

## **IC30 - SETTORE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE OSPEDALIERE**

*Provvedimento n. 14389*

L'AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

NELLA SUA ADUNANZA del 15 giugno 2005;

SENTITO il Relatore Professor Nicola Occhiocupo;

VISTO l'articolo 12, comma 2, della legge 10 ottobre 1990, n. 287, ai sensi del quale l'Autorità può procedere a indagini conoscitive di natura generale nei settori economici nei quali l'evoluzione degli scambi, il comportamento dei prezzi od altre circostanze facciano presumere che la concorrenza sia impedita, ristretta o falsata;

VISTO il D.P.R. 30 aprile 1998, n. 217, e, in particolare, l'articolo 17, relativo alle indagini conoscitive di natura generale;

CONSIDERATI i seguenti elementi:

### **IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E LE RIFORME DEGLI ANNI '90**

#### ***Quadro normativo***

1. Il settore sanitario in diversi Paesi è sempre più disciplinato da regole che tendono ad introdurre una positiva corrispondenza tra i valori sociali e umani che i sistemi sanitari si propongono di tutelare e le condizioni di efficienza nell'uso delle risorse economiche impiegate per la realizzazione di questi valori.

In Italia, nel corso degli anni '80-'90, sono state poste in essere riforme significative del Sistema Sanitario Nazionale (di seguito anche SSN), dopo la sua istituzione con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, che, dando attuazione all'articolo 32 della Costituzione a tutela del diritto alla salute, configurava lo stesso SSN come servizio pubblico, in senso oggettivo e soggettivo, nonché come piena espressione dello Stato sociale.

Le riforme del 1992 e del 1999 (Decreto Legislativo n. 502/92 e Decreto Legislativo n. 229/99), pur con elementi di differenziazione, e ancor più la riforma del titolo V della Costituzione, introdotta con legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, hanno accentuato il modello regionalistico del SSN, cercando di perseguire, con strumenti diversi, obiettivi di efficienza e di contenimento della spesa pubblica.

2. L'intervento legislativo del 1992 si concentrò sulla riorganizzazione delle strutture del SSN (aziendalizzazione delle USL e dei grandi ospedali), prevedendo, tra l'altro, un sistema di accreditamento e convenzionamento degli operatori privati vincolato alla sussistenza di requisiti predeterminati, nonché un rinnovato sistema di rapporti con le Università aventi facoltà di Medicina e Chirurgia, e l'introduzione del c.d. principio di parità tra pubblico e privato, ovvero la libertà di scelta tra strutture pubbliche e private da parte del cittadino.

3. Il Decreto Legislativo n. 299/99 ha posto l'accento, tra l'altro, sulla riqualificazione del sistema della sanità pubblica, attraverso un rilancio del metodo della programmazione delle risorse disponibili e dei servizi erogabili, l'introduzione del sistema di accreditamento selettivo, nonché del ruolo delle Regioni nel governo della sanità pubblica. In tale prospettiva, l'intervento riformatore del 1999 ha affidato alle Regioni una posizione centrale, mediante l'attribuzione di significative competenze legislative e della titolarità del servizio pubblico sanitario.

La citata riforma del Titolo V della Costituzione, a sua volta, stabilisce che la tutela della salute, ai sensi dell'articolo 117, è ricompresa tra le materie di legislazione concorrente, anche se deve essere riguardata con riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, garantiti su tutto il territorio nazionale, di competenza esclusiva della legislazione statale, nonché con riferimento all'ordinamento comunitario.

#### ***Il piano sanitario nazionale e i piani sanitari regionali***

4. La programmazione, divenuta elemento nodale dell'intero sistema e legata al rispetto del principio del contenimento della spesa pubblica, è ripartita tra Piano sanitario nazionale (PSN) e il Piano sanitario regionale (PSR).

Il PSN, di durata triennale, è adottato dalla Conferenza Stato-Regioni e autonomie locali; è predisposto dal Governo, su proposta del Ministro della Sanità, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia e le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, in base alle proposte formulate dalle Regioni.

Il PSN fissa gli obiettivi di salute e definisce i livelli essenziali ed uniformi di assistenza del SSN (c.d. LEA) e le risorse per essi destinate.

Il PSR è il piano strategico degli interventi, che tiene conto innanzitutto delle esigenze della popolazione di riferimento, prevede progetti specifici di intervento e definisce piani di raccordo tra gli enti locali. Il PSR è soggetto al parere del Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (agenzia autonoma istituita presso il Ministero della Salute con compiti di supporto).

Talune Regioni affidano poteri di programmazione anche alle AUSL, che possono adottare piani attuativi locali, il piano delle azioni (che regola, tra l'altro, la funzione di committenza) e il programma delle attività territoriali (che localizza, tra l'altro, i servizi sanitari).

### ***La natura e il ruolo della aziende unità sanitarie locali***

5. Secondo il disegno del legislatore del 1978, le USL erano titolari del servizio pubblico sanitario, nonché gestori ed erogatori del servizio. Esse costituivano le strutture organizzative comunali di carattere operativo, organi di gestione comunale. Ai Comuni erano affidate funzioni amministrative in materia di sanità e le USL costituivano enti che rappresentavano il Comune nell'espletamento di tali funzioni.

6. La riforma del 1992, come noto, al fine di separare il potere di indirizzo politico e la gestione del servizio sanitario pubblico, tramite le USL, ha proceduto ad attribuire la titolarità del servizio pubblico sanitario alle Regioni, affidando a queste ultime la gestione del servizio, mediante la cd. aziendalizzazione delle USL (AUSL). Ha cioè trasformato le USL, pur qualificabili come enti pubblici in ragione dei poteri ad esse attribuiti (nomina organi, auto-organizzazione, finanziamento, controlli), in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, gestionale, patrimoniale.

7. Oggi, le AUSL rappresentano il modello organizzativo obbligatorio, attraverso cui le Regioni assicurano l'erogazione e la gestione dei servizi sanitari.

8. Va osservato che il ruolo e la posizione della AUSL, che in talune Regioni svolgono anche ruolo di soggetto committente/acquirente/pagatore di servizi prestati da altri soggetti, nel governo della sanità possono essere esattamente delineati solo a seguito dell'analisi delle diverse normative regionali che ne disciplinano l'organizzazione e, soprattutto, definiscono i rapporti tra Regione e AUSL.

### ***Le strutture sanitarie private convenzionate***

9. Il SSN è organizzato da strutture pubbliche e private ricomprese nel SSN. L'accesso al SSN da parte delle strutture private, secondo la disciplina da ultimo modificata nel 1999, prevede:

- l'autorizzazione per la realizzazione della struttura sanitaria e l'autorizzazione per l'esercizio di attività socio sanitarie
- l'accreditamento al SSN
- la conclusione di accordi contrattuali per la fornitura dei servizi sanitari a carico del SSN.

10. L'autorizzazione per la realizzazione di strutture sanitarie viene rilasciata *"previa verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione"*, considerato il fabbisogno complessivo di strutture e la localizzazione delle medesime rimesso alla competenza regionale (articolo 8 *ter*, ultimo comma, Decreto Legislativo n. 299/99).

L'autorizzazione per l'esercizio dell'attività sanitaria è subordinata al possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, sia generali che specifici, in relazione alla tipologia di prestazioni per le quali essa viene richiesta; tali requisiti sono indicati dalle Regioni.

Le Regioni stabiliscono le modalità e i termini per il rilascio di tali autorizzazioni.

11. L'accreditamento, rilasciato dalla Regione di appartenenza dagli operatori pubblici e privati autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie, costituisce un presupposto necessario per erogare le prestazioni per conto del SSN, ma non vincola quest'ultimo alla remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate. Il diritto alla remunerazione sorge soltanto in seguito alla conclusione di accordi tra gli operatori accreditati e le Regioni o le AUSL, aventi ad oggetto l'esercizio dell'attività sanitaria.

12. Gli accordi disciplinano il programma di attività e il finanziamento complessivo della struttura, in conformità al programma sanitario nazionale e regionale; essi stabiliscono, tra l'altro, il volume massimo delle prestazioni che ciascuna struttura si impegna a erogare, i requisiti del servizio (tra cui i tempi di attesa), il corrispettivo dovuto a fronte delle prestazioni concordate sulla base delle tariffe previste nell'accordo, gli obblighi di informazione delle strutture erogatrici.

### **PROFILI CONCORRENZIALI**

13. Il quadro che emerge dalla succinta descrizione del sistema sanitario in Italia sin qui sviluppata appare di estrema complessità e caratterizzato da specifiche interpretazioni della normativa nazionale adottate a livello regionale. L'Autorità è consapevole del fatto che il servizio pubblico sanitario si lega all'attuazione di un diritto sociale, consacrato nella Costituzione nazionale, nonché nell'ordinamento comunitario, riconoscendo, quindi, la sua peculiarità rispetto ad altri servizi pubblici. Così, la natura di diritto sociale, unitamente ai principi di equità e solidarietà che permeano il servizio sanitario pubblico, inducono ad affrontare la questione degli ambiti nei quali i principi della concorrenza possono essere introdotti.

#### ***I modelli regolatori***

14. I diversi modelli regolatori, adottati dalle Regioni e derivanti da un quadro normativo non sempre ben definito, saranno analizzati al fine di valutare quali principi concorrenziali siano stati introdotti o sia opportuno introdurre, nella prospettiva di garantire la migliore prestazione dei servizi sanitari ospedalieri.

### ***Il regime delle autorizzazioni e degli accreditamenti***

**15.** In secondo luogo, verranno esaminati gli effetti delle citate riforme e, in particolare, della riforma del 1999, già oggetto di segnalazioni<sup>1</sup> da parte dell'Autorità nelle quali si evidenziavano i problemi concorrenziali connessi con il sistema di accreditamento nel SSN dei privati adottato dalle Regioni e con le procedure previste per le autorizzazioni e per la conclusione degli accordi. A tal fine, verranno analizzate le diverse problematiche di ordine concorrenziale inerenti, in particolare, il ruolo svolto dalle AUSL..

### ***La definizione dei mercati rilevanti***

**16.** L'Autorità si propone di esaminare, inoltre, la questione relativa alla definizione dei mercati rilevanti, nell'ambito delle prestazioni sanitarie ospedaliere, esaminando le caratteristiche della domanda e dell'offerta sia sotto il profilo merceologico, cioè della tipologia delle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie, che sotto il profilo geografico, analizzando il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti/utenti nelle diverse realtà locali.

**17.** In conclusione, l'Autorità intende collocare l'analisi di questo delicato settore della vita nazionale nella prospettiva della tutela del consumatore, con l'obiettivo che esso possa beneficiare di servizi sanitari efficienti e di qualità, attraverso l'introduzione di principi concorrenziali all'interno del sistema sanitario.

Tutto ciò premesso e considerato;

### **DELIBERA**

di procedere, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge n. 287/90, a un'indagine conoscitiva riguardante il settore delle prestazioni sanitarie ospedaliere.

Il presente provvedimento verrà pubblicato sul Bollettino di cui all'articolo 26 della legge n. 287/90.

p. IL SEGRETARIO GENERALE  
*Alberto Nahmijas*

IL PRESIDENTE  
*Antonio Catricalà*

Visto: IL CAPO DI GABINETTO  
*Luigi Fiorentino*

---

<sup>1</sup> [Segnalazioni n. AS145 del 26 giugno 1998 e n. AS175 del 20 maggio 1999.]