

CAPITOLO I

I SERVIZI SOCIO-SANITARI NEL DIRITTO EUROUNITARIO TRA SPECIFICITÀ GIURIDICA E PRINCIPIO DI CONCORRENZA

SOMMARIO: 1. Osservazioni introduttive e Impianto metodologico. – 2. I servizi socio-sanitari nel diritto europeo. – 2.1. I Principi fondamentali dei sistemi sanitari europei e i diversi modelli organizzativi. – 2.2. La dimensione economica dei servizi socio-sanitari. – 2.3. La regolazione pubblica dei servizi socio-sanitari e il principio di libera concorrenza. – 3. I “Servizi di Interesse Generale” (SIG): una nozione giuridica che identifica la specificità dei servizi socio-sanitari. – 4. I “Servizi sociali di interesse generale” (SSIG): una nozione giuridica alternativa al principio di concorrenza. – 4.1. I SSIG e la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie. – 5. La regolamentazione dei servizi socio-sanitari e ruolo delle imprese sociali.

1. OSSERVAZIONI INTRODUTTIVE E IMPIANTO METODOLOGICO

L’ordinamento giuridico dell’Unione europea, come è noto, riconosce in capo ai cittadini europei il diritto a fruire di servizi e prestazioni eque, accessibili, universali e sostenibili. Si tratta di uno dei diritti fondamentali dei moderni *Welfare States*¹: ai sistemi sanitari nazionali e di protezione sociale è attribuita la funzione fondamentale di assicurare i diritti sociali², i quali

¹ In dottrina si è voluto evidenziare che il concetto è utilizzato per indicare «un insieme di politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione e sicurezza sociale, introducendo, fra l’altro, specifici diritti sociali, nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria». Così, M. FERRERA, *Le politiche sociali*, Bologna, 2006, pp. 15-17, citato da F. COSTAMAGNA, *I servizi socio-sanitari nel mercato interno europeo. L’applicazione della norma dell’Unione europea in materia di concorrenza, aiuti di Stato e libera circolazione dei servizi*, Napoli, 2011, p. 1, nota 1. Per una declinazione moderna del concetto di *Welfare State*, capace di includere anche le attività erogate dalle imprese sociali, si veda F. FOLGHERAITER, *Presentazione*, in M. BRUNOD-M. MOSCHETTI-M. PIZZARDI (a cura di), *La coprogettazione sociale*, Trento, 2016.

² Identifica la tutela del diritto alla salute come un “valore assoluto”, risultato della “con-

esprimono il modello europeo di Stato sociale, nell'ambito del quale si realizzano le azioni e gli interventi delle istituzioni pubbliche³.

Tuttavia, in epoca recente, logiche di mercato, in larga parte riconducibili anche a fenomeni di globalizzazione, riduzione dei budget sanitari e dei bilanci degli enti locali dedicati agli interventi sociali⁴, unitamente ad una progressiva espansione della domanda di salute e dell'invecchiamento della popolazione, sembrano compromettere, se non, addirittura, mettere a rischio l'effettivo esercizio dei diritti sociali dei cittadini. L'effettività di suddetta garanzia non si esaurisce, infatti, nell'affermazione di principio secondo cui un ordinamento giuridico riconosce i diritti sociali, ma si estende fino a garantirne la giustiziabilità⁵. Garanzia e giustiziabilità dei diritti sociali dipendono, tuttavia, anche dall'organizzazione dei sistemi nazionali di *welfare*. Nel corso degli ultimi decenni, questi hanno subito profonde trasformazioni che, in alcuni casi, hanno inciso negativamente proprio sull'effettiva fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie. Tra le trasformazioni che hanno caratterizzato tutti i sistemi europei di protezione sociale si segnalano, in particolare, i cambiamenti nei modelli organizzativi dei servizi socio-sanitari⁶.

quista conclamata” da parte della comunità internazionale, C. BOTTARI, *Profili innovativi del Sistema Sanitario*, Rimini, 2018, p. 11. Sui diritti sociali quali diritti prestazionali, vedi S. ZULLO, *Lo spazio sociale della vulnerabilità tra “pretese di giustizia” e “pretese di diritto”*. *Alcune considerazioni critiche*, in *Pol. dir.*, 3/2016, p. 491. Sulla dimensione “economica” dei diritti sociali, vedi S. HOLMES-C. SUNSTEIN, *The Cost of Rights. Why Liberty Depends on Taxes*, London-New York, 1999, tr. it. *Il Costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse*, Bologna, 2000, Capitolo Primo. Sull'azione positiva dei diritti sociali, capaci di fornire protezione in tempi non soltanto di crisi economica, ma anche di estrema vulnerabilità sociale, si veda A.K. SEN, *The Idea of Justice*, United Kingdom, 2009 e ID., *La disuguaglianza. Un riesame critico*, Bologna, 1994.

³ In argomento, tra gli altri, si veda G. PIPERATA, *Intervento pubblico, concorrenza e integrazione nel sistema delle prestazioni sanitarie e sociali*, in C. BOTTARI (a cura di), *Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbliche e accreditamento*, Torino, 2013, p. 90.

⁴ Non nasconde i costi sotesi alla (necessaria) garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie S. GAMBINO (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive*, Torino, 2015, in part. p. 4.

⁵ Per quanto attiene il sistema costituzionale italiano, si veda G. BRUNELLI, *Prefazione*, in S. BUOSO, *Legalità e solidarietà nell'ordinamento dello Stato sociale*, Napoli, 2017, p. XV.

⁶ I servizi socio-sanitari possono essere considerati – mutuando la definizione che di essi fornisce l'ordinamento giuridico italiano – «l'insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione». Cfr. art. 3-*septies*, D.Lgs. n. 502/1992, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, a norma dell'art. 1, legge

Per lungo tempo, questi servizi sono stati, in larga parte, assicurati da un robusto intervento diretto da parte delle istituzioni pubbliche. Tuttavia, già a partire dalla fine degli anni '80 del Ventesimo secolo, i servizi socio-sanitari hanno cominciato ad essere organizzati ed erogati anche da soggetti privati, in specie *non profit*⁷. Progressivamente riconosciuti dagli ordinamenti giuridici moderni quali soggetti privati legittimati a perseguire interessi pubblici⁸, anche agli enti non lucrativi è richiesto di contribuire alla promozione e al mantenimento di adeguati livelli di solidarietà e coesione sociale⁹.

La dimensione organizzativa ed erogativa sopra brevemente delineata non è comunque l'unica a definire il moderno assetto dei servizi socio-sanitari in ambito europeo. La responsabilità di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie è, infatti, fortemente condizionata dai vincoli di bilancio definiti dall'Unione e dalla contrazione dei budget sanitari¹⁰. In specie, a partire dalla crisi finanziaria del 2008, quasi tutti i sistemi

23 ottobre 1992, n. 421, come modificato dal D.Lgs. n. 229/1999, recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419” e successive modificazioni e integrazioni.

⁷ In considerazione della complessità che «caratterizza le attività di erogazione di prestazioni sanitarie e sociali», in dottrina si è segnalato che «il legislatore ha regolamentato l'organizzazione corrispondente come un vero e proprio sistema, immaginando non una netta separazione tra il pubblico e il privato e una conseguente esclusione del secondo, ma provando ad integrare nell'apparato pubblico anche un possibile coinvolgimento degli operatori privati». Così PIPERATA, *op. cit.*, p. 95.

⁸ Sulla indifferenza della natura giuridica del soggetto che realizza un servizio pubblico, per tutti si veda G. BERTI, *Amministrazione e Costituzione*, in *Dir. amm.*, 1993, p. 468.

⁹ «Nei tempi difficili è la forza delle cose a far avvertire come un bisogno ineliminabile il riferimento a principi che consentano di sottrarsi alla contingenza e alla nuda logica del potere, riscoprendo una radice profonda della solidarietà [...]». S. RODOTÀ, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Bari, 2014, p. 4. Sul fronte della coesione sociale, invece, è noto che esso costituisce un principio-guida dell'azione dell'Unione europea e una componente essenziale del modello sociale europeo. Sul punto, si vedano W. STREECK, *Il modello sociale europeo: dalla redistribuzione alla solidarietà competitiva*, in *Stato e Mercato*, 1, 2000, pp. 3 ss. e L. LEONARDI, *Il Modello sociale europeo alla ricerca della dimensione sociale*, in *Società e MutamentoPolitica*, 2010, vol. 1, n. 1, pp. 65-76.

¹⁰ Parla di “Stato sociale condizionato” F. LOSURDO, *Lo Stato sociale condizionato. Stabilità e crescita nell'ordinamento costituzionale*, Torino, 2016. L'A., in altro contributo (si veda *L'Unione europea e il declino dell'ordine neoliberale*, in www.federalismi.it, 14 marzo 2018, p. 8), afferma che nel tempo dello “Stato sociale condizionato”, «la stabilità monetaria e quella finanziaria vengono concepite come un fine ultimo, nella misura in cui occorre impedire che interventi esterni dello Stato alterino il buon funzionamento dei meccanismi che presiedono alla giustizia del mercato». Altri Autori hanno correttamente evidenziato che «[...] i diritti sociali, i quali dell'eguaglianza sostanziale sono la più rilevante espressione, sono diritti a tutto tondo, e il loro essere “finanziariamente condizionati” è solo un problema

europei di *welfare*, hanno, da un lato, adottato politiche di tagli e riduzioni delle spese e delle prestazioni socio-sanitarie¹¹. Dall'altro, le medesime politiche pubbliche hanno favorito la privatizzazione di un numero significativo di servizi socio-sanitari, i cui esiti sono stati recentemente criticati apertamente¹².

In questo contesto, assume una importanza significativa la funzione fondamentale di programmazione ed organizzazione dei servizi socio-sanitari in capo agli enti pubblici¹³. Questi ultimi, in epoca recente, in specie al fine di assicurare una più effettiva tutela del diritto alla salute e dei diritti sociali nel loro nucleo essenziale, hanno avviato forme di corresponsabilizzazione e condivisione della loro responsabilità istituzionale con soggetti che, in forza delle loro specificità giuridiche, etiche ed organizzative, siano in grado di conseguire finalità di interesse generale. In quest'ottica, le istituzioni pubbliche non hanno soltanto affidato la gestione ed erogazione dei servizi socio-sanitari ai soggetti privati non lucrativi, ma agli stessi hanno anche riconosciuto il diritto a prendere parte alla funzione di programmazione di quei servizi¹⁴. I soggetti non lucrativi, oggetto di analisi da parte sia delle discipline gius-privatistiche sia di quelle gius-pubblicistiche¹⁵, in particolare quando risultano connotati da una vocazione e da una organizzazione di carattere economico-imprenditoriale, svolgono infatti un ruolo fondamentale non sol-

di *misura*, dal momento che l'allocazione delle risorse incide per definizione sull'opportunità di godimento di ogni diritto (anche di quelli qualificati come "civili" e "politici"». Così, BRUNELLI, *op. cit.*, pp. XVI-XVII.

¹¹ In argomento, si veda M. PICCHI, *Tutela dei diritti sociali e rispetto del principio dell'equilibrio di bilancio: la Corte Costituzionale chiede al legislatore di motivare*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2017, Disponibile in <http://www.osservatoriosullefonti.it>.

¹² In Gran Bretagna, nel report sul futuro del Servizio sanitario nazionale (*The NHS Long Term Plan*), presentato nel mese di gennaio 2019, è contenuta la richiesta al Governo nazionale di modificare la legge del 2012 che ha riformato il Sistema socio-sanitario britannico nella direzione di ridurre significativamente il ricorso agli appalti di servizi, la maggioranza dei quali è appannaggio dei grandi gruppi *for profit*. Le politiche di esternalizzazione a favore del mercato delle società lucrative sono considerate "controproducenti" per assicurare una equa ed efficace integrazione socio-sanitaria.

¹³ Vedi par. 2 di questo Capitolo.

¹⁴ Nell'analisi contenuta nel presente volume, ci si riferisce principalmente, mutuando una espressione di H. HANSMANN, alle organizzazioni *non profit* che producono beni e servizi (*The role of Nonprofit Enterprise*, in *Yale Law Journal*, Volume 89, Number 5, April 1980, p. 837).

¹⁵ La linea di demarcazione tra diritto privato e diritto pubblico è peraltro labile e contingente, «dipendendo da alcune scelte politiche di fondo, soprattutto in materia economica [...]». P. SIRENA, *Diritto privato e diritto pubblico in una società basata sulle libertà individuali*, in *Riv. dir. civ.*, gennaio-febbraio 2017, pp. 101, 102.

tanto nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, ma anche nella loro co-programmazione e co-progettazione¹⁶.

Alla luce delle considerazioni sopra prospettate, lo studio che segue si propone di approfondire due temi, collegati da un rapporto di causa-effetto. Il primo riguarda la funzione di regolazione pubblica, anzi la sua necessità in un comparto “sensibile”, quale quello dei servizi socio-sanitari. Si ritiene infatti che nel comparto dei servizi socio-sanitari l'intervento regolatorio pubblico non rappresenti soltanto un'obbligazione giuridica di natura pubblicistica discendente dalla tradizionale impostazione del moderno *Welfare State*, ma soprattutto una funzione necessaria alla tutela dei livelli prestazionali dei servizi.

Il secondo tema, conseguente al primo, pertiene ai modelli organizzativi attraverso i quali gli obiettivi della regolazione pubblica, che come richiamato innanzi, coincidono con la tutela e garanzia dei diritti sociali, possono essere efficacemente conseguiti. Poiché in ambito europeo e nazionale, la regolazione pubblica, in generale, e nel comparto socio-sanitario, in particolare, ancorché in misura ridotta, contempla un assetto proconcorrenziale¹⁷, occorre valutare se la specificità dei servizi socio-sanitari possa ammettere un affievolimento del principio di concorrenza, in specie a favore dei soggetti *non profit*. Si tratta, in altri termini, di “mettere alla prova” il principio di concorrenza¹⁸ rispetto alle finalità di interesse generale perseguiti dai servizi socio-sanitari e alle specificità giuridiche ed organizzative dei soggetti erogatori *non profit*.

Finalità di interesse pubblico, specificità giuridico-organizzative dei soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, unitamente alla particolare posizione giuridica dei beneficiari dei medesimi servizi sembrano

¹⁶ Co-programmazione e co-progettazione sono forme di collaborazione tra enti pubblici ed enti *non profit* disciplinate dall'art. 55, D.Lgs. n. 117/2017, recante “Codice del Terzo settore”. La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili (comma 2). La co-progettazione è invece orientata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione individuati (comma 3).

¹⁷ Ritiene che la costruzione giuridico-economica dell'Unione europea non sia espressione di una mera logica mercantile, G. PITRUZZELLA, *La costituzione economica europea: un mercato regolato e corretto. Nulla a che vedere con il fondamentalismo di mercato*, in *www.federalismi.it*, n. 16/2018, pp. 2, 3.

¹⁸ Definisce la concorrenza intracomunitaria un “bene giuridico”, E. CUSA, *Le forme di impresa private diverse dalle società lucrative tra aiuti di Stato e Costituzioni economiche europee*, Torino, 2013, p. 7.

deporre a favore di una coerente sottrazione, almeno parziale, dei servizi in parola dalle regole del mercato interno. La finalizzazione dei servizi socio-sanitari al perseguimento di interessi generali implica l'utilizzo di strumenti, di garanzie e istituti giuridici che non possono essere ricondotti *naturaliter* alle regole del mercato concorrenziale.

Nella prospettiva innanzi individuata, il presente studio si propone di evidenziare tre aspetti che caratterizzano l'organizzazione dei servizi socio-sanitari.

Il primo riguarda il riconoscimento giuridico di uno spazio di autonoma regolazione dei servizi socio-sanitari, anche in deroga alle norme che presidiano la tutela della concorrenza, e dei soggetti (in specie, *non profit*) cui i sistemi nazionali di *welfare* affidano la gestione e l'erogazione dei servizi in parola. Al riguardo, giova, infatti, ricordare che i servizi socio-sanitari risultano spesso organizzati ed erogati in contesti di "quasi-mercato"¹⁹. Con il termine "quasi-mercati" si intende qui fare riferimento alla tendenza comune, nell'erogazione dei servizi di carattere assistenziale e sanitario, di introdurre nella fase di selezione dei soggetti erogatori meccanismi competitivi e di contrattazione, tipici dei mercati²⁰. Nei "quasi-mercati", lo Stato mantiene il controllo del funzionamento del settore, ma delega la funzione di produzione dei servizi ad organizzazioni indipendenti, siano esse pubbliche ovvero private. L'idea fondamentale che regge l'architettura dei "quasi-mercati" è quella che lo Stato dovrebbe esercitare la doppia funzione di responsabile dell'allocazione macro-economica delle risorse e di supervisore dei risultati quali-quantitativi dell'offerta di servizi pubblici. Nei "quasi-mercati" si sperimentano formule di *partnership* tra pubblico e soggetti privati, fondate non tanto su modalità regolative di tipo gerarchico, bensì caratterizzate da una regolazione reticolare, capace di rispettare le diverse forme organizzative. Infine, all'interno dei "quasi-mercati", si identificano procedure volte a realizzare – laddove possibile – un processo di programmazione caratterizzato da un mix equilibrato di quantità e qualità delle prestazioni da erogare e obiettivi sociali da perseguire²¹.

¹⁹ Per una ricostruzione dei "quasi-mercati", si vedano, per tutti, J. LE GRAND, *Quasi-Market versus State Provision of Public Services: Some Ethical Considerations*, in *Public Reason*, 3 (2), 2011, p. 81 e J. LE GRAND-W. BARTLETT, *Quasi-markets and social policy*, Londra, 1993.

²⁰ È noto che il mercato «può assumere significati diversi sia in relazione a diversi contesti di discorso – si può parlare di mercato in sede scientifica, ma si parla di mercato anche in sede ideologica [...] e sia in relazione a diversi contesti storici». Così, G. RICCAMPONI, *La regolazione sociale: il terzo settore oltre lo Stato e il Mercato*, in B. GUI (a cura di), *Il Terzo Settore tra economicità e valori*, Padova, 1997, p. 66.

²¹ Nell'ordinamento giuridico italiano, i "quasi-mercati" rappresentano sistemi regolati e

Il secondo aspetto che l'analisi proposta intende affrontare riguarda la possibilità di riconoscere se le peculiarità dei servizi socio-sanitari giustifichino il riconoscimento di una specificità giuridica delle organizzazioni *non profit*. In altri termini, si tratta di verificare la capacità dei sistemi giuridici, europeo e nazionale, di approntare strumenti amministrativi e riconoscere forme giuridiche che, nel rispetto di taluni principi fondamentali, quali quelli di trasparenza, non discriminazione ed equità di accesso, rispondano a logiche che concorrenziali non sono. Tale analisi si ritiene particolarmente utile in un contesto socio-economico in cui le organizzazioni non lucrative sembrano talvolta destinate a “scolarare” la loro causa in altre forme giuridiche, tipiche dell'agire capitalistico, ritenute maggiormente coerenti con il principio di libera concorrenza²². È opinione di chi scrive che le forme giuridiche *non profit* siano necessarie per presidiare contenuti e finalità ritenuti meritevoli dall'ordinamento giuridico sia in funzione di una maggiore tutela dei diritti essenziali delle prestazioni sociali e civili sia per ridurre le asimmetrie informative e l'incompletezza contrattuale a danno di consumatori, utenti e lavoratori²³.

Queste appena delineate rappresentano problematiche comuni e trasversali, almeno negli elementi essenziali, a molti Stati Membri dell'Unione europea. Nel comparto dei servizi socio-sanitari, in Europa, si può affermare,

amministrati in cui si sperimentano, in ossequio ai principi di sussidiarietà (art. 118, ultimo comma. Cost.) e di buon andamento della pubblica amministrazione (art. 97 Cost.), la responsabilità programmatica e regolatoria degli enti locali e il coinvolgimento delle imprese *non profit* (sul punto, vedi nota 16). Propone la definizione di un autonomo sistema, che «può raccogliersi sotto l'epigrafe di “diritto privato della regolazione”», A. ZOPPINI, *Diritto privato vs diritto amministrativo (ovvero alla ricerca dei confini tra Stato e mercato)*, in V. ROPPO-P. SIRENA (a cura di), *Il diritto civile, e gli altri*, Atti del Convegno dell'Associazione Civilisti Italiani, Roma, 2-3 dicembre 2011, Milano, 2013, pp. 371 ss.

²² Il riferimento è all'introduzione nell'ordinamento giuridico italiano delle c.d. “B-Corporations” ad opera dell'art. 1, commi 376-382, legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”. In tema di “società benefit”, si vedano, tra gli altri, A. DE PRA-C. GANDINI-F. GENNARI-M. LAMANDINI-F. PELLEGRINI-A. POMELLI, *Linee evolutive del diritto societario*, in M.A. STEFANELLI (a cura di), *Dopo la globalizzazione: sfide alla società e al diritto*, Torino, 2017, pp. 83-85; G. MARASÀ, *Scopo di lucro e scopo di beneficio comune nelle società benefit*, in *Orizzonti del Diritto Commerciale*, Rivista Telematica, Anno V, numero 2, 2017; G. RESTA-C. SERTOLI, *Le società benefit in Italia: problemi e prospettive*, in A. FICI (a cura di), *La riforma del terzo settore e dell'impresa sociale. Una introduzione*, Napoli, 2018, pp. 453 ss.

²³ Come è stato correttamente sottolineato in dottrina, «non è certo una generica sensibilità per la sfera dei valori etici e sociali che può costituire una chiave di analisi utile ad accumulare forme organizzative, che, per il resto, sono assoggettate a regolamentazioni giuridiche molto diverse tra di loro». G. CONTE, *L'impresa responsabile*, Milano, 2018, pp. 67, 68.

in termini generali, che alle istituzioni pubbliche sia (ancora) riconosciuta la funzione di regolatori naturali dei mercati. Contestualmente, alle organizzazioni *non profit* è riconosciuta la funzione di produzione di molti servizi di interesse generale²⁴. In questo senso, preme sottolineare che, benché l'architettura istituzionale comunitaria, così come disegnata dai Trattati, sia definita da un'impostazione che tende a favorire la realizzazione di un mercato comune in senso proconcorrenziale, le legislazioni dei singoli Stati membri sono permeate dal riconoscimento della fondamentale funzione programmatica degli enti pubblici, capace di stimolare e valorizzare l'apporto, spesso innovativo, delle imprese *non profit*²⁵. Al riguardo, talvolta, si è portati ad esaltare il ruolo e le funzioni degli enti *non profit*, postulando che l'efficacia della loro azione derivi dalla progressiva riduzione dell'intervento pubblico nel comparto dei servizi socio-sanitari. Un siffatto approccio, frutto di un fraintendimento del principio di sussidiarietà, identifica gli organismi non lucrativi quali sostituti dell'azione delle istituzioni pubbliche, capaci di colmare i fallimenti²⁶. Seppure non si possa negare che gli enti *non profit* siano i primi (e talvolta gli unici) soggetti organizzati ad intervenire, soprattutto in situazioni di emergenza sociale, si ritiene che la sfida attuale sia, al contrario, quella di ridare corpo ad un'esperienza culturale, giuridica ed istituzionale, che rafforzi la funzione degli enti pubblici nella funzione programmatica e regolatoria dei servizi socio-sanitari, all'interno della quale l'apporto delle organizzazioni *non profit* sia pienamente valorizzato.

Per le ragioni in precedenza illustrate, è opportuno ribadire che la centralità degli enti pubblici non corrisponde più, come avveniva in passato, nel monopolio pubblico delle scelte in ordine agli interventi e ai servizi da realizzare. Negli ordinamenti pluralistici, è in una logica di "amministrazione

²⁴ Conseguentemente, non è dato registrare la presenza di organizzazioni "ibride" che si collocano a metà strada della linea di confine tra pubblico e privato" (così, G. PITRUZZELLA, *L'applicazione delle regole di concorrenza nel mercato globale-locale: istanze di tutela, sfide e opportunità*, in G.A. BENACCHIO-M. CAMPAGNANO (a cura di), *L'applicazione delle regole di concorrenza in Italia e nell'Unione Europea. Atti del V Convegno biennale Antitrust*, Trento, 16-18 aprile 2015, Università degli Studi di Trento, Quaderni della Facoltà di Giurisprudenza, 18, 2015, p. 1), come invece avviene, per citare un solo esempio, nel commercio internazionale.

²⁵ Ciò porterebbe ad escludere che nei servizi socio-sanitari si sia affermato il "fondamentalismo del mercato". Sul punto, per tutti, si veda, in termini generali, J. STIGLITZ, *La globalizzazione e i suoi oppositori*, Torino, 2003, in cui l'A. sottolinea che tale fondamentalismo, anziché generare benessere collettivo, accentua le diseguaglianze e aumenta la povertà, soprattutto delle fasce più deboli.

²⁶ Sul ruolo sostitutivo degli enti *non profit* nel sistema di erogazione dei servizi alla persona, si veda G. GHETTI, *Lineamenti di diritto pubblico dell'economia*, Milano, 2001, p. 98.

condivisa”²⁷ che i diversi interessi pubblici, anche confliggenti, talora, trovano una loro compensazione ed equiordinazione. Bisogni multiproblematici, strutture decisionali decentrate, processi decisionali multilivello²⁸ richiedono strumenti consensuali e partecipativi, che risultano il portato di un complesso processo di raffronto e di comparazione con le ragioni dei cittadini e delle formazioni sociali che li rappresentano²⁹.

In questo senso, gli enti pubblici, in specie a livello territoriale, coinvolgono, secondo diverse modalità, le organizzazioni *non profit*, al fine di condividere con le stesse strategie e linee di indirizzo circa le azioni ritenute maggiormente efficaci. È indubbio che questa partecipazione attiva delle organizzazioni *non profit* al processo decisionale che – come si vedrà nel prosieguo dello studio – trova concretizzazione anche nella definizione di procedure formali, costituisca un elemento di novità nell’azione degli enti *non profit*. Proprio in ragione di tale dimensione collaborativa tra pubbliche amministrazioni e soggetti privati, agli enti *non profit* non è più soltanto richiesto di assumere una funzione redistributiva ovvero erogativa, ma anche di svolgere, su un piano paritetico con gli enti pubblici, una importante funzione (co-)programmatoria.

Un rinnovato protagonismo degli enti pubblici nella fase di programmazione dovrebbe consentire di riaffermare la funzione di un moderno Stato sociale, equo e universalistico. Ai sistemi di *welfare* è pertanto richiesto di assumersi l’obbligazione giuridica di assicurare ai cittadini la maggiore fruizione possibile dei servizi socio-sanitari. In questa dinamica di intervento, gli enti pubblici valorizzano la libera espressione di quelle realtà organizzative, titolari di risorse proprie e di progettualità finalizzate al perseguimento di obiettivi metaindividuali³⁰.

È muovendo dall’ancora indispensabile premessa secondo la quale al diritto alla salute e alle prestazioni sociali deve essere riconosciuto un valore

²⁷ In argomento, si vedano, per tutti, uno dei primi contributi di G. ARENA, *Introduzione all’amministrazione condivisa*, in *Studi parlamentari e di politica costituzionale*, 3°-4° trimestre, 1997, pp. 29 ss. e A. MOLINTERNI, *Amministrazione consensuale e diritto privato*, Napoli, 2016, p. 109, ove l’A. evidenzia «lo spostamento della prospettiva dello statuto pubblicistico dalla logica del “potere” a quello della “funzione”».

²⁸ In argomento, si veda C. GOLINO, *L’intervento pubblico per lo sviluppo economico delle aree depresse tra mercato e solidarietà*, Torino, 2018, pp. 38 ss.

²⁹ Sul punto, si veda M.R. SPASIANO, *Interessi pubblici e soggettività emergenti. Gli organismi non lucrative di utilità sociale*, Napoli, 1996, pp. 30, 31.

³⁰ Per una efficace disamina del ruolo degli enti *non profit* a livello comparato, si veda M. HARDING (ed.), *Research Handbook on Not-For-Profit Law*, Cheltenham (UK), 2019.

“assoluto”³¹, ancorché necessariamente condizionato dai vincoli di tipo finanziario³², che è possibile delineare un sistema di *welfare* socio-sanitario non tanto fondato sulla concorrenza per il mercato³³, quanto solidamente ancorato al principio secondo cui alle istituzioni pubbliche spetta *in primis* la responsabilità di garantire i livelli essenziali di assistenza e i diritti sociali. In questa prospettiva, le organizzazioni *non profit* collaborano con gli enti pubblici ad organizzare le azioni e gli interventi a favore dei cittadini europei, difendendo l’idea dell’esistenza di un diritto sanitario e, pertanto, di una rete di protezione sociale europea³⁴.

Alla luce di quanto precede, lo studio intende analizzare un terzo aspetto, che attiene alla verifica della tenuta del modello sociale europeo. Al riguardo, occorre chiedersi se le istituzioni e i principi giuridici che definiscono tale sistema, siano ancora in grado di rappresentare una efficace risposta ai bisogni sociali e di salute dei cittadini, in specie quelli più bisognosi e meritevoli di sostegno. In un momento storico in cui l’Unione europea è attraversata da molte fratture, che sembrano invero metterne in discussione le fondamenta storico-culturali e istituzionali, dalla disciplina giuridica dei servizi socio-sanitari³⁵ può discendere la possibilità di coniugare una certa visione

³¹ Così si esprime C. MARZUOLI, *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, in E. CATELANI-G. CERRINA FERONI-M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, p. 7.

³² Sul punto, vedi R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F. ROVERSI MONACO-C. BOTTARI, *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, 2012, p. 88 e M. BELLETTI, *I “livelli essenziali delle prestazioni” alla prova del “coordinamento della finanza pubblica”. Alla ricerca della “perequazione” perduta*, in M. SESTA (a cura di), *L’erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, 2014, Parte Prima, Sezione Prima, Capitolo Quarto.

³³ Nel diritto comunitario, la nozione di concorrenza contempla due differenti significati, sintetizzati nelle definizioni di “concorrenza nel mercato” e “concorrenza per il mercato”. Nella prima accezione, il riferimento è a settori in cui è già instaurato un mercato concorrenziale. In questi casi, l’intervento delle istituzioni comunitarie è finalizzato a prevenire e sanzionare le condotte imprenditoriali integranti intese restrittive della concorrenza, cartelli di prezzo, monopoli ed abusi di posizione dominante. Il principio di concorrenza per il mercato, nozione che rileva ai fini dell’applicazione delle direttive in materia di appalti pubblici, è, invece, funzionale a dilatare i settori di mercato per garantire il libero accesso da parte di operatori economici di altri Stati membri, riferendosi a settori inizialmente esclusi dal mercato o limitati da misure protezionistiche.

³⁴ T.K. HERVEY, *Telling stories about European Union Health Law: The emergence of a new field of law*, in *Comparative European Politics*, 2016, pp. 1-18.

³⁵ Sulla configurazione giuridica dei servizi sanitari si rinvia a J.W. VAN DE GRONDEN,

aperta e libera del mercato interno con l'impegno parimenti cogente di garantire una società egualitaria e solidale³⁶.

2. I SERVIZI SOCIO-SANITARI NEL DIRITTO EUROPEO

Nel diritto europeo, i servizi socio-sanitari godono di una considerazione giuridica particolare in ragione sia delle precipue finalità di interesse pubblico che essi contribuiscono a realizzare sia delle loro caratteristiche. Queste ultime, unitamente al ruolo e alle funzioni attribuiti agli enti pubblici, definiscono i modelli organizzativi adottati nei singoli sistemi sanitari nazionali³⁷. Come è noto, in ossequio al principio di sussidiarietà delineato nei Trattati europei³⁸, la programmazione e l'organizzazione dei servizi socio-sanitari è attribuita alla competenza dei singoli Stati membri³⁹. Si tratta di una competenza primaria che trova la sua base giuridica sin dai Trattati di Roma: essi non assegnavano alla Comunità economica europea di allora alcuna attribuzione in materia di tutela della salute⁴⁰, privilegiando, invece, un'impostazione finalizzata esclusivamente alla creazione e allo sviluppo del mercato

Purchasing Care: Economic Activity or Service of General (Economic) Interest?, in *European Common Law Review*, 2004, pp. 87, 88.

³⁶ Sulla dimensione solidaristica dell'Unione europea, si rinvia al contributo di A. CANTARO, *Lo Stato europeo. La governance dell'Unione come potere economico-governamentale*, in *www.osservatorioaic.it*, 2016, n. 1.

³⁷ S. CIVITARESE MATTEUCCI, *Servizi sanitari, mercato e "modello sociale europeo"*, in *Merc. conc. reg.*, a. XI, n. 1, aprile 2009, pp. 181 ss.

³⁸ «In virtù del principio di sussidiarietà, nei settori che non sono di sua competenza esclusiva l'Unione interviene soltanto se e in quanto gli obiettivi dell'azione prevista non possono essere conseguiti in misura sufficiente dagli Stati membri, [...], ma possono, a motivo della portata o degli effetti dell'azione in questione, essere conseguiti meglio a livello di Unione». TUE, art. 5, par. 3. Per un'analisi del principio di sussidiarietà nel contesto istituzionale eurounitario, vedi, tra gli altri, K. GRANAT, *The Principle of Subsidiarity and its Enforcement in the EU Legal Order. The Role of National Parliaments in the Early Warning System*, Oxford, 2018.

³⁹ È quanto dispone l'art. 168, par. 7 del Trattato di funzionamento dell'Unione europea (TFUE): «L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate».

⁴⁰ Per vero, in dottrina, è stato segnalato che, attraverso una interpretazione estensiva dell'art. 2 del Trattato di Roma, si potrebbe anche ritenere che la "materia" sanità rientri negli obiettivi perseguiti dalle istituzioni comunitarie fin dall'origine. Così, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e servizi sociali*, Torino, 2018, p. 10.

unico e quindi alla promozione della concorrenza⁴¹. Agli Stati membri è stata dunque riconosciuta una precisa responsabilità istituzionale in ordine all'organizzazione dei servizi socio-sanitari⁴², che risponde anche alla pressione esercitata sui governi nazionali, in specie dopo la crisi finanziaria del 2008, affinché essi realizzino risultati più efficaci ed efficienti nella gestione delle politiche sanitarie⁴³.

È, tuttavia, necessario ribadire che i Trattati europei, unitamente al riconoscimento della piena autonomia organizzativa e gestionale in capo ai singoli Stati membri, hanno però riconosciuto in capo alle istituzioni comunitarie il diritto ad esercitare un'azione di coordinamento e di intervento⁴⁴, che afferma l'interdipendenza dei diversi sistemi sanitari nazionali⁴⁵. L'azione delle istituzioni europee, in quest'ottica, svolge una funzione complementare rispetto alle funzioni degli Stati membri⁴⁶. L'intervento dell'Unione europea

⁴¹ Ai sensi dell'art. 26, par. 2, TFUE, il mercato interno è definito come «uno spazio senza frontiere interne, nel quale la libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali è assicurata secondo le disposizioni del presente Trattato». L'art. 119, par. 1, TFUE conferma che «[...] l'azione degli Stati membri e dell'Unione comprende, [...], l'adozione di una politica economica che è fondata sullo stretto coordinamento delle politiche economiche degli Stati membri, sul mercato interno e sulla definizione di obiettivi comuni, condotta conformemente al principio di un'economia di mercato aperta e in libera concorrenza». Per una disamina degli strumenti per la formazione del mercato interno, si rinvia a S. CASSESE, *La nuova costituzione economica*, Bari, 2013, pp. 39 ss.

⁴² Sul punto, vedi Conclusioni del Consiglio Europeo sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, (2006/C 146/01), p. 2.

⁴³ In argomento, vedi E. JAKUBOWSKI-R.B. SALTMAN (eds.), *The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organisation, Londra, 2013, p. 3.

⁴⁴ Cfr. art. 168, par. 1 e 2, TFUE. Ribadisce la necessità di favorire un'azione congiunta tra istituzioni europee e Stati membri nel comparto dei servizi sanitari il Libro Bianco “Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013”, Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles, 23.10.2007 COM(2007) 630 def.

⁴⁵ In dottrina, si è osservato che, a differenza della “dialettica” interna agli Stati nazionali, che si incentra sul “conflitto autorità pubblica-libertà privata”, «[a]l contrario, l'Unione ha dato luogo al conflitto tra Unione e Stato, perché la sua azione è rivolta a limitare l'azione degli Stati e ad accrescere, quindi, l'ambito di libertà dei cittadini. Quando impedisce aiuti statali alle imprese, impone di rispettare la concorrenza, obbliga a consentire la libertà di circolazione, ecc., l'attività dell'Unione è diretta contro gli Stati, a favore dei privati. Per cui essa amplia, piuttosto che restringere, le libertà dei cittadini, tenendo sotto controllo i limiti che gli Stati pongono ad esse», CASSESE, *op. cit.*, p. 5.

⁴⁶ Negli ambiti di competenza concorrente con gli Stati membri, nei quali l'intervento dell'Unione europea è previsto in base al principio di sussidiarietà, contenuto e forma di tale intervento devono essere rapportati con la finalità perseguita e mirare al solo raggiungimento

è giustificato dallo specifico carattere e dalla primaria importanza che alla salute umana è riservata, quale obiettivo di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 168, par. 1 del TFUE⁴⁷. Si registra, dunque, da un lato, una aspirazione alla costruzione di una europeizzazione della sanità⁴⁸ e, dall'altro, la responsabilità degli Stati membri di assicurare l'organizzazione dei sistemi sanitari e di protezione sociale⁴⁹.

In questo contesto di "tensione" istituzionale⁵⁰, si colloca l'analisi degli ordinamenti giuridici dei singoli Stati membri che disciplinano i sistemi socio-sanitari in Europa. Coerentemente con le finalità del presente studio, enunciate nel primo paragrafo, l'approfondimento circa i diversi modelli in cui i sistemi socio-sanitari sono organizzati risulta prodromico per comprendere se tali sistemi risultano o meno permeabili alle "logiche di mercato"⁵¹. Si tratta, in altri termini, di verificare se l'ordinamento giuridico europeo riconosca che i sistemi sanitari e di protezione sociale non siano *tout court* riconducibili al principio di libera concorrenza, atteso che i servizi socio-sanitari costituiscono elementi fondamentali del diritto alla salute⁵² e del prin-

degli scopi previsti dai Trattati. In questa prospettiva, rientrano la politica sociale, la coesione economica, sociale e territoriale e i problemi comuni in materia di sanità pubblica. Cfr. TFUE, art. 4, par. 2.

⁴⁷ A. CATELANI, *La sanità pubblica*, in *Trattato di diritto amministrativo* (diretto da Giuseppe Santaniello), Vol. XL, Padova, 2010, p. 20.

⁴⁸ In argomento, per tutti, si rinvia a T. HERVEY, *Reflecting on 'Supporting health systems in Europe: added value of EU actions?'*, in *Health Economics, Policy and Law*, Volume 10, Special Issue 04, 2015, p. 486 e R. BAETEN, *Europeanization of national health systems National impact and EU codification of the patient mobility case law*, *European Social Observatory*, July 2012, p. 16.

⁴⁹ G. LABATE, *Esperienze europee e politiche comunitarie*, in *Pol. san.*, Anno 16, n. 1, gennaio-marzo 2015, p. 50.

⁵⁰ Sul punto, si vedano M. MCKEE-E. MOSSALOS, *Health Policy and European Law: Closing the Gaps*, in *Public Health*, 2006, 120, p. 16.

⁵¹ CIVITARESE MATTEUCCI, *op. cit.*, p. 185.

⁵² «Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». È la definizione di "diritto alla salute" contenuto nell'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea approvata a Nizza il 7 dicembre 2000. La formulazione di tale diritto è basata sull'art. 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea (TFUE), come si può evincere dalla nota esplicativa del Presidium alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dell'11 ottobre 2000, spiegazione art. 35: «I principi enunciati in questo articolo si basano sull'articolo 152 del trattato CE [l'attuale articolo 168], nonché sull'articolo 11 della Carta sociale europea. La seconda frase dell'articolo riproduce il paragrafo 1 dell'articolo 152». Così, P. BIANCHI, *I diritti sociali dopo Lisbona*:

cipio di coesione sociale⁵³, che informano le politiche di intervento dell'Unione europea⁵⁴.

2.1. *I Principi fondamentali dei sistemi sanitari europei e i diversi modelli organizzativi*

Gli obiettivi dell'Unione europea sopra richiamati sono assicurati dai principi fondamentali che caratterizzano i sistemi sanitari nazionali europei: principio di universalità, di equo accesso alle cure, di solidarietà e di sostenibilità. Mentre il principio universalistico identifica il diritto di tutti i cittadini europei di accedere all'assistenza sanitaria⁵⁵, il principio di solidarietà postula il finanziamento pubblico dei servizi sanitari nazionali sulla base di sistemi di tassazione generale⁵⁶. Il principio di equità, che integra quello universalistico, stabilisce che i cittadini europei possano accedere, in ragione dei bisogni di salute, ai servizi sanitari in condizioni di parità, escludendo, conseguentemente, discriminazioni in base all'appartenenza etnica, al genere, all'età, al ceto o al censo⁵⁷. Infine, il principio di sostenibilità⁵⁸, sul pia-

prime risposte dalla Corte di Giustizia, in M. CAMPEDELLI-P. CARROZZA-L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Bologna, 2010, p. 125.

⁵³ Cfr. Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*, Bruxelles, 20 ottobre 2009 COM(2009) 567 definitivo.

⁵⁴ Per una analisi degli effetti prodotti dal processo di integrazione europea sulla tenuta dei diritti sociali, si rinvia a A.M. NICO-G. LUCCHENA (a cura di), *L'Unione Europea e i diritti "abbandonati"*, in *Rass. dir. pubbl. eur.*, n. 2/2016.

⁵⁵ In argomento, si veda OMS, *What is universal coverage?*, disponibile online al seguente indirizzo: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definitions/en/. Ultima consultazione: 26 gennaio 2018.

⁵⁶ Sul tema, si vedano E. KUCUK, *Solidarity in EU Law: An Elusive Political Statement or a Legal Principle with Substance?*, in *23 Maastricht Journal of European and Comparative Law* 6 (2016). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2931741> e T. SVEEN, *A proportionate solidarity test?: ex ante existence ex post application of a legal principle of solidarity in European Union law*, European University Institute, 2018.

⁵⁷ Comunicazione della Commissione Europea relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti, Bruxelles, 4 aprile 2014, COM(2014) 215 def. In dottrina, per tutti, si veda anche C.M. GRASSI, *Status and impact of the ability to pay principle in the ECJ's case law concerning tax benefits based on personal and family circumstances*, CFE Working Papers series No. 52, 2015.

⁵⁸ Il concetto in esame è stato, nel corso degli ultimi anni, largamente assorbito nel lessico giuridico, finendo, ormai, per identificare un vero e proprio principio di diritto. Princi-

no finalistico, può essere ricondotto all'obiettivo ideale di preservare la crescita delle generazioni future⁵⁹. In quest'ottica, dunque, il principio di sostenibilità caratterizza in modo precipuo i sistemi di *welfare* socio-sanitari⁶⁰. Essi implicano assetti istituzionali e modelli organizzativi che devono assicurare una prospettiva di durata ai servizi e alle prestazioni oggetto dei sistemi sanitari e previdenziali nazionali⁶¹.

Nell'ambito dell'Unione europea, i sistemi socio-sanitari sono dunque largamente fondati sui principi di uguaglianza e di equità⁶², in forza dei quali l'accesso all'assistenza sanitaria rappresenta un diritto di tutti i cittadini indipendentemente dal reddito e dalla ricchezza individuale⁶³. All'interno dei "sistemi di equità" europei si distinguono, a loro volta, due modelli organizzativi di servizi socio-sanitari⁶⁴.

pio "codificato" nell'ordinamento interno, tra l'altro, rispetto ai limiti di indebitamento finanziario delle pubbliche amministrazioni, ad opera della Costituzione. Sul punto, D. PORENA, *Il principio della sostenibilità*, Torino, 2017, p. 4. In tema di sostenibilità, si segnalano le 18 raccomandazioni per migliorare la sostenibilità dei sistemi sanitari europei indirizzate alle istituzioni nazionali ed europee contenute nel Libro Bianco europeo "Acting Together – Roadmap for Sustainable Healthcare" approvato in data 19 marzo 2015 dall'European Steering Group (Esg) on Sustainable Healthcare, scaricabile al seguente indirizzo: https://eu-ems.com/event_images/Downloads/20150306-%20EUWPaper%20short%20version%20FINAL.pdf.

⁵⁹ Dispone l'art. 2 TCE, come modificato dal Trattato di Amsterdam, che «La Comunità ha il compito di promuovere nell'insieme della Comunità, mediante l'instaurazione di un mercato comune e di un'unione economica e monetaria e mediante l'attuazione delle politiche e delle azioni comuni (...) uno sviluppo armonioso, equilibrato e sostenibile delle attività economiche».

⁶⁰ In argomento, vedi N. GIANNELLI, *I sistemi sanitari negli Stati Uniti, Germania, Regno Unito: mercato, redistribuzione e reciprocità*, in *Amministrare*, XLVI, n. 1, aprile 2016.

⁶¹ Per quanto riguarda il Sistema sanitario italiano, è stato recentemente osservato che «l'Italia, insieme ad altri Paesi occidentali industrializzati, ha dovuto fronteggiare fin da subito il problema della sostenibilità economica e del mantenimento dell'equilibrio tra garanzie ai cittadini, organizzazione dei servizi, uniformità del sistema e qualità delle prestazioni offerte. La sfida principale che l'Italia ha dovuto affrontare – e sta affrontando in questi anni – è quella di rendere la spesa pubblica per la sanità sostenibile senza pregiudicare la qualità dei servizi sanitari e l'equità di accesso alle cure». Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla 12^o Commissione permanente del Senato della Repubblica, 10 gennaio 2018, punto 40 (Doc. XVII, n. 13).

⁶² Così, A. WILLIAMS, *Ideologie e sistemi sanitari: la scelta tra egualitarismo e liberismo, tra pubblico e privato*, in C. HANAU-G. MURARO (a cura di), *Governare la spesa sanitaria*, Milano, 1987, pp. 12 ss.

⁶³ In argomento, per tutti, si veda D. DA COSTA LEITE BORGES, *EU Health Systems and Distributive Justice: Towards New Paradigms for the Provision of Health Care Services?*, London-New York, 2017.

⁶⁴ Di una necessaria differenziazione che tenga conto delle tradizioni culturali delle realtà