amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo (Classe A)

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Rivista di Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Direzione scientifica
Gennaro Terracciano, Gabriella Mazzei, Julián Espartero Casado

Direttore Responsabile
Gaetano Caputi

Redazione
Carlo Rizzo

FASCICOLO N. 3/2026

Estratto

Iscritta nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Antonio Barone, Vincenzo Caputi Jambrenghi, Francesco Cardarelli, Enrico Carloni, Maria Cristina Cavallaro, Guido Clemente di San Luca, Andry Matilla Correa, Chiara Cudia, Gianfranco D'Alessio, Mariaconcetta D'Arienzo, Ambrogio De Siano, Ruggiero Dipace, Valentina Maria Donini, Luigi Ferrara, Pierpaolo Forte, Gianluca Gardini, Biagio Giliberti, Emanuele Isidori, Bruno Mercurio, Francesco Merloni, Giuseppe Palma, Alberto Palomar Olmeda, Attilio Parisi, Luca Raffaello Perfetti, Fabio Pigozzi, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Francesco Rota, Josè Manuel Ruano de la Fuente, Leonardo J. Sańchez-Mesa Martĭnez, Ramón Terol Gómez, Antonio Felice Uricchio.

Comitato editoriale

Jesús Avezuela Cárcel, Giuseppe Bettoni, Sveva Bocchini, Salvatore Bonfiglio, Dariusz Brakoniechi, Vinicio Brigante, Dariusz Budrowski, Sonia Caldarelli, Giovanni Cocozza, Andrea Marco Colarusso, Sergio Contessa, Beatrice Coppa, Giuseppe Doria, Manuel Delgado Iribarren, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Jakub Handrlica, Margherita Interlandi, Laura Letizia, Giuseppina Lofaro, Federica Lombardi, Gaetano Natullo, Carmen Pérez González, Giovanni Pesce, Benedetta Piazza, Marcin Princ, Sara Pugliese, Bianca Nicla Romano, Antonio Saporito, Giuliano Taglianetti, Esper Tedeschi, Simona Terracciano, Stefania Terracciano, Salvatore Villani.

Coordinamento del Comitato editoriale

Valerio Sarcone.

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Sanità e digitalizzazione: il ruolo del privato tra efficienza ed uguaglianza

di **Angela Chianese**

(Dottoranda di ricerca presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II")

Sommario

1. Premessa. – 2. Alleanze istituzionali e logiche concorrenziali nella sanità a doppio binario. – 3. La transizione digitale e le nuove dinamiche del rapporto pubblico-privato in sanità. – 4. (segue) la telemedicina come cartina di tornasole del nuovo modello sanitario. – 5. Conclusioni. Spunti per la valorizzazione della pluralità degli attori del sistema sanitario.

Abstract

The digitalization of healthcare today lies at the crossroads of technological innovation, administrative efficiency, and the protection of social rights. From this perspective, the digital transition process, made urgent by the pandemic crisis and supported by extraordinary investments such as those envisaged by the National Recovery and Resilience Plan (PNRR), is redefining the scope and delivery methods of public healthcare services, requiring a rethink on the very structure of the National Health System. This process, however, presents significant challenges, including the protection of sensitive data, system interoperability, and the digital divide; yet, at the same time, it offers unprecedented opportunities to improve access to care, personalize treatments, and optimize the system's efficiency.

* *Il presente lavoro è stato sottoposto al preventivo referaggio secondo i parametri della double blinde peer review*

1. Premessa.

La digitalizzazione della sanità si colloca oggi al crocevia tra innovazione tecnologica, efficienza amministrativa e tutela dei diritti sociali. In tale prospettiva, il processo di transizione digitale, reso urgente dalla crisi pandemica e sostenuto da investimenti straordinari come quelli previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sta ridefinendo il perimetro e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie pubbliche, imponendo una riflessione sulla configurazione stessa del Sistema Sanitario Nazionale. Questo processo, tuttavia, presenta sfide significative, tra cui la protezione dei dati sensibili, l'interoperabilità dei sistemi e il divario digitale; ma, al contempo, offre opportunità senza precedenti per migliorare l'accesso alle cure, personalizzare i trattamenti e ottimizzare l'efficienza del sistema.

Come noto, l'art. 32 della Costituzione[1] riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale e interesse della collettività, ma non vincola il legislatore all'adozione di un modello organizzativo sanitario specifico[2]. Infatti, la configurazione universalistica e pubblica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è frutto di una scelta politica, attuata con la legge n. 833 del 1978[3], che si è affermata in un contesto storico determinato e che, almeno in linea teorica, può essere modificata o integrata[4].

Rispetto ai modelli mutualistici o assicurativi, il sistema universalistico è stato ritenuto il più idoneo a realizzare i principi posti a fondamento della Carta costituzionale, primo tra tutti il principio di uguaglianza sostanziale ex art. 3, comma 2, della Costituzione.

Nondimeno, negli ultimi anni, il SSN è attraversato da una crisi profonda, che mette in discussione la tenuta dello stesso sistema, cui si accompagna un indebolimento

---

[1] Per una ricostruzione approfondita dell'art. 32 della Costituzione si veda B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale,* in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2/2019, p. 117 e ss.

[2] L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it,* n. 26/2023, p.20, definisce lungimirante la scelta dei costituenti di non vincolare il legislatore, nella prospettiva di consegnare al Paese una Costituzione duratura, scritta in un contesto di attesi e profondi rinnovamenti in un momento storico particolare. L'A. non manca di sottolineare che, dai dibattiti tenuti in sede di Assemblea costituente, traspare una preferenza verso il modello universalistico, considerato il migliore a realizzare gli obiettivi di valorizzazione della persona, posti al centro del nuovo ordinamento repubblicano.

[3] Come rileva I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi,* in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2/2019, p.15, l'opzione del legislatore per il cosiddetto sistema Beveridge si è rivelata coerente con il dettato costituzionale, poiché contempla una partecipazione progressiva e proporzionale alle spese sanitarie e risponde al dovere di solidarietà posto dalla Costituzione alla base di qualunque prestazione sociale.

[4] Sul punto cfr. M. D'ANGELOSANTE, *Sistemi universalistici e sistemi occupazionali a confronto*, in A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G. M. RACCA, M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, 2011, p. 21 e ss. L'A. rileva che la legge del 1978 era intervenuta per superare la frammentarietà del sistema mutualistico precedente. Nello stesso senso, M. CONTICELLI, *Pubblico, privato e comunità in sanità. Quali lezioni dal passato?* in, F. APERIO BELLA, M.A. SANDULLI *(a cura di), Pubblico, privato e comunità in sanità. Atti del Convegno del 15 maggio 2023*, Napoli, 2024, p. 89; F. GAMBARDELLA, *La tutela integrata della salute e dell'ambiente per l'approccio one health,* Napoli, 2025, p. 24 e ss.

ISSN 2036-7821

strutturale, dovuto a decenni di politiche di contenimento della spesa pubblica, che hanno progressivamente ridotto le risorse disponibili per garantire pienamente il diritto alla salute[5].

Le criticità stratificatesi nel tempo sono emerse con evidenza nel contesto della recente emergenza pandemica da Covid-19, mettendo in luce la crescente distanza tra il modello universalistico originario e l'attuale assetto del sistema sanitario[6].

In risposta a tali difficoltà, il sistema sanitario ha progressivamente adottato soluzioni innovative e complementari, volte a superare le criticità esistenti e a garantire una migliore erogazione dei servizi[7].

Tra queste, la digitalizzazione rappresenta uno strumento strategico per modernizzare l'organizzazione, facilitare l'accesso alle prestazioni e ottimizzare i processi gestionali. Nello stesso tempo, si è assistito a un coinvolgimento sempre più marcato di soggetti privati, che intervengono non solo come fornitori di tecnologie o servizi ausiliari, ma anche in ruoli di gestione e coordinamento nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Alla luce di quanto esposto, con il presente contributo si intende fornire degli spunti di riflessione al fine di comprendere se il modello universalistico sia ancora attuale o se siamo, invece, di fronte ad una trasformazione più profonda in cui il pubblico arretra progressivamente, lasciando sempre più spazio al privato[8].

Il nodo cruciale consiste nel coniugare efficacemente la flessibilità e l'efficienza tipiche del settore privato con gli obiettivi costituzionali di universalità, equità e tutela dei diritti sociali, assicurando che la digitalizzazione non si traduca in uno strumento di esclusione o disparità, ma contribuisca, al contrario, a costruire un sistema sanitario più inclusivo e sostenibile. In tal senso, l'apertura al privato può

[5] M. G. De Filicaia, *Legge di bilancio e sanità: si aggravano i nodi critici del funzionamento del Servizio sanitario nazionale,* in *Politiche Sociali,* n. 1/2025, p. 295 e ss. Dal 2000 al 2024, il finanziamento pubblico in termini nominali è stato incrementato ogni anno. Occorre, tuttavia, far riferimento al finanziamento in termini reali, cioè, tenendo conto dell'inflazione, e rispetto al PIL. I dati della legge di bilancio evidenziano che siamo di fronte a una progressiva riduzione del finanziamento destinato al SSN in quota PIL: nel triennio 2025-2027, a fronte di un incremento del PIL nominale del 3,0% in media, l'incremento del Fondo sanitario nazionale è del 1,78%.

[6] D. Morana, *L'effettività del diritto alla salute "oltre le Corti": vecchie e nuove questioni,* in *Rivista di diritti comparati,* n. 1/2022, p. 23, sottolinea che l'emergenza sanitaria ha rappresentato un momento critico in cui la carenza di prestazioni ospedaliere, sia in termini di strutture che di dispositivi medici, si è scontrata con un'imponente domanda di assistenza, proveniente non solo dai pazienti affetti da Covid-19, ma anche da soggetti colpiti da altre patologie gravi.

[7] Sulle misure adottate per far fronte all'emergenza pandemica cfr. C. Acocella, *Spigolature sulle dimensioni del tempo nella stagione dell'emergenza da Covid-19*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, n. 2/2020, p. 20 e ss.; A. Saporito, *Il diritto alla salute alla prova del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza,* in *Queste istituzioni,* n. 4/2022, p. 84 e ss.

[8] Come riportato da E. Cecconi, *Il servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in *Astrid*, n. 9/2024, p. 16, il percorso di privatizzazione continua ad aumentare, senza trovare alcun ostacolo. Lo Stato è il primo cliente per la sanità privata: il SSN acquista, infatti, il 60 % delle sue prestazioni, senza considerare gli acquisti di beni e servizi del SSN. In particolare, per l'acquisto di servizi medici e farmacologici più del 50% delle istituzioni sanitarie che si occupano di malattie croniche sono appannaggio dei privati. In senso critico, C. Giorgi, *L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale*, in *Politiche sociali,* n. 3 /2023. L'A. osserva come non emergano evidenze univoche a supporto di una maggiore efficienza, qualità o efficacia del settore privato rispetto a quello pubblico.

rappresentare una risposta concreta alle crescenti esigenze di innovazione e specializzazione, ma comporta al contempo il rischio di compromettere i valori fondanti del Sistema Sanitario Nazionale.

2. Alleanze istituzionali e logiche concorrenziali nella sanità a doppio binario.

Il nostro sistema sanitario è oggi caratterizzato dalla cd. sanità a doppio binario: da un lato, il Servizio Sanitario Nazionale, ispirato, come anticipato, ai principi di uguaglianza, equità e universalità; dall'altro, un sistema privato che agisce in maniera complementare o suppletiva nel ruolo di erogatore dei servizi sanitari.

Nell'ambito del SSN, il principio di uguaglianza impone all'amministrazione pubblica di garantire l'accesso alle cure a tutti i cittadini, inclusi coloro che, per condizioni personali o sociali, rischierebbero di essere esclusi. Il principio di universalità discende dal riconoscimento del diritto alla salute come diritto fondamentale, il cui nucleo essenziale deve essere assicurato a chiunque[9]. Infine, l'equità mira a modulare l'intervento pubblico in funzione delle specifiche condizioni dei singoli, al fine di ridurre le disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari.

In tale prospettiva, il carattere fondamentale del diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione, pur imponendo puntuali doveri di cura in capo ai soggetti pubblici coinvolti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, non implica la realizzazione di un sistema caratterizzato dal monopolio pubblico dell'offerta sanitaria; anzi, il principio di sussidiarietà orizzontale ex art. 118 co 4 della Costituzione sembra precludere, anche nel settore sanitario, opzioni ispirate a logiche monopolistiche[10].

Preliminarmente all'analisi dei rapporti tra pubblico e privato, bisogna distinguere le due anime del "privato" in sanità: da una parte, il privato puro, ossia quel settore che opera al di fuori del circuito del finanziamento pubblico e che si rivolge direttamente al cittadino, con prestazioni totalmente a carico dell'utente *(cd. spesa out of the pocket)*; dall'altra parte, il privato accreditato, vale a dire, quei soggetti che, pur essendo giuridicamente privati, sono funzionalmente inseriti nel sistema pubblico attraverso il meccanismo dell'accreditamento istituzionale e del convenzionamento.

A tal proposito, è opportuno soffermarsi, seppur senza pretese di esaustività,

---

[9] In merito all'universalità, si veda la sentenza della Corte costituzionale n. 252/2001, in *www.cortecostituzionale.it*, secondo cui "*Il nucleo irriducibile di tutela della salute, quale diritto fondamentale della persona deve essere riconosciuto anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso.*".

[10] A. GIANNELLI, *Il sistema sanitario della regione Lombardia, tra "sussidiarietà competitiva" e "sussidiarietà partecipativa"*, in *federalismi.it*, n. 12/2024, p. 243. Bisogna superare le "esasperate contrapposizioni", talvolta non immuni dalle velature dell'ideologia, che si registrano nel dibattito concentrato sul ruolo del pubblico e sulla presenza dei gestori privati nell'offerta sanitaria. In termini analoghi N. AICARDI, *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo*, (a cura di) S. CASSESE, Seconda edizione, Milano, 2003.

ISSN 2036-7821

sull'articolazione del rapporto tra soggetto pubblico e soggetto privato nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, rapporto che può essere ricostruito attraverso tre fasi ideali, note come meccanismo delle tre A: Autorizzazione, Accreditamento e Accordo[11].

La prima fase consiste nel rilascio dell'autorizzazione, presupposto necessario per la realizzazione delle strutture e l'esercizio dell'attività sanitaria. Essa è subordinata al possesso di requisiti minimi, relativi, in particolare, al rispetto degli *standard* di sicurezza e alla qualità delle prestazioni. Il titolo autorizzatorio, tuttavia, non abilita di per sé all'erogazione di servizi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, possibilità che si concretizza solo con il successivo accreditamento e, soprattutto, con la stipula dell'accordo[12].

L'accreditamento, seconda fase del meccanismo, è a sua volta subordinato alla verifica di ulteriori requisiti di natura igienico-strutturale e tecnico-sanitaria, nonché alla coerenza tra le prestazioni offerte dalla struttura e la programmazione sanitaria e finanziaria predisposta dalla regione competente[13].

Infine, la terza e ultima fase è rappresentata dall'accordo, con cui si attribuiscono obblighi di prestazione alla struttura sanitaria privata, la quale, in tal modo, entra stabilmente nel circuito dell'erogazione pubblica dei servizi sanitari[14].

In sintesi, il privato accreditato svolge un ruolo essenziale nella concreta attuazione del diritto alla salute: eroga prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), opera su incarico e con risorse del sistema sanitario regionale, ed è soggetto

---

[11] Il meccanismo è disciplinato dal d.lgs. 30 dicembre 1992 ed in particolare agli artt. 8-ter, 8-quater, 8-quinquies. Su tale meccanismo si vedano, *ex multis*, F. TRIMARCHI BANFI, *Pubblico e privato nella sanità. Autorizzazioni e convenzioni nel sistema della riforma sanitaria*, Milano, 1990; F. LIGUORI, *Impresa privata e servizio sociale nella sanità riformata*, Napoli, 1996; R. SPAGNUOLO VIGORITA, *Politiche pubbliche del Servizio Sanitario. Profili giuridici*, Napoli, 2003; V. MOLASCHI, *Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali tra esigenze di contenimento della spesa pubblica e tutela della concorrenza*, in *Giurisprudenza italiana*, n. 3/2014, p. 675 e ss.

[12] Come osservato da F. APERIO BELLA, *pubblico, privato e comunità in sanità: prospettive collaborative guardando al terzo settore*, in F. APERIO BELLA, M.A. SANDULLI *(a cura di), Pubblico, privato e comunità in sanità. Atti del Convegno del 15 maggio 2023*, Napoli, 2024, p. 30, quando il privato intende concorrere con il pubblico nell'ambito dei servizi alla persona è possibile limitare l'iniziativa economica privata per il perseguimento di motivi di interesse generale ex art. 41 della Costituzione.

[13] C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, 2020, p. 134, definisce l'accreditamento come la capacità di operare, in capo ai soggetti autorizzati, in nome e per conto del sistema sanitario nazionale e regionale, rappresentando la forma principale di affidamento prevista per i servizi sanitari.

[14] A. GIANNELLI, *Il sistema sanitario della regione Lombardia, tra "sussidiarietà competitiva" e "sussidiarietà partecipativa", op.cit.*, p. 230, analizza il diverso modello adottato dalla regione Lombardia, la quale ha optato per un approccio improntato alla liberalizzazione, sostituendo la fase dell'autorizzazione con la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA). L'A. rileva che tale scelta è costituzionalmente legittima, dal momento che le strutture autorizzate non vantano alcun coinvolgimento, nemmeno potenziale, nell'erogazione delle prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Di segno opposto appare la scelta della regione Veneto, la quale ha subordinato il rilascio dell'autorizzazione alla valutazione positiva della compatibilità con la programmazione socio-sanitaria regionale, anticipando, rispetto allo schema delineato dal legislatore statale, la verifica programmatoria che normalmente si colloca nella fase dell'accreditamento. In tal modo, il sistema veneto limita l'accesso al mercato già nella fase autorizzatoria, attenuando le dinamiche concorrenziali tra operatori pubblici e privati.

ISSN 2036-7821

agli stessi *standard* di qualità e controllo del sistema pubblico[15]. In altri termini, emerge il ruolo del privato in una prospettiva collaborativa, ossia partecipando alla rete dei servizi.

Diversa è la posizione del privato non accreditato, il quale agisce in regime di concorrenza rispetto al pubblico e, talvolta, intercetta la domanda di chi, per ragioni economiche, può permettersi di aggirare le criticità del sistema pubblico, *in primis* le liste d'attesa. In tal caso, il privato non svolge una funzione integrativa, ma piuttosto supplente o, addirittura, alternativa al sistema pubblico, rispondendo unicamente a logiche di mercato[16].

Questa impostazione si riflette nel principio di libera scelta dell'assistito, secondo cui ogni cittadino ha il diritto di scegliere se rivolgersi ad un presidio pubblico o privato[17].

Lo scenario che si è delineato rappresenta l'esito delle riforme che hanno interessato il settore sanitario, a partire dagli anni Novanta, le quali hanno progressivamente superato la concezione della sanità, come risorsa della collettività, posta alla base dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di trasformarla in una macchina produttiva di servizi[18].

In particolare, si fa riferimento alle scelte normative introdotte a partire dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, che, per la prima volta, ha previsto la possibilità di una competizione tra erogatori pubblici e privati nell'ambito delle prestazioni sanitarie, avviando contestualmente l'aziendalizzazione dei servizi sanitari regionali. Il processo riformatore è stato ulteriormente rafforzato nel 1999 con il d.lgs. 3 febbraio 1999 n. 30, che ha ridefinito l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, consolidando la logica aziendalistica e ampliando gli strumenti di regolazione e

---

[15] Sul punto cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, 2 maggio 2019, n. 2854, secondo cui *"Chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare le condizioni da questa imposte, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni, beni costituzionali di superiore valore, quale i livelli essenziali relativi al diritto alla salute. In alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato. Dunque, le strutture private che decidono di lavorare con il Servizio sanitario sanno bene di dover sacrificare parte della loro autonomia imprenditoriale ma accettano tale limitazione in cambio della sicurezza – assente nel libero mercato – di un minimo di prestazioni garantite."*

[16] Sulla praticabilità e sulla portata dei processi di liberalizzazione nell'area dei servizi sociali e sanitari si rinvia a C. ACOCELLA, *Modelli organizzativi e gestionali dei servizi sociali e sanitari e logiche di mercato*, in F. LIGUORI, C. ACOCELLA (a cura di), *Liberalizzazioni. Istituzioni, dinamiche economiche e lavoro nel diritto nazionale ed europeo,* Napoli, 2015, p. 63 e ss.

[17] In tal senso si veda M. D'ANGELOSANTE, *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità attraverso la lente dei rapporti fra i pubblici poteri e i privati e fra sistemi sanitari,* in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale,* n. 3/2016, p. 481 e ss. L'A. rileva che la libertà di scelta si articola su più livelli: nella prospettiva orizzontale, la scelta è tra il sistema pubblico e il sistema privato, mentre nella prospettiva verticale si distingue la scelta fra erogatori dello stesso sistema dalla scelta tra erogatori di sistemi diversi e, quindi, anche tra sistemi sanitari differenti.

[18] In questi termini A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro,* in *Diritto pubblico,* n. 2/2020, p. 390. L'attenzione è concentrata solo sulla produzione e sui costi delle prestazioni sanitarie, trascurando - se non addirittura dimenticando - la valenza sociale, culturale e simbolica del SSN.

controllo tra le diverse componenti del sistema[19].

Le novelle normative appena menzionate si inseriscono nel più ampio contesto teorico del *New Public Management*, un modello di *governance* delle amministrazioni pubbliche che valorizza la competizione e l'approccio gestionale, tipico delle imprese private, come strumenti per migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'azione pubblica[20].

Da ultimo, per uno sguardo d'insieme, non può sottacersi il possibile ruolo degli enti del Terzo Settore, posti accanto ai poli tradizionali del pubblico e del privato *for profit*, spesso marginalizzati nel dibattito istituzionale[21], ma portatori di una dimensione complementare e radicata nei territori[22]. Infatti, pur operando in una posizione talvolta invisibile, tali enti contribuiscono in modo strategico alla tenuta del sistema, soprattutto nei contesti di maggiore fragilità sociale e nella promozione di modelli di prossimità, inclusione e sussidiarietà[23].

3. La transizione digitale e le nuove dinamiche del rapporto pubblico-privato in sanità.

Dall'osservazione delle dinamiche fin qui descritte nel rapporto tra pubblico e privato in ambito sanitario, si può evidenziare che se, per un verso, vi sono spinte a favore di un ruolo centrale dello Stato, maggiormente coerente con le finalità costituzionali di universalità e uguaglianza nell'accesso alle cure; per altro verso, ed in direzione contraria, il legislatore – attraverso le riforme richiamate - sembra riconoscere che il sistema pubblico, da solo, non sia pienamente in grado di

[19] Secondo F. LIGUORI, *Flessibilità e modelli organizzativi del S.S.N.*, in F. LIGUORI, A. ZOPPOLI (a cura di), *La sanità flessibile*, Napoli, 2012, p. 13 e ss., l'apertura al mercato realizzata con la riforma del 1992 è stata superata dall'intervento legislativo del 1999, caratterizzato da una rigidità programmatoria, con effetti protezionistici per gli operatori privati già inseriti nel SSN in regime di riserva.

[20] In senso critico G.G. CARBONI, *Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale*, in *federalismi.it*, n.8/2020, p. 292, osserva che oggi si tende a coniugare l'universalità con la sostenibilità, riservando un ruolo prioritario alla seconda.

Nello stesso senso, F. F. GUIZZI, *La tutela della salute nel sistema nazionale*, in *Rivista giuridica ambiente diritto*, n. 1/2025. L'A. rileva come la competitività e l'ossessiva attenzione alla remunerazione e al bilancio, nonché l'ottenimento di quote premiali ha accentuato le asimmetrie territoriali.

[21] G. GOSETTI, *La riforma sanitaria e le sue implicazioni*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, n. 1/2024, p. 69 e ss. evidenzia la differenza tra "lavorare per la comunità", che implica riflettere sulla pianificazione e programmazione per rispondere ai bisogni di salute di un territorio, e "lavorare con la comunità", che significa sviluppare strategie di coinvolgimento della popolazione e degli attori significativi, in un disegno di attivazione delle risorse necessarie per la salute.

[22] Come emerge dal Rapporto Euricse, *Tra sanità e assistenza: una filiera da ricomporre. Evoluzione e ruolo del Terzo Settore in Italia*, Trento, 2022, la distribuzione degli enti del Terzo Settore sul territorio nazionale presenta notevoli differenze. In particolare, il nord-ovest ospita la quota più elevata di organizzazioni attive nelle attività sanitarie e assistenziali, pari al 28,1% del totale. Nel nord-est, al centro e al sud, la presenza di tali enti si mantiene su livelli più contenuti, intorno al 20%, mentre nelle Isole si registra la percentuale più bassa, con appena l'11,5% delle unità economiche del settore.

[23] F. APERIO BELLA, *pubblico, privato e comunità in sanità: prospettive collaborative guardando al terzo settore*, *op.cit.*, p. 34, rileva che le organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella sanità occupano una quota di mercato che si aggira attorno al 28%, e concentrano la loro attività nel settore dell'assistenza sanitaria domiciliare e in quello delle case di cura.

ISSN 2036-7821

rispondere alla crescente complessità dei bisogni sanitari.
Il rapporto tra pubblico e privato, dunque, si configura come un pendolo in costante oscillazione tra due visioni contrapposte[24], il quale oggi pare nuovamente essere messo in discussione da un fenomeno inarrestabile: la digitalizzazione. Quest'ultima contribuisce, infatti, a rendere sempre più sfumato il confine tra pubblico e privato, imponendo forme di collaborazione e integrazione che superano la tradizionale logica binaria e sollecitano un ripensamento complessivo della *governance* del sistema sanitario.
In questa prospettiva, si ritiene opportuno soffermarsi su come la transizione digitale, che sta investendo la sanità, promossa anche nell'ambito della missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)[25], si inserisce nel rapporto tra strutture pubbliche e strutture private.
Orbene, il PNRR ha inteso potenziare il sistema sanitario destinando alla Missione Salute 15,63 miliardi di euro, pari all'8,16% dell'importo totale, ma, complessivamente, le risorse straordinarie superano i 20 miliardi di euro.
L'impiego della telemedicina, della cartella clinica elettronica e dei sistemi basati su intelligenza artificiale mira a incrementare l'efficienza del sistema sanitario e a promuovere modelli di cura maggiormente personalizzati e centrati sul paziente[26].
Tuttavia, come anticipato, la trasformazione digitale non può essere considerata un processo neutro: essa, infatti, costituisce non solo un'opportunità per ampliare l'accesso alle prestazioni sanitarie, ma anche un potenziale fattore di aggravamento delle disuguaglianze.
Tra le principali iniziative del PNRR in materia sanitaria si annoverano il potenziamento del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e lo sviluppo della telemedicina, di cui si dirà *infra*[27].
Attraverso tali strumenti, l'innovazione tecnologica si concretizza in nuovi approcci

[24] R. FERRARA, *Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione*, in *Ceridap*, n. 2/2023, p. 172 parla di "moto del pendolo".

[25] Gli interventi della Missione Salute (6) sono divisi in due Componenti: la prima dedicata a *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"*, la seconda a *"Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale"*. Tali misure perseguono tre importanti obiettivi: la ridefinizione della sanità territoriale attraverso un investimento su modelli di prestazione e formule organizzative che promuovono la prossimità delle cure, la promozione di ricerca e innovazione e infine, l'ammodernamento, il rafforzamento e la digitalizzazione del sistema.

[26] Sull'uso dell'intelligenza artificiale si veda E. GIUSTI, *La sanità del futuro tra tecnologie e privacy*, in *Diritto e salute, Rivista di sanità e responsabilità medica*, n.2/2023, p. 22 e ss. Il riferimento a tali tecnologie non è univoco, ma ricomprende soluzioni caratterizzate da diversi livelli di complessità ed autonomia. Si va, infatti, da applicazioni basate su *chatbot*, che consentono al paziente di interagire con un assistente virtuale ottenendo risposte preliminari rispetto ai sintomi e alle informazioni inserite — non senza i connessi rischi di valutazioni inadeguate — fino a sistemi avanzati, potenzialmente in grado di sostituirsi integralmente all'operato del medico.

[27] Per un quadro completo su come la tecnologia può innovare l'ambito sanitario si rinvia al Rapporto OASI 2019, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*. In particolare, gli ambiti di riferimento sono: i sistemi di accesso al sistema sanitario, già da tempo utilizzati; i modelli di presa in carico dei pazienti; l'intelligenza artificiale e i sistemi di apprendimento meccanico e l'uso della robotica come supporto nei processi di cura.

terapeutici, nei quali si delinea un rinnovato ruolo del paziente: non più soggetto passivo affidato esclusivamente alle cure del medico, ma parte attiva nella gestione della propria salute e del percorso di cura[28]. Ne consegue una progressiva "democratizzazione" della conoscenza medica[29], che cessa di essere prerogativa esclusiva di una categoria professionale, per divenire accessibile a fasce sempre più ampie della popolazione, con la precisazione che tutto ciò è possibile solo se alla base della relazione terapeutica tra medico e paziente vi sia un adeguato scambio di informazioni.

Partendo dall'analisi del fascicolo sanitario elettronico, esso è una raccolta digitale di tutti i dati, documenti sanitari e sociosanitari relativi alla storia clinica di un soggetto, rappresenta una vera e propria carta d'identità digitale sanitaria del singolo cittadino. In altri termini, si tratta di uno strumento informativo, una sorta di "memoria storica" che dà accesso a tutti gli episodi di rilievo clinico di un individuo, con l'obiettivo di tracciarne la storia sanitaria e condividerla con gli operatori, sanitari e non, per una più efficace valutazione degli eventi[30].

Tuttavia, sebbene siano passati più di dieci anni dalla sua introduzione – avvenuta con il d.lgs. 179/2012 - nella pratica questo strumento presenta ancora molte criticità.

Innanzitutto, essendo istituito e gestito a livello regionale, il sistema risulta fortemente frammentato: le disparità territoriali sono evidenti, sia per quanto riguarda l'alimentazione dei dati, sia per la possibilità concreta di accesso da parte dei cittadini, a causa del persistente analfabetismo digitale[31].

Al fine di superare tali limiti, il PNRR ha previsto una nuova versione del Fascicolo Sanitario, il cosiddetto FSE 2.0, il quale prevede un maggiore coinvolgimento anche dei soggetti privati, in particolare di quelli accreditati o autorizzati, nel processo di alimentazione del fascicolo.

In questo modo, anche strutture sanitarie private, compresi gli studi medici, possono contribuire a integrare i dati del paziente, rendendo il quadro clinico più completo e

[28] In questi termini M. T. BORDOGNA, *La digitalizzazione in sanità: il cittadino paziente fra tradizione e innovazione,* in G. NUVOLATI (a cura di), *Sviluppo urbano e politiche per la qualità della vita,* Firenze, 2018, p.101. L'A. rileva che la sanità digitale può creare un terreno favorevole per l'*empowerment* dei cittadini i quali, assieme agli operatori, possono diventare attori centrali del sistema di cura.

[29] *Ibidem*, p. 95.

[30] Per un'analisi approfondita del FSE si rinvia *ex multis* a E. SORRENTINO, A.F. SPAGNUOLO, *La sanità digitale in emergenza Covid-19. Uno sguardo al fascicolo sanitario elettronico,* in *federalismi.it,* n. 30/2020.; G. CRISAFI, *Fascicolo sanitario elettronico: "profilazione" e programmazione sanitaria* in *federalismi.it,* n. 5/2021; N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza),* in *federalismi.it,* n. 26/2021.

[31] In termini P. LOMBARDI, *Sicurezza dei dati in ambito sanitario ed evoluzione tecnologica tra passato, presente e futuro,* in *Il diritto dell'economia,* n.3/2021, p. 70 e ss. L'A. si sofferma sul *digital divide*, vale a dire, sul divario tra coloro che hanno accesso alle tecnologie e coloro che non ce l'hanno, evidenziando come ciò possa compromettere la realizzazione della "eguaglianza digitale", ormai divenuta una vera e propria "emergenza democratica". Inoltre, si rileva che il fenomeno del *digital divide* può essere guardato sia sul versante del cittadino, che sul versante degli agenti dell'amministrazione.

ISSN 2036-7821

aggiornato. Il sistema punta a realizzare una maggiore interoperabilità tra pubblico e privato e una visione unitaria del percorso di cura, a prescindere dal tipo di struttura a cui il cittadino si è rivolto. Si tratta, in definitiva, di una forma di collaborazione che non risponde a logiche di mercato, ma che si sviluppa in funzione della cura del paziente.

Del resto, la pluralità di strutture che possono accedere al fascicolo sanitario elettronico è la caratteristica che lo distingue dal cd. dossier sanitario, il quale si configura come uno strumento documentale in formato digitale che raccoglie le informazioni cliniche di un paziente, limitatamente all'attività svolta presso una singola struttura sanitaria. La sua portata, dunque, è circoscritta al contesto organizzativo e professionale dell'ente presso cui il paziente è stato preso in carico, senza consentire una condivisione sistematica dei dati con altre strutture[32].

L'interoperabilità tra le strutture pubbliche e private rappresenta certamente un passo avanti importante, ma comporta anche delle responsabilità nuove, soprattutto in capo alle aziende sanitarie pubbliche, che restano titolari della funzione di controllo[33].

Infatti, l'attività di monitoraggio deve essere effettuata periodicamente ed è di natura sia qualitativa, mirata a verificare che vengano inviate al FSE tutte le tipologie di referti afferenti alle prestazioni per cui tale struttura risulta accreditata, sia un'analisi quantitativa del numero di referti inviati, rapportato al numero di prestazioni erogate.

Da quanto esposto emerge che, anche in un contesto sempre più digitalizzato, il ruolo del soggetto pubblico rimane fondamentale, non solo come fornitore diretto di servizi, ma soprattutto come soggetto regolatore, garante dell'equità del sistema e responsabile del controllo[34].

In relazione al controllo svolto, i dati più recenti mostrano che l'attuazione del FSE 2.0 sta procedendo in modo disomogeneo. Infatti, ad oggi soltanto quattro documenti su sedici monitorati sul portale pubblico, vale a dire, lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio, di radiologia e verbale di pronto soccorso,

---

[32] Sul punto C. SARTORIS, *La tutela dei dati personali dei pazienti di fronte alle sfide della sanità digitale, op.cit.,* definisce il fascicolo sanitario come un insieme di dossier sanitari.

[33] R. MICCU', *Il diritto fondamentale alla salute e la digitalizzazione dei servizi sanitari nell'epoca della pandemia: una prospettiva multilivello,* in *La cittadinanza europea online,* n.2/2023, p. 332. L'Autore sottolinea la necessità di stipulare accordi tra entità pubbliche e private finalizzati alla condivisione dei dati, al fine di garantire una *governance* efficace dei dati sanitari, nel rispetto di adeguati *standard* di sicurezza, nonché di prevenire e gestire le eventuali criticità connesse ai processi di condivisione.

[34] Sulla funzione di controllo svolta dai soggetti pubblici cfr. G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute,* in *Diritto pubblico,* n. 1/2002, p. 95-96. Si passa da una verifica meramente formale sugli atti e sulle prestazioni, ad un controllo sostanziale sulla gestione delle strutture, fino a giungere alla valutazione della qualità del servizio.

Per un quadro completo sul ruolo dello Stato come regolatore del mercato si rinvia a S. CATUOGNO, *Il partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance,* Torino, 2017, p.36 e ss.

risultano effettivamente disponibili in tutte le regioni[35].
E non sono incoraggianti nemmeno i numeri circa il consenso alla consultazione dei dati: trattandosi di informazioni sensibili, il personale sanitario può accedervi solo previo consenso del paziente, che può revocarlo in qualsiasi momento[36].
Del resto, la mancata autorizzazione alla consultazione del FSE non comporta conseguenze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, tuttavia non permette in via ordinaria ai professionisti sanitari che prendono in cura il paziente di acquisire informazioni utili per una cura più sicura e appropriata.
Inoltre, considerando che il cittadino può svolgere un ruolo fondamentale anche nell'alimentazione del fascicolo sanitario, potendo richiedere l'inserimento di determinate informazioni di natura sanitaria o amministrativo-sanitaria, è necessario che i dati da quest'ultimo inseriti siano chiaramente distinti da quelli inseriti dagli operatori sanitari, così da garantire la trasparenza e rendere sempre evidente la paternità dell'atto a chi vi accede[37].
Ad oggi risulta che, a livello nazionale, solo il 42% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri dati sanitari da parte dei medici. Eppure, il divario tra le regioni è enorme, basti pensare che si passa dall'1% in Abruzzo, Calabria e Campania al 92% in Emilia-Romagna[38].
Tali numeri sollevano interrogativi significativi in merito all'effettiva capacità della sanità digitale di farsi strumento di riequilibrio sociale, dal momento che, nonostante gli investimenti previsti dal PNRR emerge il rischio concreto che le innovazioni tecnologiche finiscano per riprodurre – o addirittura accentuare – disuguaglianze già radicate nel sistema, piuttosto che contribuire al loro superamento.

4. (segue) la telemedicina come cartina di tornasole del nuovo modello sanitario.

Nell'ambito di un'analisi che intende soffermarsi sulla ridefinizione dei rapporti tra pubblico e privato nel nuovo contesto di transizione digitale, assume senza dubbio rilevanza la telemedicina, quale banco di prova emblematico per valutare le reali

[35] Dati pubblicati sul portale del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, a cura del Ministero della Salute e del Dipartimento per la Trasformazione Digitale.

[36] In particolare, i dati sanitari sono parte di quella categoria che è stata definita dei c.d. "dati sensibili", o "categorie particolari di dati" che godono di una specifica protezione da parte del Regolamento UE n. 679/2016. Infatti, il regolamento definisce i "dati relativi alla salute" come quei dati di una persona fisica in grado di rilevare informazioni relative al suo stato di salute (art. 4, n.15, GDPR).

[37] In senso critico C. SARTORIS, *La tutela dei dati personali dei pazienti di fronte alle sfide della sanità digitale,* in *Diritto e salute, Rivista di sanità e responsabilità medica,* n. 1/2023, p. 45. L'A., pur guardando con favore il ruolo attivo del paziente – espresso nella facoltà di attivare o meno il FSE, determinare i soggetti autorizzati alla consultazione e selezionare le informazioni da rendere visibili - evidenzia il rischio connesso all'inserimento di dati non pertinenti, o addirittura, erronei, in assenza di un preventivo controllo da parte del medico.

[38] Dati pubblicati sul portale del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, a cura del Ministero della Salute e del Dipartimento per la Trasformazione Digitale.

ISSN 2036-7821

capacità del sistema di adattarsi ad un nuovo paradigma[39].

La telemedicina costituisce una modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nella stessa località[40].

Si tratta di uno strumento che ha mostrato le sue potenzialità durante la recente emergenza pandemica[41] e, per tale ragione, il PNRR punta molto sullo stesso, al fine di rafforzare l'assistenza domiciliare integrata e trasformare la "casa come primo luogo di cura"[42], in modo da garantire l'equità nell'offerta dei servizi specialistici per gli utenti delle aziende sanitarie, specialmente se residenti in territori periferici, con infrastrutture limitate per il raggiungimento dei presidi e con difficoltà nella mobilità[43].

Anche tale novità non è priva di criticità: in primo luogo, si rischia di perdere l'alleanza medico-paziente e la dimensione umana dell'approccio terapeutico, fattore imprescindibile in un ordinamento come quello italiano, costruito intorno alla centralità della persona in qualità di paziente, in base al principio personalista ex art.

---

[39] Come rilevato da A. COIANTE, *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in *federalismi.it*, n.28/2025, p. 47, i sistemi sanitari contemporanei non sono chiamati semplicemente a integrare nuove tecnologie, ma anche a ridefinire assetti regolatori e modelli organizzativi capaci di valorizzarne le potenzialità senza compromettere l'equilibrio tra innovazione, sostenibilità e qualità dell'assistenza.

[40] G. CANGELOSI, *I servizi pubblici sanitari: prospettive e problematiche della telemedicina*, in *Diritto di famiglia*, n.1/2007, p. 431. Si distingue tra: telemedicina domiciliare e territoriale, in cui il medico di famiglia, o direttamente il paziente esegue la registrazione attraverso dispositivi medici e la trasmette ad una Centrale di ascolto, in cui medici specialisti ricevono ed interpretano il risultato dell'indagine; la telemedicina intesa come strumento di diagnosi e facilitatore di scambi attraverso la creazione di un collegamento tra reparti o tra diverse strutture ospedaliere; ed infine la telemedicina come gestione delle situazioni di emergenza, intesa sia in termini di intervento, che in termini di selezione delle richieste di assistenza e di prestazioni sanitarie.

[41] Nel rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità Covid-19, *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*, n. 12/2020, 13 aprile 2020, si evidenziava la necessità di offrire servizi sanitari e supporto psicologico, usando soluzioni in telemedicina in caso di isolamento domiciliare indotto dalle norme di distanziamento sociale per quelle specifiche categorie di persone che necessitano di continuità assistenziale, pur non essendo state contagiate.

[42] L'obiettivo assunto in tale ambito è ambizioso: fare dell'Italia il primo Paese in Europa per assistenza domiciliare agli anziani. Attualmente, secondo i dati disponibili, la Germania e la Svezia assistono a domicilio circa il 9% degli over 65, mentre l'Italia, grazie anche a recenti interventi normativi come il Decreto Rilancio (d.l. 34/2020), ha raggiunto il 6%. Il PNRR punta a superare la soglia del 10%, segnando un cambio di paradigma nell'organizzazione dell'assistenza alle persone fragili. In senso critico A. PIOGGIA, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza,* in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 2/2022, p. 124, evidenzia i pericoli che potrebbero derivare da un mero aumento delle persone curate a domicilio, senza che a questo si accompagni un investimento anche sulla qualità, quantità e uniformità delle prestazioni. In particolare, l'assistenza domiciliare non è vista come alternativa al ricovero, ma le prestazioni sono eseguite da familiari o *caregiver*, i quali spesso non hanno le necessarie competenze professionali.

[43] Sulla difficoltà da parte dei residenti delle isole di raggiungere i presidi ospedalieri si rinvia a F. SAITTA, *La tutela della salute nelle isole minori: il punto della situazione,* in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4/ 2017, p. 5 e ss. L'Autore evidenzia come la distanza dalla terraferma renda difficili i trasporti e osserva inoltre che, in queste aree, gli investimenti nelle infrastrutture e la disponibilità di risorse professionali sono scarsi a causa del basso numero di abitanti.

2 della Costituzione[44].

In secondo luogo, vi è il problema delle disuguaglianze generazionali, riconducibile alla difficoltà, da parte di una fascia consistente della popolazione[45] – in particolare quella più anziana – di accedere e interagire efficacemente con le tecnologie digitali, a causa dell'assenza di competenze informatiche adeguate[46].

È bene, tuttavia, sottolineare che la telemedicina non deve porsi in alternativa o in sostituzione della medicina tradizionale, ma piuttosto come un ulteriore strumento integrativo, capace di ampliare e rendere più accessibile l'offerta sanitaria, garantendo continuità assistenziale e tempestività delle cure[47]. L'integrazione tra le diverse modalità di erogazione delle prestazioni è volta a migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza della prestazione medica. In altri termini, si tratta di una pratica che va utilizzata in maniera complementare all'assistenza sanitaria tradizionale, utile nel momento in cui facilita le pratiche sanitarie dove la compresenza fisica dei partecipanti non è indispensabile, poiché consente al medico di intervenire sulla base dei dati trasmessi a distanza dal paziente mediante tecnologie informatiche, spostando così l'intervento sanitario dalla dimensione ospedaliera a quella territoriale[48].

Da un'altra prospettiva, che riguarda direttamente il rapporto tra sistema pubblico e sistema privato, la telemedicina viene sempre più identificata come mezzo per

---

[44] In termini M. C. SPENA, *La salute tra nuove sfide della contemporaneità. Digitalizzazione, privacy e modelli di governance*, Napoli, 2023, p.70 e ss. L'A. rileva anche la difficoltà di spostare la sanità in rete, a causa del progetto sull'approvazione della cd. autonomia differenziata, la quale implica una maggiore responsabilizzazione da parte delle regioni.

[45] Secondo gli ultimi dati forniti dall'Istituto Superiore della Sanità entro il 2050 la fascia di popolazione over 65 anni sarà pari al 22% della popolazione totale.

[46] In tal senso U. IZZO, P. GUARDIA, *Sanità elettronica, tutela dei dati personali e digital divide generazionale. Ruolo e criticità giuridica della delega alla gestione dei servizi di sanità elettronica da parte dell'interessato*, in *Trento law and technology research group research paper series*, n. 3/2010, p. 17. Si evidenzia la necessità di avviare un ampio processo di alfabetizzazione digitale, al fine di consentire a tutti i cittadini di acquisire le competenze tecnologiche indispensabili per interagire in modo efficace con gli strumenti di *e-health* messi a loro disposizione. Nello stesso senso C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, in *amministrativamente*, n.3/2024, p. 1058, si interroga sulla necessità di prevedere una valutazione di eleggibilità del paziente dal punto di vista clinico, tecnologico, culturale e di autonomia o disponibilità di un *caregiver* per l'utilizzazione dei sistemi informatici.

[47] L. FERRARO, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Diritto dell'Informazione e dell'Informatica*, n.4-5/2022, p. 837. L'A. evidenzia i rischi di un possibile ricorso eccessivo alla sanità digitale, motivato da ragioni di bilancio e dei rischi in tema di riservatezza, dovuti alla gran mole di dati di salute trasmissibili attraverso i servizi di telemedicina.

[48] Tale intenzione è tradotta nel D.M. 77/2022, il quale definisce i nuovi modelli organizzativi e le linee guida per rafforzare l'assistenza sanitaria sul territorio. In particolare, la riforma si fonda su tre pilastri: Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Assistenza Domiciliare Integrata. Sul tema si rinvia, *ex multis*, a G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corte Supreme e Salute*, n. 2/2022; G. BOTTINO, *Curare e`prendersi cura: dalla medicina territoriale alla nuova medicina di comunità*, in *Secondo Welfare*, settembre 2022; F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Diritti fondamentali*, n.1/2022; A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il Servizio Sanitario italiano?*, in *Diritto amministrativo*, n.3/2024.

ridurre le liste d'attesa del settore pubblico, punto nevralgico del nostro sistema sanitario[49]. Infatti, i tempi eccessivamente lunghi per ottenere una diagnosi o per accedere a prestazioni specialistiche possono seriamente mettere in discussione l'effettività del diritto alla salute, con evidenti ripercussioni anche sul piano dell'equità sociale.

In assenza di risposte tempestive da parte del sistema pubblico, il diritto alla salute tende a configurarsi come un diritto condizionato alla disponibilità economica del singolo, creando una frattura tra titolarità formale del diritto e possibilità concreta di esercitarlo[50]. In altre parole, può curarsi in tempo solo chi ne ha le possibilità.

I dati più recenti ne forniscono una dimostrazione lampante: risulta che, su 100 tentativi di prenotazione di visite o esami specialistici nel pubblico, in circa 40 casi i cittadini finiscono per rivolgersi al settore privato, con marcate disomogeneità territoriali, in quanto le percentuali più elevate si registrano nel mezzogiorno e nelle isole, soprattutto tra le fasce di popolazioni più fragili[51]. Alla luce di quanto rilevato, il ricorso alle strutture private tende a far riemergere le disuguaglianze che il sistema pubblico aveva il compito di eliminare e, tenuto conto della complessità delle conseguenze che ne derivano, interviene la telemedicina, configurandosi non solo come strumento innovativo di erogazione delle cure, ma anche come possibile filtro organizzativo, capace di alleggerire il carico delle strutture ospedaliere e indirizzare in modo più razionale l'accesso alle prestazioni in presenza[52].

Ciò consente, in linea teorica, di ridurre le liste d'attesa di accesso al servizio pubblico e di riservare le risorse disponibili ai pazienti con effettive urgenze cliniche, limitando il ricorso al privato, spesso dettato, come anticipato, dall'urgenza e dall'impossibilità di attendere i tempi del sistema pubblico[53].

---

[49] In merito alle liste d'attesa, R. SPAGNUOLO VIGORITA, *Pubblico e privato nella tutela della salute. Sulle misure introdotte dalla legge annuale per il mercato e la concorrenza e dalle nuove disposizioni in tema di assistenza territoriale,* in *Nuove autonomie,* n. 3/2022, p. 790, rileva che nella legge annuale per il mercato e la concorrenza in tema di tutela della salute è stato previsto l'obbligo per tutti i soggetti (pubblici e privati accreditati) di indicare sul proprio sito internet i tempi di attesa previsti e quelli medi effettivi per ciascuna prestazione erogata, in modo da attuare il principio di trasparenza e soprattutto, orientare l'utenza favorendo una scelta consapevole.

[50] Come osservato da L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la "spesa costituzionalmente necessaria",* in *federalismi.it,* n.22/2017, p.3, il diritto alla salute è tra i diritti sociali quello che maggiormente dipende dalle risorse pubbliche stanziante.

Per tutelare il diritto alla salute sono sempre indispensabili strutture e professionisti (medici, infermieri, etc.) che lo garantiscano.

[51] Dal *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese* dell'Istat emerge che nel 2024, quasi 1 italiano su 10 ha rinunciato a cure necessarie. Si tratta del dato più alto degli ultimi anni: si passa dal 6,3% nel 2019 al 9,9% di oggi.

[52] In questi termini C. MENEGON, L. DEL BENE, *Il ruolo della telemedicina nella gestione delle liste di attesa e nell'ampliare l'accesso a prestazioni di specialistica ambulatoriale. L'esperienza nella Regione del Veneto*, in *Mecosan,* n.130/2024, p. 69 e ss.

[53] Al fine di superare il problema delle liste d'attesa, nel 2019 è stato approvato il nuovo Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa (PINGLA), il quale prevedeva l'obbligo per le regioni e per le province autonome di adottare di adottare un Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) in cui vengano fissati i tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio.

5. Conclusioni. Spunti per la valorizzazione della pluralità degli attori del sistema sanitario.

Le criticità emerse, tanto con riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico, quanto all'utilizzo della telemedicina, evidenziano l'impossibilità di mettere in discussione il ruolo centrale del sistema sanitario pubblico, a favore di un'espansione incontrollata della sanità privata. Il rischio concreto è quello di una progressiva privatizzazione "di fatto" del sistema, che si determinerebbe non per scelta politica, ma come conseguenza dell'incapacità del settore pubblico di fornire risposte adeguate e tempestive ai bisogni di salute della popolazione.

Non si può, tuttavia, negare la necessità di operare un ripensamento complessivo del modello di *governance* del Sistema Sanitario Nazionale, superando la rigida dicotomia tra pubblico e privato, dal momento che l'attuale disarticolazione territoriale[54] e la frammentazione normativa[55] hanno finito per erodere i principi fondanti del sistema, con il rischio di svuotarne la portata costituzionale.

In tale contesto, il coinvolgimento del privato non deve essere inteso come una mera alternativa allo Stato, ma come un'opportunità di integrazione virtuosa e di miglioramento strutturale del sistema[56], in cui assume una portata rivoluzionaria l'innovazione digitale, che può e deve essere uno strumento per rafforzare l'equità e non un moltiplicatore di disuguaglianze[57].

Occorre, però, un cambiamento di prospettiva: non basta introdurre nuove

[54] La disarticolazione territoriale provoca il fenomeno della cd. migrazione sanitaria, ossia lo spostamento di molti cittadini, soprattutto del mezzogiorno, verso altre regioni per ottenere prestazioni sanitarie non disponibili, o non erogate in tempi congrui, nel proprio territorio di residenza. Peraltro, la mobilità sanitaria è un'opzione solo per chi dispone di adeguati mezzi economici. Sul tema cfr. G. COSTA, C. DI GIROLAMO, *Salute disuguale: un metro per valutare l'impatto dei cambiamenti,* in *Politiche sociali,* n. 3/2023, p. 456; G. MESSINA, *Declino demografico e divari nell'offerta di servizi pubblici nel Mezzogiorno: un circolo vizioso da disinnescare*, in *Rivista economica del Mezzogiorno,* n.1-2/2024.

[55] Un chiaro esempio della frammentazione normativa è stato recentemente rilevato nel parere n. 881/2022 del Consiglio di Stato, reso sul D.M. 77/2022. Pur esprimendo un giudizio complessivamente favorevole, il Supremo Consesso ha sottolineato l'assenza di adeguati raccordi con la disciplina preesistente, auspicando un intervento di semplificazione volto a espungere dall'ordinamento le disposizioni ormai superate.

[56] Per F. SAITTA, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive*, in *Nuove autonomia,* n. 1-2/2024, p. 98, bisogna affermare un nuovo rapporto tra settore pubblico e settore privato, secondo cui lo Stato assume, da un lato, la funzione di stimolatore dell'evoluzione di assetti organizzativi chiamati ad annullare l'inefficienza della sanità e, dall'altro, la funzione di regolatore, cioè di ordinatore che agisce in modo promozionale della società civile per scongiurare i rischi del privatismo sanitario. Al tempo stesso, al settore privato, spetta il duplice compito di fornire le risorse aggiuntive, rispetto a quelle raccolte con la fiscalità generale, per rendere sostenibile un *welfare* sanitario di tipo universalistico e di contrastare le tentazioni ricorrenti di dirigismo economico e politico, mostrando, con i fatti, come si possa arrivare a esiti socialmente ottimali in sanità.

[57] A. COIANTE, *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, *op.cit.*, p.65. L'A. propone l'istituzione di una nuova categoria di Lea digitali, dedicata all'erogazione di prestazioni sanitarie erogate mediante strumenti tecnologici, in modo da garantire *standard* comuni sull'intero territorio nazionale. Tale proposta, tuttavia, implica la trasformazione dei fondi straordinari del PNRR in risorse permanenti, indispensabili per garantirne la continuità oltre la scadenza dei finanziamenti europei.

tecnologie, ma bisogna rafforzare l'intervento pubblico, garantire un adeguato finanziamento al Servizio Sanitario Nazionale e, soprattutto, pianificare il ruolo del privato in modo coerente con gli obiettivi del sistema pubblico, e cioè creare una forma di pianificazione concertata e partecipata in grado di produrre processi di collaborazione tra tutte le istituzioni[58], i gruppi e le associazioni che compongono il sistema sanitario[59].

Questo è ancora più urgente se si considera che il sistema pubblico è oggi vincolato a parametri finanziari precostituiti, che finiscono per configurare il diritto alla salute come un "diritto finanziariamente condizionato", visto che il legislatore deve necessariamente tenere in conto altri principi e valori costituzionalmente protetti, tra cui l'esigenza di equilibrio della finanza pubblica[60].

Del resto, la sfida che si pone è quella di perseguire un contemperamento tra l'esigenza di contenimento della spesa pubblica e la tutela dei diritti sociali[61]. In questo contesto, il bilanciamento non può tradursi in una compressione indiscriminata delle tutele, ma deve ispirarsi a criteri di ragionevolezza, proporzionalità e adeguatezza, assicurando che anche nei momenti di crisi economica sia preservato quel nucleo essenziale delle prestazioni, che rappresenta il minimo inderogabile di tutela per ogni individuo[62].

La posta in gioco, infatti, non è solo il futuro del Servizio Sanitario Nazionale, ma più

---

[58] F. GAMBARDELLA, *La tutela integrata della salute e dell'ambiente per l'approccio one health, op.cit.*, p. 44 e ss. Nell'articolazione tra livello centrale e regionale, l'azione amministrativa è organizzata secondo lo schema della *stewardship*. Ciò implica il riconoscimento all' amministrazione del ruolo di guida di un processo decisionale, il quale non viene esercitato attraverso imposizioni dall'alto, bensì mediante un percorso condiviso di scelte con le altre realtà amministrative coinvolte nell'attività di cura. Infatti, il modello *stewardship* si basa su due parole chiave: guida e collaborazione.

[59] In questi termini si veda S. RODOTÀ, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Roma-Bari, Laterza, 2014, p.74, secondo cui "*le politiche di welfare devono essere caratterizzate da diritti e servizi sociali che si convertono in doveri dello Stato e in obblighi di soggetti economici privati finalizzati alla garanzia dei diritti fondamentali e delle condizioni per il loro esercizio*".

[60] Su tali aspetti cfr. Corte Cost. 27 luglio 2011, n. 248, secondo cui *"la natura di diritto finanziariamente condizionato del diritto alla salute in relazione alle insopprimibili esigenze di riequilibrio finanziario, per cui "la particolarità del SSN richiede al legislatore ordinario di bilanciare le esigenze, da un lato, di garantire egualmente a tutti i cittadini, e salvaguardare, sull'intero territorio nazionale, il diritto fondamentale alla salute, nella misura più ampia possibile; dall'altro, di rendere compatibile la spesa sanitaria con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che è possibile ad essa destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi da realizzare in questo campo"*. Nello stesso senso si vedano Corte Cost., sent. nn. 111 del 2005, 203 del 2008, 248 del 2011, 203 del 2016, in *www.cortecostituzionale.it*.

Su tale tema si rinvia a S. TUCCILLO, *La Corte Costituzionale e i limiti all'autonomia regionale nella disciplina degli istituti del procedimento amministrativo. Livelli essenziali delle prestazioni e strumenti di semplificazione,* in M. A. SANDULLI (a cura di), *Principi e regole dell'azione amministrativa*, Milano, 2023.

[61] Come rileva S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2023, p. 715 e ss., la discrezionalità del legislatore è limitata dall'alto dalle regole europee di stabilità economica e dal basso, sia dal nucleo essenziale del diritto alla salute, che dalle necessità finanziarie degli altri diritti.

[62] Sulla necessità di superare la mera logica economica nell'erogazione delle prestazioni P. D'ONOFRIO, *Il diritto alla salute tra tradizione costituzionale ed innovazione digitale*, Milano, 2022, p. 248. "*La tutela della libertà di iniziativa economica sembra ancora essere trattata come "gentile concessione", perdendo di vista la sua strumentalità rispetto ai benefici che l'apertura alla concorrenza rende alla collettività, in termini di incremento della qualità prestazionale."*

in generale il futuro del nostro modello di *welfare*, fondato sull'idea che il benessere delle persone – in termini di salute, istruzione, assistenza, previdenza, abitazione – sia un diritto garantito, non una variabile dipendente dalle possibilità individuali[63]. In questo senso, nel momento in cui lo Stato non è più in grado di garantire tale forma di benessere, si propone l'idea di un *welfare mix*, ossia della cooperazione tra poteri pubblici e soggetti privati nella realizzazione di fini propri dello Stato sociale[64]. In tale contesto, come rilevato, non può essere trascurato il contributo dato dal cd. privato *non profit*, gli Enti del Terzo Settore, i quali possono svolgere un ruolo di *"need detectors"* e di intermediazione tra la cittadinanza e le istituzioni[65]. In particolare, grazie alla capacità di intercettare "dal basso" in modo tempestivo le esigenze dei cittadini, si trasformano da meri portatori della domanda dei bisogni a soggetti che concorrono alla configurazione dell'offerta dei servizi[66].

A ben vedere, già nel corso dell'emergenza pandemica era emersa l'importanza della costruzione di una rete di sussidiarietà e di inclusione, idonea a garantire servizi adeguati, anche agli utenti che incontrano difficoltà a ricorrere al servizio pubblico, sia al settore privato *for profit* a causa dei costi eccessivi[67].

In definitiva, ciò che davvero rileva è la cura della persona in quanto tale, risultando indifferenti le qualità soggettive delle strutture di servizio abilitate a conseguire tale obiettivo, anche al fine di garantire la salute come stabilito dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui la salute è "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale", e non semplicemente "assenza di malattie o infermità"[68].

È necessario tornare a considerare la sanità come una risorsa e non soltanto come un

---

[63] In questi termini M. DEL SIGNORE, *I servizi sociali nella crisi economica,* in *Diritto Amministrativo,* n. 3/2018, p. 615. Allo stesso tempo, l'A. si mostra critica rispetto al rischio di un'abdicazione da parte dello Stato di compiti che dovrebbero restare ineludibili sulla base del dettato costituzionale finché perdurino ostacoli sociali ed economici, tali da impedire il pieno sviluppo della persona.

[64] C. ACOCELLA, *Il Welfare nella prospettiva della ripresa e resilienza: nuovi punti di equilibrio tra sostenibilità economica e sostenibilità sociale,* in A. LAMBERTI (a cura di), *Ambiente, Sostenibilità e principi costituzionali,* Napoli, 2023, p. 113 e ss. L'A. vede negli obiettivi di *welfare* previsti nel PNRR un nuovo snodo nel percorso degli ultimi decenni teso a tenere assieme la sostenibilità economica e la sostenibilità sociale.

[65] In termini G. COSTA, F. DE LUCA, *Il ruolo delle associazioni di volontariato nelle Case della Salute e nelle Case di Comunità: un approfondimento empirico*, in *"Autonomie locali e servizi sociali"*, n. 1/2023, p. 101 e ss.

[66] Sul ruolo del privato sociale nelle collaborazioni in sanità cfr. S. CATUOGNO, *Il partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance, op.cit.* Si distingue il ruolo di *advocacy,* inteso nel senso di protezione dei diritti lesi dall'operatore sanitario, sia nel senso di promozione dell'interazione con le strutture sanitarie pubbliche; ruolo di raccolta e ri-allocazione delle risorse, riferito sia all'attività delle casse sanitarie aziendali, sia al finanziamento della ricerca scientifica (esempio è la fondazione Telethon); ed infine, il ruolo produttivo, vale a dire, il contributo alla produzione e alla erogazione dei servizi assistenziali di base, specialistici, ospedalieri, domiciliari, riabilitativi, di emergenza e socio-sanitari, laddove questi servizi non siano prodotti nella quantità o nella qualità sufficiente, né dal mercato, né dall'operatore pubblico.

[67] Così M. PETRACHI, *Welfare sussidiario, salute e inclusione sociale. Il contributo del Terzo Settore,* in *federalismi.it,* n. 1/2023, p.196 e ss.

[68] In questi termini R. FERRARA, *Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione*, *op.cit.*, p. 177.

ISSN 2036-7821

costo, promuovendo un modello sostenibile in cui l'obiettivo del servizio pubblico non sia la massimizzazione del profitto, ma l'individuazione dei reali bisogni di salute dei cittadini e delle modalità più efficaci per soddisfarli in modo continuativo, stabile e uniforme sul territorio, attraverso un sistema in grado di prendersi realmente cura del paziente[69].

Perché, come affermava il titolo di un noto documento programmatico degli anni Settanta, e che oggi più che mai merita di essere ricordato, la sanità deve essere per tutti e non deve trasformarsi in un privilegio[70].

[69] Sulla nozione di sanità sostenibile cfr. A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il Servizio Sanitario italiano?*, *op.cit.*, p.731. L'A. afferma che la sanità sostenibile è in prima battuta una sanità pubblica, che opera con logiche diverse da quelle strettamente economiche, ma ciò non vuol dire trascurare la dimensione economica della sostenibilità. Bisogna superare l'approccio concorrenziale tra pubblico e privato, a favore della logica collaborativa.

[70] Il riferimento è alla Dichiarazione di Alma-Ata, adottata nel 1978 durante la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNICEF.