *Diritto amministrativo*, n. 2, 2022, pp. 441 ss.
- M. Nicolai, W. Tortorella (a cura di), *Partenariato Pubblico Privato e Project Finance. Le novità giuridiche, finanziarie e contabili*, Maggioli Editore, Rimini, 2018, pp. 235 ss.
- A. Pioggia, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Diritto amministrativo*, n. 3, 2024, pp. 721 ss.
- A. Rallo, A. Scognamiglio (a cura di), *I rimedi contro la cattiva amministrazione. Procedimento amministrativo ed attività produttive ed imprenditoriali*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2016.
- M. Ricchi, *Struttura e semantica del PPP: le concessioni e la finanza di progetto nel nuovo Codice, il D.Lgs. n. 36/2023*, in *Urbanistica e appalti*, n. 3, 2024, pp. 307 ss.
- M.A. Sandulli, F. Aperio Bella, A. Coiante, C.F. Iaione (a cura di), *Pubblico, privato e comunità in sanità*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024.
- G. Taglianetti, *Il partenariato pubblico-privato e il rischio operativo. Dalla tradizionale concessione di costruzione e gestione al project financing*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2014.
- S. Valaguzza, *Governare per contratto. Come creare valore attraverso i contratti pubblici*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2018.

5. Potere di mercato e discrezionalità amministrativa nella definizione delle specifiche tecniche delle gare per i dispositivi medicali

di Tommaso Tornielli

Title: *Market Power and Administrative Discretion in the Definition of Technical Specifications for Medical Device Procurement*

Abstract (IT): Il contributo indaga le trasformazioni del rapporto tra pubblico e privato nel moderno mercato delle forniture sanitarie, segnato dalla crescente centralità dell'innovazione tecnologica e dal rafforzamento del potere di mercato degli operatori economici. In tale contesto, la definizione del fabbisogno pubblico e dell'oggetto contrattuale si rivela sempre più esposta al rischio di essere condizionata dall'offerta disponibile. Muovendo dall'analisi delle specifiche tecniche come banco di prova di questa dinamica, lo scritto esamina la figura del c.d. "bando fotografia" alla luce della recente giurisprudenza amministrativa, mettendo in evidenza il ruolo decisivo dell'istruttoria e della motivazione nel preservare la concorrenza e la *par condicio* tra gli operatori.

Abstract (EN): *The article explores the transformation of the relationship between public authorities and private actors in the contemporary healthcare supply market, increasingly shaped by technological innovation and the growing market power of private operators. In this context, the definition of public needs and contractual objects becomes particularly vulnerable to market-driven influences. By analysing technical specifications as a testing ground for these dynamics, the paper focuses on the notion of the so-called "tailor-made tender" in recent administrative case law, highlighting the crucial role of administrative reasoning and preliminary assessments in safeguarding competition and equal treatment.*

Parole chiave: Mercato sanitario – Dispositivi medicali – Potere tecnologico – Bando fotografia – Concorrenza – Specifiche tecniche – Appalti pubblici

Keywords: *Healthcare market – Medical devices – Technological power – Tailor-made tender – Competition – Technical specifications – Public procurement*

Sommario: 5.1. Pubblico e privato nel moderno mercato delle forniture sanitarie. – 5.2. La declinazione delle specifiche tecniche nell'ambito delle gare per la provvista di dispositivi medicali. – 5.3. *Segue.* Alcuni rilievi tratti dalla casistica giurisprudenziale recente. Il caso del "bando fotografia". – 5.4. Riflessioni conclusive.

5.1. Pubblico e privato nel moderno mercato delle forniture sanitarie

Il sistema di tutela della salute sembra aver conosciuto, negli ultimi decenni, una trasformazione significativa, non riducibile alla sola dimensione organizzativa, ma tale da incidere più in profondità sulle categorie giuridiche attraverso cui tradizionalmente si è letto il rapporto tra pubblico e privato in sanità.

In una prospettiva storica, l'erogazione delle prestazioni sanitarie e il reperimento delle risorse necessarie risultavano tendenzialmente sottratti alle dinamiche concorrenziali e alle logiche di mercato.

Dal momento che la sanità pubblica si presentava come espressione della tutela di un diritto fondamentale, essa veniva collocata in una sfera distinta rispetto a quella dell'iniziativa economica privata. L'esperienza delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, disciplinate originariamente dalla l. 17 luglio 1890, n. 6972 e poi oggetto di un progressivo riordino culminato nel d.lgs. 4 maggio 2001, n. 207, testimonia, in effetti, tale impostazione. In quel modello, l'intervento pubblico non si configurava tanto come attività di acquisto di beni o servizi, quanto come attuazione di un dovere solidaristico, in un contesto che poteva assumere i tratti del quasi-monopolio pubblico, oppure della sussidiarietà di matrice caritatevole e/o confessionale.

La Pubblica Amministrazione, più che agire come soggetto acquirente sul mercato delle tecnologie sanitarie, operava quale garante di una funzione sociale, volta ad assicurare l'effettività del diritto alla



salute piuttosto che a selezionare, secondo logiche economiche, i fornitori delle prestazioni o degli strumenti necessari.

Questo assetto, tuttavia, è progressivamente venuto meno, lasciando il posto a quello che oggi può essere definito, senza remore, come un vero e proprio mercato sanitario.

L'aziendalizzazione delle strutture pubbliche, l'introduzione di criteri di efficacia ed efficienza economica e l'introduzione delle regole dell'evidenza pubblica hanno modificato la fisionomia del Servizio Sanitario Nazionale, che da soggetto erogatore di servizi è divenuto attore economico, strutturalmente inserito nelle dinamiche della domanda e dell'offerta.

In questo nuovo contesto, il dispositivo medico non rappresenta più soltanto uno strumento funzionale alla cura, ma diviene, giocoforza, una merce strategica, dotata di un valore economico tale da attrarre rilevanti interessi industriali e finanziari.

Anche in seguito alle numerose direttive europee sulla contrattualistica pubblica susseguitesesi negli ultimi 20 anni, il linguaggio stesso della sanità si è piegato alla terminologia del mercato. Si parla oggi di "fabbisogni", "capitolati", "procedure di gara", "valutazioni costi-benefici", segni linguistici di una transizione che ha reso la salute un bene mediato dal mercato e non più soltanto un diritto garantito dallo Stato.

Questa progressiva traslazione della sanità pubblica verso un assetto di tipo mercatorio non si esaurisce, tuttavia, in una mera evoluzione organizzativo-gestionale o lessicale. Essa sembra altresì in grado di incidere sull'equilibrio di domanda e offerta che, in concreto, si viene a creare tra stazione appaltante e operatori economici privati.

Se, infatti, la tutela della salute era tradizionalmente esercitata in un quadro nel quale il pubblico (pre)definiva i bisogni e il privato si limitava a soddisfarli, l'attuale centralità assunta della componente altamente tecnologica delle forniture medicali tende a invertire, almeno in parte, un siffatto ordine di rapporti.

Il soggetto pubblico continua certamente a operare come stazione appaltante e come garante del diritto alla salute, ma, nella pratica, si può trovare a dipendere dalle soluzioni tecnologiche sviluppate e proposte dall'industria privata.

In altri termini, il passaggio da quella che potremmo definire "sanità come funzione pubblica" alla "sanità come mercato" non comporta soltanto l'ingresso delle logiche concorrenziali, ma determina anche un possibile mutamento nell'assetto dei ruoli.

Il mercato non è più soltanto oggetto della regolazione da parte dei pubblici poteri, bensì contribuisce esso stesso a orientare, e talvolta a condizionare, le scelte programmatiche delle stazioni appaltanti.



Come detto, il principale motore di questa sorta di inversione è la forza dell'innovazione tecnologica e digitale che caratterizza il moderno mercato delle forniture sanitarie. Se in passato la Pubblica Amministrazione era in grado di individuare in modo relativamente autonomo i beni necessari – farmaci, presidi, strumentazioni e attrezzature – oggi essa si confronta con tecnologie complesse e in continua evoluzione, come sistemi di chirurgia robotica, piattaforme di intelligenza artificiale per la diagnostica, infrastrutture di telemedicina, software per la gestione integrata dei dati clinici.

In tali ambiti, il privato non è più soltanto un fornitore, ma il detentore esclusivo del sapere tecnico e dell'innovazione.

Ben si comprende, allora, il rischio di asimmetria informativa.

L'ente pubblico necessita di dispositivi sempre più sofisticati per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e per evitare rischi di obsolescenza e, conseguentemente, di responsabilità professionale; tuttavia, molto spesso non dispone delle conoscenze e competenze tecniche necessarie per definire in modo indipendente i propri fabbisogni.

Di fatto, la definizione stessa di ciò che è “necessario” in sanità si presta a essere modellata dall'offerta privata, la quale, a sua volta, può riuscire financo ad anticipare e indirizzare la domanda pubblica.

Il risultato è un sistema in cui la sovranità decisionale del pubblico appare progressivamente erosa, mentre il mercato assume un ruolo centrale non solo nell'offerta di soluzioni, ma nella definizione stessa delle priorità sanitarie.

In questo quadro, un punto di osservazione privilegiato delle dinamiche sin qui descritte è rappresentato dallo studio delle specifiche tecniche nelle procedure di gara per la provvista di dispositivi medicali.

L'analisi del processo attraverso cui la stazione appaltante perviene alla definizione del fabbisogno pubblico, anche alla luce di casi concreti, fa invero risaltare il rischio di una inversione dei rapporti tradizionali nella stessa costruzione della domanda pubblica nel mercato di riferimento.

5.2. La declinazione delle specifiche tecniche nell'ambito delle gare per la provvista di dispositivi medicali

La disciplina delle specifiche tecniche di gara continua a rappresentare uno snodo centrale nella costruzione delle procedure di affidamento, anche in seguito all'entrata in vigore del nuovo codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36.

Nel sistema previgente, l'art. 68 del d.lgs. n. 50 del 2016 le individuava come istituto attraverso cui la stazione appaltante era chiamata a descrivere l'oggetto della prestazione richiesta, delineandone le caratteristiche funzionali, prestazionali e qualitative; un'impostazione che, pur nel mutato assetto



codicistico, risulta confermata dall'attuale art. 79 del d.lgs. n. 36 del 2023, che si sostanzia in un rinvio all'allegato II.5 per la definizione e la disciplina dell'istituto.

Come emerge dalla struttura del nuovo Codice, le specifiche tecniche sono collocate all'interno degli atti preparatori della procedura e assolvono a una funzione essenziale. Esse concorrono a delimitare l'oggetto dell'appalto, consentendo, da un lato, alla stazione appaltante di esprimere in modo chiaro e trasparente il proprio bisogno e, dall'altro, agli operatori economici di formulare un'offerta congruente, consapevole e comparabile.

Il citato allegato II.5 chiarisce invero che le specifiche tecniche consistono nell'insieme delle prescrizioni contenute nei documenti di gara che definiscono le caratteristiche richieste della fornitura, includendo non soltanto profili strettamente prestazionali, ma anche elementi relativi alla qualità, alla sicurezza, alla valutazione della conformità, ai processi e ai metodi di produzione, nonché – in modo particolarmente rilevante nel settore dei dispositivi medicali – alle modalità di utilizzo e al ciclo di vita del prodotto.

Ne risulta una nozione ampia, che attribuisce alla stazione appaltante un margine significativo di discrezionalità nella conformazione dell'oggetto contrattuale. Tale discrezionalità, nondimeno, trova – o dovrebbe trovare – un limite nei principi di ragionevolezza, proporzionalità e pertinenza richiamati dall'incipit della Parte II-A dell'allegato II.5.

In questo contesto, la funzione delle specifiche tecniche può essere utilmente letta alla luce della “lente privatistica” data dall'art. 1346 c.c., secondo cui l'oggetto del contratto deve essere determinato o, quantomeno, determinabile. Infatti, la riferita regola generale civilistica assume una valenza peculiare nell'ambito degli appalti pubblici, poiché la determinazione dell'oggetto non è rimessa alla negoziazione tra le parti, ma viene anticipata e cristallizzata negli atti predisposti unilateralmente dalla stazione appaltante.

Proprio in relazione alla caratteristica della determinatezza dell'oggetto contrattuale e all'ampio margine di discrezionalità lasciato all'amministrazione, si pone un problema non privo di complessità, che ha a che vedere con il livello di determinatezza ritenuto adeguato.

Da un lato, specifiche tecniche formulate in termini eccessivamente generici o indeterminati rischiano di non assolvere alla loro funzione essenziale, rendendo difficile, se non impossibile, per gli operatori economici, comprendere con precisione le esigenze della stazione appaltante e predisporre un'offerta ponderata, coerente e comparabile. Dall'altro lato, una definizione dell'oggetto fondata su requisiti tecnici troppo puntuali e stringenti può tradursi, soprattutto nei mercati di nicchia propri dei dispositivi o degli apparecchi medicali altamente tecnologici, in una sostanziale identificazione dell'oggetto dell'appalto con uno specifico prodotto, o con una ristretta gamma di soluzioni disponibili. Donde il rischio di compressione della concorrenza e della *par condicio* tra i concorrenti.



È all'interno di questo spazio intermedio, compreso tra gli estremi dell'indeterminatezza del fabbisogno e dell'eccessiva rigidità delle prescrizioni tecniche, che si rinviene la principale origine delle problematiche applicative, che si riscontrano anche nella prassi.

Nel settore dei dispositivi medicali, non è infrequente che l'esigenza di garantire elevati standard tecnologici induca la stazione appaltante a formulare specifiche tecniche estremamente dettagliate, talvolta modellate su soluzioni tecnologiche già presenti sul mercato.

In casi simili, la linea di confine tra la descrizione del fabbisogno e l'individuazione implicita di un determinato prodotto tende ad assottigliarsi, con il rischio che la costruzione della domanda pubblica finisca per essere condizionata più da una specifica offerta (peraltro già disponibile), che dai reali interessi pubblici che la gara dovrebbe tendere a soddisfare.

È in questa prospettiva che il legislatore, tanto a livello europeo quanto nazionale, ha avvertito l'esigenza di presidiare la fase di definizione delle specifiche tecniche mediante il principio di equivalenza, oggi consacrato all'interno dell'allegato II.5 e considerato dalla giurisprudenza come presidio essenziale della concorrenza. In base a tale principio, le specifiche tecniche devono consentire pari accesso agli operatori economici e non possono tradursi in ostacoli ingiustificati all'apertura del mercato; pertanto, anche laddove la stazione appaltante faccia riferimento a norme tecniche, standard o caratteristiche particolarmente puntuali, deve sempre essere ammessa la possibilità per l'operatore economico di dimostrare che la soluzione proposta è funzionalmente equivalente rispetto a quella richiesta.

Il principio di equivalenza opera, in tal senso, come una misura di proporzionalità concreta, idonea a ricomporre la tensione tra l'esigenza di determinare con precisione l'oggetto del contratto d'appalto e la necessità di evitare che la specificazione tecnica si traduca in una indebita restrizione della concorrenza. Esso consente di mantenere distinto il piano del fabbisogno pubblico, che deve rimanere il vero baricentro della procedura, da quello delle soluzioni tecnologiche disponibili, impedendo che queste ultime assumano, surrettiziamente, un ruolo normativo nella definizione dell'oggetto del contratto.

Se il principio di equivalenza delle specifiche tecniche si configura, dunque, come uno strumento indubbiamente avanzato e funzionale alla tutela della concorrenza, esso non appare tuttavia idoneo a risolvere in via definitiva la tensione tra i due poli della determinatezza dell'oggetto contrattuale, tensione che nel settore delle forniture medicali tende anzi ad accentuarsi in ragione della componente tecnologica, la quale costituisce di per sé un fattore potenziale di selezione e chiusura del mercato. Proprio per apprezzare tale dinamica nella sua dimensione concreta e applicativa, si rende allora necessario spostare l'analisi sul piano della prassi e della casistica giurisprudenziale, nella quale queste criticità emergono con particolare evidenza.



5.3. *Segue.* Alcuni rilievi tratti dalla casistica giurisprudenziale recente. Il caso del “bando fotografia”

Nel passaggio dalla dimensione teorica a quella applicativa, una delle figure che più chiaramente consente di cogliere la persistenza della tensione tra determinatezza dell’oggetto contrattuale e tutela della concorrenza è rappresentata dal c.d. “bando fotografia”, ossia dalla predisposizione di specifiche tecniche formalmente neutrali ma sostanzialmente idonee a individuare ex ante un unico operatore economico.

Due recenti pronunce, rese entrambe in materia di forniture di dispositivi medicali, si caratterizzano come significativi esempi per analizzare il fenomeno.

Un primo banco di prova è offerto da TAR Lazio, Roma, Sez. III-quater, 22 novembre 2022, n. 15442, resa nell’ambito di una procedura di gara avente ad oggetto la fornitura di sistemi analitici completi per l’immunoematologia. In questo caso, la stazione appaltante aveva previsto, tra i requisiti tecnici minimi a pena di esclusione, una specifica configurazione dello strumento ad alta produttività, riferita al numero e alla tipologia delle posizioni dedicate all’incubazione, che, secondo il giudice, finiva per coincidere con le caratteristiche di un solo sistema presente sul mercato.

La sentenza muove da una premessa di principio ormai consolidata, secondo cui l’individuazione delle specifiche tecniche costituisce espressione di ampia discrezionalità, ma chiarisce immediatamente che essa incontra un limite nel principio di concorrenza, il quale impone di evitare requisiti non funzionali al soddisfacimento di un effettivo bisogno pubblico.

È proprio su questo terreno che il TAR Lazio individua la cifra tipica del bando fotografia.

Il Collegio osserva, infatti, che la richiesta di un numero minimo di posizioni di incubazione non risultava adeguatamente giustificata in relazione alle prestazioni complessive del sistema, poiché altri strumenti, pur caratterizzati da un numero inferiore di posizioni, erano in grado di garantire una produttività oraria pari o addirittura superiore. In assenza di una motivazione puntuale sulle ragioni per cui la specifica tecnica contestata fosse necessaria e proporzionata, la *lex specialis* si risolveva in una restrizione irragionevole della concorrenza, tanto più grave in un mercato già fortemente concentrato.

Non a caso, il TAR Lazio sottolinea che l’Amministrazione deve evitare di inserire requisiti “non rivolti al soddisfacimento di un effettivo bisogno, ma tendenti in via esclusiva a limitare ex ante gli interlocutori”, riconoscendo così nel bando fotografia il punto di emersione patologica di una determinatezza dell’oggetto che, anziché chiarire il fabbisogno, finisce per identificarlo con un singolo prodotto.

Una declinazione lievemente diversa della problematica si rinviene in TAR Campania, Napoli, Sez. IX, 2 luglio 2025, n. 5029, ove il giudice è chiamato a scrutinare una gara per la fornitura di dispositivi medicali ad elevato contenuto tecnologico (tomografi a coerenza ottica, OCT), contestata dall’impresa ricorrente proprio sotto il profilo della pretesa conformazione “fotografica” delle specifiche tecniche.



In questo caso, la doglianza muoveva dall'assunto secondo cui talune prescrizioni della *lex specialis*, concernenti la configurazione del sistema e le modalità di funzionamento del dispositivo, avrebbero determinato un'indebita chiusura del mercato, rendendo di fatto impossibile la partecipazione di soluzioni tecnologiche alternative.

La peculiarità della vicenda risiede tuttavia nello sviluppo istruttorio del giudizio.

Il TAR Napoli, ritenendo non sufficiente una valutazione meramente astratta delle specifiche contestate, dispone una verifica tecnica, volta ad accertare se le caratteristiche richieste rispondessero effettivamente alle esigenze funzionali della stazione appaltante o se, al contrario, si traducevano in un'inammissibile selezione preventiva del prodotto.

All'esito di tale approfondimento, emerge un quadro nel quale il rischio di bando fotografia viene letto in modo non unidirezionale: la sentenza dà atto, infatti, che una diversa modulazione delle specifiche, nei termini prospettati dalla ricorrente, avrebbe potuto a sua volta condurre a una gara "ritagliata" su un diverso operatore, ribaltando la prospettiva della censura.

In questa linea, il TAR Napoli afferma che la verifica del carattere escludente delle specifiche tecniche non può arrestarsi alla constatazione della loro maggiore o minore selettività, ma deve misurarsi con la coerenza complessiva tra requisiti richiesti, prestazioni attese e alternative tecnologiche concretamente disponibili. Viene dunque chiarito che il bando fotografia non coincide con ogni specifica stringente, bensì con quelle che, in difetto di un'adeguata giustificazione funzionale, si pongono come "strumenti di indebita chiusura del confronto concorrenziale".

La decisione mette in evidenza come, nel settore dei dispositivi medicali, la soglia di determinatezza accettabile dell'oggetto contrattuale sia particolarmente mobile e come il controllo giurisdizionale debba essere condotto su un piano sostanzialistico e concreto, attento tanto ai dati tecnici, quanto alla motivazione che sorregge le scelte dell'Amministrazione.

Nel loro insieme, le due pronunce confermano che il bando fotografia rappresenta un punto privilegiato di osservazione della tensione tra determinatezza e concorrenza, che s'è cercato di evidenziare sino ad ora. Peraltro, l'illegittimità del bando fotografia costituisce un esito che non discende automaticamente dalla presenza di requisiti tecnici puntuali, ma dalla loro incapacità di dimostrarsi necessari, proporzionati e funzionali rispetto al bisogno pubblico dichiarato. Proprio per questo, la giurisprudenza individua nella motivazione e nell'istruttoria il presidio decisivo per evitare che la definizione dell'oggetto contrattuale si trasformi, soprattutto nei mercati tecnologicamente sensibili come quello dei dispositivi medicali, in un meccanismo di selezione occulta del contraente.

5.4. Riflessioni conclusive

In un contesto segnato dalla crescente complessità tecnologica delle forniture sanitarie, la fase di costruzione del fabbisogno pubblico si espone al rischio di essere condizionata dall'offerta disponibile sul mercato, con possibili effetti distorsivi sulla par condicio tra gli operatori.

Le vicende giurisprudenziali esaminate mostrano come il bando fotografia costituisca l'esito patologico di tale assetto, allorché la determinatezza dell'oggetto contrattuale si traduca in una selezione implicita del contraente. Al tempo stesso, esse chiariscono che il sindacato giurisdizionale non può arrestarsi a una valutazione meramente formale dei requisiti tecnici delle forniture richieste dalla stazione appaltante, ma deve misurarsi con la loro effettiva funzionalità rispetto al bisogno pubblico dichiarato.

In questa prospettiva, risulta confermata, ancora una volta, l'importanza decisiva dell'istruttoria compiuta nella fase di programmazione della provvista e la motivazione, quali strumenti di emersione e di controllo delle scelte amministrative.

In sede giudiziale, infine, non è privo di significato il ricorso a strumenti istruttori tecnici, come la verifica, che sembrano delineare un modello di controllo giurisdizionale più attento alla sostanza delle decisioni amministrative, senza per questo sovrapporsi alle valutazioni di merito della stazione appaltante.

Le specifiche tecniche si rivelano come un terreno di equilibrio instabile, nel quale si riflettono, in modo emblematico, le trasformazioni del moderno mercato sanitario e le nuove sfide poste al diritto dei contratti pubblici.

Riferimenti bibliografici essenziali:

- M. Giustiniani, *All. II.5*, in F. Caringella (a cura di), *Nuovo codice dei contratti pubblici*, Giuffrè, Milano, 2023, pp. 1784 ss.
- F. Laus, *La natura caleidoscopica delle linee guida: tra responsabilità medica, lotta alla pandemia e regolazione del diritto dei contratti pubblici*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2020, pp. 687 ss.
- G. Pescatore, *Gli appalti della sanità tra efficienza e concorrenza*, 2022, in www.giustizia-amministrativa.it.
- G.M. Racca - R. Cavallo Perin, *Organizzazioni sanitarie e contratti pubblici in Europa: modelli organizzativi per la qualità in un sistema di concorrenza*, in A. Pioggia - S. Civitarese Matteucci - G.M. Racca - M. Dugato (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli Editore, Rimini, 2011, pp. 194 ss.
- B. Tonoletti, *Il mercato come oggetto della regolazione*, in *Rivista della Regolazione dei Mercati*, n. 1, 2014, pp. 5 ss.
- S. Vernile, *Art. 79*, in R. Villata - M. Ramajoli, *Commentario al Codice dei contratti pubblici*, II ed., Pacini Editore, Pisa, 2025, pp. 454 ss.

6. Sanità digitale e nuovi paradigmi di cura tra effettività e sostenibilità

di Gloria Mancini Palamoni

Title: *Digital healthcare and new paradigms of care between effectiveness and sustainability*

Abstract (IT): Il contributo aggiunge alle riflessioni che precedono un *focus* sul ruolo dell'innovazione tecnologica in sanità, affrontando l'interrogativo circa l'idoneità della trasformazione digitale del Servizio sanitario nazionale ad invertire (o 'modulare') la tendenza di privatizzazione descritta nei precedenti interventi. Gli strumenti della sanità digitale e l'utilizzo dell'intelligenza artificiale risultano infatti centrali per il perseguimento degli obiettivi di equità, accesso alle cure ed efficienza rappresentando un nuovo modello organizzativo a sostegno della sanità pubblica.

Abstract (EN): *The paper adds to the above reflections by focusing on the role of technological innovation in healthcare, addressing the question of whether the digital transformation of the National Health Service is capable of reversing (or 'modulating') the trend towards privatization described in the previous papers. Digital healthcare tools and the use of artificial intelligence are central to the pursuit of equity, access to care and efficiency, representing a new organizational model in support of public healthcare.*

Parole chiave: organizzazione sanitaria; innovazione tecnologica; equità; efficienza; sostenibilità

Keywords: *healthcare organization; technological innovation; equity; efficiency; sustainability*

Sommario: 6.1. Note introduttive. – 6.2. Brevi cenni di contesto. – 6.3. Sanità digitale, nuovi paradigmi di cura e dinamicità della tutela. – 6.4. Luci e ombre dei nuovi paradigmi di cura. – 6.5. Un interrogativo.

6.1. Note introduttive

Come anticipato nell'introduzione al *Panel*, queste riflessioni ruotano intorno ad un interrogativo posto con l'obiettivo di completare le questioni emerse negli interventi precedenti. Il riferimento è all'impatto che la trasformazione digitale del Servizio sanitario nazionale produce nei rapporti che intercorrono tra soggetti pubblici e soggetti privati nel settore sanitario; in particolare, se l'innovazione e la digitalizzazione in sanità siano capaci di invertire o 'rimodulare' la tendenza di privatizzazione emersa nei contributi sopra riportati.

In questa prospettiva, dopo una rapida analisi del contesto, il *paper* si sofferma sulla sanità digitale, nel tentativo di mettere in luce gli strumenti maggiormente significativi ai fini delle presenti considerazioni e la loro capacità di mutare il paradigma di cura, mettendo in risalto la dinamicità del diritto alla tutela della salute. Seguiranno l'analisi dei profili 'oscuri' e di quelli 'luminosi' di detti strumenti e l'approdo all'interrogativo di chiusura e alle relative riflessioni.

6.2. Brevi cenni di contesto

Queste riflessioni prendono le mosse dalla considerazione, condivisa dalla dottrina, che il SSN non ha mostrato una capacità adattiva e responsiva adeguata a fronteggiare l'emergenza pandemica. La pandemia, come spesso accade, ha messo a fuoco criticità, distorsioni ed inefficienze che già colpivano il settore sanitario e che, con il susseguirsi di altri eventi (ad es. migrazioni, eventi bellici, crisi climatica ed energetica), non si sono arrestate, in molti casi acutizzandosi.



Questa circostanza, come è emerso dai precedenti interventi, oltre che dal titolo della Conferenza (*Lo Stato vis à vis con i poteri economici e privati nell'era digitale*), ha riaperto il dibattito sul ruolo del potere pubblico e sulla sua capacità di rispondere alla domanda di salute della popolazione.

Proprio per far fronte ai bisogni di salute, il legislatore ha avviato negli ultimi anni la costruzione di una architettura digitale ove le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (le cc.dd. ICT) rappresentano, da un punto di vista strategico, una delle possibili soluzioni per il miglioramento dell'assistenza sanitaria offerta e per assicurare la tutela del diritto alla salute nello spirito dell'art. 32 della Costituzione.

L'espressione oggi maggiormente utilizzata per rappresentare queste modalità di erogazione di servizi sanitari è "sanità digitale" (o, in inglese, *eHealth* o *digital health*).

La formula (descritta nel 2012 dall'OMS) ha un contenuto ampio perché con essa si intende la manifestazione dell'interazione tra pazienti e prestatori di servizi sanitari (attraverso Internet o altri mezzi), la raccolta, la trasmissione e lo scambio di dati tra le varie istituzioni pubbliche e private competenti e la comunicazione diretta tra pazienti-utenti e/o professionisti. Essa comprende una molteplicità di strumenti come le reti di informazione sanitaria, i servizi di telemedicina, i sistemi di monitoraggio portatili e indossabili, i portali salute, i fascicoli, le prescrizioni e le cartelle cliniche elettroniche.

La sanità digitale ha avuto la sua maggiore spinta grazie al PNRR adottato in conseguenza dell'emergenza pandemica. Nella missione 6 "Salute" l'utilizzo di sistemi di ICT è infatti centrale e mira all'attuazione della tutela del diritto alla salute anche in situazioni di emergenza e in zone disagiate: mentre la prima componente (M1C1) è tesa a realizzare una sanità di prossimità anche attraverso lo strumento della telemedicina, la seconda (M1C2) riguarda "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale".

6.3. Sanità digitale, nuovi paradigmi di cura e dinamicità della tutela

La sanità digitale si compone di una molteplicità di strumenti accomunati dall'incidenza sui tradizionali modelli di erogazione delle prestazioni sanitarie. Questi e l'intelligenza artificiale stanno difatti edificando un nuovo modello organizzativo di assistenza.

Si pensi, ad esempio, al fascicolo sanitario elettronico (FSE) che, oltre a fornire una ingente mole di dati sanitari attraverso i quali perseguire politiche pubbliche anche di prevenzione e di valutazione dei programmi sanitari, si proietta in una prospettiva migliorativa di cura, sia dal punto di vista organizzativo che da quello clinico. L'assistito ha, infatti, a disposizione la propria documentazione sanitaria in formato digitale, accedendo al fascicolo può prenotare visite ed esami e ottenere un servizio più efficace ed



efficiente; anche il professionista sanitario che utilizza il FSE ha evidenti vantaggi nella pratica clinica quotidiana perché può assistere meglio l'utente anche in situazioni di emergenza. Il rapporto tra assistito e operatore sanitario grazie al FSE è favorito in termini di semplificazione delle comunicazioni, di consultazione della documentazione e delle relative tempistiche.

Il FSE, peraltro, raccogliendo in formato digitale tutti i dati ed i documenti di tipo sanitario e socio-sanitario idonei a ricostruire la storia clinica del soggetto al quale essi appartengono, si pone in una prospettiva di maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi e di risparmio delle risorse. La sua rilevanza è data anche dal fatto che la Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (legge 5 agosto 2022, n. 118) richiede, per la selezione dei soggetti accreditati ai fini della stipula degli accordi contrattuali, l'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del FSE (art. 15, c. 1, lett. b).

Un altro strumento della sanità digitale capace di mutare i modelli di assistenza è la telemedicina, una peculiare forma di pratica medica, assimilabile a qualunque prestazione diagnostica o terapeutica del servizio sanitario, caratterizzata dalla presenza non contestuale del medico con il paziente. In questo caso la relazione tra i due non è diretta come nell'assistenza tradizionale, ma mediata da sistemi di comunicazione elettronica. La popolazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) garantisce l'interoperabilità con l'architettura applicativa del FSE 2.0 e con l'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS).

Uno dei principali scopi dei servizi di telemedicina è il potenziamento della sanità di prossimità. Questa è assunta a mezzo per garantire l'uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari attraverso la riduzione dei divari geografici e territoriali, per assicurare una migliore esperienza di cura e per incrementare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite l'assistenza domiciliare e il monitoraggio da remoto.

Gli sviluppi più avanzati della telemedicina includono le consultazioni virtuali con medici specialisti, la tecnologia di realtà virtuale (VR), per simulare ad es., sedute di fisioterapia da casa, le applicazioni per la salute ad apprendimento automatico che, attraverso l'analisi di tantissimi dati, consentono agli operatori sanitari di formulare diagnosi personalizzate e terapie più accurate e, ancora, i dispositivi indossabili (come i *fitness tracker*, i *monitor* per la glicemia, i bracciali per la pressione sanguigna, ecc.).

L'ultima frontiera nel campo della telemedicina è, poi, l'utilizzo di modelli di IA per l'elaborazione del linguaggio (LLM) utilizzabili, ad es., per fornire in via immediata informazioni (anche educative) e assistenza sanitaria di base ai pazienti, per assistere il medico nelle diagnosi (se adeguatamente addestrato), per fornire raccomandazioni terapeutiche personalizzate basate sulla storia clinica dell'assistito (anche grazie al FSE), per inviare avvisi ai pazienti monitorati a distanza e per fornire supporto alla salute mentale dei pazienti.



È evidente, anche solo da questo breve quadro, come la sanità digitale, oltre ad incidere sul piano organizzativo, muti il ruolo dell'operatore sanitario (e in particolare del medico) ed il suo rapporto con l'assistito (il 'tele-paziente'). L'attività del medico (o del 'tele-medico'), invero, non si riduce alla 'sola' cura, dovendo valutare, a suo insindacabile giudizio, l'eleggibilità clinica e sociale del paziente-utente affinché possa usufruire delle prestazioni erogate attraverso la telemedicina.

6.4. Luci e ombre dei nuovi paradigmi di cura

Gli strumenti richiamati appaiono migliorativi dell'assistenza erogata al paziente-utente sia in termini di efficacia e di efficienza, sia dal punto di vista della sostenibilità (nella misura in cui il paradigma di cura sarà sempre di più fondato sulla predittività che sulla reattività e considerato il ruolo essenziale giocato dalla prevenzione primaria). Dal punto di vista dell'erogazione delle prestazioni, la sanità digitale può contribuire ad una maggiore equità in ordine alla differenziazione dei bisogni e, dunque, dell'assistenza (a vantaggio anche dell'appropriatezza) posto che il bisogno di cura non è per ciascuno identico, ma dipende anche da aspetti personali, sociali, culturali, territoriali e finanche di genere del paziente i quali, per evitare che si verifichi la situazione opposta all'equità, assumono una rilevanza di primario rilievo.

La digitalizzazione in sanità può concorrere ad agevolare anche il superamento dell'approccio prestazionale trasformando l'assistenza, come ben evidenziato dalla dottrina, da mera erogazione della prestazione a vera e propria cura. In questo senso supporta il sistema nella previsione (attraverso l'attività di pianificazione che diventa qui fondamentale) dell'andamento di ciascuna organizzazione e nella selezione dei bisogni nei vari ambiti (locale, regionale, nazionale, sovranazionale) per rispondere alla domanda di salute delle persone, la cui assistenza, in ragione di detto andamento, possono essere adattate al luogo, al tempo e alle peculiarità dell'utente.

Si tratta di differenziazioni relevantissime e tali da porre in evidenza i lati oscuri che la sanità digitale, come tutte le innovazioni, presenta, tra i quali, a titolo esemplificativo, l'eleggibilità clinica e sociale dell'assistito (si pensi all'alfabetizzazione digitale o alla casa come primo luogo di cura) presupposti dei servizi di telemedicina.

La sua applicazione richiede una molteplicità di adattamenti (ad es. il consenso informato dovrà essere particolarmente accurato) ed è fondamentale la garanzia di un equilibrio tra le potenzialità dello strumento, capace di raggiungere anche aree isolate del Paese (in primo luogo in termini di uguaglianza, almeno formale, nell'accesso alle prestazioni), e i possibili rischi in termini di diritto all'autodeterminazione. Tra l'altro, la dottrina rileva come la telemedicina, ponendosi l'obiettivo di consentire risparmi alla spesa pubblica sanitaria, potrebbe implicare un'espansione del suo utilizzo anche

per esigenze che vanno oltre quelle normativamente riconosciute, rischiando di compromettere, anziché migliorare, la tutela della salute dei cittadini.

Dall'analisi di questi strumenti emerge che essi promettono efficienza e utilità in termini di sostenibilità pur potendo creare nuove opacità specie con riferimento all'uguaglianza in termini di accesso alle infrastrutture digitali. Nel contempo, la presenza imprescindibile e apparentemente silenziosa dei soggetti privati rischia indirettamente di 'privatizzare' alcune funzioni pubbliche. Il riferimento, nello specifico, concerne il fatto che lo sviluppo delle tecnologie digitali e dei servizi di intelligenza artificiale sono realizzati all'interno di un sistema industriale dominato da grandi imprese private le quali, come opportunamente osservato dalla dottrina, richiedono un'ingente quantità di risorse (economiche e umane). In questo ambito, infatti, difficilmente i poteri pubblici possono competere con i soggetti privati nello sviluppo e nella produzione interna delle tecnologie indispensabili per erogare le prestazioni sopradette. Il ricorso ai soggetti privati, dunque, volendo rendere immediatamente concreta la sanità digitale, è una necessità e non un'opzione.

Occorre precisare, tuttavia, che in tal caso il fornitore esterno di tecnologie digitali non è solo un soggetto strumentale all'amministrazione, assumendo poteri che possono spingerlo fino a diventare titolare della funzione. In questa prospettiva, la digitalizzazione della sanità non appare come una circostanza neutra, ma ridisegna gli spazi dell'azione amministrativa e impone di rileggere i principi di legalità sostanziale, di proporzionalità e di ragionevolezza alla luce degli elementi descritti e dei soggetti individuati.

Se, pertanto, dal punto di vista della programmazione e della pianificazione sanitaria, nonché dell'appropriatezza delle forme di assistenza erogate, la sanità digitale pare essere migliorativa, dal punto di vista materiale e strutturale, quello dell'infrastruttura tecnologica, la presenza dei soggetti privati è pregnante e nello stesso tempo indispensabile per la piena attuazione. Sembra ripetersi, così, la parabola di rivolgersi al mercato per la fornitura di beni e servizi essenziali, in questo caso per garantire l'attuazione della sanità digitale.

6.5. Un interrogativo

Dette riflessioni conducono a chiudere queste brevi note con un interrogativo che si lega a doppio filo anche alle considerazioni emerse nei precedenti interventi. Viene da chiedersi se la tutela del diritto alla salute di fronte alla sanità digitale e nel quadro costituzionale delineato dagli artt. 32 e 41 esca indebolita o irrobustita. In altre parole, pare lecito domandarsi non solo se questi nuovi modelli di assistenza possano rafforzare la sanità pubblica (data per scontata la volontà che questa debba rimanere tale, venendo meno, altrimenti, il presupposto di tutto il ragionamento), ma anche se essi siano adeguati a perseguirne gli obiettivi chiave (equità, accesso alle cure, effettività ed efficienza) che caratterizzano o

almeno dovrebbero caratterizzare il sistema sanitario italiano. Il rischio che si prospetta, almeno nel presente, è che con l'obiettivo di rafforzare i poteri pubblici nel settore sanitario per garantire al meglio la tutela della salute, nello spirito dell'art. 32 Cost. e della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale n. 833 del 1978, e di potenziare la sanità digitale, i soggetti privati, in qualità di fornitori di infrastrutture tecnologiche, assumano un ruolo di rilevanza sempre maggiore.

Conviene allora forse preferire una lettura diversa della digitalizzazione della sanità, cioè come l'occasione per i soggetti privati di ricucire quello strappo che la lettura distorta, rispetto alla funzione originaria, dell'istituto dell'accreditamento ha condotto andando a svolgere quel ruolo di completamento del sistema pubblico laddove questo (cioè il pubblico) non riesca a garantire, almeno ad oggi, gli strumenti (appunto, le infrastrutture tecnologiche) e le risorse umane necessarie in una relazione funzionale tra il pubblico e il privato; tutto ciò anche mettendo a frutto l'esperienza vissuta con l'emergenza sanitaria la quale dovrebbe indurre a difendere il sistema sanitario pubblico dai rischi di 'cattura', più o meno silenziosa, da parte dei poteri privati.

Riferimenti bibliografici essenziali

- P. Bianchi, G. Mancini Palamoni, S. Spuntarelli (a cura di), *Diritto e management delle aziende sanitarie e dei dipartimenti farmaceutici*, Pacini Giuridica, Pisa, 2025.
- C. Bottari, (a cura di), *La salute del futuro. Prospettive e nuove sfide del diritto sanitario*, Bononia University Press, Bologna, 2020.
- R. Cavallo Perin, *L'interesse delle collettività alla tutela della salute*, in *Diritto amministrativo*, n. 3, 2024, pp. 745 ss.
- M. Consito, *Accreditamento e terzo settore*, Jovene, Napoli, 2009.
- M. Conticelli, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012.
- G. Corso, M. De Benedetto, N. Rangone, *Diritto amministrativo effettivo. Una introduzione*, Il Mulino, Bologna, 2022.
- P. D'Onofrio, *Il diritto alla salute tra tradizione costituzionale ed innovazione digitale*, Cedam, Padova, 2022.
- E.A. Ferioli, *L'intelligenza artificiale nei servizi sociali e sanitari: una nuova sfida al ruolo delle istituzioni pubbliche nel welfare italiano?*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, n. 1, 2019, pp. 163 ss.
- R. Ferrara, *Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione*, in *CERIDAP*, n. 2, 2023, pp. 171 ss.
- T.E. Frosini, *L'ordine giuridico del digitale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 1, 2023, pp. 377 ss.
- D.U. Galetta, *Transizione digitale e diritto ad una buona amministrazione: fra prospettive aperte per le Pubbliche Amministrazioni dal PNRR e problemi ancora da affrontare*, in *federalismi.it*, n. 7, 2022, pp. 103 ss.
- F. Giglioni, *L'accesso al mercato nei servizi di interesse generale*, Giuffrè, Milano, 2008.
- F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, NelDiritto Editore, Bari, 2024.
- E. Jorio, *L'accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2, 2004, pp. 151 ss.
- A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, Il Mulino, Bologna, 2024.
- A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2024.
- A. Pioggia, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Diritto amministrativo*, n. 3, 2024, pp. 721 ss.
- O. Pollicino, *Potere digitale*, in *Enc. Dir. – I tematici*, V, 2023, pp. 411 ss.
- B. Ponti, *Il fornitore dell'algoritmo quale soggetto estraneo all'amministrazione*, in *RIID*, n. 2, 2024, pp. 517 ss.
- G.M. Racca, *Salute*, in *Enc. dir. – I tematici, Funzioni amministrative*, Giuffrè, Milano, 2022.
- M.A. Sandulli, F. Aperio Bella, A. Coiante, C.F. Iaione (a cura di), *Pubblico, privato e comunità in sanità*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024.
- R. Spagnuolo Vigorita, *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*, in *Nuove autonomie*, n. 3, 2022, pp. 777 ss.