Concorrenza nei servizi sociosanitari: siamo pronti? Quali opportunità e quali rischi?

Laura Pelliccia, | 12 febbraio 2024

La cronaca

Tra le riforme su cui si è impegnato il nostro paese nel quadro del PNRR approvato nel 2021 c'era la promozione della concorrenza; la sanità è stata ritenuta tra i settori che maggiormente necessitano di interventi innovativi con tale logica, da perseguire in occasione della periodica legge di settore (legge annuale sulla concorrenza[note]"In ambito sanitario, con riguardo all'erogazione dei servizi a livello regionale, occorre introdurre modalità e criteri più trasparenti nel sistema di accreditamento, anche al fine di favorire una verifica e una revisione periodica dello stesso, sulla base dei risultati qualitativi ed effettivamente conseguiti dagli operatori", NextgenerationItalia, Piano Nazionale Ripresa e Resilienza 2021.[/note]).

Per rispettare questo impegno, la predetta legge annuale per il 2022 (L.118/2022 art.15[note]1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni: a) all'articolo 8-quater, il comma 7 è sostituito dal seguente: «7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131»; b) all'articolo 8-quinquies: 1) dopo il comma 1 è inserito il seguente: «1-bis. I soggetti privati di cui al comma 1 sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-quater, comma 7»;[/note]) ha introdotto sostanziali modifiche all'impianto regolatorio del SSN del Dlgs 502/92 in materia di accreditamento e accordi contrattuali con le strutture private.

Al fine di promuovere un'omogenea applicazione di queste novità da parte delle regioni, il Ministero della Salute (DM 19/12/2022) ha individuato una serie di criteri di valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate. Le Regioni devono applicare tali indicazioni alle nuove richieste di accreditamento delle strutture pubbliche e private e per selezionare i soggetti privati con cui stipulare accordi contrattuali (le cosiddette convenzioni con il SSN). È stato inizialmente previsto un termine per l'adeguamento da parte dei SSR in nove mesi.

Con un decreto ministeriale di fine settembre 2023 tale termine è stato ulteriormente posticipato di sei mesi, sulla base delle richieste della Conferenza delle regioni e delle P.A; tale organo aveva espresso preoccupazione circa l'impossibilità del rispetto dello stretto termine di adeguamento di un provvedimento che richiedeva adeguamenti di rilievo per i sistemi regionali, sottolineando, in particolare, l'impatto per le strutture sociosanitarie già appartenenti alla rete regionale in caso di perdita dell'accreditamento o del convenzionamento.

A seguito di queste vicende, l'Autorità Garante per la concorrenza e per il mercato – soggetto che maggiormente ha promosso l'esigenza di riformare questa materia - a sua volta ha richiamato la necessità di non procrastinare ulteriormente l'applicazione delle modifiche al DLG 502/92 in materia di accordi contrattuali, evitando soluzioni consistenti nella proroga delle attuali convenzioni, rimedi considerati ostacoli all'attuazione di un sistema concorrenziale[note]AGCM, AS1916 - ACCREDITAMENTO E CONVENZIONAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE, Bollettino 39 del 16 ottobre 2023[/note].

Alla vigilia della scadenza dell'ennesimo termine di adeguamento, al momento previsto a fine marzo 2024, è importante favorire il dibattito su questa materia, per valutarne l'impatto sul welfare territoriale e per offrire opzioni ai policy maker per l'implementazione delle politiche connesse.

La ratio di questo processo e gli obiettivi da valutare

Si presume che l'obiettivo del legislatore, nel modificare il Dlgs 502/92, sia stato quello di favorire il miglioramento continuo dell'assistenza, nel quadro dei principi del SSN dell'equità (universalismo) e dell'efficienza. Occorre capire se gli strumenti scelti sono i più consoni a raggiungere tali obiettivi; allo stesso tempo, occorre riflettere sulla fattibilità dei provvedimenti operativi e sulla loro effettiva capacità di promuovere comportamenti virtuosi nel SSN.

Il presente approfondimento si concentra in particolar modo sull'impatto del predetto processo sui servizi sociosanitari, tenendo conto della relativa specificità rispetto al resto dei servizi sanitari. Si ritiene utile una prima panoramica dei potenziali impatti sul sistema, tenuto conto delle implicazioni per i diversi stakeholder. In particolare, ci si interroga sull'impatto in termini economici e sull'accessibilità ai servizi del SSN.

Per dare un'idea dell'estensione del panorama dei servizi sociosanitari si riporta la fotografia dalle più recenti statistiche istituzionali.

Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate per tipo assistenza

Strutture Residenziali					Strutture Semiresidenziali					Altro Tipo di Struttura		
Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Attività di Consultorio	Centri di Salute Mentale	Assistenza Idroterm ale
2.038	931	814	3.664	293	849	802	612	770	7	2.225	1.754	302

Fonte: Annuario SSN 2021

Le principali novità

Prima di discutere i potenziali impatti di questo processo – destinato a incidere in maniera rilevante su un tema come quello del rapporto pubblico-privato in sanità attraverso le regole di accreditamento e contrattualizzazione – è utile precisare che i relativi effetti potrebbero essere molto diversi da territorio a territorio, dal momento che la situazione di partenza della regolazione dei servizi sociosanitari è localmente molto eterogenea.

Innanzitutto, le procedure e i criteri per l'accreditamento variano considerevolmente da Regione a Regione. Se recentemente sono stati compiuti passi avanti per costruire un comune denominatore nazionale per quanto riguarda gli standard per l'accreditamento l'assistenza domiciliare, per i restanti servizi (diurni/residenziali) per anziani, disabili, dipendenze, salute mentale sono mancati interventi di definizione degli standard essenziali da assicurare in tutto il Paese (tranne i pochi elementi sono contenuti nel DPR 14/1/1997), demandando dunque la regolazione dei requisiti e delle procedure per l'accreditamento sociosanitario alla discrezionalità regionale quanto a standard, procedure, frequenza delle revisioni, modalità di quantificazione del fabbisogno dell'offerta da accreditare.

Anche per quanto riguarda i criteri di convenzionamento, finora, a parte i principi generali del d.lgs. 502/92, la materia è stata demandata all'applicazione delle diverse Regioni in assenza di altri provvedimenti quadro di carattere nazionale. Gli ordinamenti regionali hanno definito le modalità di selezione, la durata dei contratti, il rapporto tra accreditamento e convenzionamento (in alcune realtà l'essere accreditato comporta l'automatica contrattualizzazione, in altre invece l'essere accreditati significa semplicemente essere annoverati in un albo di potenziali fornitori del SSR e la possibilità di operare in regime di solvenza).

La principale novità di questa modifica ai principi di carattere nazionale è quella dell'obbligatorietà per la stipula di convenzioni con soggetti privati di procedure ad evidenza pubblica per selezionare le strutture a cui i cittadini potranno accedere per conto del SSR. L'acquisto di prestazioni per conto del SSN – diversamente da quanto accade invece per l'affidamento di servizi sociali – non è considerato soggetto al codice dei contratti pubblici; con la L. 118/2022 la sanità

continuerà ad essere considerata materia speciale rispetto alle regole generali che guidano l'affidamento dei servizi pubblici degli altri settori; tuttavia le nuove norme sanciscono il principio dell'obbligatorietà delle gare per l'acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da parte delle ASL o degli enti a cui le regioni hanno affidato la funzione di committenza.

Un elemento che richiede dunque di rimettere in discussione l'intera rete di convenzionamento con i soggetti privati a cui, fino a quel momento, era stata concessa la possibilità di operare per conto del SSR, sottoponendola a una valutazione comparativa con gli altri erogatori accreditati.

Siamo pronti per fare valutazioni comparative delle strutture?

Quali sono gli strumenti di valutazione? Il DM 19/12/2022 ha selezionato una serie di indicatori che dovrebbero orientare la conferma dell'accreditamento e la definizione delle graduatorie dei soggetti più meritevoli per le convenzioni[note]Rispettivamente gli allegati A e B del DM 19/12/2022.[/note]. Si tratta perlopiù di indicatori derivanti dai contesti ospedalieri, area in cui a livello nazionale sono stati compiuti alcuni sforzi accrescere la capacità di valutare gli esiti assistenziali e la qualità. Si pensi, ad esempio, all'esperienza del Piano Nazionale Esiti (PNE), ai processi per migliorare la gestione del rischio clinico. Nel decreto grande centralità è stata data alla questione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Esperienze simile al PNE sono mancate in ambito sociosanitario, dove i processi nazionali di sperimentazione di indicatori per monitorare e valutare la qualità, l'appropriatezza e gli esiti si fanno ancora attendere. Ad oggi, ad esempio, per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, le esperienze di valutazione delle *performance* delle RSA restano circoscritte a sperimentazioni locali (ad esempio l'esperienza sviluppata in Toscana[note]*Scuola Superiore Sant'Anna, 2019*, La valutazione della performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali: il caso della Regione Toscana - I Luoghi della Cura Rivista Online (luoghicura.it)[/note]). A differenza del contesto ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, in ambito sociosanitario non è stata sviluppata a livello nazionale una vera e propria *expertise* nella valutazione delle *performance* (anche nella valutazione dell'adeguatezza dell'assistenza erogata dalle regioni, ovvero nel Nuovo Sistema di Garanzia, non si tiene in alcun modo conto di questi elementi). Si tratta di servizi che meriterebbero specifici parametri per tener conto della relativa specificità in termini di obiettivi assistenziali (benessere dell'anziano/disabile, aspetti della socializzazione ecc.) a cui mal si prestano i parametri ospedalieri. In altre parole, valutare la qualità di una struttura per disabili non è la stessa cosa che valutare quella di un ospedale.

Sarebbe importante che i territori venissero accompagnati nella costruzione di questo tipo di *know how*, anche attraverso il supporto di esperti. Ad oggi è probabile che i decisori locali non siano pronti; la fretta nel ridefinire la rete di convenzionamento per rispettare le tempistiche dettate dalla normativa potrebbe significare una revisione non sufficientemente accurata rispetto alla specificità che i servizi in questione meritano. Ciò non significa che gli obiettivi virtuosi presupposto di tale normativa siano da abbandonare, rinunciando a implementare percorsi di valutazione dell'attività svolta dagli erogatori.

Ci sarebbero stati spazi per prevedere lo sviluppo di adeguati sistemi di valutazione delle *performance* nei processi in atto sulla Riforma della disabilità e della non autosufficienza. Al momento non risultano però essere stati provvedimenti effettivi in questa direzione. Il decreto attuativo della L. 33/2023 prevede un prossimo decreto Ministeriale per l'individuazione di requisiti minimi di sicurezza e gli ulteriori requisiti di qualità, senza tuttavia prevedere processi di monitoraggio/valutazione delle *performance* alla stregua del PNE.

Le specificità dei servizi sociosanitari

Un aspetto che sicuramente contraddistingue i servizi sociosanitari è quello di garantire un'assistenza continuativa, spesso di carattere "*long life*" che mal si coniuga con l'eventualità che una struttura, quale contesto di vita di persone non autosufficienti, possa perdere il convenzionamento con il SSN, sostanziandosi nell'interruzione di attività di un servizio essenziale. I provvedimenti adottati sinora non prevedono regole per la gestione della transizione per le persone e gli operatori coinvolti.

La selezione periodica delle strutture da finanziare (ovvero la logica del continuo avvicendamento dentro/fuori dal mercato finanziato dal SSN di differenti operatori privati che sottraggono ad altri *competitors* quote di mercato) non è l'unico strumento a cui si sarebbe potuto ricorrere per favorire il miglioramento continuo dei processi assistenziali. Innanzi tutto, in un settore in cui rilevano gli aspetti del mantenimento del patrimonio strutturale - fattore determinante nell'assistenza - il rischio della mancata riconferma del convenzionamento potrebbe scoraggiare gli investimenti. La prospettiva di contratti per un periodo temporale limitato potrebbe frenare anche politiche di formazione e di investimento sul personale

L’alternativa, rispetto alla continua rotazione degli erogatori, potrebbe essere quella di favorire logiche di continuità e partnership tra SSR e strutture private, accompagnate da processi di valutazione e pubblicizzazione delle loro performance (banche dati con indicatori sulle condizioni applicate dalle strutture per accedere ai servizi, risultati dei controlli, indicatori di appropriatezza, qualità ed esiti). Ciò migliorerebbe la capacità dei cittadini di orientarsi nella rete dei servizi facendo scelte razionali (la perfetta informazione e la trasparenza del mercato sono i presupposti della concorrenza); oggi i cittadini non hanno a disposizione questo ventaglio di informazioni.

Il miglioramento continuo del sistema potrebbe essere perseguito utilizzando i risultati delle valutazioni per assegnare obiettivi di miglioramento agli erogatori che presentano maggiori elementi di debolezza su alcune dimensioni.

Alcuni aspetti di impatto economico: il prezzo della concorrenza

Prima delle modifiche della legge annuale sulla concorrenza 2022, il Dlgs 502/92 prevedeva che la selezione degli erogatori dovesse avvenire anche attraverso “analisi comparative della qualità e dei costi”. Ciò significava, che a parità di qualità, dovessero essere selezionati gli erogatori più efficienti (che offrivano servizi a prezzi più bassi) e che, a parità di prezzo, dovessero essere selezionati gli erogatori con livelli qualitativi superiori.

Questo principio, nella novellata versione del Dlgs 502/92[note]Art. 15 L. 118/22; al comma 2, alinea, dopo le parole: «dal comma 1» sono inserite le seguenti: «e con le modalità di cui al comma 1-bis» e le parole: «anche attraverso valutazioni comparative della qualità dei costi,» sono soppresse.[/note], è stato abolito ed oggi, nei criteri di valutazione per accedere agli accreditamenti/convenzionamenti (allegati A e B del Dm 19 dicembre 2022), non si fa menzione del livello del corrispettivo complessivo richiesto ai finanziatori, probabilmente perché si presume che la remunerazione sia identica per tutti gli operatori che parteciperanno alle gare, in ragione dei tariffari a carico del SSR definiti dalle Regioni; il quasi mercato/concorrenza amministrata del Dlgs 502/92 presupponeva un prezzo fissato dalle Regioni uguale per tutti gli erogatori[note]A parità di complessità della casistica.[/note]. Si tratta di condizioni senz’altro valide per i servizi ospedalieri e per quelli ambulatoriali; per i servizi sociosanitari, invece, i vari *competitor* potrebbero offrire il loro servizio a condizioni economiche diverse. Bisogna infatti considerare il concorso alla remunerazione delle diverse fonti al finanziamento dei servizi che rientrano nei Lea Sociosanitari (quota SSN e compartecipazione a carico delle famiglie/comuni). Le cosiddette “quote sociali” non in tutte le Regioni sono definite con provvedimenti regionali (per una ricognizione delle diverse regole regionali, ad esempio per le Rsa si rimanda a Cergas, 2023)[note]Furnari, Manfredi e Perobelli (2023), Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anzinani in dodici regioni, in Fosti, Notarnicola e Perobelli, Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care.[/note], con la conseguenza che, in alcune realtà lo stesso servizio residenziale ha una remunerazione complessiva diversa da struttura a struttura. Ci si domanda se questi aspetti non debbano rilevare ai fini delle selezioni dei *competitor*, ovvero se, non debbano essere favorite le strutture che consentono ai cittadini di accedere ai LEA a condizioni economiche più favorevoli (fermi restando gli standard erogativi di accreditamento che tutte le strutture sono chiamate ad assicurare). Ciò migliorerebbe l’efficienza e agevolerebbe l’accessibilità ai servizi da parte di tutti i ceti economici.

Il rischio che probabilmente il legislatore ha voluto evitare abolendo la previsione di “valutazioni comparative della qualità e dei costi” è quello di gare al massimo ribasso, anche in considerazione degli aspetti della tutela dei lavoratori di questo settore. Queste tutele non sembrano però essere perseguite nei parametri di valutazione per l’accreditamento e il convenzionamento: gli allegati A e B del DM 19 dicembre 2022 non fanno riferimento all’obbligatorietà dell’applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti tra le associazioni di imprese e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale. Insomma, le condizioni di lavoro nelle strutture, elemento senz’altro importante ai fini dei livelli qualitativi di erogazione, non sembrano essere un parametro da tenere in considerazione nella valutazione della qualità/appropriatezza/sicurezza del DM del 2022[note]Di questi aspetti tiene invece conto l’intesa Stato Regioni del 4/8/2021 sui requisiti per l’accreditamento delle strutture per le cure domiciliari, con criteri che assicurano la regolarità dei contratti di lavoro.[/note].

Un altro effetto che potrebbe prodursi, se le convenzioni non dovessero predeterminare un unico prezzo a cui accedono i cittadini, è quello di contratti da parte del SSR di una platea di strutture con diversi livelli qualitativi, cui corrispondono diversi livelli di compartecipazioni da richiedere agli utenti. La differenziazione di prodotto nell’offerta del SSN (l’offerta a cui i cittadini possono accedere per conto del SSN avrebbe diversi livelli qualitativi, i cittadini accedono al livello che possono permettersi) deve essere valutata con molta cautela, poiché potrebbe significare la perdita dell’universalismo e dell’equità: infatti, l’assistenza assicurata dal SSN finirebbe per dipendere dalle condizioni economiche degli assistiti. Allo stesso tempo, se in una determinata zona dovessero aggiudicarsi la gara solo strutture di elevata qualità/costo, sarebbe preclusa l’accessibilità al servizio da parte degli utenti che non possono affrontare quei livelli di oneri (del resto non ci si può aspettare

che gli interventi dei comuni a sostegno della quota sociale possano compensare queste criticità).

Alcune considerazioni d’insieme

L’obiettivo della riforma del Dlgs 502/1992 è quello di innalzare i livelli qualitativi di offerta. I miglioramenti qualitativi richiedono di essere accompagnati da adeguati finanziamenti, espressamente rivolti al potenziamento degli standard organizzativi e strutturali per l’erogazione dei Lea sociosanitari. Nelle politiche di finanziamento del SSN dello scorso decennio (e anche nei precedenti) sono mancati interventi di questa natura; la più recente manovra di bilancio non prevede tali forme di sostegno e, i processi di riforma in atto, ad esempio quello sulla non autosufficienza, non prevedono risorse aggiuntive per questi obiettivi.

Come discusso sin qui si tratta in ogni caso di un processo che intende innescare comportamenti virtuosi in un mondo contraddistinto da particolare delicatezza. Il pericolo, davanti a queste complessità, è che si rinunci ad attivare processi di valutazione e comparazione tra le strutture, considerandole tutte ugualmente parificate alla continuità dell’esistente, senza perseguire un miglioramento.

Il *benchmarking*, invece, è un processo utile, occorre però attentamente scegliere a quale scopo utilizzare i risultati delle valutazioni.

Occorre infine prudenza per evitare che le selezioni si trasformino in strumenti che compromettano l’universalismo e l’equità di accesso ai servizi.

L’articolo è stato consegnato dall’autrice in data 31.01.2024