

Prot. 874/2023

Audizione 9^a commissione Industria

Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2022 - AS 795

ARIS – Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari

Premessa

L'Aris (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari), riunisce i rappresentanti di Enti e Congregazioni ecclesiali che erogano servizi ospedalieri e di assistenza socio-sanitaria sull'intero territorio nazionale. Fondata nell'anno 1963, l'Associazione ha percorso un lungo cammino nella sanità italiana, iniziato ben prima che fosse istituito il SSN. Le Istituzioni che si riconoscono in Aris e che compongono la compagine associativa, prestano la propria opera ispirate dai Carismi dei Padri Fondatori e guidati dal Magistero della Chiesa.

Rappresenta, per numero di strutture associate ed eterogeneità di prestazioni erogate, una realtà particolarmente vasta e complessa. Oggi, comprende infatti oltre 250 strutture, tra cui Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Ospedali Classificati, Presidi, Case di Cure, Centri di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali ed ex-Istituti Psichiatrici.

Le strutture aderenti all'Associazione che, impegnano circa 50.000 dipendenti, rappresentano un significativo esempio di collaborazione tra realtà pubbliche e private, capaci di offrire su tutto il territorio nazionale circa 26.000 posti-letto, di cui 15.000 dell'area ospedaliera (IRCCS, ospedali classificati, presidi e case di cura) e 11.000 dell'area extraospedaliera (centri di riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, altre strutture). Gli assistiti dell'area semiresidenziale ed ambulatoriale in carico ai centri di riabilitazione ed alle residenze sanitarie assistenziali sono, invece, oltre 10.000.

Con la "*Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021*" (Legge 5 agosto 2022, n.118), il Legislatore ha deciso di intervenire sul sistema di accreditamento e convenzionamento delle strutture private (art.15), con l'effetto, tuttavia, di promuovere la concorrenza tra i soli erogatori privati e creando un quadro regolatorio preoccupante per le strutture sanitarie private, ed in particolar modo per le storiche eccellenze non-profit del mondo religioso, che vedono minacciata la propria sostenibilità economica.

L'erogazione dei servizi sanitari: gli ospedali classificati e il servizio pubblico

Il Servizio Sanitario Nazionale, sia nella configurazione originaria, stabilita dalla L. 833/1978, sia nella configurazione attuale, prevista dal D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. opera attraverso una rete mista di erogatori pubblici e privati accreditati. Proprio queste strutture, in assenza delle quali il SSN non sarebbe stato in grado di rispondere alle crescenti esigenze di cura dei pazienti, sono chiamate a garantire una concreta libertà di scelta al paziente.

Come noto, le strutture accreditate, ai sensi dell'art. 8-*quater* del D.Lgs. 502/1992, operano per conto del SSN previo rilascio da parte della Regione dell'*accreditamento istituzionale*, subordinato al possesso da parte delle strutture di *requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti* (comma 1).

La stessa normativa al riguardo precisa che i *“requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l’accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate”* (art. 8-*quater*, comma 2, D. Lgs 502/1992).

Le strutture, dunque, una volta ottenuto l’accreditamento istituzionale dalla Regione possono erogare prestazioni a carico del SSN solo a seguito della stipula di specifici *accordi* con la Regione stessa o con la ASL di appartenenza.

Le strutture sanitarie accreditate, in altre parole, sono chiamate ad erogare prestazioni a tutela della salute pubblica nei limiti, in termine di volumi e corrispettivi, che gli vengono imposti a livello regionale, indipendentemente dalle loro potenzialità.

Gli ospedali dipendenti da enti ecclesiastici affondano le proprie radici in una grande tradizione storica e culturale di assistenza sanitaria senza finalità di lucro e basata sui valori umani. Tale tradizione trova un suo riferimento normativo nella legge 12 febbraio 1968, n. 132 (c.d. Legge Mariotti) dove l’ospedalità classificata viene introdotta e definitivamente consacrata come tipologia di struttura ospedaliera (art. 1).

Ai fini della classificazione, veniva richiesto il possesso dei requisiti strutturali e organizzativi generali previsti per gli ospedali pubblici: l’atto di classificazione è un procedimento di verifica della identità sostanziale tra l’organizzazione dei servizi degli ospedali religiosi e quelli propri dell’organizzazione ospedaliera pubblica.

In altri termini, la Legge Mariotti riconosce natura pubblica al servizio ospedaliero svolto dagli enti ecclesiastici a prescindere dalla natura, pubblica o privata, del soggetto che lo espleta.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, conferma l’ordinamento appena descritto (artt. 41 e 43 secondo comma) così come fecero le due riforme del Servizio Sanitario Nazionale susseguitesi nel 1992 (D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502) e nel 1999 (D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229), nelle quali è esplicitamente scritto che *“nulla è innovato rispetto alla vigente disciplina”* in materia (come recita l’articolo 4, comma 12, del Decreto legislativo 502/92, che il D.lgs 229/99 ha lasciato invariato), restando quindi confermata la natura funzionalmente pubblica degli ospedali classificati, per i quali *“i requisiti tecnico-organizzativi e i regolamenti sulla dotazione organica e sull’organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto [...] e sono approvati con decreto del Ministro della sanità”*.

Dal quadro normativo sopra rappresentato appare dunque evidente che nonostante la loro natura formalmente privata, dovuta all’origine assistenziale religiosa, gli ospedali classificati siano equiparabili alle strutture del servizio sanitario pubblico. Questa equivalenza *de facto* trova giustificazione nell’intento del legislatore di salvaguardare le realtà sanitarie religiose, tipicamente non-profit, e permettere le loro attività nel quadro del SSN non pregiudicandone la sostenibilità economica con l’esposizione alla pressione competitiva dell’offerta privatistica di servizi sanitari.

Le Legge Concorrenza 2021 e i nuovi criteri di accreditamento

Con la *“Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021”* (Legge 5 agosto 2022, n.118), il Legislatore ha deciso di intervenire, nella Sezione V del provvedimento dedicata alla *“Concorrenza e tutela della salute”* per la *“Revisione e trasparenza dell’accreditamento e del convenzionamento delle strutture private”* (art. 15) con

il quale si recano modifiche all'accreditamento istituzionale (art. 8-quater, comma 7 del d.lgs. 502/1992) e agli accordi contrattuali (art. 8-quinques).

Il provvedimento, che vincola l'adozione dei nuovi criteri alla possibilità delle Regioni di accedere ai finanziamenti integrativi del SSN, prevede le modalità di valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza per le richieste di accreditamento da parte di nuove strutture pubbliche e private, per l'avvio di nuove attività da parte di strutture già accreditate e per la selezione dei soggetti privati per la stipula degli accordi contrattuali.

La nuova normativa, in particolare, come definita dal Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022, demanda alle Regioni l'obbligo di mettere periodicamente a bando sia gli accreditamenti esistenti che il budget storico assegnato alle strutture private accreditate. In un contesto di generale difficoltà economica da parte di molte strutture - riduzione delle tariffe, remunerazione delle prestazioni da parte delle Regioni fissa al budget del 2011 (Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, co. 14), carenza di personale - il nuovo obbligo delle Regioni di dover rimettere a gara accreditamenti e budget storico affidato alle strutture accreditate, desta stupore e grande preoccupazione per la sostenibilità economica degli ospedali.

L'apertura del mercato da parte di ogni Regione, e la messa a bando periodica del budget storico assegnato, senza tenere in considerazione tutte le implicazioni economiche, sociali, occupazionali, oltre che di "know-how" sanitario, rischia di favorire l'entrata dei grandi gruppi ospedalieri internazionali e dei fondi di investimento, pregiudicando, in particolare, la sostenibilità economica delle storiche eccellenze sanitarie non-profit tipiche del mondo religioso, il cui orientamento è dato unicamente dall'assistenza senza logica del profitto. Il risultato di tale normativa, pertanto, è ben lontano da quello prefissato dal legislatore: si rischierebbe di dare luogo a dinamiche "iperconcorrenziali" (un paradosso in sanità addirittura escluso dalle normative europee, vedi direttiva UE/123/2006 (cfr. art. 2.2, lett. f)), tali da provocare una dinamica di lotta al "ribasso" nella gestione delle strutture, a vantaggio dell'offerta puramente privatistica di servizi sanitari a cui rispondono gli operatori più grandi, in grado di fare economie di scala anche a scapito della qualità dei servizi.

In sede di Conferenza delle Regioni, in particolare, è emersa preoccupazione per i rischi derivanti dall'applicazione della norma nei servizi dell'ambito sociosanitario, ma anche per le strutture sanitarie, legata alla possibilità che strutture private accreditate già appartenenti a reti e/o PDTA regionali possano perdere l'accreditamento o non riescano ad accedere al contratto attraverso la procedura prevista.

Le criticità legate al recepimento della nuova normativa della Concorrenza è stata infatti affrontata dalla Conferenza delle Regioni, che ha chiesto una proroga di sei mesi per l'adeguamento degli ordinamenti regionali alle disposizioni di cui all'articolo 8-quater, comma 7 e all'articolo 8-quinques, comma 1 bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 come definite dal Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 e l'istituzione di un Tavolo di confronto con il Ministero, le Regioni e le altre Amministrazioni centrali interessate, al fine di individuare soluzioni condivise alle problematiche attuative della normativa vigente.

Da ultimo, la Conferenza Stato-Regioni ha provveduto a sancire l'Intesa sulle modifiche del Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022, prorogando al 31 marzo 2024 l'adeguamento degli ordinamenti regionali alla nuova normativa sull'accreditamento.

Conclusioni e proposte

L'attuale normativa dell'accreditamento, applicando al servizio sanitario una logica di mercato inadeguata rispetto alla realtà delle strutture italiane, pone evidenti criticità sul piano del diritto alla salute dei cittadini italiani.

La previsione di procedure competitive per l'assegnazione degli accreditamenti e dei budget non appare inoltre in grado di generare efficienza economica, in quanto la remunerazione sulla base di tariffe definite a livello regionale impedisce la possibilità di improntare la selezione delle strutture sugli oneri delle prestazioni a carico del SSN.

La revisione della normativa sull'accreditamento, in sintesi, appare pertanto non in grado di qualificare realmente l'offerta del SSN e penalizzante per tutte realtà, in particolar modo le non-profit, che continuano a svolgere una determinante funzione di supporto al SSN nonostante le gravi difficoltà finanziarie dovute, come anticipato, in modo significativo dai tetti di cui al c.d. DL 95/2012.

Si chiede di eliminare l'art 8 quinquies, comma 1 bis, in quanto incompatibile con la normativa relativa all'accreditamento istituzionale, ovvero, in subordine, limitare l'applicazione del predetto comma alle sole nuove strutture non ancora accreditate o nuove attività in strutture già accreditate.

Alla luce delle richieste delle Regioni di aprire un Tavolo di lavoro con il Ministero della Salute in merito alla abrogazione o modifica del Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 sull'accreditamento, al fine di individuare soluzioni non lesive dell'esistente contesto sanitario e socio-sanitario si propone di prevedere la partecipazione sistematica al Tavolo delle associazioni di rappresentanza delle strutture sanitarie e sociosanitarie private.