

ABBONATI

ACCEDI

# Sanità24

Il Sole 24 ORE

[Home](#) [Analisi](#) [Sanità risponde](#) [Scadenze fiscali](#) [Sanità in borsa](#)


26 set 2022

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S 24

## Tra accreditamento e fabbisogni di personale: le novità in vista per il servizio sociosanitario

di Ettore Jorio

«Gira il mondo gira in uno spazio senza fine» era l'inizio di una strofa di una vecchia canzone dal titolo "Il mondo" cantata dallo storico Jimmy Fontana. È quanto si potrebbe affermare della sanità di ieri, oggi in progress (questa volta, pare, sul serio) dimostrativa di una evoluzione profonda funzionale a sovvertire quel clima di tolleranza eccessiva che l'ha caratterizzata da oltre un ventennio.



Due le fonti giuridiche esemplificative di una siffatta volontà di cambiamento.

La prima è legislativa: la legge 5 agosto 2022 n. 118, recante la sofferta disciplina per il mercato e la concorrenza 2021.

La seconda è secondaria: il decreto adottato il 22 luglio del ministro della Salute, di concerto con il suo omologo dell'Economia e delle Finanze, regolamentativo dei criteri per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte della pubblica amministrazione in generale, in G.U. n. 215 del 14 settembre 2022 (già commentato in [Sanità24 del 19 settembre](#)).

Entrambi presentano novità importanti, per alcuni versi dimostratrici di una ratio legislativa che pretende di mutare le regole di ingaggio degli erogatori privati e quelle di reclutamento del personale alle dipendenze del sistema pubblico in senso lato. Tutto questo determinerà non poche necessarie modificazioni nella formazione degli organici del servizio sociosanitario, specie se messi in relazione alle ineludibili esigenze di risorse professionali per rendere funzionanti le strutture e i servizi introdotti dal Dm77. Vediamo di entrare nel dettaglio delle importanti novità recate dalla cosiddetta legge della concorrenza 2021.

### Accreditamento istituzionale

Interessante la specificazione e la novità, rispettivamente, introdotte alle lettere a) e b) del comma 1 dell'art. 15 della legge 118/2022, anche se comunque dimostrative di volere portare avanti con le prossime leggi annuali sulla concorrenza una ridefinizione definitiva della disciplina dei rapporti dei privati con il Ssn.

La prima riguarda la sostituzione del comma 7 dell'art. 8 quater del vigente d.lgs. 502/92, recante i principi fondamentali della regolazione in tema di accreditamento istituzionale. Con esso si rinvia nello specifico alla scansione recata da un decreto ministeriale (salute), da adottare previa intesa da perfezionare in Conferenza Stato-Regioni-Prov.Aut., entro il prossimo 25 novembre. Quanto ai principi indicati, gli stessi francamente appaiono essere messi lì in modo del tutto sconsiderato, atteso che le specificità avrebbero dovuto riguardare, e in modo ben distinto, le due tipologie di richiedenti: nuove strutture autorizzate ovvero l'avvio di attività in strutture preesistenti, dando per scontato che per queste ultime si intendessero erogatori privati

già accreditati per branche, ovviamente diverse da quelle pretese. Ebbene per entrambi si fa confusamente riferimento a prescrizioni che generano non poche perplessità. Infatti, anziché avere riguardo alla capienza del programmato fabbisogno assistenziale e al relativo ricorso all'accreditamento di erogatori privati, si indica che quest'ultimo «può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare», una condizione francamente difficile da decifrare sia per le strutture debuttanti che per le altre. Per queste ultime, invece, sembra valere la seconda prescrizione ovverosia basata sui «risultati dell'attività eventualmente già svolta», comprensibile solo parzialmente perché non se ne comprende l'utilità, dal momento che la richiesta è ove mai a valere sulle nuove attività, ove il pregresso inciderebbe ben poco o nulla.

Quanto al resto - ovverosia che nella pratica di istruttoria dovrebbe essere analizzato per entrambe le tipologie di richiedenti, certamente meglio di come si fa oggi, il peso dei requisiti strutturali e tecnologici innovativi ci si è soffermati all'aspettativa generica di riferirsi a «obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti dell'attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza» - si ben comprende il desiderato impegno legislativo a volere regolare la materia salvo però perdersi in una confusione letterale tale da rendere quasi incomprensibile il neo disposto. Ciò è accaduto forse per le difficoltà di chiudere in fretta il provvedimento ai fini degli obblighi assunti con l'UE con tanta tensione dietro, soprattutto causata dalla revisione della disciplina regolatrice dell'esercizio dei taxi e dell'assegnazione delle concessioni balneari. Sarà compito, quindi, del nuovo Governo ritornare sul tema, meglio se in modo più coordinato. A monte di tutto questo, ovviamente, c'è un impegnativo lavoro di rilevazione preventiva del fabbisogno epidemiologico e del rischio epidemico in base ai quali programmare l'offerta assistenziale occorrente per determinare il relativo soddisfacimento. Il tutto, messo in relazione con l'offerta di assistenza pubblica presente sul territorio per determinare, per differenza incrementata di una percentuale (di solito il 10%) occorrente a salvaguardia di intervenute medio tempore cessazioni di attività determinate da rinuncia ovvero revoca, quella complessiva da assicurare alla collettività mediante il rilascio di accreditamento istituzionale ad erogatori privati. Ciò per ogni branca e tipologia di somministrazione delle prestazioni essenziali, sia di tipo ambulatoriale che di ricovero, anche diurno. Un lavoro, questo, disatteso in quasi tutto il Paese con la conseguenza di un assurdo proliferarsi di accreditamenti non propriamente necessari a soddisfare la domanda e a legittimare un concorrenza spesso sleale generatasi anche a causa di cointeressenze, concretizzate attraverso partecipazioni societarie solitamente indirette, di personale pubblico, anche a tempo pieno.

#### **Contratti con gli erogatori privati**

Più chiara invece la modifica introdotta a sistema con il comma 1 bis all'art. 8 quinquies del vigente d. lgs. 502/1992, dal titolo Accordi contrattuali. Qui il legislatore è stato più esplicito, rinviando alle Regioni il compito di disciplinare nel dettaglio sulla introduzione di procedura agonistica per la selezione dei soggetti accreditati da contrattualizzare a cura delle aziende sanitarie.

Ha imposto procedure trasparenti, eque e non discriminatorie rimesse alla determinazione di criteri oggettivi da parte delle Regioni, le quali sino ad ora hanno fatto orecchio da mercante. Ciò senza tenere conto che le aziende sanitarie tenute alla stipulazione dei contratti erogativi sono obbligate, prescindendo dalle novità introdotte, a riconoscere in capo all'erogatore privato selezionato per la contrattualizzazione indiscutibili qualità erogative delle prestazioni sociosanitarie da acquistare. Insomma, con questo vengono introdotte sensate procedure selettive per la individuazione dei soggetti accreditati da contrattualizzare annualmente, caratterizzate da più qualificate procedure di tipo comparativo e di concorso pubblico, garanti della migliore scelta sia economica che di qualità erogativa. Prioritariamente, è la preventiva determinazione dei criteri oggetti finalizzati a pervenire ad una selezione di soggetti accreditati che valorizzi la qualità delle prestazioni specifiche da rendere esigibili all'utenza. Essi dovranno essere individuati (si suppone che il periodicamente coincida

con annualmente, per essere in obiettiva linea con il soddisfacimento attualizzato del fabbisogno salutare) dalle singole Regioni con un apposito avviso pubblico, funzionale a rendere trasparenti le procedure, eque e non affatto discriminatorie. Obiettivi, questi, che dovranno essere espressione concreta della programmazione sanitaria regionale e frutto delle verifiche delle esigenze di razionalizzazione della rete della medicina di prossimità, tenuto conto anche dell'attività svolta negli anni precedenti dai titolari di contratto con le aziende sanitarie di riferimento.

Interpretando la ratio legislativa, ma soprattutto individuando la tipologia dello strumento normativo prescelto che regola, per l'appunto, il mercato e la concorrenza, non è difficile desumere un obiettivo di più vasta portata innovativa sino ad arrivare alla definizione del soggetto accreditato da contrattualizzare ad esito di una procedura di evidenza pubblica.

#### **Le procedure di nomina dei "primari".**

Con l'art. 20 della legge 5 agosto 2022 n. 118 cambia la regola, meglio la procedura per la selezione e designazione dei già "primari". Viene, quindi, sostituito il comma 7 bis dell'art. 15 del vigente d. lgs. 502/1992. Con esso vengono modificate le composizioni delle commissioni, nel senso di essere più garanti di imparzialità e cultura specifica, e viene imposto al direttore generale dell'azienda sanitaria che esplica l'attività concorsuale di conferire l'incarico all'aspirante che riassume il punteggio più alto all'esito della procedura agonistica. Siffatte opzioni assumono un verosimile maggiore valore probatorio in relazione alla garanzia professionale e di competenza possedute dal direttore di unità operativa complessa, da spendere in favore dell'azienda medesima, sul piano del servizio offerto e del risultato conseguito, per l'utenza e per una apprezzabile conduzione del prescelto del proprio centro di costo e responsabilità, equivalente alla corrispondente UOC.

Il problema nascerebbe per i concorsi banditi ma non iniziati. E' opinione di chi scrive che la novità procedurale vada estesa anche ad essi. Per non parlare dei nuovi che dovranno seguire ineludibilmente tali regole.

#### **L'obbligo di formazione dei neo nominati "primari" e non solo**

Con l'articolo 21 della legge nr. 118/2022 si è concretizzato, finalmente, un atto di giustizia formativa per tantissimi operatori sanitari che, nell'assoluta loro diligenza, hanno frequentato master universitari di II livello in materia di organizzazione e gestione sanitaria, superando anche la prova d'esame finale.

Ebbene, agli stessi, la legge di concorrenza equipara - purché nel programma del master siano state affrontate le materie richieste per gli altri singoli specifici attestati previsti dall'ordinamento - l'attestato acquisito a quello previsto dall'art. 1, comma 4, lettera c) del vigente d.lgs. 171/2016 (quello per aver diritto di iscriversi nell'elenco degli abilitati ad essere nominati direttori generali della aziende sanitarie) e dagli artt. 15 e 16 quinquies del vigente d.lgs. 502/1992 (quelli necessari ai neo nominati "primari", da fare propri entro un anno dalla presa in servizio).

Una equiparazione attesa da anni che, in sua assenza, ha generato non poche disfunzioni e contraddizioni nelle carriere dei medici dirigenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA