

IL MERCATO DEI SERVIZI SANITARI NELL'UNIONE EUROPEA: DALLA CONCORRENZA FRA OPERATORI A QUELLA FRA SISTEMI?*

Health service market within EU policy:
From operators competition to systems competition?

Melania D'Angelosante
Università Telematica Leonardo da Vinci
melaniadangelosante@gmail.com

SUMARIO

1. Premessa.- 2. I modelli sanitari a confronto nello spazio comunitario.- 3. Le dinamiche di mercato nella erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso la lente delle regole di organizzazione e di distribuzione delle competenze.- 3.1. *Focus* sulla Germania.- 3.2. *Focus* sulla Francia.- 3.3. *Focus* sull'Inghilterra.- 3.4. *Focus* sulla Spagna.- L'incidenza dell'ordinamento comunitario sulla organizzazione di servizi sanitari negli stati membri.- 5. Riflessioni di sintesi.- Bibliografia

Abstract

The present work investigates the incidence of organization and distribution rules on competence regarding the compliance with health service market. The issue will be discussed with special reference to four EU countries: Germany, France, England and Spain. On the one hand, one may say that the first two countries adopt the occupational

Recibido: 26/03/2012. Aceptado: 11/05/2012

* Abbreviazioni: p. (pagina), pp. (pagine), ss. (seguenti), cfr. (confronta), si v. (si veda), cit. (citato), ss.mm.ii. (successive modifiche e integrazioni), asm (assicurazione sociale di malattia), Ue (Unione europea), c.d. (così detto), nhs (*national health system*) rha (*regional health authorities*), dha (*district health authorities*), pcg (*primary care groups*), sha (*strategic health authorities*), sns (*servicio nacional de salud*), TCE (Trattato istitutivo della Comunità europea), TFUE (Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea).

model systems. Nevertheless, while Germany embodies decentralization of competence, France centralizes the competences. On the other hand, England and Spain adopt a ‘universalistic’ model system. nevertheless, while England centralizes, Spain decentralizes the competences. Moreover, the paper takes the operators and financial backers market into account, and this occurs in order to figure out EU legal system effects on it. as to this point, The perspective of legal system competition is of particular significance.

Keywords: health systems – operators competition – systems competitions – European Community legal system

Resumen

Il lavoro ha ad oggetto l’analisi della incidenza delle regole di organizzazione e di distribuzione delle competenze sulla conformazione del mercato dei servizi sanitari. L’attenzione viene concentrata su quattro Paesi dell’Ue: la Germania, la Francia, l’Inghilterra e la Spagna. I primi due in quanto riconducibili al modello dei sistemi ‘occupazionali’, ma al tempo stesso espressione l’uno (la Germania) di decentramento e l’altro (la Francia) di accentramento delle competenze. Gli altri due (Inghilterra e Spagna) in quanto riconducibili al modello dei sistemi ‘universalistici’, ma al tempo stesso ancora espressione l’uno (l’Inghilterra) di accentramento e l’altro (la Spagna) decentramento delle competenze. Si sono considerati il mercato degli operatori e dei finanziatori, al fine di capire se e come vi possa incidere l’ordinamento dell’Ue. Si è però considerata anche la prospettiva della competizione fra sistemi, sempre al fine di capire se e come vi possa incidere l’ordinamento comunitario.

Parole chiave: sistemi sanitari – competizione fra operatori – competizione fra sistemi – ordinamento comunitario

1. Premessa

È buona prassi indicare, nell’*incipit* di un contributo scientifico, quali siano i profili che esso si propone di trattare e con quali finalità.

La comparazione fra sistemi sanitari rende già questo compito preliminare particolarmente difficile. La comparazione rappresenta infatti di per sé un terreno scivoloso, stante la necessità di far comunicare realtà che parlano linguaggi diversi (non in senso idiomático, s’intende).

Una volta che il canale di comunicazione sia stato individuato, la comparazione si presta dunque senz’altro alla classificazione, ma comparazione e mera classificazione non paiono concetti equivalenti¹.

¹ Si v. D. NATALI – M. RAGO, “L’analisi comparata delle politiche di welfare: una riflessione metodologica”, in *Riv. it. pol. pubb.*, 2010, 1, pp. 72 ss., ed ivi ulteriori riferimenti, cfr., *ex multis*, M. FERRERA, *Modelli di solidarietà*, Il Mulino, Bologna, 1993. Gli Autori distinguono in sostanza la classificazione senza finalità comparative, la classificazione con finalità comparative ma non di teorizzazione e infine la classifica-

La difficoltà risulta amplificata quando oggetto di studio sia un settore, come la sanità, che richiede di essere indagato con approccio multidisciplinare (giuridico, economico, sociale, politologico) e con contestualizzazione spazio-temporale particolarmente rigorosa.

Occorre pertanto selezionare con particolare cura i percorsi di analisi, rendendo noti al contempo i criteri usati nella organizzazione delle idee e nella esposizione degli argomenti.

Ebbene, in questa prospettiva, la disamina che segue adotta in primo luogo, quale limite relativo all'oggetto, il criterio della scelta dei Paesi comunitari e poi il criterio della distinzione fra sistemi riconducibili al modello universalistico (declinato spesso nella forma del servizio sanitario nazionale)² e sistemi riconducibili al modello dell'assicurazione sociale di malattia (ASM). Per il primo modello sono analizzati il caso inglese e quello spagnolo. Per il secondo il caso tedesco e quello francese. La limitazione del campo di analisi ai paesi dell'Unione europea (Ue) è dovuta alla intenzione di far dialogare i sistemi esaminati con l'evoluzione delle politiche comunitarie in ambito sanitario³. L'ulteriore limitazione del campo di analisi al raffronto fra i due modelli che caratterizzano gli Stati membri è una ovvia conseguenza della prima limitazione. Infine, la scelta dei casi di studio ricade, per il primo modello, sull'Inghilterra e sulla Spagna e, per il secondo, sulla Germania e sulla Francia, in quanto

zione con finalità sia comparative sia di teorizzazione. Per ulteriori spunti sul metodo della comparazione nello studio dei sistemi sanitari si v. F. TARONI, "L'analisi comparativa delle politiche sanitarie tra diffusione delle leggi e apprendimento sociale", in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria – Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Il Mulino, Bologna, 2008, pp. 15 ss.; J. LUTHER, "Appunti per lo studio giuridico dei sistemi sanitari comparati", in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., pp. 299 ss.; C. HAM, *Healthcare reform, learning from international experience*, Oxford University Press, Norwic, 1998.

² Se la qualificazione di un sistema come universalistico dipende dalle modalità di finanziamento del servizio pubblico, la distinzione, all'interno dei sistemi universalistici, di quelli conformi allo schema del servizio sanitario nazionale dipende invece da fattori quali la loro coesione e la loro integrazione interna (ad esempio fra erogatori, oppure fra erogatori e finanziatori), si v. F. TOTH, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, Laterza, Bari, 2009, pp. 64 ss.

³ In realtà, più che di vere e proprie politiche, si tratta di specifiche posizioni assunte e indicazioni fornite dalle istituzioni comunitarie su particolari questioni di un certo rilievo per l'organizzazione dei servizi sanitari negli Stati membri.

Inghilterra e Germania hanno rappresentato i paesi-pilota nella introduzione e nella implementazione di ciascuno dei due sistemi⁴, mentre Spagna e Francia li hanno successivamente mutuati distinguendosi nella loro applicazione per alcuni profili (la prima nella prospettiva del decentramento e la seconda poiché, a quanto pare, sarebbe riuscita ad esprimere in assoluto il miglior rapporto fra stato di salute della popolazione e spesa sanitaria pro-capite⁵).

La disamina che segue risulta però circoscritta anche in relazione al contenuto. Si intende infatti concentrare principalmente l'attenzione sulle dinamiche di mercato nella erogazione dei servizi sanitari, in particolare valutando se e come esse siano influenzate dalle regole di organizzazione e di distribuzione delle competenze.

La finalità è sia descrittiva sia di ricerca e di comprensione delle cause dei fenomeni di maggiore rilievo, con l'ulteriore obiettivo di evidenziare conoscenze utilizzabili anche per l'analisi critica del sistema sanitario italiano.

2. I modelli sanitari a confronto nello spazio comunitario

Occorre preliminarmente precisare quali e quanti siano, a prescindere dalla circoscrizione all'ambito comunitario, i modelli di assistenza sanitaria e quali siano le loro caratteristiche essenziali.

Le macrocategorie sono tre: al modello dell'assicurazione sociale di malattia (ASM), detto anche occupazionale, ed a quello universalistico (declinato spesso nella forma del servizio sanitario nazionale), si affianca infatti quello basato sulle assicurazioni private, cui si farà tuttavia cenno solo per qualche riferimento strumentale a meglio illustrare gli altri due modelli.

Ognuno di essi è inoltre normalmente interessato da innesti di così detto (c.d.) 'mercato puro', il quale sussiste quando le prestazioni sanitarie vengono negoziate da fornitori ed utenti senza alcuna mediazione finanziaria o di altra natura da parte di terzi soggetti. In sostanza ciascun

⁴ Occorre però precisare che, se si volge lo sguardo oltre i confini europei, il primo paese ad introdurre il modello del ssn è stato la Nuova Zelanda.

⁵ La fonte è il *World Health Report* del 2000, per una cui analisi critica si v. F. TOTI, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, cit., pp. 109 ss.

utente sceglie liberamente il proprio fornitore e paga direttamente, volta per volta al momento della prestazione, il prezzo del servizio nelle mani dell'erogatore. Le maggiori critiche mosse a meccanismi di questo tipo sono quelle di iniquità e di assenza assoluta di perequazione sociale: può accedere infatti alla prestazione solo chi abbia disponibilità sufficienti per corrispondere il prezzo, mentre alla discriminazione rappresentata dall'evento malattia si aggiunge, aggravandola, l'ulteriore discriminazione rappresentata dalla necessità di sopportare integralmente ed immediatamente il costo della cura. Queste censure si riferiscono però essenzialmente all'ipotesi – astratta – che in un dato sistema le prestazioni sanitarie vengano erogate esclusivamente sulla base dei meccanismi del mercato puro. Nel presente momento storico accade invece che meccanismi di questo tipo siano introdotti, come ipotesi eccezionali e residuali, in sistemi rispondenti prevalentemente a regole diverse. Non solo, ma, ove ciò si verifica, gli innesti di mercato puro sono di regola limitati per soggetto (ad esempio nei modelli di ASM sono state talvolta individuate categorie di popolazione libere di scegliere fra l'assicurazione sociale, quella privata o il mercato puro, appunto⁶), oppure per oggetto (ad esempio nei modelli universalistici sono distribuite secondo il modulo del mercato puro alcune categorie di prestazioni, come quelle di medicina estetica non funzionali ad eventi morbosi fisiologici o psicologici). Si realizza, in casi come questi, una *ibridazione soggettiva od oggettiva* del modello principale di riferimento.

Ciascuno dei modelli risulta effettivamente, nella prassi, oggetto di molteplici varianti e forme spurie. Il fenomeno della ibridazione sembra anzi avere subito, in ragione dei processi di globalizzazione, una certa accelerazione verso condizioni di convergenza, almeno in relazione ad alcune caratteristiche⁷. Nessuno dei modelli risulta infatti essere stato

⁶ Questo è accaduto ad esempio in Germania, prima che le più recenti riforme, ispirate al principio universalistico, escludessero, anche per le categorie a reddito più elevato, la facoltà di optare per il solo mercato puro, costringendole quindi a scegliere quanto meno fra l'ASM e l'assicurazione privata.

⁷ Si v. F. TARONI, "L'analisi comparativa delle politiche sanitarie tra diffusione delle leggi e apprendimento sociale", cit., ed ivi ulteriori riferimenti, cfr., *ex multis*, T. MARMOR – R. FREEMAN – K. OKMA, "Comparative perspectives and policy learning in the world of health care", in *J. Comparative Policy Analysis*, 2005, 7, pp. 331

adottato in modo, per così dire, ‘assoluto’, ossia senza contaminazione da parte di uno o più degli altri. Accade invece che i modelli esistenti nella realtà empirica presentino, ognuno, delle affinità maggiori con uno dei modelli astratti (e questo ne determina la riconduzione ad uno di essi), ma siano al tempo stesso caratterizzati dalla presenza, con diversa intensità e combinazione, di elementi riconducibili ad uno o più degli altri modelli astratti.

Si può quindi passare, fatte queste precisazioni, alla rassegna delle loro caratteristiche essenziali, partendo proprio dal modello delle assicurazioni private, il quale rappresenta in senso logico il primo tentativo di introdurre elementi di regolazione, sebbene non pubblicistici, nella condizione naturale ed iniziale di incontro della domanda e dell’offerta di beni e/o di servizi (anche sanitari), che è quella del mercato puro.

Il sistema delle assicurazioni private e/o volontarie è funzionale in particolare alla redistribuzione del rischio di malattia a mezzo di autonome iniziative dei cittadini, i quali contraggono polizze sanitarie, pur non essendovi in alcun modo obbligati, al fine conseguire una copertura per determinate spese di cura, entro una certa soglia, secondo modalità variabili in ragione del tipo di contratto sottoscritto. Risulta peraltro immediatamente percepibile che, in sistemi come questo, l’entità del premio è direttamente proporzionale all’entità del rischio (e sarà ad esempio più gravosa per le categorie più deboli, come gli anziani, i portatori di handicap, i malati cronici, etc.). Non trovano quindi considerazione adeguata i principi solidaristico ed egualitario, e pure scarso è il controllo sulla spesa sanitaria, essendo gli assicurati indotti a richiedere un numero di prestazioni superiore al reale fabbisogno. Fra le esternalità negative quest’ultima è peraltro quella avvertita con minore preoccupazione, essendo di regola i premi individuali suscettibili di aumento in relazione al numero ed al costo delle prestazioni richieste e fruita da ciascun assicurato. Le altre esternalità negative sono invece considerate con maggiore attenzione. E infatti i correttivi normalmente introdotti in sistemi come questo al fine di recuperare il *deficit* di solidarietà, perequazione

ss.; R.B. SALTMAN, “Decentralization, re-centralization and future European health policy”, in *European Journal of Public Health*, 2008, 18, 2, pp. 104 ss.

ed uguaglianza sono spesso rappresentati dalla previsione di sussidi pubblici alle assicurazioni private. Lo scopo è sostanzialmente quello di far intervenire i pubblici poteri a finanziare, attraverso risorse recuperate dal prelievo fiscale, particolari oneri formalmente assunti o assumibili dalle assicurazioni private a sostegno di categorie di popolazione particolarmente svantaggiate o di eventi morbosi particolarmente gravi, a prescindere in questo secondo caso dal reddito o dalla condizione sociale dell'utente. Diversamente, s'intende, questi oneri non verrebbero assunti dalle assicurazioni private, in quanto il rapporto fra costi e benefici sarebbe di gran lunga sproporzionato in senso ad esse sfavorevole, a meno di non far lievitare il premio in modo consistente. In ipotesi come queste la sproporzione in senso sfavorevole si trasferirebbe però sugli utenti.

Condizioni ulteriori e più sistematiche di solidarietà, perequazione ed uguaglianza si possono recuperare solo procedendo ad uno snaturamento del modello, ossia facendolo virare verso quello che fra gli altri strutturalmente gli somiglia di più, vale a dire il sistema delle assicurazioni sociali di malattia.

Il modello delle ASM è nato in Germania sul finire del 1800 (mentre solo nel primo dopoguerra è stato introdotto in Francia, ove in una fase iniziale le strutture di erogazione sono state unicamente quelle caritatevoli) e prevede che i servizi sanitari siano finanziati da contribuzioni dei lavoratori (e normalmente anche dei datori di lavoro, in misura variabile⁸) derivanti dalla loro iscrizione obbligatoria alle c.d. assicurazioni sociali di malattia, e rapportate al reddito percepito (o erogato). Proprio per questo tali modelli vengono definiti anche *occupazionali*. La copertura assicurata dalla contribuzione obbligatoria si estende comunque, per effetto di meccanismi perequativi e compensativi, anche ai familiari dei lavoratori ed ai pensionati. I livelli contributivi sono di regola omogenei a prescindere dalla cassa di appartenenza. Talvolta invece l'omogeneità si mantiene solo all'interno dello stesso fondo di afferenza (modello tedesco). L'obbligo di iscrizione a determinate casse e non ad altre in ragione della professione esercitata, del luogo di residenza e/o della identità del

⁸ In Germania ad esempio la quota contributiva è equamente ripartita fra datore di lavoro e lavoratore, mentre per i pensionati la quota spettante al datore di lavoro è versata dall'istituto previdenziale di afferenza del pensionato.

datore di lavoro sussiste talvolta solo per alcune categorie di lavoratori (modello tedesco) e talaltra in modo prevalente e più diffuso (modello francese). Nel primo caso, evidentemente, si instaura un regime di competizione fra le varie casse per conquistare porzioni sempre più estese di mercato, mentre, nel secondo, questo fenomeno risulta marginale, se non addirittura assente. Nel modello tedesco alcune categorie di lavoratori possono peraltro optare per il sistema delle assicurazioni sociali di malattia o per quello dell'assicurazione volontaria. Così avviene ad esempio per i lavoratori autonomi il cui reddito superi una certa soglia. Altre categorie di dipendenti (come i dipendenti pubblici) ricevono inoltre direttamente dallo Stato il rimborso per le spese mediche sostenute.

Sono infine frequenti innesti di meccanismi mutuati dai sistemi universalistici, al fine specifico di consentire a determinate sacche di popolazione non riconducibili alle categorie 'libere' e neppure a quelle coperte dalla ASM, in quanto ad esempio inoccupate, di accedere a determinate cure dispensate gratuitamente, o, meglio, dispensate con oneri a carico della fiscalità generale. Il modello, pur con correttivi di questo tipo tendenti a renderlo più egualitario e solidaristico, non è tuttavia universalistico, in quanto non è concepito per coprire l'intera popolazione (ne restano ad esempio escluse alcune residuali categorie).

Nella storia, proprio in ragione di questa finalità, si sono peraltro verificate ipotesi significative di transizione da sistemi di ASM a sistemi rispondenti al modello universalistico (così è ad esempio avvenuto per l'Inghilterra negli anni '40 del secolo scorso e per l'Italia nel 1978). Questo modello garantisce infatti in modo pressoché gratuito all'intera popolazione lo stesso tipo e la stessa quantità di prestazioni sanitarie, con oneri a carico della fiscalità generale. Sono in effetti i pubblici poteri a gestire le risorse necessarie, raccogliendole col prelievo fiscale ed in seguito distribuendole agli erogatori sulla base di determinati parametri. Trovano dunque compiuta espressione, come facilmente intuibile, i principi solidaristico ed egualitario. Scarso tende ad essere però il controllo sulla spesa sanitaria, potendo gli utenti essere indotti a richiedere un numero di prestazioni superiore al reale fabbisogno. La censura può essere peraltro estesa anche ai sistemi basati sulle assicurazioni sociali.

Sia in questi ultimi sia in quelli universalistici si è tentato comunque di limitare tale effetto introducendo meccanismi che potrebbero definirsi di *ibridazione trasversale collegata al consumo*. Il riferimento è ai c.d. *tickets* sanitari, i quali rappresentano forme di compartecipazione dell'utente alla spesa e sono prelevati, nei casi previsti, al momento della fruizione di ogni singola prestazione. I *tickets* costituiscono talvolta una percentuale del costo del singolo servizio (modello francese) e talaltra una quota fissa predeterminata in ragione della riconducibilità della prestazione ad una data categoria (modello italiano). Altra forma di controllo sulla spesa è rappresentata dal meccanismo del c.d. *gatekeeping*, che però caratterizza i soli sistemi universalistici, mentre in quelli occupazionali è presente solo in minima parte. Esso prevede in sostanza l'iscrizione obbligatoria dei pazienti nelle liste degli assistiti di un determinato medico di base, il quale ultimo, in forma singola o associata con altri professionisti, è competente a fornire l'assistenza primaria non urgente nonché ad indirizzare gli utenti, previo esame del caso ed attraverso una propria prescrizione, verso le strutture ed i professionisti erogatori dell'assistenza specialistica / ospedaliera.

Sia nei sistemi universalistici sia in quelli occupazionali gli utenti restano comunque liberi di stipulare polizze sanitarie volontarie (integrative o esclusive, secondo i casi), oppure di acquistare le prestazioni sanitarie, anche se dispensate dal sistema pubblico, secondo il modulo del mercato puro, e quindi sostenendone direttamente, immediatamente ed integralmente il prezzo.

3. Le dinamiche di mercato nella erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso la lente delle regole di organizzazione e di distribuzione delle competenze

Nel paragrafo che precede i modelli sanitari sono stati ordinati secondo una scala discendente in funzione del predominio, in ciascuno di essi, del mercato libero e/o concorrenziale. Parallelamente ed inversamente l'ordine di trattazione riflette una scala ascendente in funzione della prevalenza, in ciascuno dei modelli, di interventi di regolazione strumentali a renderli solidaristici, egualitari ed universalistici.

Così, ad esempio, si è visto che la condizione del mercato puro, se intesa in termini assoluti e non quale episodico e/o circoscritto correttivo innestato in altri sistemi, rappresenta la negazione della solidarietà, dell'uguaglianza e dell'universalismo, collocandosi invece in una prospettiva libertaria. Lo stesso può dirsi per il modello dell'assicurazione privata, che nasce dall'esigenza degli utenti di investire personalmente - in assenza di forme di regolazione o di strumenti di garanzia provenienti dai pubblici poteri - per scongiurare determinati rischi socio-sanitari.

La distanza dalle dimensioni dell'uguaglianza, della solidarietà e dell'universalismo è infine ridotta nei sistemi delle assicurazioni sociali e, ancor più, in quelli universalistici declinati nelle forme del servizio sanitario nazionale, ove l'accesso a certe cure è configurato come un diritto di cittadinanza. I primi ed in misura maggiore i secondi tendono però ad indebolire il controllo sulla spesa sanitaria, potendo indurre gli utenti a fruire di un maggior numero di prestazioni rispetto all'effettivo fabbisogno. Questo fenomeno dovrebbe risultare tuttavia più contenuto all'interno dei modelli di ASM nei quali l'aliquota contributiva sia uniforme entro ogni cassa (ma non in quelli ove essa sia uniforme fra le diverse casse esistenti): si può infatti supporre che gli iscritti siano portati ad evitare l'ingiustificato aggravamento del bilancio del fondo di appartenenza, onde scongiurare che esso indirettamente ed in qualche misura si ripercuota sull'entità dei contributi dovuti.

È d'altra parte opinione comune che i modelli meno garantisti quanto ai parametri della solidarietà, dell'uguaglianza e dell'universalismo, siano al contempo in grado di assicurare servizi e prestazioni di maggiore qualità, in ragione della prevalenza di condizioni di mercato libero e/o concorrenziale quali fattori di stimolo dell'efficienza. Specularmente, è pure opinione comune che i modelli più garantisti quanto ai parametri della solidarietà, dell'uguaglianza e dell'universalismo non siano però in grado di assicurare servizi e prestazioni altrettanto efficienti, in ragione della assenza o della presenza eccessivamente esigua di condizioni di mercato libero e/o concorrenziale⁹.

⁹ Sul rapporto fra garanzia del diritto alle cure sanitarie e la loro sostenibilità finanziaria, anche in una prospettiva comparata, si v. C. TUBERTINI, "Riforme sanitarie

In ciascuno dei descritti modelli sono stati pertanto introdotti correttivi di vario genere per arginarne le esternalità negative.

Si è già fatto riferimento, ad esempio, ai sussidi pubblici, alle politiche di avvicinamento ai sistemi universalistici con interventi a carico della fiscalità generale, ai *tickets* sanitari. Si tratta peraltro di correttivi strumentali prevalentemente allo spostamento del modello dai primi agli ultimi livelli della descritta scala (ossia dal mercato puro all'universalismo). E in effetti la tendenza dominante è proprio questa. È pur vero però che, nell'ambito di tale moto diffuso, il fenomeno di spostamento è contemporaneamente caratterizzato dalla introduzione di dinamiche di mercato regolamentato (dunque al limite concorrenziale, ma mai puro), soprattutto sul versante dell'offerta¹⁰. La finalità è appunto quella di implementare l'efficienza delle prestazioni incentivando la competizione fra fornitori (anche come strumento di contenimento della spesa), la separazione fra finanziatori e fornitori nonché la libertà di scelta degli utenti, pur senza minare le caratteristiche portanti del sistema in termini garanzie di servizio pubblico, solidarietà, uguaglianza.

Qui a seguire si cercherà pertanto di esaminare anche questi ultimi meccanismi, oltre che di riprendere in modo più analitico l'esame dei predetti correttivi funzionali all'universalismo. La prospettiva sarà però quella dello studio verticale delle principali regole di organizzazione e di distribuzione delle competenze in ciascuno dei Paesi comunitari selezionati quali più significativi esempi dei modelli occupazionale (Germania e Francia) ed universalistico (Inghilterra e Spagna).

3.1. Focus sulla Germania

Il sistema tedesco è riconducibile, come accennato, al modello dell'ASM. L'obbligo di iscrizione a determinate casse e non ad altre in

e tutela della salute: alla ricerca di un giusto equilibrio tra garanzia e sostenibilità finanziaria”, in A. PIOGGIA - S. CIVITARESE MATTEUCCI - G. RACCA - M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli, Rimini, 2011.

¹⁰ Per un approfondimento sul rapporto, nella descritta prospettiva, fra i modelli tedesco, francese ed inglese, si v. C. WENDT, “Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare”, in *Journal of European social Policy*, 2009, 19, pp. 432 ss.

ragione della professione esercitata, del luogo di residenza dell'assicurato e/o della identità del datore di lavoro sussiste comunque solo per alcune specifiche categorie di lavoratori, mentre di regola, all'esito della riforma del 1996 (che ha anche provveduto ad aziendalizzare gli ospedali), si può liberamente scegliere l'assicurazione sociale. Viene quindi sollecitata la competizione fra i fondi per l'attrazione degli iscritti. Alla competizione fra fondi si aggiunge quella fra fondi ed assicurazioni private. Ed i fondi possono a loro volta usare una serie di strumenti per attrarre gli iscritti: possono ad esempio definire globalmente la qualità e la quantità delle prestazioni assicurate, così come l'entità dei contributi richiesti (sia pure entro stringenti limiti fissati dal governo centrale). È pur vero peraltro che le casse sono enti pubblici orientati, piuttosto che al profitto, al miglior perseguimento degli obiettivi di politica sociale attraverso una efficiente gestione delle risorse a disposizione (per l'impiego delle quali sono titolari di una propria autonomia, in qualche modo limitata solo da alcuni poteri statali finalizzati al controllo sulla legittimità dei procedimenti di spesa).

Le casse sono infatti soggette ad una serie di obblighi e di divieti proprio in ragione della necessità di perseguire gli obiettivi di politica sociale. Così, ad esempio, sono tenute a fissare, al loro interno, una aliquota contributiva uniforme. Non possono inoltre differenziare le prestazioni offerte ai propri iscritti in ragione dei premi pagati, né offrire polizze integrative, pur potendo contrarre con qualsiasi cittadino (indipendentemente dall'appartenenza ad una categoria professionale). Sono altresì obbligate a contrarre con qualsivoglia tipologia di richiedente ammesso ad accedere al sistema pubblico. All'interno di ciascun fondo il rapporto rischio / premio / copertura viene quindi compensato fra gli iscritti al fondo medesimo. Questi elementi determinano una significativa limitazione della concorrenza, non potendo le casse predisporre pacchetti individualizzati per le diverse categorie dei propri iscritti, né selezionare gli utenti. Si è quindi in presenza di correttivi al mercato concorrenziale. Il fine specifico è quello di evitare l'applicazione di aliquote contributive più elevate, oppure l'offerta di una copertura meno vantaggiosa, o infine l'assenza di copertura, per le categorie più a rischio o meno abbienti.

Correttivi perequativi e compensativi esistono però non solo all'interno delle casse, ma anche fra una cassa e l'altra, al fine di riequilibrare la condizione di bilancio e di mercato delle assicurazioni obbligatorie cui sono iscritte le categorie sociali più deboli in relazione al rapporto fra reddito e rischio. In questa prospettiva un ruolo di rilievo è svolto dalle associazioni delle casse di malattia, presenti tanto a livello federale quanto a livello dei Lander, le quali promuovono l'armonizzazione ed il coordinamento delle azioni delle proprie iscritte e stipulano, in loro rappresentanza, anche i contratti di fornitura con le strutture sanitarie. Le casse contrattano infatti, a livello sia federale sia regionale, tanto con i medici di base quanto con gli ospedali, i livelli minimi di assistenza (coperti e da erogarsi) ed i relativi costi.

Non tutta la popolazione è tenuta però ad iscriversi ad una assicurazione sociale: alcune residuali categorie (di regola i lavoratori autonomi con reddito superiore ad una certa soglia oppure i dipendenti il cui reddito superi una certa soglia) possono infatti scegliere fra l'assicurazione obbligatoria e quella volontaria. A decorrere dal 2007 anche le assicurazioni private sono state peraltro obbligate, entro certi limiti, ad offrire determinate prestazioni dietro il pagamento di premi-base, in parziale adeguamento alle prestazioni ed ai premi del sistema pubblico, sempre per rispondere ad esigenze di politica sociale.

Una minima parte della popolazione (ad esempio i disoccupati e gli immigrati) beneficia infine di programmi speciali di assistenza sociale pur senza partecipare alla contribuzione, oppure riceve il rimborso delle spese mediche sostenute direttamente dallo Stato (così accade per i dipendenti pubblici).

La copertura garantita dalle assicurazioni sociali è concepita per estendersi comunque, sempre per effetto di meccanismi perequativi e compensativi e/o sulla base di specifici incentivi, anche ai familiari degli iscritti, ai pensionati, ai portatori di handicap, alle categorie di popolazione in formazione didattica e/o professionale.

I finanziatori (assicurazioni sociali) competono però, per quanto di competizione si possa parlare, solo al fine di attirare iscritti, e non di contendersi i pazienti. I fondi non sono infatti anche erogatori di prestazioni, ma si limitano a garantire le risorse per accedere alle

prestazioni fornite dalle strutture sanitarie, mentre l'accesso alle prestazioni non risulta normalmente filtrato dalla necessità di ricevere, per le cure secondarie, la previa prescrizione del medico di base (pur se modelli di questo tipo sono stati sperimentati ed adottati come ipotesi eccezionale a partire dall'anno 2000).

Questa circostanza determina una maggiore libertà di scelta degli utenti, i quali possono del resto individuare e selezionare, nei limiti consentiti dall'assicurazione sociale (che contratta con gli erogatori le prestazioni da garantire secondo i limiti di spesa fissati dai Lander), il professionista e/o la struttura che preferiscono, sia essa pubblica o privata, purché accreditata (ossia rispondente a determinati requisiti qualitativi attestati dall'accreditamento, appunto). L'accreditamento della struttura risulta in sostanza condizione indefettibile per fruire della prestazione da essa erogata con oneri a carico dell'assicurazione sociale di riferimento. È pur vero peraltro che nel sistema tedesco gli ospedali sono in gran parte soggetti pubblici oppure *no profit*, e solo in parte minore soggetti privati *for profit*. Le strutture ospedaliere sono finanziate, per le spese di investimento, da risorse statali e, per le spese ordinarie, dai proventi delle assicurazioni, sociali e private, oppure direttamente dai pazienti.

Nel panorama dei fornitori i medici e le strutture che si dedicano principalmente alla erogazione delle cure primarie e/o di base tendono a restare inoltre separati dai medici e dalle strutture che si occupano principalmente della erogazione delle cure secondarie e/o specialistiche. Tuttavia, più recentemente, sono state sperimentate forme di maggiore integrazione, con la costituzione di strutture polifunzionali in grado di erogare ambedue le categorie di prestazioni¹¹.

Nel descritto quadro le competenze amministrative sono ripartite su tre livelli di governo: quello centrale, quello dei Lander e quello comunale. Al primo sono riservate funzioni quali la pianificazione generale delle politiche socio-sanitarie in prospettiva europea ed internazionale, il controllo sulla legittimità dei procedimenti di spesa delle assicurazioni sociali, l'adozione di misure compensative e perequative concernenti il

¹¹ Per un approfondimento si v. F. TOTH, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, cit., 3 ss.; G. MACIOCCO, “del diritto alla salute: dall'ottocento al duemila nella prospettiva politica”, in *Ragiusan*, 2004, 241-242, pp. 11 ss.

finanziamento della spesa e l'accesso alle prestazioni. Al secondo sono invece riservate competenze quali la pianificazione sanitaria ed ospedaliera, il sostegno degli investimenti in ambito ospedaliero e la sorveglianza sulla distribuzione dei farmaci. Al terzo sono infine riservate funzioni quali le attività di prevenzione e la tutela della salute collettiva in ambito locale¹².

Esiste però anche un livello di governo, per così dire, cooperativo, nel senso che è frequente il fenomeno associativo, sia fra i fornitori (ad esempio i medici) sia fra finanziatori (assicurazioni di malattia, sociali e non).

A monte, la distribuzione delle competenze legislative in materia sanitaria non prevede ipotesi di interferenza alcuna fra il livello centrale ed i Lander, come si può evincere soprattutto analizzando le caratteristiche della potestà legislativa concorrente¹³. Va in proposito precisato che la Costituzione tedesca enumera solo le materie riservate in via esclusiva alla disciplina federale o in via concorrente alla disciplina ripartita Federazione-Lander, mentre tutti i settori non espressamente menzionati sono attribuiti in via esclusiva alla potestà legislativa dei Lander.

In questo quadro la competenza legislativa concorrente consente alla Federazione di intervenire, talvolta, solo per introdurre gli elementi necessari a garantire uniformità al sistema (pur sussistendo efficaci strutture di raccordo in grado di rendere uniforme la legislazione dei Lander) e, talaltra, per introdurre elementi di disciplina anche su ulteriori profili. Su quanto già disciplinato dalla Federazione i Lander non possono tuttavia legiferare, ma sono comunque competenti ad eseguire le leggi federali.

Non si rinviene in ogni caso alcuna rilevante competenza legislativa esclusiva della Federazione in materia sanitaria, mentre i settori di competenza concorrente di maggiore rilievo sono la disciplina delle assicurazioni (sociali o volontarie) e del regime autorizzatorio / abilitativo /

¹² Per un approfondimento sul rapporto fra federalismo cooperativo e federalismo competitivo nell'ordinamento tedesco si v. S. BOLGHERINI, "Germania: il federalismo consensuale", in *Il Mulino*, 2010, 6, pp. 974 ss.

¹³ Sul riparto costituzionale delle competenze legislative in materia sanitaria e di tutela della salute nell'ordinamento tedesco si v. L. CRISTANELLI, "Il riparto costituzionale delle competenze legislative nel sistema sanitario tedesco", in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria - Spunti e materiali per l'analisi comparata*, cit., pp. 125 ss.

regolatorio per l'esercizio delle professioni e delle attività sanitarie; la disciplina della distribuzione e del controllo delle specialità farmaceutiche e terapeutiche; la disciplina delle azioni di cura e di prevenzione collettiva; la disciplina della procreazione medicalmente assistita; la disciplina delle strutture ospedaliere (dalla pianificazione all'organizzazione, dal finanziamento alle tariffe).

3.2. Focus sulla Francia

Neppure nel sistema francese, riconducibile sempre al modello della ASM, le casse hanno autonomia alcuna nella scelta delle aliquote contributive, che sono uniformemente fissate dal governo (sia per i lavoratori sia per i datori di lavoro), ma sono uniformi per tutti i fondi¹⁴. Nemmeno sono incentivate a competere per attrarre gli iscritti, posto che gli

¹⁴ Per un approfondimento sull'intero sistema si v. F. TOTH, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, cit., 3 ss.; G. GHIRLANDA, "Italia e Francia contengono la spesa sanitaria attraverso processi di riorganizzazione: decentramento amministrativo, accorpamento gestionale, responsabilizzazione finanziaria", in www.amministrazioneincammino.it; C. RAIMONDI, "La programmazione economica in sanità: i nodi irrisolti nella legge finanziaria per il 2005 e l'analisi della "missione sanità" nel bilancio francese", in *Sanità pubb. e priv.*, 2005, 1, pp. 61 ss.; T. PERONACE, "Politiche di contenimento della spesa sanitaria in Italia, Francia e Regno Unito", in *Econ. pubb.*, 1990, 12, pp. 637 ss.; G. CHAVRIER, "Etablissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, pp. 274 ss.; C. ESPER – D. JAAFAR, "Les contrats de partenariat: investir à l'hôpital public par de nouveaux moyens juridiques", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2004, pp. 619 ss.; E. ALFANDARI, "La gouvernance associative dans le secteur social et médico-social: le binôme politique-technique", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, pp. 209 ss.; X. BADIN, "Fiscalité et coopération institutionnelle des établissements de santé", in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2005, 23, pp. 1236 ss.; *Id.*, "Les sociétés coopératives hospitalières de médecins", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2002, pp. 765 ss.; P.Y. CHICOT, "La régionalisation des politiques sanitaires et sociales: l'émergence du «département-région providenc»?", in *Droit Administratif*, 2006, 12, p. 20; M. CORMIER, "La place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2002, pp. 752 ss.; *Id.*, "Les aspects juridiques des recompositions hospitalières", in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2005, 23, pp. 1235 ss.; *Id.*, "De la réforme hospitalière par ordonnance", in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2004, 22, pp. 743 ss.; *Id.*, "La cour administrative d'appel de Lyon confirme la définition fonctionnelle de l'établissement de santé", in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2003,

utenti non sono liberi di scegliere fra una cassa e l'altra, ma sono tenuti all'iscrizione a determinate assicurazioni sociali individuate sulla base della professione esercitata, della residenza del lavoratore e/o della identità del datore di lavoro.

Allo stesso modo, i fondi sono esclusi da qualsiasi forma di competizione per la fornitura delle prestazioni sanitarie, sussistendo un regime di separazione fra essi (che fungono da finanziatori) e l'insieme degli erogatori (le strutture sanitarie, appunto). Nel descritto quadro i rapporti fra le strutture di produzione ed i finanziatori sono disciplinati su base contrattuale.

Gli utenti possono comunque scegliere, nei limiti consentiti dall'assicurazione sociale, il professionista e/o la struttura che preferiscono, sia essa pubblica o privata, purché gli erogatori risultino accreditati (ossia rispondenti a determinati requisiti qualitativi attestati dall'avvenuto accreditamento). L'accreditamento risulta in sostanza condizione indefettibile per fruire della prestazione con oneri a carico dell'assicurazione sociale di riferimento.

48, pp. 1575 ss.; M. CORMIER - J.M. DE FORGES, "La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2004, pp. 110 ss.; L. DUBOIS, "Notre système de santé doit-il redouter et la concurrence des dentistes polonais et celle des cliniques suisses?", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, pp. 586 ss.; J. LACHMANN, "Réforme de la santé, L'état d'urgence", in *Gestion hospitalières*, 2009, pp. 141 ss.; G. LAFORGE, "La structuration de l'offre de services à la personne après la loi du 26 juillet 2005", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, pp. 5 ss.; Z. OR, "Changing regional health governance in France", in *Eurohealth*, 2008, 14, 4, pp. 7 ss.; A. RAVELET, "La recomposition de l'offre hospitalière publique et privée dans le cadre des réseaux de santé", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, pp. 879 ss.; P. VILLENEUVE, "La Haute Autorité de santé: Vers une nouvelle gouvernance du système de santé? D. n. 2004-1139, 26 oct. 2004", in *La Semaine Juridique Edition Générale*, 2005, 1, pp. 1 ss.; *Id.*, "Nouveau régime juridique des établissements de santé, À la recherche d'un équilibre des pouvoirs", in *La Semaine Juridique Edition Générale*, 2005, 21, pp. 264 ss.; G. VINCENT, "Les réformes hospitalières", in *Revue française d'administration publique*, 2005, 1, pp. 49 ss.; AA.VV., *Les établissements de santé: un panorama pour l'année 2006*, Paris, 2008, in <http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2006/es2006.pdf>; P. RITTER, *La création des Agences nationales de Santé*, Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, 2008, in lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000146/0000.pdf.

L'accesso alle prestazioni non è normalmente filtrato dalla necessità di ricevere, per le cure secondarie, la previa prescrizione del medico di famiglia. Solo dalla fine degli anni '90 meccanismi di questo tipo sono stati introdotti in via sperimentale e su base volontaria, consentendo agli utenti aderenti di accedere alle cure specialistiche prescritte dal medico curante a tariffe più vantaggiose.

Nel panorama dei fornitori i medici e le strutture che si dedicano principalmente alla erogazione delle cure primarie e/o di base tendono a restare distinti dai medici e dalle strutture che si occupano principalmente della erogazione delle cure secondarie e/o specialistiche.

Non sussistono forme di possibile esclusione soggettiva su base volontaria dal sistema pubblico, nel senso che non è previsto, per nessuna delle categorie ricondotte ad un determinato fondo, di potere optare per l'assicurazione privata o per l'accesso, al bisogno, al mercato puro. Ovviamente l'assicurazione privata o il mercato puro restano comunque modalità di accesso alle prestazioni per le quali chiunque di volta in volta può optare secondo le proprie preferenze ed i propri bisogni, ad esempio in via integrativa (*infra*). Ciò che invece non è consentito è rinunciare spontaneamente ed *a priori* al sistema pubblico di assistenza sanitaria.

A partire dalla fine degli anni '90 sono stati inoltre introdotti dei programmi speciali di protezione per garantire l'assistenza sanitaria anche alle categorie che, se si fossero applicati i soli meccanismi generali, ne sarebbero rimaste escluse (così i disoccupati, ad esempio), nonché per garantire gratuitamente ai possessori di un reddito inadeguato ed alle loro famiglie sia le prestazioni sanitarie di base sia quelle integrative.

Anche nel modello francese, in applicazione di meccanismi perequativi e compensativi, la copertura garantita dalle assicurazioni obbligatorie si estende altresì ai pensionati nonché ai familiari degli iscritti.

Il criterio principale per il riconoscimento della copertura sanitaria, in base a meccanismi generali o speciali, è quello della residenza.

Sussiste invece una soglia uniforme di esclusione oggettiva dal sistema pubblico, nel senso che le assicurazioni sociali di malattia coprono soltanto i tre quarti delle spese sanitarie, mentre per la restante parte si può ricorrere alle assicurazioni private (sia *no profit* sia *for profit*) oppure, al bisogno, al mercato libero. Le prestazioni garantite dal sistema pubblico

riguardano ad esempio le cure di medicina generale e specialistica (anche dentarie), i ricoveri ospedalieri, le analisi di laboratorio, la distribuzione dei farmaci, l'interruzione volontaria di gravidanza.

Anche per le prestazioni garantite gli utenti partecipano comunque in parte alla spesa, sostenendone una percentuale attraverso la corresponsione dei *tickets* sanitari. Lo stesso è a dirsi per le degenze ospedaliere, in relazione alle quali il *ticket* è calcolato forfettariamente per ciascuna giornata di permanenza. La quota che resta a carico della ASM normalmente viene anticipata dall'utente ed in seguito rimborsata, pur essendo previsto che per alcune categorie e/o in ipotesi particolari sia corrisposta direttamente dall'assicurazione. La finalità è quella di superare possibili discriminazioni fra gli utenti determinate dalla disponibilità o meno di liquidità immediata.

L'organizzazione sanitaria è articolata su più livelli di governo, in relazione al profilo sia della pianificazione e del controllo finanziario sia del finanziamento sia della produzione. Dal suo esame complessivo si evince però che il sistema risulta in buona misura accentrato, pur se la legge 203 del 4 marzo 2002, relativa ai diritti dei malati ed alla qualità del servizio sanitario, ha contribuito in parte a decentrarlo con lo spostamento di alcune significative competenze presso il livello di governo regionale.

Così, quanto alla pianificazione sanitaria ed al controllo finanziario, un ruolo fondamentale è riservato allo Stato, e per esso al Ministero della sanità che, attraverso le sue direzioni, le sue articolazioni e/o le strutture comunque ad esso collegate, svolge una funzione di coordinamento generale delle azioni dei pubblici poteri, elabora ed attua le politiche sanitarie della prevenzione collettiva, organizza i programmi terapeutici, gestisce la formazione professionale del personale medico e paramedico, cura – congiuntamente alle Agenzie sanitarie regionali (*infra*) – la programmazione, la realizzazione e la gestione delle strutture ospedaliere, cura altresì il reclutamento del personale, esercita compiti di controllo sulla distribuzione e sulla spesa delle risorse finanziarie (ad esempio fissando i tetti massimi di spesa per le assicurazioni sociali), che vengono allocate presso le regioni e poi alle strutture sanitarie.

Il Ministero, come accennato, possiede una serie di articolazioni a livello sia regionale (Direzioni regionali, con compiti di controllo della spesa e di pianificazione delle strutture e delle azioni socio-sanitarie) sia locale (Direzioni locali, con compiti di definizione e di attuazione degli interventi, di programmazione delle azioni in conformità ai Piani regionali, di controllo della coerenza delle iniziative socio-sanitarie e di controllo della spesa delle strutture pubbliche e private in ambito dipartimentale, nonché di direzione dei servizi dipartimentali). Vi sono inoltre alcuni enti pubblici statali operanti con funzioni circoscritte ed in settori specifici (si pensi all'Istituto nazionale per la ricerca medica e sanitaria, oppure all'Agenzia per la sicurezza de prodotti sanitari). Allo Stato spetta infine l'approvazione annuale della legge finanziaria in materia sanitaria.

Il livello di governo regionale si articola in Agenzie sanitarie regionali, Unioni di coordinamento per le assicurazioni sociali (che predispongono schemi di polizze di riferimento) ed Unioni dei medici autonomi (con funzioni di rappresentanza dei propri iscritti per l'interrelazione con gli altri organismi).

Le Agenzie sanitarie regionali sono in particolare responsabili della programmazione e della pianificazione sanitaria ed ospedaliera (per il settore sia pubblico sia privato). Sono altresì titolari del potere di concludere contratti pluriennali con le assicurazioni sociali e con le strutture di cura per la definizione degli obiettivi e degli strumenti relativi alla erogazione delle prestazioni di cura nel sistema pubblico. Esercitano funzioni di controllo e di vigilanza sulle strutture sanitarie, pubbliche e private, nonché competenze relative al loro funzionamento ed alla loro organizzazione (sono ad esempio subordinate alla autorizzazione delle Agenzie regionali la realizzazione delle strutture sanitarie nonché la conversione e l'accorpamento delle attività di cura).

A livello locale, i Comuni sono invece competenti all'organizzazione, al controllo ed al sostegno di alcuni servizi socio-sanitari (come l'assistenza domiciliare e l'igiene ambientale), mentre i Dipartimenti sono responsabili dei servizi socio-sanitari di assistenza alla famiglia ed all'infanzia e sono competenti al rilascio dell'autorizzazione per l'apertura dei laboratori di analisi.

Quanto alle strutture competenti in senso lato al finanziamento, si distinguono una Cassa nazionale (con funzioni di coordinamento), le Casse regionali (con funzioni di controllo) e le Casse primarie (con funzioni di assicurazione e di conseguente liquidazione finanziaria).

Quanto infine alle strutture di produzione del servizio, la rete ospedaliera e dei centri di cura risulta composita e variegata, articolandosi in organismi polifunzionali, ospedali locali, ospedali generali, centri per la lunga degenza e la riabilitazione, cliniche universitarie. La natura giuridica delle strutture sanitarie può essere pubblica o privata, *for profit* oppure *no profit*. La forma può a sua volta essere singola oppure associata (declinata ad esempio secondo il modulo del parternariato, integralmente pubblico, integralmente privato o misto). Infine, le strutture pubbliche possono essere nazionali, regionali, dipartimentali, intercomunali e comunali.

Ugualmente articolato è l'insieme degli strumenti che l'ordinamento ha previsto per consentire l'ingresso delle strutture private nel sistema pubblico (vale a dire nel sistema che eroga le prestazioni con oneri a carico delle assicurazioni sociali). Si sono in proposito distinti gli organismi *for profit* da quelli *no profit*. Per i primi si è prevista la stipula di una convenzione con gli organi della sicurezza sociale ed in seguito la conclusione di un accordo di *partnership* con un ospedale pubblico¹⁵, secondo uno schema che è stato ricondotto al rapporto di concessione¹⁶ (oggi il *Code de la santé publique*, approvato con la legge 800 del 29 luglio 2004 e successive modifiche, consente peraltro alle strutture sanitarie private *for profit* di esercitare il servizio pubblico ospedaliero in regime di concessione all'esito della stipula di apposito contratto con l'Agenzia sanitaria regionale, che interviene per conto dell'amministrazione centrale). L'art. 43 della legge 1318 del 31 dicembre 1970 ha anche consentito forme di associazione parziale limitate al perseguimento di obiettivi

¹⁵ Si v. G. GHIRLANDA, "Italia e Francia contengono la spesa sanitaria attraverso processi di riorganizzazione: decentramento amministrativo, accorpamento gestionale, responsabilizzazione finanziaria", cit.; cfr. M. COCCONI, "«*Le droit de la santé publique*» e le trasformazioni dell'amministrazione pubblica in Francia", in *Dir. ec.*, 1992, 2, pp. 418 ss.

¹⁶ Si v. M. COCCONI, "«*Le droit de la santé publique*» e le trasformazioni dell'amministrazione pubblica in Francia", cit., pp. 418 ss.

specifici¹⁷ (e previsioni sostanzialmente analoghe sono attualmente contenute anche nel *Code de la santé publique*). Per gli organismi *no profit* la partecipazione è stata invece subordinata ad un provvedimento di ammissione emanato nell'esercizio di un potere vincolato¹⁸. Per l'apertura, la ristrutturazione (da intendersi anche nel senso della introduzione di nuovi reparti o specialità di cura) o l'ampliamento delle strutture private (siano esse o meno associate o affiliate al sistema pubblico) è stato invece previsto il rilascio di una apposita autorizzazione conforme alla pianificazione vigente (*supra*).

Si è al contrario configurato come autonomo da qualsiasi provvedimento abilitativo all'esercizio di determinate attività sanitarie il procedimento di accreditamento, la cui gestione è affidata ad una agenzia nazionale (con membri di nomina ministeriale) coadiuvata da agenzie decentrate, e la cui unica finalità è quella di certificare la sussistenza - in capo a strutture ospedaliere, reti di cura, raggruppamenti di medici, privati o pubblici, integralmente o limitatamente ad alcuni reparti - della rispondenza a precisi requisiti di qualità¹⁹. Non si tratta quindi di accreditamento istituzionale, ma di accreditamento strumentale alla verifica della sussistenza di determinate condizioni di qualità del servizio²⁰.

Recentemente è stato incentivato l'uso del contratto di partenariato pubblico-privato, licenziato positivamente anche dalla Corte costituzio-

¹⁷ Si v. M. COCCONI, «*Le droit de la santé publique*» e le trasformazioni dell'amministrazione pubblica in Francia», cit., p. 419.

¹⁸ Si v. M. COCCONI, «*Le droit de la santé publique*» e le trasformazioni dell'amministrazione pubblica in Francia», cit., pp. 418 ss.

¹⁹ Si v. E. JORIO, «L'accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute», in *Sanità pubb. e priv.*, 2004, 2, pp. 155 ss. Cfr. C. LIVA - A. LO SCALZO, «accreditamento», in *Ragiusan*, 2003, 235-236, pp. 52 ss.

²⁰ Sulla distinzione fra l'*accreditamento istituzionale*, tipico dell'ordinamento italiano (ove le strutture accreditate sono ammesse ad erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del sistema pubblico), e l'*accreditamento c.d. di eccellenza*, «espressione di una attività accertativa meramente professionale [...], finalizzata a garantire che il "soggetto accreditato" non scenda mai al di sotto dei livelli predeterminati, ritenuti oggettivamente minimi, ma anche e soprattutto che il medesimo sia [...] sempre e comunque orientato al continuo e progressivo miglioramento della propria offerta», si v. E. JORIO, «L'accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute», cit., p. 155.

nale²¹. Il contratto di partenariato è qualificato, nell'ordinamento francese, come quel contratto pubblico con cui l'amministrazione pubblica di volta in volta competente consente ad un terzo soggetto (privato), per un periodo determinato in ragione anche delle esigenze di ammortamento degli investimenti realizzati, di partecipare alla realizzazione ed alla gestione di un'opera e/o di una attività di servizio pubblico²². Il contraente privato viene scelto con procedure ad evidenza pubblica riconducibili al modulo, di matrice comunitaria, del dialogo competitivo²³.

Per incentivare la coesione fra i vari attori e le rispettive competenze sono state comunque istituite apposite strutture di coordinamento, come i Gruppi regionali per la sanità pubblica, ai quali partecipano rappresentanti dello Stato, delle regioni, degli enti locali e delle assicurazioni sociali regionali, nonché, su base volontaria, i rappresentanti delle collettività locali. I Gruppi esercitano funzioni non solo consultive, ma anche di attuazione e di finanziamento di specifici progetti nazionali.

3.3. Focus sull'Inghilterra

Il sistema inglese ha rappresentato e rappresenta uno dei prototipi, sicuramente il prototipo europeo, del modello universalistico, nella specifica declinazione del servizio sanitario nazionale (*national health service*)²⁴. Da un lato, infatti, il servizio pubblico sanitario viene finanziato

²¹ Si v. C. ESPER – D. JAAFAR, “Les contrats de partenariat: investir à l'hôpital public par de nouveaux moyens juridiques”, cit.

²² Si v. C. ESPER – D. JAAFAR, “Les contrats de partenariat: investir à l'hôpital public par de nouveaux moyens juridiques”, cit.

²³ Si v. C. ESPER – D. JAAFAR, “Les contrats de partenariat: investir à l'hôpital public par de nouveaux moyens juridiques”, cit.

²⁴ Per un approfondimento sul sistema sanitario inglese si v. S. NERI, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, Franco Angeli, Milano, 2006, ed ivi ampi riferimenti; J.S.F. WRIGHT, “The regulatory state and the UK Labour Government's re-regulation of provision in the English National Health Service”, in *Regulation & Governance*, 2009, 3, pp. 334 ss. Si v. altresì F. MAINO, “La governance della politica sanitaria europea tra decentramento e ri-accentramento: alcuni casi a confronto”, in *Riv. it. pol. pubbl.*, 2009, 2, pp. 93 ss.; M. MICCOLI, “Origini e criticità della *Managed Competition* in sanità: una prospettiva economico-aziendale”, in *Sanità pubb. e priv.*, 2008, 1, pp. 14 ss.; M.A. RUDOLF KLEIN, “The Troubled Transformation of Britain's National Health Service”, in *The new England journal of medicine*, 2006, pp. 409 ss.; G. MACIOCCO, “del diritto alla salute: dall'ottocento al duemila nella prospettiva

con oneri a carico della fiscalità generale e ne beneficia l'intera popolazione. Dall'altro, il sistema risulta caratterizzato da un elevato grado di centralizzazione e di integrazione. Un significativo ruolo di indirizzo e di regolazione generale è svolto dallo Stato²⁵. Un ugualmente significativo ruolo di pianificazione è comunque svolto a livello decentrato dalle *Strategic Health Authorities*.

Questi profili vanno tuttavia approfonditi, essendo stati oggetto di alcune significative riforme²⁶.

Secondo il modulo originario il NHS (*National Health System*) prevedeva sia al finanziamento sia all'erogazione delle prestazioni sanitarie (assistenza ospedaliera, assistenza di base ed assistenza territoriale / domiciliare), con operatori pubblici (per l'assistenza ospedaliera e territoriale / domiciliare) oppure con operatori autonomi contrattualizzati con il sistema pubblico (per l'assistenza primaria). Gli operatori locali competenti ad erogare i servizi di assistenza primaria e territoriale / domiciliare rispondevano direttamente al livello di governo centrale, mentre le strutture ospedaliere competenti ad erogare l'assistenza specialistica si coordinavano con il governo centrale per il tramite di un livello di governo intermedio (pur se in sostanza articolazione di quello centrale), costituito dalle *Regional Health Authorities* (RHA). Le risorse finanziarie venivano trasferite dallo Stato alle autorità regionali e da queste alle

politica", in *Ragiusan*, cit., pp. 11 ss.; G.F. FERRARI, "La sicurezza sociale in Gran Bretagna", in *Riv. trim. dir. pubb.*, 1981, pp. 936 ss.; T. YEAMAN, "NHS structures - "knowing your PCT from your NHSE, wouldn't that be NICE!!"", in *Journal of Personal Injury Law*, 2002, pp. 192 ss.; M. HURST, "National Health Service and local authority responsibilities for continuing NHS healthcare and social care services", in *Journal of Personal Injury Law*, 2005, pp. 247 ss.; S. SHANDRO - C. SHIRAMBA, "NHS foundation trust hospitals: rethinking the failure regime", in *Insolvency Intelligence*, 2006, pp. 77 ss.; P. VINCENT-JONES, "The regulation of contractualisation in quasi-markets for public services", in *Public Law*, 1999, pp. 304 ss.; F. TOTH, "Le politiche sanitarie tra riforme e contro-riforme", in saluteinternazionale.info, 2010.

²⁵ Ad esempio con l'adozione di linee guida cogenti.

²⁶ Qui sarà analizzata solo l'evoluzione delle riforme già realizzate. Per un approfondimento sulla riforma attualmente *in itinere* (c.d. riforma Cameron) si v. invece S. CIVITARESE MATTEUCCI, "La riforma del NHS inglese. Evoluzione o rivoluzione?", in S. CIVITARESE MATTEUCCI - M. DUGATO - A. PIOGGIA - G. RACCA (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli, Rimini, 2011.

strutture ospedaliere (per l'assistenza secondaria) nonché dallo Stato alle strutture di assistenza primaria e territoriale / domiciliare (per l'assistenza di base e per quella territoriale / domiciliare).

In una fase successiva, vale a dire a partire dagli anni '80, a livello ulteriormente intermedio fra le *Regional Health Authorities* e le strutture ospedaliere sono state istituite le *District Health Authorities* (DHA), incaricate della gestione sia delle strutture ospedaliere sia degli operatori competenti ad erogare l'assistenza domiciliare / territoriale nonché proprietarie delle strutture ospedaliere, mentre gli operatori locali competenti ad erogare i servizi di assistenza primaria rispondevano ancora una volta direttamente al livello di governo centrale. Il finanziamento delle strutture di assistenza ospedaliera e territoriale / domiciliare, prima di giungere ai destinatari, transitava dunque dallo Stato alle RHA e da queste alle DHA.

Sussistevano quindi elementi di integrazione fra le funzioni di finanziamento, gestione ed erogazione, anche alla luce del rapporto di sovraordinazione gerarchica delle DHA rispetto alle strutture erogatrici dell'assistenza ospedaliera e di quella territoriale / domiciliare, nonché del rapporto di sovraordinazione gerarchica delle RHA rispetto alle DHA.

Ebbene, sono proprio i citati profili di integrazione fra sfera del finanziamento, della gestione e della produzione (oltre che fra produttori di prestazioni diverse, *infra*), a consentire la qualificazione di un sistema sanitario come sistema conforme al modulo del servizio sanitario nazionale²⁷.

Il descritto schema è stato però interessato, soprattutto a partire dall'inizio degli anni '90, da una serie ulteriore di riforme che vi hanno apportato alcuni correttivi per incentivare la separazione fra operatori (finanziatori e fornitori, di cure primarie e secondarie), una maggiore libertà di scelta degli utenti e più attenzione ai loro bisogni ed ai loro diritti, il tutto al fine di implementare la concorrenza soprattutto *nel mercato* quale condizione di parallela implementazione della qualità delle prestazioni e del controllo sulla spesa²⁸.

²⁷ Si v. F. TOTH, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, cit., pp. 3 ss.

²⁸ Per un approfondimento si v. F. TOTH, "Le riforme sanitarie in Europa: tra continuità e cambiamento", in *Riv. it. pol. pubb.*, 2009, 2, pp. 69 ss.

Così, ad esempio, si è cercato di separare le funzioni di finanziamento, di gestione e di erogazione dei servizi sanitari, ridefinendo il ruolo delle *District Health Authorities*, principale perno, negli anni '80, della gestione sanitaria regionale. La riforma ne ha in sostanza ridefinito le funzioni, che ha circoscritto al compito di monitorare la domanda e di acquistare le prestazioni per i pazienti residenti nel territorio di operatività di riferimento. Le DHA, alle quali sono stati parallelamente assegnati degli specifici *budgets* di spesa, hanno quindi assunto il ruolo di centrali di committenza e di mediatori nella composizione della domanda con l'offerta, mentre in capo al livello di governo regionale si è mantenuto un ruolo di mero coordinamento. Il criterio che le DHA avrebbero dovuto seguire nella scelta dei produttori corrisponde a quello che nell'ordinamento italiano viene identificato con il parametro dell'offerta economicamente più vantaggiosa, vale a dire dell'offerta espressione del miglior rapporto fra prezzo e qualità (sotto il profilo economico, tecnico e temporale). I fornitori dovevano quindi negoziare di volta in volta i propri finanziamenti sulla base del costo e del volume delle prestazioni oggetto del contratto. I produttori ammessi ad erogare prestazioni per il sistema pubblico dovevano però essere a loro volta soggetti pubblici o privati accreditati²⁹. Un ruolo di committenza in buona parte analogo a quello delle DHA (funzione di *gatekeeping*) è stato attribuito anche ai medici di medicina generale, i quali, oltre a fornire contemporaneamente l'assistenza primaria, spesso si organizzavano in strutture polifunzionali in grado di erogare anche alcune prestazioni specialistiche. Si incentivava così l'instaurazione di rapporti di integrazione e di collegamento fra medici e strutture competenti principalmente alla erogazione delle cure primarie e/o di base e medici e strutture competenti principalmente alla erogazione delle cure secondarie e/o specialistiche.

Nel descritto quadro i rapporti fra acquirenti e produttori erano disciplinati essenzialmente su base contrattuale.

Contemporaneamente la maggior parte delle strutture, pubbliche o private, competenti alla erogazione dell'assistenza ospedaliera e domi-

²⁹ Si v. E. JORIO – F. JORIO, “Riforma del welfare, devoluzione e federalismo della salute”, in *Sanità pubb.*, 2002, 5, pp. 607 ss.

ciliare / territoriale, è stata trasformata in *trusts* autonomi (di proprietà pubblica se ospedalieri), in competizione reciproca per la stipula dei contratti di fornitura con le DHA (le quali, in caso di inadeguatezza dei *trusts* presenti nel loro territorio di operatività, avrebbero anche potuto rivolgersi al mercato degli operatori presenti in altri distretti).

Le riforme dei primi anni '90 hanno determinato l'instaurazione dei c.d. mercati interni o *quasi mercati*, in buona parte corrispondenti ai regimi di concorrenza amministrata (o *managed competition*), che da essi si differenziano solo in quanto prevedono l'instaurazione di rapporti concorrenziali anche fra finanziatori pubblici e privati³⁰, mentre nei primi è incentivata la concorrenza soprattutto fra produttori pubblici e privati, al fine di scongiurare tanto l'esito del fallimento dello Stato quanto l'esito del fallimento del mercato in relazione al finanziamento, alla organizzazione, alla produzione ed alla erogazione dei servizi sanitari³¹. I regimi di concorrenza pubblica (o *public competition*) tendono invece ad introdurre condizioni di concorrenza, quali stimolo di efficienza, fra erogatori pubblici³².

³⁰ La teorizzazione della concorrenza amministrata (o *managed competition*) risale ad A.C. ENTHOVEN, *Reflections on the management of the National Health service*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londra, 1985; *Id.*, *Theory and practice of managed competition in health care finance*, North-Holland, Amsterdam, 1988. Cfr. A. NICITA, "Il Pendolo delle riforme nei sistemi sanitari europei", in *Quaderni CERM*, 2004, n. 5; L. CABIEDES – A. GUILLÉN, "Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe", in *Social Science & Medicine*, 2001, 52, pp. 1205 ss.

³¹ L'uso della espressione *quasi-markets* in relazione alle riforme sanitarie inglesi dei primi anni '90 risale a J. Le GRAND, "Quasi-markets and Social Policy", in *The Economic Journal*, 1991, 101, pp. 1256 ss.; più in generale, sulle condizioni di quasmmercato quale scelta di compromesso per scongiurare tanto l'esito del fallimento del mercato quanto l'esito del fallimento dello Stato nella organizzazione di un determinato settore produttivo, si v. F. BALASSONE, "Finanziamento e produzione di servizi pubblici: il sistema dei «quasi-mercato»", in *Econ. pubb.*, 1994, 6, pp. 259 ss., ed ivi ampi riferimenti sulle cause tipiche dei fallimenti sia del mercato sia dello Stato in relazione alla organizzazione di alcuni settori produttivi.

³² La teorizzazione della concorrenza pubblica (o *public competition*) risale invece a R.B. SALTMAN – C. VAN OTTER, "Re-vitalising Public Health Care System: A Proposal for Public Competition in Sweden", in *Health Policy*, 1987, 7, pp. 21 ss.; *Id.*, *Saggi sulla teoria della competizione pubblica nel settore della sanità*, Roma, 1991, Formez; *Id.*, *Planned Markets and Public Competition*, Open University Press,

Le riforme inglesi dei primi anni '90 hanno comunque nella prassi determinato il consolidarsi di mercati operanti dentro al sistema pubblico e sbilanciati a favore della sfera del pubblico, nel senso che la competizione per la stipula dei contratti di fornitura si risolveva di regola a beneficio delle strutture pubbliche, tanto da determinare il consolidamento di monopoli bilaterali e di barriere all'ingresso nel mercato da parte di nuovi operatori, nonché il frequente intervento statale in ausilio degli operatori pubblici in difficoltà (con ogni ulteriore conseguenza in termini di frustrazione della libertà di scelta degli utenti)³³. Le parti erano in sostanza naturalmente indotte ad aggirare l'instaurazione del regime di competizione che le riforme avevano inteso favorire, ed a fare in modo di sostituirvi rapporti stabili di collaborazione. Erano inoltre aumentati, rispetto al passato, i c.d. costi di transazione, ossia i costi riconducibili alla instaurazione ed alla gestione di rapporti di natura contrattuale fra acquirenti e produttori.

Al di là di queste specifiche declinazioni proprie del caso inglese, i quasi-mercati si presentano in generale come mercati incompleti, nei quali, pur potendo in teoria l'utente scegliere fra più produttori in concorrenza fra loro, egli non corrisponde direttamente un prezzo per la prestazione erogata e/o non vi è proporzionalità fra la sua eventuale partecipazione alla spesa ed il costo della prestazione. Inoltre l'interrelazione fra la domanda e l'offerta è mediata dalla attività di un terzo soggetto (di regola legato peraltro al sistema pubblico), mentre la competizione fra i produttori è finalizzata a conseguire la stipula di contratti con le centrali di committenza, piuttosto che l'attrazione di nuovi pazienti³⁴.

I diversi produttori, pubblici e privati, dovrebbero comunque competere in condizioni di parità, conseguendone che l'accreditamento per consentire ai secondi di erogare prestazioni a carico del sistema pubblico

Buckingham, 1992. Cfr. A. NICITA, "Il Pendolo delle riforme nei sistemi sanitari europei", cit.; L. CABIEDES – A. GUILLÉN, "Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe", cit.

³³ Si v. M. MICCOLI, "Origini e criticità della Managed Competition in sanità: una prospettiva economico-aziendale", cit.

³⁴ Si v. S. NERI, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, cit., pp. 46 ss., ed ivi ampi riferimenti.

andrebbe configurato come un diritto, se sussistono le condizioni prescritte dalla legge, s'intende³⁵. Concepito in questi termini l'accreditamento assolve alla doppia funzione di garanzia della qualità delle prestazioni dispensate dal sistema pubblico, nonché di tutela e di promozione della concorrenza. È del resto comune ai quasi-mercati la tendenza ad introdurre questo ed altri correttivi per determinare l'omogenizzazione dell'offerta, sia al fine di «impedire che le segmentazioni [...] conseguenti ad una eventuale differenziazione del prodotto riducano il grado di concorrenza», sia al fine di «evitare che tale differenziazione venga sfruttata per ottenere una selezione dei consumi potenziali più favorevole, eliminando di fatto l'obbligo di soddisfare la domanda di qualsiasi cittadino»³⁶.

La conformazione attuale del sistema inglese si deve comunque alle riforme adottate sul finire degli anni '90 in relazione alla funzione di *gatekeeping* del medico di base ed al modulo dei mercati interni.

Si è in sostanza prescritto l'inserimento dei medici di base e di tutti gli operatori del settore dell'assistenza primaria nei *Primary care groups* (PCG)³⁷, strutture pubbliche alle quali era consentito organizzarsi in modo articolato e polifunzionale, acquisire la titolarità di un proprio *budget*, prestare l'assistenza sanitaria di base alla popolazione residente nel proprio bacino di operatività e fungere da centrali di committenza per l'acquisto dalle strutture di assistenza secondaria dei servizi ospedalieri / specialistici. Ogni PCG era a sua volta dotato di un organo di gestione posto sotto la vigilanza e la direzione della DHA di riferimento.

I *Primary care groups* sono stati in seguito progressivamente trasformati nei *Primary care trusts* (PCT), dotati di maggiore autonomia rispetto ai primi ed operanti secondo il modulo dell'aziendalizzazione.

Ai *Primary care trusts* si è anche consentito di integrarsi e di cooperare, in via sperimentale, con le strutture adibite alla erogazione delle cure

³⁵ Sulla distinzione fra l'accreditamento istituzionale e l'accreditamento di eccellenza si v. la nota 19 e, per un approfondimento, E. JORIO, "L'accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute", cit., p. 155.

³⁶ F. BALASSONE, "Finanziamento e produzione di servizi pubblici: il sistema dei «quasi-mercati»", cit., p. 262.

³⁷ Per un ulteriore approfondimento si v. ancora F. TOTH, "Le riforme sanitarie in Europa: tra continuità e cambiamento", cit.

secondarie, nonché di esercitare funzioni pianificatorie nell'ambito delle azioni di miglioramento della salute. Ad essi è stata altresì garantita piena autonomia dal governo centrale quanto alla scelta delle modalità di impiego delle risorse, anche nell'individuazione e nella definizione delle priorità di intervento a livello locale. I PCT non si limitano però a gestire i servizi di cure primarie (dai medici di famiglia alle farmacie, dalle cure dentarie a quelle oftalmologiche, dai *day hospital* alle prestazioni di trasporto di urgenza), ma inoltre, essendo i recettori formali delle risorse economiche, le trasferiscono alle strutture ospedaliere (NHS Trust), che restano comunque autonome rispetto ai PCT³⁸. A partire dagli anni Duemila si è inoltre incentivata l'erogazione delle prestazioni di assistenza di base attraverso strutture articolate e polifunzionali in grado di accorpate (nonché di assumere) medici, infermieri ed altri operatori del settore.

È stata però anche implementata la regolazione pubblica, ad esempio con la fissazione di significativi obiettivi e *standards* a livello centrale (anche in relazione alle modalità di accesso al credito) e con l'individuazione di specifiche sanzioni per le violazioni commesse. Ancora, la durata minima dei contratti fra acquirenti e produttori è stata aumentata per garantire maggiore stabilità ai rapporti e ridurre i costi di transazione.

Il fine principale degli interventi di riforma è stato il progressivo superamento del modello basato sulle DHA (cui sono state progressivamente sottratte le funzioni di committenza, per lasciare più spazio a quelle programmatiche, di coordinamento e di vigilanza), con ogni ulteriore conseguenza in termini di graduale abbandono del modulo contrattuale e della separazione, in favore di quello della collaborazione e dell'integrazione (secondo il modulo della *managed cooperation*, o cooperazione amministrata³⁹). Le DHA sono state accorpate nelle *Strategic Health Authorities* (SHA), poste a servizio di un bacino di utenza più ampio, con funzioni pianificatorie e posizione gerarchicamente sovraordinata ai *trusts*.

³⁸ Si v. G. MACIOCCO, "I medici inglesi contro la riforma del NHS", in *saluteinternazionale.info*, 2010.

³⁹ Si v. D.W. LIGHT, "From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience", in *The Milbank Quarterly*, 1997, 75, 3, pp. 297 ss.; J. LE GRAND, "Competition, Cooperation or Control? Tales from the British National Health Service", in *Health Affairs*, 1999, 18, 3, pp. 27 ss.

Con l'integrazione si è in sostanza realizzato un adeguamento della disciplina positiva alle esigenze già precedentemente espresse dagli operatori quanto alla regolazione dei loro rapporti reciproci.

Le riforme intraprese dalla fine degli anni '90 hanno anche inciso sulla libertà degli utenti di scegliere - fra le strutture pubbliche e quelle private convenzionate con lo stesso sistema pubblico - gli erogatori da cui ricevere le prestazioni a carico del NHS.

La libertà di scelta degli utenti (e di conseguenza la concorrenza fra gli erogatori) è stata inoltre più recentemente implementata dalla introduzione di un sistema di valutazione delle strutture erogatrici, pubbliche e private, sulla base di variabili quali il razionale impiego delle risorse e la qualità delle prestazioni. Non può infatti sussistere una reale libertà di scelta se la scelta non è consapevole.

Alla valutazione, cui procede una agenzia nazionale indipendente ed i cui risultati sono resi pubblici, vengono inoltre correlate misure sia premiali (per le strutture meglio valutate) sia sanzionatorie (per le strutture peggio valutate).

È pur vero però che, nei sistemi ove sussistono meccanismi generalizzati ed obbligatori di *gatekeeping* per l'accesso alle cure a carico del servizio sanitario pubblico, la libertà di scelta degli utenti subisce una ontologica limitazione.

Infine, sempre a partire dall'inizio degli anni Duemila, si è particolarmente promosso il ruolo dei privati nella erogazione di prestazioni per conto del *National Health Service*. In un documento di intenti sottoscritto dalla competente struttura ministeriale e dalle organizzazioni rappresentanti del settore privato si sono in particolare individuati tre modelli per il coinvolgimento dei privati in situazioni nelle quali l'offerta pubblica è quantitativamente e/o qualitativamente insufficiente od inadeguata rispetto alla domanda, oppure nelle quali si vogliono realizzare specifici progetti in ambito locale. I modelli sono: a) la costituzione e la gestione di cliniche private da parte di soggetti individuati mediante gara d'appalto; b) l'affidamento ai privati della gestione di strutture pubbliche; c) la costituzione di *join venture* pubblico-privato per la realizzazione di specifici progetti in ambito locale⁽⁴⁰⁾.

⁴⁰ Si v. S. NERI, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, cit., pp. 225 ss.

Alle *partnerships* pubblico-privato, in particolare a quelle di natura sperimentale, sono riconducibili anche le fondazioni ospedaliere, che operano normalmente con finalità *no profit*, reclutando però strutture e personale degli ospedali, di soggetti privati e del terzo settore, nonché delle comunità locali. La trasformazione dei *Trusts* richiede tuttavia il rilascio di apposita autorizzazione da parte di una autorità indipendente il cui vertice è nominato dal Segretario di Stato. Il provvedimento è emanato previa verifica della sussistenza delle condizioni richieste dalla legge e può essere ritirato nel caso in cui venga meno qualcuna delle predette condizioni⁴¹.

I privati possono peraltro anche partecipare alla erogazione di prestazioni di assistenza primaria, in collaborazione con i *Primary Care Trusts*⁴².

3.4. Focus sulla Spagna⁴³

Il sistema spagnolo rappresenta una particolare applicazione del modello inglese, da cui ha tratto spunto anche recependone alcune riforme⁴⁴.

⁴¹ Si v. S. NERI, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, cit., pp. 227 ss.

⁴² Si v. S. NERI, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, cit., pp. 226 ss.

⁴³ La redazione di questo paragrafo è frutto di un periodo di ricerca svolto nei mesi di settembre e di ottobre 2009 in Spagna, presso la *Generalitat de Catalunya* e la *UB* di Barcellona, nelle strutture del Dipartimento cui afferiscono, per il Diritto Amministrativo ed il Diritto Sanitario, i Professori Alfredo Galán Galán ed Andrés Navarro Munuera, ai quali in questa sede si esprime un sentito ringraziamento.

⁴⁴ Per un approfondimento si v. F. TOTH, "Is there a Southern European Healthcare Model?", in *West European Politics*, 2010, 33, 2, pp. 325 ss.; L. PAREJO – A. PALOMAR – M. VAQUER, *La reforma del Sistema Nacional de Salud – Cohesión, calidad y estatutos profesionales*, Marcial Pons, Madrid / Barcellona, 2004; F.A. GONZÁLEZ DÍAZ, *Contenido y límites de la prestación de asistencia sanitaria: adaptado a la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, Thomson Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2003; E.M. ALVAREZ GONZÁLEZ, *Règimen jurídico de la asistencia sanitaria pública: sistema de presentaciones y coordinación sanitaria*, Comares, Granada, 2007; J.F. PÉREZ GÁLVEZ, *Creación y regulación de centros y establecimientos sanitarios*, Bosch, Barcellona, 2003; O. MIR PUIGPELAT, *La responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. Organización, imputación y causalidad*,

Sussistono pertanto elementi di integrazione fra le funzioni di finanziamento, gestione ed erogazione delle prestazioni a carico del sistema pubblico.

Quanto ai profili concernenti più strettamente l'organizzazione e la distribuzione delle competenze, la legge generale statale 14 del 25 aprile 1986 (istitutiva del servizio sanitario nazionale), ha previsto l'individuazione, nel territorio regionale, da parte delle stesse Comunità autonome, di Aree di salute, di Zone basiche di salute e di Centri di salute, «quali

Civitas, Madrid, 2000; P. RODRÍGUEZ LÒPEZ, *Responsabilidad médica y hospitalaria*, Bosch, Barcellona, 2004; V. CAMPS CERVERA – G. LÒPEZ I CASASNOVAS – A. PUYOL GONZÁLEZ, *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*, Fundació Victor Gífols i Lucas, Barcellona, 2006; J.M. SOCIÀS CAMACHO, *Fundaciones del sector público – En especial, el ambito sanitario*, Iustel, Madrid, 2006; G. LÒPEZ I CASASNOVAS, “La financiación hospitalaria y la reforma de los sistemas públicos de salud. Nuevas paradigmas”, in G. LOPEZ CASASNOVAS (a cura di), *La contractación de servicios sanitarios*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999; J.L. BELTRÀN AGUIRRE, “¿Sistema nacional de salud o asistencia sanitaria de le seguridad social?”, in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro sespasa-ajs, 15, pp. 27 ss.; J.M. FREIRE CAMPO, “Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad un España”, in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro sespasa-ajs, 15, pp. 40 ss.; J.J. CRIADO ÀLVAREZ, “Convergencias y divergencias de los troncos normativos que regulan el sistema público de salud: oportunidades de mejora para el siglo XXI”, in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro sespasa-ajs, 15, pp. 61 ss.; F.J. VILLAR ROJAS, “La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: las experiencias del Valencia y Madrid”, in *Derecho y salud*, 2008, n. extr. su XVII Congr. Derecho y salud, 17, pp. 1 ss.; J.M. PÉREZ URALDE, “Servicios sociales, sanitarios, atención a la dependencia y economía social”, in *Derecho y salud*, 2008, n. extr. su XVII Congr. Derecho y salud, 17, pp. 67 ss.; A. MENÈDEZ REXACH, “El derecho a la asistencia sanitaria y el régimen de las prestaciones sanitarias públicas”, in *Derecho y salud*, 2003, 11 (speciale), pp. 15 ss.; J.M. PEMÁN GAVÍN, “La nueva configuración del Sistema Nacional de Salud tras la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003, de 28 de mayo)”, in *Revista Vasca de Administración Pública. Herri-Ardularitzako Euskal Aldizkaria*, 2005, 71, pp. 173 ss.; *Id.*, “Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la ley general de sanidad: balance y perspectivas”, in *DS: Derecho y salud*, 1999, 7, 2, pp. 1 ss.; A. NAVARRO MUNUERA, “El Servicio sanitario”, in E. MALARET GRACIA (a cura di), *Règimen jurídico de los servicios públicos*, Ed. Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1997; J. PEMAN GAVÍN, “Del seguro obligatorio de enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el ultimo cuarto del siglo XX,” in *Revista Aragonesa de Administración Pública*, 1998, n. 13; *Id.*, “Autonomía y unidad en el Sistema Nacional de Salud”, in *Revista Aragonesa de Administración Pública*, 2002, 21, pp. 53 ss.

nucleo territoriale dei servizi di assistenza»⁴⁵ in relazione all'esercizio delle funzioni di gestione e di erogazione delle prestazioni.

Le Aree di salute sono le articolazioni fondamentali del sistema sanitario. Sono responsabili della gestione unitaria delle strutture del servizio sanitario regionale, anche in relazione alla programmazione delle attività ed alla erogazione delle prestazioni⁴⁶, sia di assistenza primaria sia di assistenza secondaria. Proprio per questo le Aree di salute devono includere quanto meno un ospedale generale⁴⁷.

Le zone basiche sono invece articolazioni funzionali delle Aree di salute e rappresentano la dimensione territoriale della sola assistenza sanitaria primaria, che è erogata a sua volta dai Centri di salute.

L'accesso alle cure erogate dal sistema pubblico risulta filtrato dalla necessità di ricevere, per quelle secondarie, la prescrizione del medico di base, la quale assume carattere preclusivo (nel senso di precludere al paziente di rivolgersi ad una struttura ospedaliera diversa da quella indicata).

Gli operatori legittimati ad erogare prestazioni a carico del sistema pubblico sono sia le strutture pubbliche sia quelle private convenzionate con lo stesso sistema pubblico, pur se la sfera del pubblico è decisamente predominante. In particolare la legge statale 14 del 25 aprile 1986 consente agli ospedali del settore privato che lo richiedano di erogare prestazioni per conto del SNS, previa omologazione ed in conformità ad un protocollo di intesa (soggetto a revisione periodica)⁴⁸ da sottoscrivere

⁴⁵ E. GRIGLIO, "Unità e decentramento nella tutela del diritto alla salute in Spagna", in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria - Spunti e materiali per l'analisi comparata*, cit., pp. 266 ss.

⁴⁶ Ogni Area di salute possiede un organo di partecipazione ed un organo di indirizzo a composizione collegiale, nonché un organo di gestione a composizione monocratica.

⁴⁷ Gli ospedali ed i centri di cura hanno nella maggior parte dei casi la natura giuridica di enti pubblici dipendenti dalla regione. Fanno eccezione alcune strutture rimaste di titolarità di enti territoriali subregionali (che hanno invece la natura giuridica di enti pubblici strumentali di tali amministrazioni territoriali, pur rispondendo funzionalmente all'amministrazione regionale).

⁴⁸ Il procedimento di omologazione, di competenza regionale, ha natura discrezionale. All'amministrazione regionale competono altresì la stipula e la revisione del protocollo di intesa. Nel sistema sanitario spagnolo è però abbastanza raro il coinvolgi-

con l'amministrazione sanitaria⁴⁹. Ciò è comunque ammesso nei soli casi in cui le esigenze di assistenza sanitaria lo giustifichino, e sempre che le risorse economiche del settore pubblico lo consentano. Anche nell'ipotesi di omologazione e di successiva intesa la titolarità della struttura e del relativo personale dipendente resta tuttavia privata. Gli ospedali privati omologati, eroganti prestazioni per conto del SNS, sono soggetti alle stesse attività ispettive e di controllo (sanitario, amministrativo ed economico) degli ospedali pubblici, con l'applicazione di criteri omogenei

mento di soggetti privati nella gestione del servizio sanitario pubblico (tanto nella forma della omologazione quanto nella forma del partenariato), ricorrendovisi normalmente (in particolare nella forma del partenariato) quando l'amministrazione sia sprovvista di fondi sufficienti per la realizzazione di nuove strutture sanitarie. In questo modo si è ad esempio operato per la realizzazione di alcuni ospedali (come a Madrid ed a Valencia). Si è in sostanza utilizzato uno strumento simile a quello italiano della concessione di costruzione e gestione: il privato finanziatore ha assunto tutti gli oneri relativi alla progettazione ed alla realizzazione dell'opera (rimasta di titolarità dell'amministrazione regionale), ricevendo, come controprestazione, il diritto alla sua gestione (sia amministrativa sia sanitaria, con la sola esclusione dei profili relativi al personale) ed all'incasso dei relativi proventi per un lasso di tempo significativo (almeno ventennale o trentennale).

⁴⁹ Il protocollo di intesa disciplina in particolare profili quali i diritti e le obbligazioni reciproche dei contraenti quanto alla durata ed alla proroga del rapporto, alla sua sospensione temporanea, al sua estinzione definitiva, al suo regime economico, al numero di posti-letto messi a disposizione ed alle condizioni di prestazione dell'assistenza sanitaria, in conformità alle disposizioni di attuazione della legge generale statale in materia di sanità. Disciplina altresì la corrispondenza fra le caratteristiche del ricovero nell'ospedale omologato e le caratteristiche del ricovero negli ospedali pubblici operanti nello stesso ambito territoriale. Nel protocollo di intesa è necessario altresì convenire che il ricovero presso gli ospedali privati omologati avvenga in regime di gratuità per gli utenti, e senza alcuno scopo lucrativo. Il ricovero di pazienti per esigenze non strettamente sanitarie, qualsiasi sia la loro natura, deve invece essere previamente autorizzato dall'amministrazione sanitaria competente per il numero esatto di pazienti da ricoverare in questo regime. Sono previste, quali cause di scioglimento del rapporto da parte dell'amministrazione sanitaria competente: a) l'erogazione di prestazioni sanitarie oggetto della convenzione contravvenendo al principio di gratuità; b) la fornitura, senza autorizzazione, di servizi complementari non sanitari; c) la violazione delle norme relative all'orario di lavoro del personale ospedaliero; d) la grave violazione delle norme in materia di lavoro, di previdenza sociale o fiscali; e) la violazione grave, dichiarata con sentenza, dei diritti codificati dagli artt. 16, 18, 20 e 22 Cost.; f) qualsiasi altra violazione degli obblighi codificati dalla legge generale statale in materia di sanità.

e previamente stabiliti. Sono inoltre subordinati ad autorizzazione amministrativa la realizzazione, il funzionamento e la qualificazione delle strutture sanitarie, di qualsiasi natura, nonché ogni successiva modifica relativa alla loro realizzazione o al loro funzionamento.

Le pubbliche amministrazioni sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto dei Piani sanitari, possono inoltre accordarsi per la prestazione di servizi sanitari con mezzi esterni, se le risorse pubbliche risultano inadeguate e/o insufficienti. A tal fine sono tenute tuttavia a rivolgersi, prioritariamente, a strutture sanitarie prive di scopo di lucro⁵⁰. Gli accordi devono però essere stipulati in modo che vi sia corrispondenza fra prestazione economica e costo effettivo del servizio, secondo condizioni previamente stabilite dall'amministrazione ed in ogni caso rivedibili. Le strutture sanitarie, prima di concludere l'intesa con l'amministrazione, devono comunque aver conseguito l'omologazione. Esse, siano esse pubbliche o private, possono ad ogni modo percepire, purché non periodicamente, sovvenzioni economiche o altri benefici a carico dei fondi pubblici, per la realizzazione di attività sanitarie ritenute di alto interesse sociale.

Una parte significativa della disciplina del rapporto pubblico-privato contenuta nella legge 14 del 25 aprile 1986 è stata in seguito ripresa dall'articolo unico della legge statale 15 del 25 aprile 1997, che ammette la prestazione e la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari, oltre che con mezzi propri dell'amministrazione sanitaria, anche mediante convenzioni, accordi o contratti con persone o entità pubbliche o private, nei termini previsti nella legge generale statale in materia di sanità. Consente altresì, nell'ambito del *Servicio Nacional de Salud* (SNS), e purché si preservi la garanzia delle condizioni di servizio pubblico, l'amministrazione e la gestione delle strutture sanitarie, in via diretta o indiretta, attraverso la costituzione di qualsiasi entità di natura o titolarità pubblica ammessa dall'ordinamento giuridico. Rimette però al governo centrale

⁵⁰ L'amministrazione sanitaria deve inoltre promuovere la libera iniziativa delle associazioni degli utenti dei servizi sanitari, delle strutture sanitarie senza scopo di lucro e delle cooperative sanitarie, e favorirne il coordinamento con il sistema sanitario pubblico.

od a quello regionale - nell'ambito delle rispettive competenze -, la determinazione delle forme giuridiche, degli organismi di direzione e di controllo, del regime di garanzia delle prestazioni, del sistema di finanziamento e della disciplina particolare del personale delle entità istituite per la gestione delle strutture costituite e dei servizi organizzati. Le norme sul parternariato hanno avuto tuttavia scarsa applicazione nella prassi, ricorrendovisi normalmente, e comunque come *extrema ratio*, quando l'amministrazione sia sprovvista di fondi sufficienti per la realizzazione di nuove strutture sanitarie (in tal caso si utilizzano schemi contrattuali riconducibili grosso modo alla concessione di costruzione e di gestione di opere pubbliche).

In questo panorama composito la libertà di scelta degli utenti è stata progressivamente implementata, in relazione all'individuazione dell'erogatore delle prestazioni di assistenza sia primaria sia specialistica⁵¹. Sussiste inoltre un rapporto di reciproca integrazione e di collegamento fra medici e strutture che si dedicano principalmente alla erogazione delle cure primarie e/o di base e medici e strutture che si dedicano invece principalmente alla erogazione delle cure secondarie e/o specialistiche. L'assistenza sanitaria di base è del resto spesso prestata attraverso strutture polifunzionali in grado di fornire anche servizi di pronto-soccorso ambulatoriale.

Il modello del mercato interno è stato invece introdotto solo parzialmente, talvolta limitandone i contenuti (ad esempio all'uso di strumenti contrattuali per l'acquisto delle prestazioni da parte delle centrali di committenza, ove previste) e talaltra limitandone l'efficacia territoriale (ad esempio ad alcune regioni ad autonomia più marcata, come la Catalogna).

⁵¹ L'art. 14 della legge statale 14 del 25 aprile 1986 riconosce ad esempio la facoltà di scelta del medico di base all'interno di ogni area di salute, oppure all'interno delle città con popolazione superiore ai 250.000 abitanti. Allo stesso modo l'art. 15 codifica il diritto degli utenti, che abbiano goduto in prima istanza dei servizi c.d. di assistenza di base, a beneficiare, all'interno dell'area di salute di riferimento, di quelli c.d. di 'assistenza specializzata' forniti dalla rete ospedaliera. Proprio a tal fine il Ministero della sanità è tenuto ad accreditare, per l'erogazione di queste prestazioni, una serie di servizi di riferimento.

Ciò che però maggiormente caratterizza il sistema spagnolo rispetto a quello inglese è la presenza di un più accentuato livello di regionalizzazione e di decentramento delle competenze⁵². È lo stesso art. 4 della legge statale 14 del 25 aprile 1986 a precisare, del resto, che uno degli elementi

⁵² Per un ulteriore approfondimento sul sistema sanitario spagnolo si v. J. PUIG – E. DALMAN, “Estrutura de mercado y eficiencia en la producción de servicios hospitalarios”, in G. LOPEZ CASASNOVAS (a cura di), *La contractación de servicios sanitarios*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999; G. LOPEZ CASASNOVAS, “Algunas orientaciones para la reforma de la financiación pública de los servicios hospitalarios y su aplicación a la red de hospitales de utilización pública de Cataluña”, in G. LOPEZ CASASNOVAS (a cura di), *La contractación de servicios sanitarios*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999; A.E. NAVARRO MUNUERA, *Sistemas sanitarios integrados en los estados políticamente descentralizados*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Institut d’Estudis Autònomic, 1992; M. VAQUER CABALLERÍA, *Fundaciones públicas y fundaciones en mano pública – La reforma de los servicios públicos sanitarios*, Marcial Pons, Madrid, 1999; AA.VV., *Los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, 1996; J. CORBELLA Y DUCH, *Manual de Derecho sanitario*, Atelier, Barcellona, 2006; J. PEMÁN GAVÍN, “Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro”, in *Revista de Administración Pública*, 2001, n. 156; J.M. CABASÉS HITA, “La desregulación en el sector sanitario público en España”, in *Auditoría pública: revista de los Organos Autónomos de Control Externo*, 1997, 12, pp. 25 ss.; L.A. OTEO OCHOA, “La externalización como valor para el desarrollo y consolidación del SNS – Sistema Nacional de Salud: externalización, integración y custodia de competencias y activos esenciales”, in *Rev. Adm. Sanit.*, 2008, 6, pp. 235 ss.; J.M. GONZÁLEZ PÉREZ, “Mercado sanitario privado y territorio en Galicia. Neoliberalismo y nuevas pautas de comportamiento social”, in *Investigaciones geográficas*, 2002, 27, pp. 205 ss.; S. PEIRÒ – E. BERNAL DELGADO, “¿A que incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud?”, in *Gaceta sanit.*, 20, 2006, suppl. 1; M.P. GONZÁLEZ DE LAS HERAS, “El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional: regulación, sistema de financiación y administraciones competentes”, in www.noticias.juridicas.com, 2004; J.M. PEMÁN GAVÍN, “Sanidad Local”, in *Anuario del Gobierno Local*, 1996, 1, pp. 525 ss.; F.J. VILLAR ROJAS, “La ley de habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud: ¿hacia la desregulación de la sanidad pública?”, in *Derecho y salud*, 1998, 2, 6, pp. 74 ss.; J. TORNOS MÀS, “Sistema de seguridad social versus Sistema nacional de salud”, in *Derecho y salud*, 2002, 1, 10, pp. 1 ss.; J.L. BELTRÁN AGUIRRE, “Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad”, in *Derecho y salud*, 2002, 1, 10, pp. 15 ss.; *Id.*, “Anotaciones a la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud”, in *Derecho y salud*, 2003, 2, 11, pp. 123 ss.; S. MUÑOZ MACHADO, “La cohesión del sistema nacional de salud”, in *Derecho y salud*, 2004, n. extr. su XII Congr. Derecho y Salud, 12, pp. 15 ss.; F.J. VILLAR ROJAS, “La concesión administrativa de

caratterizzanti il sistema sanitario spagnolo è l'integrazione, da intendersi come integrazione di competenze fra i vari livelli di governo. La coesione del modello di governo regionale è favorita da una serie di principi, di obiettivi e di criteri comuni fissati dalla Costituzione e dalle leggi quadro statali, ma altresì dalla pianificazione sanitaria statale e dalla presenza di organismi e di azioni di raccordo fra Stato e livello di governo regionale. In questa prospettiva si colloca anche il Piano integrato di salute, nel quale lo Stato riunisce il Piano sanitario nazionale, i Piani regionali e gli eventuali Piani congiunti adottati d'intesa fra l'amministrazione centrale ed una o più regioni. Lo stesso è a dirsi per il Piano di cooperazione, adottato congiuntamente da Stato e regioni in seno al Consiglio interterritoriale del SNS (organo permanente di coordinamento, cooperazione, informazione e comunicazione in ambito sanitario, per l'interrelazione dei servizi sanitari, fra essi e con l'amministrazione statale).

Significative nel senso del decentramento sono state le riforme del 1986 (anno in cui, come si è accennato, è stato istituito il SNS), della seconda metà degli anni '90 e dell'inizio degli anni Duemila (periodo in cui, in particolare con la legge 16 del 28 maggio 2003, alle Comunità

obra pública como nueva fórmula de gestión de servicios sanitarios”, in *Derecho y salud*, 2006, n. extr. su XIV Congr. Derecho y salud, 14, pp. 1 ss.; D. LARIOS RISCO, “Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias”, in *Derecho y salud*, 2007, 2, 15, pp. 289 ss.; E.M. ALVAREZ GONZÁLEZ, “El sistema nacional de salud como sistema: realidad y carencias”, in *Derecho y salud*, 2007, 1, 15, pp. 1 ss.; J.R. REPULLO LABRADOR, “Los instrumentos extra-competenciales para el gobierno del SSN”, in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro sespas-ajs, 15, pp. 1 ss.; S. MUÑOZ MACHADO, “Gastos farmacéuticos y otras reformas del sistema nacional de salud”, in *Derecho y salud*, 2001, 2, pp. 133 ss.; F.J. VILLAR ROJAS, “responsabilidad en la gestión directa. Especial referencia a las nuevas fórmulas de gestión: fundaciones”, in *Derecho y salud*, 2000, 8, pp. 1 ss.; M. REBELLO PUIG, “La responsabilidad patrimonial en la gestión indirecta de los servicios públicos sanitarios: concesiones y conciertos”, in *Derecho y salud*, 2000, 8, pp. 17 ss.; S. MUÑOZ MACHADO, “La organización, las prestaciones y otros problemas jurídicos actuales de los servicios sanitarios”, in *Revista vasca de administración pública*, 2000, 57, pp. 49 ss.; M.D. CALVO SÁNCHEZ, “Situación competencial de la administración local en materia sanitaria a comienzos de siglo XXI”, in *Revista de estudios de la administración local*, 2003, 291, pp. 201 ss.; C. CHINCHILLA MARÍN, “El nuevo contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado”, in *Civitas: Revista española de derecho administrativo*, 2006, 132, pp. 609 ss.

autonome sono state trasferite le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria, mentre contemporaneamente sono state potenziate le azioni di raccordo fra le amministrazioni pubbliche con competenza in materia sanitaria⁵³).

Significativa nel senso del decentramento è stata altresì la previsione di una progressiva transizione da un sistema di finanziamento dei livelli di governo substatali di tipo prevalentemente derivato ad un sistema di finanziamento caratterizzato anche dalla regionalizzazione di quote di tributi generali.

Attualmente alle Comunità autonome risultano attribuite rilevanti competenze in materia di programmazione, organizzazione, gestione e finanziamento dei servizi sanitari, mentre gli enti locali esercitano funzioni in materia di salubrità dell'ambiente e coadiuvano le regioni nella gestione dei servizi di assistenza, oltre a partecipare agli organi di governo delle Aree di salute (ai sensi dell'art. 42 della legge 14 del 25 aprile 1986).

Sono nel dettaglio gli artt. 49 ss. della legge 14 del 25 aprile 1986 ss.mm.ii. a prevedere la costituzione, in ogni regione, di un servizio di salute integrato, gestito ed organizzato dalla regione, per tutte le strutture ed i servizi presenti nel territorio di riferimento. Tuttavia, nonostante il carattere integrato del servizio, ogni amministrazione territoriale subregionale ha potuto scegliere se mantenere la proprietà delle strutture sanitarie in possesso alla data dell'entrata in vigore della legge generale statale in materia di sanità⁵⁴, pur se, in ogni caso, con ascrizione funzionale al servizio sanitario regionale.

⁵³ Il modello autonomico prefigurato dalla Costituzione spagnola del 1978 è stato compiutamente realizzato solo nel biennio 2002-2003, nel corso del quale sono state trasferite a tutte le Comunità autonome le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria, precedentemente esercitate dalle sole Comunità ad autonomia speciale, in quanto ritenute riconducibili non alla materia della sanità (riservata alla competenza ripartita fra lo Stato e le Comunità autonome), bensì alla materia della previdenza sociale (riservata invece alla competenza esclusiva dello Stato, ma con possibilità, per le sole Comunità ad autonomia speciale, di intervenire transitoriamente). Per un approfondimento si v. E. GRIGLIO, "Unità e decentramento nella tutela del diritto alla salute in Spagna", cit., pp. 247 ss.

⁵⁴ Ciò è in particolare avvenuto per le strutture sanitarie destinate alla cura delle patologie psichiatriche, che nella maggior parte dei casi sono rimaste nella proprietà degli enti locali, come accadeva nel sistema previgente alla istituzione del SNS.

La pianificazione sanitaria regionale suddivide il territorio in distretti geografici e funge da raccordo dei Piani sanitari delle aree di salute sub-regionali. Le amministrazioni territoriali sub-regionali non possono istituire nuove strutture o servizi sanitari se non nel rispetto della pianificazione sanitaria regionale, e comunque se non previamente autorizzate dalla regione. Le amministrazioni subregionali che decidano di istituire servizi ospedalieri possono comunque, se autorizzate, partecipare alla loro gestione e proporre alla regione le candidature per la nomina della direzione sanitaria. Sono infatti le regioni, nell'ambito dei propri statuti, e nel rispetto della normativa statale, i livelli di governo competenti a prevedere ed a disciplinare gli organi di gestione e di controllo del servizio sanitario regionale. Nell'esercizio di questa funzione esse devono inoltre istituire organi regionali e subregionali partecipando ai quali la società civile (diretti interessati, rappresentanze sindacali ed imprese) può in sostanza anche partecipare alla gestione del servizio.

Ma vi è di più. L'art. 41 della legge statale 14 del 25 aprile 1986 ss.mm.ii. ha infatti codificato il principio della competenza amministrativa generale delle Comunità autonome in materia sanitaria, da intendersi nel senso della riconducibilità ad esse della generalità delle funzioni, fatte salve solo quelle attribuite espressamente allo Stato (come le azioni finalizzate a garantire l'unitarietà del sistema, le azioni di coordinamento generale, le azioni di alta vigilanza, la pianificazione delle politiche socio-sanitarie in prospettiva europea ed internazionale, le azioni sulla distribuzione e sul controllo delle specialità farmaceutiche).

Nell'esercizio di queste competenze alcune Comunità autonome si sono distinte con l'adozione di riforme vicine a quelle che avevano interessato l'Inghilterra: così è avvenuto ad esempio per la Catalogna, nella quale si è cercato di implementare il modello dell'aziendalizzazione e parallelamente si è cercato di consentire e di incentivare la costituzione di società di professionisti operanti sia come erogatrici di cure primarie sia come centrali di committenza per l'acquisto, a beneficio dei propri pazienti, delle cure secondarie⁵⁵. La Catalogna si è distinta altresì per la

⁵⁵ Si v. F. MAINO, "La *governance* della politica sanitaria europea tra decentramento e ri-accentramento: alcuni casi a confronto", cit.

decentralizzazione delle funzioni di acquisto presso soggetti indipendenti⁵⁶, per il riconoscimento ai fornitori pubblici della possibilità di offrire servizi privati⁵⁷, nonché per il proprio sistema di accreditamento. L'accREDITAMENTO catalano è in sostanza l'atto conclusivo di un procedimento di certificazione di qualità cui le strutture sanitarie pubbliche sono tenute a sottoporsi, mentre quelle private sono tenute a sottoporvisi solo se intendano erogare prestazioni per conto del sistema pubblico, restando nelle residue ipotesi l'accREDITAMENTO un procedimento di certificazione di qualità cui si può accedere su base volontaria⁵⁸. Il sistema sanitario catalano è reso coeso dalla *Seguridad Social*, agenzia pubblica con funzioni di coordinamento della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, nonché di vigilanza sulla offerta ospedaliera, pubblica, privata

⁵⁶ Sulle forme contrattuali degli acquisti in sanità si v. G. RACCA – R. CAVALLO PERIN, “Organizzazioni sanitarie e contratti pubblici in Europa: modelli organizzativi per la qualità in un sistema di concorrenza”, in S. CIVITARESE MATTEUCCI – M. DUGATO – A. PIOGGIA – G. RACCA (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011; D. CASALINI, “Le forme di aggregazione degli acquisti sanitari in Gran Bretagna”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI – G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011; S. PONZIO, “I modelli organizzativi di mutualisation degli acquisti nel settore sanitario e ospedaliero in Francia per la modernizzazione e professionalizzazione della *fonction achat*”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI – G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011; M. PIGNATTI, “I contratti pubblici in sanità nelle altre esperienze europee”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI – G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011; M. MATTALIA, “Il livello federale del public procurement negli Stati Uniti”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI – G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011; M. CONSITO, “I modelli di organizzazione e la disciplina delle forniture nel servizio sanitario statunitense”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI – G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011.

⁵⁷ Si v. A. NICITA, “Il Pendolo delle riforme nei sistemi sanitari europei” cit.

⁵⁸ E. JORIO, “L'accREDITAMENTO istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute”, cit., 157 ss.

o mista (vale a dire partecipata da organismi *no profit* convenzionati con il servizio sanitario pubblico)⁵⁹.

Alle Comunità autonome spettano comunque, più in generale, la funzione di pianificazione sanitaria regionale e la gestione dei servizi sanitari in ambito sub-regionale. Con esse collaborano, in relazione alla gestione dei servizi socio-sanitari, anche i livelli di governo locali.

Nell'esercizio delle proprie attribuzioni le Comunità autonome devono in ogni caso osservare le linee-guida individuate dall'amministrazione centrale.

4. L'inidenza dell'ordinamento comunitario sulla organizzazione dei servizi sanitari negli stati membri

L'evoluzione delle politiche sanitarie dei Paesi sin qui considerati ha coinciso in buona parte, e forse per la più significativa, con la nascita e con l'evoluzione del processo di integrazione comunitaria. Tale processo non ha tradizionalmente riguardato e non riguarda comunque i sistemi di *welfare*, bensì prevalentemente la sfera economica, tanto è vero che, ad esempio, il Trattato di Roma non ha previsto alcuna significativa competenza della Comunità in ambito sanitario. I diritti sociali sono infatti rientrati storicamente nella signoria pressoché esclusiva degli Stati, secondo il modulo della più stretta territorialità, essendo essi considerati e trattati come 'stabilizzatori'⁶⁰ in grado di fungere sia da contrappeso alle differenti condizioni di benessere dei cittadini di uno Stato sia, conseguentemente, da fattore di attenuazione interna delle disuguaglianze. Tuttavia con il processo di integrazione comunitaria il concetto stesso di cittadinanza nazionale si è progressivamente destrutturato ed in parte ricostituito sotto la diversa accezione del concetto di cittadinanza europea, sicché le due nozioni ora coesistono l'una accanto all'altra, ma la prima

⁵⁹ E. JORIO, "L'accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute", cit., 158.

⁶⁰ M. FERRERA, *The Boundaries of Welfare: European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*, Oxford University Press, Oxford, 2005. Si v. altresì C. MIGLIOLI, "La dimensione europea della sanità, fra integrazione e confini nazionali", in *Riv. it. pol. pub.*, 2009, 2, pp. 147 ss. Cfr. M. GOLA, "Salute pubblica", in M.P. CHITI - G. GRECO (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo europeo*, parte sp., III, Giuffrè, Milano, 2007.

ha subito un certo ridimensionamento a favore della seconda. La possibile e frequente correlazione fra i diritti sociali e le quattro libertà espressione del mercato unico ha evidenziato quindi la necessità di incentivare, a livello comunitario, l'integrazione dei sistemi di *welfare* nazionali sotto alcuni profili, nella misura in cui interferenti con le azioni in materia di promozione e di tutela della concorrenza e del mercato interno.

Per rispondere a queste esigenze a partire dagli anni '70 è emersa la necessità di garantire il diritto alla salute dapprima ai lavoratori e poi a tutti i cittadini comunitari in circolazione da un paese all'altro della Comunità per soggiorni temporanei.

Il regolamento del Consiglio dell'Ue 1408 del 14 giugno 1971, peraltro modificato ed integrato alla fine degli anni '80 ed all'inizio degli anni Duemila, ha pertanto consentito ai lavoratori comunitari migranti nella Comunità (ed ai loro familiari) di curarsi in altro Stato membro con spese a carico del Paese di origine, alla presenza di una delle seguenti condizioni: a) l'assenso preventivo del Paese di origine (non negabile quando la cura richiesta sia riconducibile all'insieme delle prestazioni sanitarie dispensate dal SSN o dalla ASM di riferimento, ma sia fruibile nello Stato di appartenenza in un termine non compatibile con lo stadio ed il possibile decorso della malattia del richiedente⁶¹); b) la circostanza che le cure si rivelino necessarie durante la dimora dell'avente diritto nel territorio di uno Stato membro diverso da quello di appartenenza.

La medesima disciplina si applica a tutti i cittadini comunitari (a prescindere dallo *status* di lavoratori) ed ai loro familiari, fatta eccezione per la sola parte relativa ai casi in cui l'assenso non può essere negato.

Tuttavia solo all'inizio degli anni '90 la pur circoscritta attenzione della Comunità per le politiche socio-sanitarie ha trovato ingresso in modo più significativo anche nel diritto dei Trattati: il Trattato di Maastricht ha infatti assegnato alla Comunità il compito di favorire il raggiungimento di un elevato livello di protezione della salute umana attraverso la promozione della cooperazione fra gli Stati membri. L'azione comunitaria in ambito sanitario è stata quindi ulteriormente implementata dal

⁶¹ Si v. S. CIVITARESE MATTEUCCI, "Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»", in *MCR*, 2009, 1, pp. 179 ss.

Trattato di Amsterdam. È restata comunque formalmente impregiudicata la competenza degli Stati nella individuazione e nella adozione delle proprie politiche sanitarie. I passaggi di Maastricht e di Amsterdam si sono stratificati nell'art. 152 del Trattato istitutivo della Comunità Europea (TCE), recentemente confluito, con qualche variazione all'esito del Trattato di Lisbona, nell'art. 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Ue (TFUE) (*infra*).

Ebbene, l'art. 152 ha indirizzato l'azione della Comunità alla prevenzione delle malattie, attraverso la implementazione della ricerca scientifica, l'informazione sanitaria e l'educazione sanitaria. La competenza comunitaria è stata espressamente qualificata come di completamento delle misure adottate dagli Stati. L'art. 152 ha inoltre attribuito agli Stati ed alla Comunità il compito di coordinare le rispettive azioni in materia di sanità pubblica, mentre la Commissione europea è stata invitata ad incentivare le azioni di coordinamento richieste. I Paesi membri e la Commissione sono stati esortati a cooperare con i Paesi terzi e con gli organismi e le istituzioni internazionali. Al Consiglio dell'Unione è stato attribuito il potere di emanare raccomandazioni e di adottare, con la procedura di codecisione, provvedimenti in materia di parametri di qualità e di sicurezza in relazione ad organi ed a sostanze di origine umana, ma altresì in materia veterinaria e fitosanitaria, nonché più in generale in materia di implementazione e di protezione della salute umana. L'ultimo comma dell'art. 152 ha infine precisato che «l'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta appieno le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica».

Sullo sfondo dell'art. 152 il diritto dei Trattati aveva peraltro già composto un reticolo di norme di un certo rilievo anche per la salute pubblica. Così è a dirsi per l'art. 95 TCE – recentemente confluito, all'esito del Trattato di Lisbona, nell'art. 114 del TFUE (*infra*) – il quale ha attribuito al Consiglio il compito di adottare le misure necessarie al ravvicinamento delle disposizioni degli Stati membri aventi ad oggetto l'instaurazione ed il funzionamento del mercato interno, anche se concernenti la materia sanitaria. Lo stesso è a dirsi per gli artt. 43, 49, 45 46 e 50 ss. TCE, riferibili comunque solo alle attività di carattere

“economico”, cui si applicano le norme «sulle libertà di stabilimento, di circolazione delle merci e di prestazione dei servizi (quali predicati del più ampio principio di concorrenza)»⁶². Nel caso specifico è richiesto che «le attività considerate siano a loro volta riconducibili a quelle di cui agli artt. 43 e 49 TCE (oggi, dopo il Trattato di Lisbona, artt. 49 e 56 del TFUE)»⁶³. Resta però ferma, in materia di libertà di stabilimento, l'esclusione della applicazione delle citate disposizioni, ai sensi dell'art. 45 TCE (oggi art. 51 TFUE), «per [...] le attività che [...] partecipino, sia pure occasionalmente, all'esercizio dei pubblici poteri»⁶⁴. Altra deroga è prevista dall'art. 46 (art. 52 TFUE), «il quale consente l'introduzione di un regime speciale per motivi connessi alla sanità pubblica»⁶⁵. Gli artt. 50 ss. TCE (oggi artt. 57 ss. TFUE) contengono a loro volta indicazioni sulla nozione di 'servizi' ai sensi del Trattato (come attività normalmente erogate dietro retribuzione), oltre che prescrizioni a tutela della loro libera prestazione. Anche per essi trova comunque applicazione l'art. 45 cit. (oggi art. 51 TFUE).

Soprattutto nella seconda metà degli anni '90 qualche spinta per una parziale rilettura del ruolo delle azioni comunitarie in materia sanitaria è invece provenuta direttamente dalla società civile: all'attenzione della Corte di giustizia è stata infatti sottoposta la questione della legittimità della richiesta avanzata dai cittadini comunitari nei confronti dello Stato membro di appartenenza per ottenere il rimborso, secondo le tariffe nazionali, delle spese mediche di cura sostenute in altro Paese comunitario senza l'autorizzazione delle autorità sanitarie dello Stato di origine, ma comunque rientranti fra le prestazioni dispensate dal proprio SSN o dalla

⁶² S. CIVITARESE MATTEUCCI – M. D'ANGELOSANTE, “Concorrenza e sperimentazioni gestionali nella prospettiva comunitaria”, in C. DE VICENTI – R. FINOCCHI GHERSI – A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2010. Si v. altresì S. CIVITARESE MATTEUCCI, “Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»”, cit.

⁶³ Vale a dire: apertura di agenzie, succursali, filiali, gestione di imprese e società, prestazione di servizi.

⁶⁴ S. CIVITARESE MATTEUCCI – M. D'ANGELOSANTE, “Concorrenza e sperimentazioni gestionali nella prospettiva comunitaria”, cit. Si v. altresì S. CIVITARESE MATTEUCCI, “Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»”, cit.

⁶⁵ *Ibidem*.

propria ASM. La Corte di giustizia ha ritenuto che la necessità di autorizzazione preventiva si porrebbe in contrasto con gli artt. 49 e 50 TCE (ex artt. 59 e 60 della previgente versione del Trattato) in punto di violazione della libertà di prestazione dei servizi, fatte salve le sole ipotesi della grave ed effettiva insostenibilità finanziaria del rimborso da parte dello Stato di origine e in genere della strumentalità della disciplina autorizzatoria alla conservazione del sistema sanitario nazionale (circostanze subordinate peraltro all'onere della prova a carico della parte pubblica)⁶⁶. L'art. 49 osterebbe infatti «all'applicazione di qualsiasi normativa nazionale che abbia l'effetto di rendere la prestazione di servizi tra Stati membri più difficile della prestazione di servizi puramente interna a uno Stato membro»⁶⁷.

Questa posizione è del resto coerente con il connesso (e logicamente presupposto) orientamento della Corte secondo il quale le prestazioni erogate dietro retribuzione, incluse quelle sanitarie, vanno normalmente considerate economiche ai sensi degli artt. 43 e 49 TCE (*supra*), e possono in via di principio ritenersi servizi ai sensi dell'art. 50 TCE (*supra*), a nulla valendo che non vengano retribuite direttamente da chi ne usufruisce⁶⁸.

Invece la Commissione, nella Comunicazione del 2000 sui servizi di interesse generale in Europa, ha precisato che i servizi di interesse economico generale si differenzerebbero dai «servizi ordinari» contemplati dall'art. 50 TCE (art. 57 TFUE) «per il fatto che le autorità pubbliche ritengano che debbano essere garantiti anche quando il mercato non sia sufficientemente incentivato a provvedervi da solo». Secondo la Commissione peraltro «ciò non significa che il mercato non sia, in molti casi, il miglior meccanismo per ottenere tali servizi». In questo senso il Comitato economico e sociale, in un proprio parere reso nel 2000 proprio

⁶⁶ C. giust., 28.4.1998, causa 158/96; cfr. *Id.*, 17.12.1981, causa 279/80.

⁶⁷ C. giust., 28.4.1998, causa 158/96; cfr. *Id.*, 17.12.1981, causa 279/80; *Id.*, 5.10.1994, causa 381/93; *Id.*, 28.10.1992, causa 204/90.

⁶⁸ C. giust., 12.7.2001, causa 157/99. Cfr. S. CIVITARESE MATTEUCCI, «Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»», cit.; S. CIVITARESE MATTEUCCI – M. D'ANGELOSANTE, «Concorrenza e sperimentazioni gestionali nella prospettiva comunitaria», cit.

sulla Comunicazione della Commissione del 2000, ha evidenziato che è necessario concentrarsi di volta in volta sulle specifiche finalità dei singoli servizi per valutare se essi possano rientrare o meno nell'ambito di applicazione del diritto comunitario della concorrenza. Ciò assume una importanza centrale in quanto è proprio al riconoscimento del carattere economico dei servizi sociali e sanitari che normalmente consegue «il rilievo della materia, in via di principio di signoria dei singoli Stati membri, per l'ordinamento comunitario, essenzialmente sotto i profili dell'accesso degli operatori al mercato, delle regole di funzionamento del mercato esistente, dei sistemi di raccordo fra i *providers* in esso operanti e dei sistemi di finanziamento e di retribuzione delle prestazioni»⁶⁹.

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, siglata nel 2000 ed adattata nel 2007, ha quindi codificato il diritto alle cure sanitarie (alle condizioni stabilite dalle legislazioni e dalle prassi nazionali) e, più in generale, il diritto di accesso ai servizi sociali di interesse generale. Il significato della codificazione si coglie ove si consideri che la Carta ha confermato i diritti fondamentali risultanti dalle tradizioni costituzionali comuni degli Stati membri proiettandoli nella dimensione dell'*aquis* comunitario. Il Trattato di Lisbona (*infra*) ha in seguito rafforzato ulteriormente questo significato, precisando che la Carta possiede lo stesso valore giuridico dei Trattati.

Nel primo decennio del 2000 un ruolo centrale è stato, però, assunto anche da altri e più ricorrenti documenti della Commissione europea nonché da alcuni Pareri del Comitato economico e sociale. Ad esempio nel Libro bianco del 2004 la Commissione ha precisato che, pur essendo «in linea di principio la definizione delle funzioni e degli obiettivi dei servizi sociali e sanitari [...] di competenza degli Stati», «la normativa comunitaria può avere un impatto sui relativi mezzi di erogazione e di finanziamento». Ancora, nella comunicazione del 26 aprile 2006 (recante ad oggetto i «*servizi sociali di interesse generale*», cui vengono ad esempio ricondotti, secondo una accezione ampia, anche i servizi sanitari, ai quali ultimi viene però riservata una futura autonoma iniziativa, *infra*), ha precisato che i servizi sociali di interesse generale rappresentano nor-

⁶⁹ *Ibidem*.

malmente una *species* dei servizi a rilevanza economica (pur potendo anche non avere scopo di lucro).

I servizi di interesse economico generale sono a loro volta sottoposti, ex art. 86 TCE (confluito, dopo il Trattato di Lisbona, nell'art. 106 TFUE), alle norme del Trattato, ed in particolare alle regole comunitarie in materia di concorrenza e di mercato interno (si pensi al principio della libera prestazione dei servizi), a meno che ciò non osti alla realizzazione della specifica missione loro affidata. La Comunicazione del 26 aprile 2006 ha rimesso però agli Stati l'individuazione di tale missione (*id est*: dell'interesse generale sotteso alla erogazione dei servizi). La deroga alle norme del Trattato e/o alle regole comunitarie in materia di concorrenza è inoltre subordinata al principio di stretta proporzionalità.

Nella successiva Comunicazione del 26 settembre 2006, avente ad oggetto, come preannunciato dalla precedente Comunicazione del 26 aprile 2006, proprio il settore sanitario, la Commissione ha individuato «la disponibilità di servizi sanitari di elevata qualità» come «una priorità per i cittadini europei», ed ha precisato che la competenza degli Stati risponde al modulo della sussidiarietà comunitaria⁷⁰ (con ogni ulteriore conseguenza in termini di sussistenza di una loro esclusiva responsabilità in materia di erogazione delle prestazioni e di organizzazione del servizio), mentre quella della Comunità non comporta l'armonizzazione dei vari sistemi nazionali, ma può comportare un coordinamento aperto finalizzato al raffronto ed allo scambio di informazioni.

Le conclusioni sin qui riferite sono state sostanzialmente condivise anche dal parere sulla Comunicazione della Commissione del 26 aprile 2006, reso il 15 marzo 2007 dal Comitato economico e sociale. Il Comitato ha precisato in particolare che, pur se agli Stati membri è riconosciuta autonomia nella individuazione dell'interesse generale sotteso alla erogazione dei servizi sociali nonché nella individuazione dei relativi principi organizzativi, essi devono tenere conto del diritto comunitario

⁷⁰ È noto che, secondo il principio di sussidiarietà a suo tempo codificato dall'art. 5 del TUE, nei settori che non sono di sua competenza esclusiva l'Unione europea può intervenire soltanto se e nella misura in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possano essere conseguiti in misura sufficiente dagli Stati membri, ma possano essere meglio realizzati a livello comunitario (teoria dei poteri impliciti dell'Ue).

(ad esempio in relazione al principio di non discriminazione nonché alle norme in materia di appalti pubblici e di concessioni). Ha inoltre evidenziato che l'applicazione ai servizi sociali di interesse generale dei principi su cui si basa la disciplina comunitaria dei servizi di interesse economico generale incontra l'ostacolo della impossibilità di riferire ai primi i «parametri per la valutazione delle prestazioni economiche», riferibili invece ai secondi. Ha suggerito quindi, stante il carattere lato ed elastico del concetto di attività economica (agevolmente estensibile anche ai servizi sociali di interesse generale), di attribuire rilievo non tanto alla linea di demarcazione fra attività economiche e non economiche, quanto piuttosto alla linea di demarcazione fra attività lucrative e non lucrative. Ha consigliato altresì «di concentrarsi sullo specifico compito dei servizi in questione e sui requisiti (obblighi di servizio pubblico) che vengono loro imposti perché assolvano alle loro funzioni, requisiti che dovranno essere chiaramente stabiliti». Il tutto al fine di capire, caso per caso, «quali servizi rientrino nel campo d'applicazione delle norme sulla concorrenza e sul mercato interno e quali invece, per ragioni di interesse generale [...], debbano esserne esentati». In tale ottica è però necessario, sempre secondo il Comitato, che gli Stati individuino, in atti ufficiali (normativi o convenzionali), quali siano i servizi di interesse generale, nonché i relativi obiettivi, obblighi, regime autorizzatorio, sistema di finanziamento, modalità di svolgimento e di valutazione.

Dal 2008 la Comunità è quindi tornata ad occuparsi di assistenza sanitaria transfrontaliera, con l'emanazione dapprima di una proposta di direttiva, da ultimo confluita nella direttiva 24/11 del 9 marzo 2011 del Parlamento europeo e del Consiglio⁷¹, avente ad oggetto l'applicazione dei diritti dei malati relativi all'assistenza sanitaria dei pazienti migranti. La direttiva, presupponendo l'instaurazione di condizioni di

⁷¹ L'*iter* di approvazione ha avuto un significativo impulso per effetto del voto favorevole espresso dal Consiglio dell'Unione il 13 settembre 2010 ed in seconda lettura dal Parlamento in data 19 gennaio 2011, nonché per effetto del parere favorevole espresso dalla Commissione in data 24 febbraio 2011 sugli emendamenti introdotti dal Parlamento. Infine, nel 2011, l'*iter* di approvazione si è concluso con l'emanazione della direttiva 24/11 del 9 marzo 2011, che ha sostanzialmente recepito i contenuti della proposta del 2008.

virtuosa cooperazione fra gli Stati comunitari, richiede allo Stato membro di affiliazione (ossia il Paese di appartenenza del 'paziente migrante') di consentire agli utenti coperti dal suo sistema sanitario la fruizione di prestazioni di assistenza sanitaria anche in altro Stato membro, conformemente alla disciplina ivi vigente, ma con oneri a carico del Paese di appartenenza ed in base a procedure ed a presupposti trasparenti da esso previamente definiti nel rispetto dei principi di non discriminazione e di libera circolazione delle persone⁷².

Contrasta però con il principio di libera prestazione dei servizi nell'Ue (art. 56 TFUE, ex art. 49 TCE) ogni disciplina che renda la loro circola-

⁷² Sempre secondo la proposta, nel caso in cui la cura non abbia carattere ospedaliero e rientri fra quelle dispensate dallo Stato di affiliazione, la migrazione sanitaria non può comunque essere subordinata ad autorizzazione preventiva del sistema di appartenenza. Per le cure ospedaliere e/o specializzate lo Stato di affiliazione può invece prevedere un regime di autorizzazione preventiva, ma solo se strettamente necessario a garantire l'equilibrio finanziario del suo sistema di sicurezza sociale oppure se strettamente necessario ad evitare la compromissione della programmazione e della razionalizzazione del settore ospedaliero contro gli sprechi dal lato dell'offerta, e per il mantenimento di un servizio aperto a tutti. L'autorizzazione non può comunque essere negata, conformemente all'art. 22 del regolamento 1408/71 del 14 giugno 1971, se le cure richieste rientrano fra quelle dispensate dal servizio sanitario pubblico dello Stato di appartenenza, ma ivi non sono fruibili in tempi compatibili con il tipo di patologia da cui il paziente è affetto (restando comunque rimessa allo Stato di affiliazione la preventiva individuazione, con atti di natura generale, dei tempi di cura 'compatibili' in relazione ai tipi di malattie ed al loro stadio). Può invece essere negata, come qualcuno ritiene, quando il trasferimento del paziente comporti un aggravamento del rischio alla compromissione della sua salute (si v. E. JORIO, "Dall'Europa due novità in materia sanitaria: la proposta di riforma inglese e l'assistenza transfrontaliera", in www.astrid-online.it, 2011). È necessario in ogni caso che le cure richieste siano comprese tra le prestazioni cui l'utente ha diritto secondo la legislazione dello Stato membro di affiliazione. In ipotesi come queste sono previste forme di rimborso nella misura corrispondente ai costi coperti dal sistema sanitario di appartenenza, parametrati a quelli di una prestazione dello stesso tipo, senza possibilità di discostarsi né in eccesso né in difetto dal costo effettivo della cura ricevuta: il costo del servizio nello Stato di appartenenza funge dunque sia da limite massimo sia da limite minimo del rimborso. Si richiede comunque che ogni Stato individui criteri non discriminatori, trasparenti ed obiettivi per il calcolo delle spese rimborsabili. Ulteriore presupposto necessario all'applicazione del meccanismo di migrazione con oneri a carico del sistema di appartenenza è rappresentato dalla riconducibilità della prestazione a quelle che, secondo lo Stato di affiliazione, debbano essere rimborsate a prescindere dal luogo in cui sono erogate.

zione tra Stati membri più difficile della loro prestazione all'interno dello stesso Stato comunitario. Pertanto la circostanza che la normativa nazionale non garantisca all'utente un livello di copertura altrettanto vantaggioso rispetto a quello dello Stato membro ospitante costituisce una restrizione alla libera prestazione dei servizi, poiché tende a disincentivare la migrazione sanitaria transfrontaliera intracomunitaria dovuta a carenze dell'offerta del sistema sanitario di appartenenza dell'utente⁷³. Discorso in parte diverso dovrebbe invece valere per le cure fruite in altro Paese membro all'esito di evento morboso imprevisto verificatosi durante un soggiorno all'estero, non trattandosi in questo caso di migrazione sanitaria programmata in ragione di carenze dell'offerta del Paese di origine⁷⁴. Ugualmente però vi si potrebbero applicare le conseguenze che si fanno derivare dal principio di libera prestazione dei servizi.

Tuttavia gli Stati non paiono percepire i problemi connessi alla mobilità transfrontaliera dei pazienti come la principale spinta alla riforma dei propri sistemi sanitari⁷⁵.

Infine il Trattato di Lisbona, entrato in vigore nel 2010, ha trasposto il TCE nel nuovo Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE) ed ha in parte modificato gli artt. 95 e 152 TCE. Il nuovo art. 114 TFUE (ex art. 95 TCE) estende infatti anche al Parlamento il compito di adottare le misure necessarie al ravvicinamento delle disposizioni degli Stati membri aventi ad oggetto l'instaurazione ed il funzionamento del mercato interno, pure in materia sanitaria. Il nuovo art. 168 TFUE (ex art. 152 TCE) ha a sua volta enfatizzato il ruolo di coordinamento della Commissione, prescrivendo che delle relative azioni sia informato anche il Parlamento, il quale ultimo è stato altresì esplicitamente affiancato al Consiglio per l'adozione, con la procedura ordinaria, dei provvedimenti riservati al Consiglio stesso dal previgente art. 152 TCE. L'art. 168 cit. ha rimesso altresì all'Unione il compito di incentivare la cooperazione fra gli Stati in materia di salute pubblica, nonché all'Unione ed agli Stati

⁷³ Si v. C. giust., grande sezione, 15 giugno 2010, in causa 211/08.

⁷⁴ Si v. C. giust., grande sezione, 15 giugno 2010, in causa 211/08.

⁷⁵ Si v. C. MIGLIOLI, "La dimensione europea della sanità, fra integrazione e confini nazionali", cit.

il compito di favorire, nello stesso settore, la cooperazione anche con i Paesi terzi e con le organizzazioni internazionali.

5. Riflessioni di sintesi

L'evoluzione delle azioni comunitarie in materia di sanità manifesta la loro idoneità ad incidere sui sistemi sanitari degli Stati membri in modo certamente non secondario. Con tutto quanto ne consegue in termini di possibile riconsiderazione del principio della signoria pressochè assoluta degli Stati sulle proprie politiche di *Welfare* (salute, previdenza, assistenza, istruzione, lavoro).

Da un lato, infatti, la Comunità si interessa delle prestazioni sanitarie nella misura in cui la loro riconducibilità, in via di principio, ai servizi di interesse economico generale, comporta la necessità di osservare, nella loro organizzazione e nella loro erogazione, le norme in materia di concorrenza e di mercato interno, purchè ciò non osti alla specifica missione loro affidata. La prova della incompatibilità del regime concorrenziale rispetto alla 'missione' di interesse economico generale spetta però a chi intenda derogare allo statuto del mercato concorrenziale. E dovrebbe trattarsi di una prova difficile da fornire, pur se nella prassi la deroga è stata e viene consentita anche sulla base di giustificazioni sostanzialmente assertive.

Dall'altro lato, la Comunità considera servizi ai sensi del Trattato anche i servizi sanitari. Sulla base di questo presupposto tende quindi a ritenere che, in ossequio al principio della libera circolazione / prestazione dei servizi, ai cittadini comunitari debba essere a certe condizioni consentito di fruire delle cure dispensate dal sistema sanitario pubblico dello Stato membro di appartenenza anche in altro Stato membro, ma con oneri a carico del primo, e comunque in misura rapportata al costo effettivo della cura nel Paese finanziatore. In casi come questi eventuali deroghe dovrebbero essere consentite solo nella misura in cui il meccanismo della migrazione sia in grado di compromettere la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario dello Stato di origine del paziente migrante. A ben vedere, peraltro, la circolazione dei servizi resta, per così dire, virtuale, in quanto sono i pazienti a migrare. Anche in queste ipotesi la prova della incompatibilità del regime della migrazione rispetto

alla stabilità finanziaria del sistema sanitario del Paese di origine spetta comunque allo Stato che intenda essere legittimato a derogare. E pure in questo caso dovrebbe trattarsi di una prova difficile da fornire, visto che nessun episodio di migrazione, se inteso singolarmente (come i parametri normativi di riferimento lasciano intendere), pare in via di principio idoneo ad integrare la condizione richiesta ai fini della deroga.

Questa doppia tensione espressa in sede comunitaria – ossia la tensione verso la concorrenza nella erogazione dei servizi sanitari e la tensione verso la libera circolazione dei pazienti con oneri a carico del sistema sanitario cui gli utenti migranti appartengono – rappresenta una condizione di indubbio rilievo per l'analisi del percorso che stanno attualmente tracciando i sistemi sanitari dei Paesi dell'Ue.

La prima tensione è idonea infatti ad incidere su elementi quali il rapporto fra gli erogatori ammessi a fornire prestazioni a carico del sistema pubblico e la competizione fra gli erogatori medesimi quale stimolo per l'implementazione dell'efficienza del servizio e per il controllo dei suoi costi.

La seconda tensione è a sua volta idonea ad incidere su elementi come la spesa sanitaria e la qualità delle prestazioni (anche in relazione al profilo delle liste di attesa).

Ambedue le tensioni, infine, rappresentano l'incipiente inclinazione dell'ordinamento comunitario a delineare un proprio «modello sociale»⁷⁶, intervenendo nei settori di sua competenza connessi in qualche misura a quelli delle politiche sociali. Modello sociale alla cui definizione ha contribuito e sta contribuendo anche il crescente interesse dell'Unione europea per le politiche sociali degli Stati membri nel moto che si è attivato a partire dall'inizio degli anni '90 del secolo scorso, ossia a partire dalla integrazione europea dopo Maastricht, nella prospettiva dell'allargamento delle azioni comunitarie oltre l'originario nucleo della realizzazione dell'unione economica e monetaria (dunque nella fase di transizione dell'Ue da ordinamento a fini sostanzialmente particolari ad ordinamento a fini tendenzialmente generali). Tuttavia sempre più il

⁷⁶ S. CIVITARESE MATTEUCCI, «Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»», cit.

dibattito politico, nell'opinione pubblica e tra gli studiosi delle diverse scienze sociali, si incentra sulla tenuta di tale modello nell'ambito della dialettica tra Stati ed istituzioni dell'Unione⁷⁷ e tra essi ed il resto del mondo globalizzato.

Attraverso questo modello, stabile o instabile che sia, le riferite tensioni sono comunque idonee anche a riflettersi sulla evoluzione dei sistemi sanitari degli Stati membri, provocandone una progressiva convergenza.

E pervero la propensione dei sistemi sanitari ad una reciproca convergenza è fenomeno che può risultare incentivato dall'appartenenza degli Stati all'ordinamento comunitario, ma che nasce come autonomo ed è in grado di sopravvivere come tale, essenzialmente per superare o ridurre i profili di criticità propri di ogni modello.

Così, ad esempio, i sistemi occupazionali tendono a conquistare la dimensione dell'universalismo estendendo la copertura sanitaria pubblica ai soggetti che in base al meccanismo dell'assicurazione sociale ne resterebbero esclusi. E il finanziamento delle relative prestazioni viene posto a carico non dei lavoratori e dei datori di lavoro (secondo il tipico meccanismo contributivo), bensì della fiscalità generale. I modelli occupazionali sono invece meno attenti alla implementazione della concorrenza fra operatori quale stimolo di efficienza, ma stanno introducendo in via sperimentale meccanismi di filtro e di controllo per l'accesso alle prestazioni a carico del sistema pubblico, come la funzione di *gatekeeping* del medico di base. La ragione della minore attenzione all'incremento della concorrenza è verosimilmente da ricondursi alla circostanza che, pur con tutti i limiti derivanti dalla specifica missione dei finanziatori e dalla regolazione pubblica, nei sistemi occupazionali esista (o possa esistere, in base ai casi) un doppio livello di concorrenza, vale a dire fra finanziatori e fra fornitori. Il problema del *deficit* di universalismo è pertanto più sentito rispetto a quello dell'incremento della qualità del servizio e del contenimento dei costi, non rappresentando questi ultimi profili i maggiori elementi di criticità.

⁷⁷ S. CIVITARESE MATTEUCCI, "Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»", cit., 179 ss.

Essi costituiscono invece i tipici punti di debolezza dei sistemi universalistici, che tendono infatti a migliorare la loro resa in termini di contenimento dei costi e contemporaneamente di implementazione della qualità dei servizi. Ed a questo obiettivo funzionalizzano l'introduzione di regimi di mercato concorrenziale fra gli erogatori, soprattutto attraverso la preventiva separazione delle funzioni di finanziamento, di gestione e di erogazione dei servizi sanitari.

Il sistema inglese, che per primo si è distinto nell'intraprendere questa direzione, per primo ne ha tuttavia pure conosciuto le esternalità negative, e pertanto alla riforma in senso pro-concorrenziale (finalizzata alla introduzione del modulo dei quasi-mercati) ha fatto seguire una contro-riforma in senso 'pro-cooperazionale' (finalizzata alla introduzione del modulo della cooperazione amministrata), con la quale si è in sostanza realizzato un adeguamento della disciplina positiva alle esigenze espresse dagli operatori quanto alla regolazione dei loro rapporti reciproci in termini di maggiore stabilità e di minore aggressività⁷⁸.

Nei sistemi che a quello inglese prevalentemente si ispirano (come quello spagnolo) l'introduzione delle riforme in senso pro-concorrenziale è avvenuta invece in modo meno deciso, e pertanto non sono emerse quelle esternalità negative tali da indurre a significative controriforme.

Tuttavia la tensione fra la sfera dell'efficienza (che i sistemi universalistici aspirano a migliorare) e la sfera della garanzia (che invece sono i sistemi occupazionali a volere implementare), non necessariamente dovrebbe tradursi in un rapporto di inversa proporzionalità fra i due fattori. Nella prospettiva della tutela e della garanzia dei servizi sociali, a ben vedere, le due dimensioni dovrebbero invece risultare reciprocamente funzionali, nel senso che un sistema non potrebbe dirsi realmente efficiente se non sia anche garantista e, per converso, non potrebbe dirsi realmente garantista se non sia anche efficiente.

Le variabili del maggiore accentramento (come per Inghilterra e Francia) o decentramento del sistema (come per Germania e Spagna) possono

⁷⁸ Per l'analisi della riforma c.d. Cameron, attualmente *in itinere*, si v. il Contributo di S.CIVITARESEMATTEUCCI, in A.PIOGGIA-S.CIVITARESEMATTEUCCI-G.M.RACCA-M.DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, cit.

incidere invece sulla sua differenziazione interna, nel rispetto comunque dell'assetto generale definito dal centro: la Catalogna si è ad esempio distinta per l'introduzione in via anticipata e più marcata di riforme ispirate al modello inglese del mercato interno (o dei quasi-mercati).

A conclusione delle riflessioni sin qui condotte sarebbe il caso però, con qualche ulteriore sforzo, di svilupparne con maggiore dettaglio alcune e di interrogarsi contemporaneamente sulla esistenza di una possibile via di evoluzione comune per i sistemi sanitari dei Paesi dell'Ue, in ragione proprio delle predette tensioni espresse dall'ordinamento comunitario (ossia la tensione verso la concorrenza nella erogazione dei servizi sanitari e la tensione verso la libera circolazione dei pazienti con oneri a carico del sistema sanitario cui gli utenti migranti appartengono).

La prima tensione, come accennato, è direttamente funzionale ad incentivare la competizione fra operatori quale stimolo per la qualità e per l'efficienza delle prestazioni. La stessa finalità, a ben vedere, è propria della seconda tensione, che principalmente sembra però funzionale a far competere i sistemi sanitari stessi (per non perdere i pazienti e/o per acquisire quelli di altri Stati).

Finalità di ogni competizione è tuttavia il conseguimento di una utilità, sottratta dal concorrente vincitore al proprio *competitor*.

In via di principio, dunque, se l'utilità viene intesa in senso economico, la seconda tensione non dovrebbe porre in concorrenza i sistemi sanitari degli Stati membri (visto che la migrazione sanitaria, quanto meno secondo la relativa direttiva, potrebbe avvenire solo con oneri a carico del Paese di origine, per prestazioni di cura che il servizio pubblico comunque garantisce nello Stato di appartenenza e in ogni caso al costo che tali prestazioni hanno nel Paese di origine stesso). Se, invece, l'utilità viene intesa in senso sociale (come capacità dello Stato di rispondere in modo soddisfacente ai bisogni dei propri cittadini), allora alla seconda tensione si può certamente ricollegare anche l'incentivazione della concorrenza fra i sistemi sanitari dei Paesi membri. Si tratterebbe però di una competizione avente ad oggetto solo in via mediata i sistemi sanitari. Poiché, in via diretta, essa riguarderebbe a ben vedere il modo in cui questi vengono finanziati e, attraverso le risorse così individuate, riescono a meglio definire il paniere quanti-qualitativo dell'offerta.

In questa prospettiva gli Stati possono essere indotti ad ottimizzare i propri servizi, sotto il profilo della appetibilità per gli utenti, con interventi di diversa natura: come l'estensione soggettiva (nei sistemi occupazionali) od oggettiva (in qualsiasi tipo di sistema) delle prestazioni a carico della sfera pubblica. O, ancora, il miglioramento della qualità dei servizi (sia intrinseca sia in termini di riduzione delle liste di attesa), ad esempio con il mantenimento o l'implementazione di un certo grado di concorrenza fra gli operatori (anche garantendo una maggiore libertà di scelta degli utenti), e comunque senza minare i requisiti di solidarietà e di uguaglianza del sistema. A sua volta la concorrenza fra operatori può amplificarsi se estesa in eguale misura ai finanziatori (si pensi alle assicurazioni sociali) ed ai produttori (si pensi alle varie strutture erogatrici dei servizi di cura). Allo stesso modo l'incentivazione della qualità può risultare favorita dalla diffusione di procedimenti di accreditamento di eccellenza, anche in via obbligatoria per l'esercizio di determinate attività, nonché di procedimenti di valutazione delle strutture erogatrici, con collegamento alla adozione di misure sia premiali sia afflittive.

L'ottimizzazione del servizio si misura tuttavia pure attraverso il parametro della sostenibilità finanziaria, per soddisfare il quale gli Stati possono essere indotti ad incrementare l'uso di strumenti di controllo sui costi, anche in via cumulativa. Sono in grado di incidere positivamente sul contenimento della spesa, ad esempio, i *tickets* sanitari (meglio se parametrati al costo del servizio e non meramente forfettari), l'attribuzione a determinate strutture o professionalità della funzione di *gatekeeping*, o, ancora, la concorrenza fra gli operatori (finanziatori e/o produttori).

In tutti i casi, comunque, le dinamiche di mercato concorrenziale non sono (e non possono essere) autonome, essendo (e dovendo essere) invece funzionali al raggiungimento degli obiettivi di interesse pubblico / generale. Questa funzionalizzazione è peraltro bifronte, risultando rafforzata dalla circostanza che solo per le stesse ragioni tali dinamiche possano risultare derogate.

Bibliografía

- AA.VV., *Les établissements de santé: un panorama pour l'année 2006*, Paris, 2008, in <http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2006/es2006.pdf>;
- AA.VV., *Los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, 1996;
- E. ALFANDARI, "La gouvernance associative dans le secteur social et médico-social: le binôme politique-technique", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, pp. 209 ss.;
- E.M. ALVAREZ GONZÁLEZ, "El sistema nacional de salud como sistema: realidad y carencias", in *Derecho y salud*, 2007, 1, 15, pp. 1 ss.;
- E.M. ALVAREZ GONZÁLEZ, *Règimen jurídico de la asistencia sanitaria pública: sistema de presentaciones y coordinación sanitaria*, Comares, Granada, 2007;
- X. BADIN, "Fiscalité et coopération institutionnelle des établissements de santé", in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2005, 23, pp. 1236 ss.;
- X. BADIN, "Les sociétés coopératives hospitalières de médecins", in *Revue de droit sanitaire et social*, 2002, pp. 765 ss.;
- F. BALASSONE, "Finanziamento e produzione di servizi pubblici: il sistema dei «quasi-mercati»", in *Econ. pubb.*, 1994, 6, pp. 259 ss.;
- J.L. BELTRÀN AGUIRRE, "Anotaciones a la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud", in *Derecho y salud*, 2003, 2, 11, pp. 123 ss.;
- J.L. BELTRÀN AGUIRRE, "Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad", in *Derecho y salud*, 2002, 1, 10, pp. 15 ss.;
- J.L. BELTRÀN AGUIRRE, "¿Sistema nacional de salud o asistencia sanitaria de le seguridad social?", in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro se-spas-ajs, 15, pp. 27 ss.;
- S. BOLGHERINI, "Germania: il federalismo consensuale", in *Il Mulino*, 2010, 6, pp. 974 ss.;
- J.M. CABASÉS HITA, "La desregulación en el sector sanitario público en España", in *Auditoría pública: revista de los Organos Autónomos de Control Externo*, 1997, 12, pp. 25 ss.;

- L. CABIEDES – A. GUILLÉN, “Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe”, in *Social Science & Medicine*, 2001, 52, pp. 1205 ss.;
- M.D. CALVO SÀNCHEZ, “Situación competencial de la administración local en materia sanitaria a comienzos de siglo XXI”, in *Revista de estudios de la administración local*, 2003, 291, pp. 201 ss.;
- V. CAMPS CERVERA – G. LÒPEZ I CASASNOVAS – A. PUYOL GONZÀLEZ, *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*, Fundació Victor Grífols i Lucas, Barcelona, 2006;
- D. CASALINI, “Le forme di aggregazione degli acquisti sanitari in Gran Bretagna”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI – G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011;
- R. CAVALLO PERIN – L. LENTI – G.M. RACCA – A. ROSSI (a cura di), *I diritti sociali come diritti della personalità*, ESI, Napoli, 2010;
- G. CHAVRIER, “Etablissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence”, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, pp. 274 ss.;
- P.Y. CHICOT, “La régionalisation des politiques sanitaires et sociales: l’émergence du «département-région providenc»? ”, in *Droit Administratif*, 2006, 12, pp. 20 ss.;
- C. CHINCHILLA MARÍN, “El nuevo contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado”, in *Civitas: Revista española de derecho administrativo*, 2006, 132, pp. 609 ss.;
- S. CIVITARESE MATTEUCCI, “La riforma del NHS inglese. Evoluzione o rivoluzione? ”, in S. CIVITARESE MATTEUCCI – M. DUGATO – A. PIOGGIA – G. RACCA (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli, Rimini, 2011;
- S. CIVITARESE MATTEUCCI, “Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»”, in *MCR*, 2009, 1, pp. 179 ss.;
- S. CIVITARESE MATTEUCCI – M.D’ANGELOSANTE, “Concorrenza e sperimentazioni gestionali nella prospettiva comunitaria”, in C. DE VINCENTI – R. FINOCCHI GHERSI – A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2010;

- M. COCCONI, “«*Le droit de la santé publique*» e le trasformazioni dell'amministrazione pubblica in Francia”, in *Dir. ec.*, 1992, 2, pp. 418 ss.;
- M. CONSIATO, “I modelli di organizzazione e la disciplina delle forniture nel servizio sanitario statunitense”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI — G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011;
- J. CORBELLA Y DUCH, *Manual de Derecho sanitario*, Atelier, Barcellona, 2006;
- M. CORMIER, “De la réforme hospitalière par ordonnance”, in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2004, 22, pp. 743 ss.;
- M. CORMIER, “La cour administrative d'appel de Lyon confirme la définition fonctionnelle de l'établissement de santé”, in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2003, 48, pp. 1575 ss.;
- M. CORMIER, “La place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière”, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2002, pp. 752 ss.;
- M. CORMIER, “Les aspects juridiques des recompositions hospitalières”, in *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 2005, 23, pp. 1235 ss.;
- M. CORMIER - J.M. DE FORGES, “La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003”, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2004, pp. 110 ss.;
- J.J. CRIADO ÀLVAREZ, “Convergencias y divergencias de los troncos normativos que regulan el sistema público de salud: oportunidades de mejora para el siglo XXI”, in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro sespas-ajs, 15, pp. 61 ss.;
- L. CRISTANELLI, “Il riparto costituzionale delle competenze legislative nel sistema sanitario tedesco”, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria – Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Il Mulino, Bologna, 2008, pp. 125 ss.;

- L. DUBOUIS, “Notre système de santé doit-il redouter et la concurrence des dentistes polonais et celle des cliniques suisses? ”, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, pp. 586 ss.;
- A.C. ENTHOVEN, *Reflections on the management of the National Health service*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londra, 1985;
- A.C. ENTHOVEN, *Theory and practice of managed competition in health care finance*, North-Holland, Amsterdam, 1988;
- C. ESPER – D. JAAFAR, “Les contrats de partenariat: investir à l’hôpital public par de nouveaux moyens juridiques”, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2004, pp. 619 ss. ;
- G.F. FERRARI, “La sicurezza sociale in Gran Bretagna”, in *Riv. trim. dir. pubb.*, 1981, pp. 936 ss.;
- M. FERRERA, *Modelli di solidarietà*, Il Mulino, Bologna, 1993;
- M. FERRERA, *The Boundaries of Welfare: European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*, Oxford University Press, Oxford, 2005;
- J.M. FREIRE CAMPO, “Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad un España”, in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro sespas-ajs, 15, pp. 40 ss.;
- G. GHIRLANDA, “Italia e Francia contengono la spesa sanitaria attraverso processi di riorganizzazione: decentramento amministrativo, accorpamento gestionale, responsabilizzazione finanziaria”, in www.amministrazioneincammino.it;
- M. GOLA, “Salute pubblica”, in M.P. CHITI - G. GRECO (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo europeo*, parte sp., III, Giuffrè, Milano, 2007;
- M.P. GONZÁLEZ DE LAS HERAS, “El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional: regulación, sistema de financiación y administraciones competentes”, in www.noticias.juridicas.com, 2004;
- F.A. GONZÁLEZ DÍAZ, *Contenido y límites de la prestación de asistencia sanitaria: adaptado a la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, Thomson Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2003;

- J.M. GONZÀLEZ PÈREZ, “Mercado sanitario privado y territorio en Galicia. Neoliberalismo y nuevas pautas de comportamiento social”, in *Investicaciones geográficas*, 2002, 27, pp. 205 ss.;
- E. GRIGLIO, “Unità e decentramento nella tutela del diritto alla salute in Spagna”, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria – Spunti e materiali per l’analisi comparata*, Il Mulino, Bologna, 2008, pp. 266 ss.
- C. HAM, *Healthcare reform, learning from international experience*, Oxford University Press, Norwic, 1998;
- M. HURST, “National Health Service and local authority responsibilities for continuing NHS healthcare and social care services”, in *Journal of Personal Injury Law*, 2005, pp. 247 ss.;
- E. JORIO, “Dall’Europa due novità in materia sanitaria: la proposta di riforma inglese e l’assistenza transfrontaliera”, in www.astrid-online.it, 2011;
- E. JORIO, “L’accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell’organizzazione della salute”, in *Sanità pubb. e priv.*, 2004, 2, pp. 155 ss.;
- E. JORIO – F. JORIO, “Riforma del welfare, devoluzione e federalismo della salute”, in *Sanità pubb.*, 2002, 5, pp. 607 ss.;
- J. LACHMANN, “Réforme de la santé, L’état d’urgence”, in *Gestion hospitalières*, 2009, pp. 141 ss.;
- G. LAFORGE, “La structuration de l’offre de services à la personne après la loi du 26 juillet 2005”, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, pp. 5 ss.;
- D. LARIOS RISCO, “Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias”, in *Derecho y salud*, 2007, 2, 15, pp. 289 ss.;
- J. LE GRAND, “Competition, Cooperation or Control? Tales from the British National Health Service”, in *Health Affairs*, 1999, 18, 3, pp. 27 ss.;
- J. LE GRAND, “Quasi-markets and Social Policy”, in *The Economic Journal*, 1991, 101, pp. 1256 ss.;
- D.W. LIGHT, “From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience”, in *The Milbank Quarterly*, 1997, 75, 3, pp. 297 ss.;

- C. LIVA – A. LO SCALZO, “accreditamento”, in *Ragiusan*, 2003, 235-236, pp. 52 ss.;
- G. LOPEZ CASASNOVAS, “Algunas orientaciones para la reforma de la financiación pública de los servicios hospitalarios y su aplicación a la red de hospitales de utilización pública de Cataluña”, in G. LOPEZ CASASNOVAS (a cura di), *La contractación de servicios sanitarios*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999;
- G. LÒPEZ I CASASNOVAS, “La financiación hospitalaria y la reforma de los sistemas públicos de salud. Nuevos paradigmas”, in G. LOPEZ CASASNOVAS (a cura di), *La contractación de servicios sanitarios*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999;
- J. LUTHER, “Appunti per lo studio giuridico dei sistemi sanitari comparati”, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria sanitaria – Spunti e materiali per l’analisi comparata*, Il Mulino, Bologna, 2008, pp. 299 ss.;
- G. MACIOCCO, “del diritto alla salute: dall’ottocento al duemila nella prospettiva politica”, in *Ragiusan*, 2004, 241-242, pp. 11 ss.;
- G. MACIOCCO, “I medici inglesi contro la riforma del NHS”, in saluteinternazionale.info, 2010;
- F. MAINO, “La *governance* della politica sanitaria europea tra decentramento e ri-accentramento: alcuni casi a confronto”, in *Riv. it. pol. pubb.*, 2009, 2, pp. 93 ss.;
- T. MARMOR – R. FREEMAN – K. OKMA, “Comparative perspectives and policy learning in the world of health care”, in *J. Comparative Policy Analysis*, 2005, 7, pp. 331 ss.;
- M. MATTALIA, “Il livello federale del public procurement negli Stati Uniti”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI – G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011;
- A. MENÈDEZ REXACH, “El derecho a la asistencia sanitaria y el régimen de las prestaciones sanitarias públicas”, in *Derecho y salud*, 2003, 11 (speciale), pp. 15 ss.;

- M. MICCOLI, “Origini e criticità della *Managed Competition* in sanità: una prospettiva economico-aziendale”, in *Sanità pubb. e priv.*, 2008, 1, pp. 14 ss.;
- C. MIGLIOLI, “La dimensione europea della sanità, fra integrazione e confini nazionali”, in *Riv. it. pol. pubb.*, 2009, 2, pp. 147 ss.;
- O. MIR PUIGPELAT, *La responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. Organización, imputación y causalidad*, Civitas, Madrid, 2000;
- S. MUÑOZ MACHADO, “La cohesión del sistema nacional de salud”, in *Derecho y salud*, 2004, n. extr. su XII Congr. Derecho y Salud, 12, pp. 15 ss.;
- S. MUÑOZ MACHADO, “Gastos farmacéuticos y otras reformas del sistema nacional de salud”, in *Derecho y salud*, 2001, 2, pp. 133 ss.;
- S. MUÑOZ MACHADO, “La organización, las prestaciones y otros problemas jurídicos actuales de los servicios sanitarios”, in *Revista vasca de administración pública*, 2000, 57, pp. 49 ss.;
- D. NATALI – M. RAGO, “L’analisi comparata delle politiche di welfare: una riflessione metodologica”, in *Riv. it. pol. pubb.*, 2010, 1, pp. 72 ss.;
- A. NAVARRO MUNUERA, “El Servicio sanitario”, in E. MALARET GRACIA (a cura di), *Règimen jurídico de los servicios públicos*, Ed. Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1997;
- A.E. NAVARRO MUNUERA, *Sistemes sanitaris integrats en els estats políticament descentralitzats*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Institut d’Estudis Autònoms, 1992;
- S. NERI, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, Franco Angeli, Milano, 2006;
- A. NICITA, “Il Pendolo delle riforme nei sistemi sanitari europei”, in *Quaderni CERM*, 2004, n. 5;
- Z. OR, “Changing regional health governance in France”, in *Eurohealth*, 2008, 14, 4, pp. 7 ss.;
- L.A. OTEO OCHOA, “La externalización como valor para el desarrollo y consolidación del SNS – Sistema Nacional de Salud: externalización, integración y custodia de competencias y activos esenciales”, in *Rev. Adm. Sanit.*, 2008, 6, pp. 235 ss.;

- L. PAREJO – A. PALOMAR – M. VAQUER, *La reforma del Sistema Nacional de Salud – Cohesión, calidad y estatutos profesionales*, Marcial Pons, Madrid / Barcellona, 2004;
- S. PEIRÒ – E. BERNAL DELGADO, “¿A que incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud?”, in *Gaceta sanit.*, 20, 2006, suppl. 1
- J. PEMAN GAVÍN, “Autonomía y unidad en el Sistema Nacional de Salud”, in *Revista Aragonesa de Administración Pública*, 2002, 21, pp. 53 ss.
- J. PEMAN GAVÍN, “Del seguro obligatorio de enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto del siglo XX,” in *Revista Aragonesa de Administración Pública*, 1998, n. 13;
- J.M. PEMÁN GAVÍN, “La nueva configuración del Sistema Nacional de Salud tras la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003, de 28 de mayo)”, in *Revista Vasca de Administración Pública. Herri-Arduralaritzako Euskal Aldizkaria*, 2005, 71, pp. 173 ss.;
- J.M. PEMÁN GAVÍN, “Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro”, in *Revista de Administración Pública*, 2001, n. 156;
- J.M. PEMÁN GAVÍN, “Sanidad Local”, in *Anuario del Gobierno Local*, 1996, 1, pp. 525 ss.;
- J.M. PEMÁN GAVÍN, “Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la ley general de sanidad: balance y perspectivas”, in *DS: Derecho y salud*, 1999, 7, 2, pp. 1 ss.;
- J.F. PÉREZ GÁLVEZ, *Creación y regulación de centros y establecimientos sanitarios*, Bosch, Barcellona, 2003;
- J.M. PÈREZ URALDE, “Servicios sociales, sanitarios, atención a la dependencia y economía social”, in *Derecho y salud*, 2008, n. extr. su XVII Congr. Derecho y salud, 17, pp. 67 ss.;
- T. PERONACE, “Politiche di contenimento della spesa sanitaria in Italia, Francia e Regno Unito”, in *Econ. pubb.*, 1990, 12, pp. 637 ss.;
- M. PIGNATTI, “I contratti pubblici in sanità nelle altre esperienze europee”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI — G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011;

- S. PONZIO, “I modelli organizzativi di mutualisation degli acquisti nel settore sanitario e ospedaliero in Francia per la modernizzazione e professionalizzazione della *fonction achat*”, in A. PIOGGIA – S. CIVITARESE MATTEUCCI — G. RACCA – M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011;
- J. PUIG – E. DALMAN, “Estrutura de mercado y eficiencia en la producción de servicios hospitalarios”, in G. LOPEZ CASASNOVAS (a cura di), *La contractación de servicios sanitarios*, Barcellona, Generalitat de Catalunya – Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999;
- G. RACCA – R. CAVALLO PERIN, “Organizzazioni sanitarie e contratti pubblici in Europa: modelli organizzativi per la qualità in un sistema di concorrenza”, in S. CIVITARESE MATTEUCCI – M. DUGATO – A. PIOGGIA – G. RACCA (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, Maggioli, 2011;
- C. RAIMONDI, “La programmazione economica in sanità: i nodi irrisolti nella legge finanziaria per il 2005 e l’analisi della “missione sanità” nel bilancio francese”, in *Sanità pubb. e priv.*, 2005, 1, pp. 61 ss.;
- A. RAVELET, “La recomposition de l’offre hospitalière publique et privée dans le cadre des réseaux de santé”, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, pp. 879 ss.;
- M. REBELLO PUIG, “La responsabilidad patrimonial en la gestión indirecta de los servicios públicos sanitarios: concesiones y conciertos”, in *Derecho y salud*, 2000, 8, pp. 17 ss.;
- J.R. REPULLO LABRADOR, “Los instrumentos extra-competenciales para el gobierno del SSN”, in *Derecho y salud*, 2007, n. extr. Foro sespas-ajs, 15, pp. 1 ss.;
- P. RITTER, *La création des Agences nationales de Santé*, Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, 2008, in lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000146/0000.pdf;
- P. RODRÍGUEZ LÒPEZ, *Responsabilidad médica y hospitalaria*, Bosch, Barcellona, 2004;
- M.A. RUDOLF KLEIN, “The Troubled Transformation of Britain’s National Health Service”, in *The new England journal of medicine*, 2006, pp. 409 ss.;

- R.B. SALTMAN, “Decentralization, re-centralization and future European health policy”, in *European Journal of Public Health*, 2008, 18, 2, pp. 104 ss.;
- R.B. SALTMAN – C. VAN OTTER, “Re-vitalising Public Health Care System: A Proposal for Public Competition in Sweden”, in *Health Policy*, 1987, 7, pp. 21 ss.;
- R.B. SALTMAN – C. VAN OTTER, *Planned Markets and Public Competition*, Open University Press, Buckingham, 1992;
- S. SHANDRO - C. SHIRAMBA, “NHS foundation trust hospitals: rethinking the failure regime”, in *Insolvency Intelligence*, 2006, pp. 77 ss.;
- J.M. SOCÍAS CAMACHO, *Fundaciones del sector público – En especial, el ámbito sanitario*, Iustel, Madrid, 2006;
- F. TARONI, “L’analisi comparativa delle politiche sanitarie tra diffusione delle leggi e apprendimento sociale”, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria – Spunti e materiali per l’analisi comparata*, Il Mulino, Bologna, 2008, pp. 15 ss.;
- J. TORNOS MÀS, “Sistema de seguridad social versus Sistema nacional de salud”, in *Derecho y salud*, 2002, 1, 10, pp. 1 ss.;
- F. TOTH, “Is there a Southern European Healthcare Model?”, in *West European Politics*, 2010, 33, 2, pp. 325 ss.;
- F. TOTH, “Le politiche sanitarie tra riforme e contro-riforme”, in saluteinternazionale.info, 2010;
- F. TOTH, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, Laterza, Bari, 2009, pp. 64 ss.;
- F. TOTH, “Le riforme sanitarie in Europa: tra continuità e cambiamento”, in *Riv. it. pol. pubb.*, 2009, 2, pp. 69 ss.;
- C. TUBERTINI, “Riforme sanitarie e tutela della salute: alla ricerca di un giusto equilibrio tra garanzia e sostenibilità finanziaria”, in A. PIOGGIA - S. CIVITARESE MATTEUCCI - G. RACCA - M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli, Rimini, 2011;
- M. VAQUER CABALLERÍA, *Fundaciones públicas y fundaciones en mano pública – La reforma de los servicios públicos sanitarios*, Marcial Pons, Madrid, 1999;

- F.J. VILLAR ROJAS, “La concesión administrativa de obra pública como nueva fórmula de gestión de servicios sanitarios”, in *Derecho y salud*, 2006, n. extr. su XIV Congr. Derecho y salud, 14, pp. 1 ss.;
- F.J. VILLAR ROJAS, “La ley de habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud: ¿hacia la desregulación de la sanidad pública?”, in *Derecho y salud*, 1998, 2, 6, pp. 74 ss.;
- F.J. VILLAR ROJAS, “La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: las experiencias del Valencia y Madrid”, in *Derecho y salud*, 2008, n. extr. su XVII Congr. Derecho y salud, 17, pp. 1 ss.;
- F.J. VILLAR ROJAS, “responsabilidad en la gestión directa. Especial referencia a las nuevas fórmulas de gestión: fundaciones”, in *Derecho y salud*, 2000, 8, pp. 1 ss.;
- P. VILLENEUVE, “La Haute Autorité de santé: Vers une nouvelle gouvernance du système de santé? D. n. 2004-1139, 26 oct. 2004”, in *La Semaine Juridique Edition Générale*, 2005, 1, pp. 1 ss.;
- P. VILLENEUVE, “Nouveau régime juridique des établissements de santé, À la recherche d'un équilibre des pouvoirs”, in *La Semaine Juridique Edition Générale*, 2005, 21, pp. 264 ss.;
- G. VINCENT, “Les réformes hospitalières”, in *Revue française d'administration publique*, 2005, 1, pp. 49 ss.;
- P. VINCENT-JONES, “The regulation of contractualisation in quasi-markets for public services”, in *Public Law*, 1999, pp. 304 ss.;
- C. WENDT, “Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare”, in *Journal of European social Policy*, 2009, 19, pp. 432 ss.;
- J.S.F. WRIGHT, “The regulatory state and the UK Labour Government's re-regulation of provision in the English National Health Service”, in *Regulation & Governance*, 2009, 3, pp. 334 ss.;
- T. YEAMAN, “NHS structures - “knowing your PCT from your NHSE, wouldn't that be NICE!!””, in *Journal of Personal Injury Law*, 2002, pp. 192 ss.