

L'alfabeto delle prestazioni sanitarie: due P, due S, tre A e la confusione sull' accreditamento

Marco Pradella

Si vive da qualche anno nei servizi sanitari, pubblici e privati, una strana sensazione, quasi una crisi di identità. Gli operatori non ritrovano più coincidenza tra quella che ritengono essere la loro "mission" individuale (erogare prestazioni assistenziali, come quelle di laboratorio) e la "mission" (o forse meglio la "vision") della struttura (azienda?) in cui si trovano.

La causa sta nel rivolgimento normativo che ha interessato il servizio sanitario nazionale negli anni '90. La rassegna di Cilone (tratta da un seminario svolto il 29 ottobre 1999) ne ripercorre con grande chiarezza i momenti essenziali.

La normativa successiva al 1994, anziché proseguire nella direzione coerente del mercato, ha invece messo mano ad una profonda revisione dell'assetto organizzativo che attendeva di andare a regime, ristabilendo criteri (limitativi) di programmazione sia in relazione alla quantità di prestazioni che i gestori dei servizi sono abituati ad erogare, sia intervenendo, con la rivisitazione dell'istituto dell'accreditamento, sull'individuazione e sul numero potenziale dei soggetti erogatori, sia infine ristabilendo un significativo ruolo decisionale a livello regionale, con ciò limitando le funzioni di committenza in capo alle USL. Ciò avviene grazie alla legge 724 del 1994, 549 del 1995 e soprattutto con le leggi finanziarie degli anni successivi (662 del 1996: atto programmatico della regione; 449 del 1997: stabilizzazione delle regole), per culminare con la circolare con le linee guida sull'accreditamento e con il DPR 14 gennaio 1997.

Il ripiegamento verso un assetto maggiormente dirigitico si consolida con il piano sanitario nazionale 1998-2000 (approvato con il dpr 23 luglio 1998) ed in particolare con la legge 419 del 1998, delega al governo per la razionalizzazione del SSN.

Due fattori caratterizzano il decreto 229 del 1999: la strutturazione "a cascata" delle previsioni di riforma e le linee generali di centralizzazione della materia, sottoposta a previsioni minuziose volte a regolamentare troppi aspetti di un sistema che dovrebbe appartenere, almeno nelle sue linee gestionali, alle attribuzioni normative ed applicative regionali.

E' il caso ad esempio del processo di accreditamento, che richiede dapprima un atto di indirizzo e coordinamento statale, successivamente un intervento

normativo regionale, prima di avviare il processo vero e proprio da attuarsi con singoli provvedimenti amministrativi, ma che implica anche la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento di organismi o soggetti abilitati in sede regionale a verificare il possesso dei requisiti di accreditamento, che dovranno operare in raccordo e cooperazione con la commissione nazionale per l'accreditamento, anch'essa disciplinata con regolamento governativo.

Vi è quindi il rischio che gli obiettivi di qualità ed appropriatezza delle prestazioni vengano vanificati dal proiettare in avanti, in attesa di ulteriori provvedimenti, la definitiva entrata a regime del nuovo sistema

Nel servizio sanitario (le due "S") i soggetti pubblici e privati (le due "P") sottostanno ad un regolamento che prevede un filtro a tre livelli: autorizzazione, accreditamento ed accordo contrattuale (le tre "A"), Il tutto per entrare in un meccanismo (descritto dall'articolo 8-sexies del nuovo testo della riforma) che prevede due meccanismi paralleli di finanziamento: un ammontare globale predefinito (budget) accanto a tariffe per prestazione.

L'autorizzazione è il primo livello, con il quale la riforma adotta un atteggiamento pianificatorio anche nei confronti delle risorse private. Il comune deve acquisire una verifica di compatibilità di progetto da parte della regione, il cui parere si basa sul fabbisogno complessivo di assistenza ed in rapporto alle esigenze di localizzazione territoriale delle strutture. E' inoltre indispensabile il possesso dei requisiti minimi del dpr 14 gennaio 1997. Tale disciplina vale ora anche per gli studi professionali.

Si crea così una sorta di "pianta organica a numero chiuso" delle strutture sanitarie private.

L'accreditamento è il secondo livello. Si tratta di accreditamento "istituzionale", distinto perciò da quello "di eccellenza" (volontario, non obbligatorio, con riferimenti unicamente professionali e scientifici). L'accreditamento istituzionale è subordinato alla rispondenza di requisiti ulteriori di qualificazione, alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, nonché alla funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale. Ha quindi una caratteristica "multiuso", cioè sia come promotore di qualità che come selettore di erogatori al fine di regolare il mercato dell'offerta dei servizi, come "de-

terrente" della lievitazione della spesa.

La disciplina definitiva e l'entrata a regime del sistema di accreditamento viene subordinata ancora una volta all'emanazione, sentiti una pluralità di soggetti istituzionali, di un atto di indirizzo e coordinamento statale, con il quale dar corso alle previsioni della legge delega di un "modello nazionale di accreditamento" e così definire, entro sei mesi dalla riforma, i criteri generali uniformi per i requisiti ulteriori (di qualità, tecnologia e professionalità) e della verifica periodica delle attività, della valutazione della funzionalità delle strutture alla programmazione e delle procedure per il rilascio dell'accreditamento. I principi ed i criteri direttivi da rispettare sono ben quindici, tra i quali garanzia dell'eguaglianza pubblico-privato, dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate nonché adeguate condizioni di organizzazione interna, forme di partecipazione dei cittadini alla verifica dell'attività, accettazione del sistema dei controlli esterni sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate.

Tutto il sistema dovrebbe quindi essere avviato entro un anno dalla riforma.

A ribadire il nesso tra programmazione e accreditamento, il comma 17 art. 1 del 229 stabilisce che in caso di mancata adozione del piano sanitario, "alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture".

L'accordo contrattuale è il momento conclusivo. Spettava alle regioni (entro sessanta giorni) definire il sistema regionale degli accordi, definendo in particolare le responsabilità delle regioni stesse e delle USL. Rimane ancora indistinto, quindi, il ruolo dei

soggetti nella trattativa, la distinzione tra accordi (con la struttura pubblica) e contratti (con la struttura privata), la funzione delle organizzazioni rappresentative a livello regionale, e qualcos'altro ancora. L'analisi di Cilione conclude lamentando la compressione delle strutture private e la discrezionalità nella selezione dei soggetti erogatori. Il punto di vista dei professionisti sanitari vede, secondo noi, anche altri aspetti. Il principale riguarda una sorta di "annegamento" dei requisiti della qualità nel complesso sistema "programmatorio" della riforma. Un sistema più semplice, governato dalle leggi del mercato con una discreta regolazione istituzionale, avrebbe favorito la concorrenza tra strutture e quindi l'adozione dei sistemi qualità e dell'accreditamento volontario sulla qualità.

Così invece si ha lo stesso concorrenza, ma in forme meno trasparenti, più burocratiche, con più arbitrio. La connessione tra qualità delle prestazioni e riconoscimento alle unità operative, concretizzato in erogazione di risorse, ossia finanziamento, è molto meno visibile. Ma c'è. La strada della qualità, volontaria e puramente "professionale", è l'unica in grado di ridare agli operatori dei servizi sanitari la fiducia in sé stessi che le ondate legislative dell'ultimo decennio hanno disperso.

Pubblicazione recensita

G. Cilione. **Pubblico e privato nel nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie assistenziali (in particolare specialistiche ed ospedaliere)**. Sanità