

GINEVRA CERRINA FERONI

PUBBLICO E PRIVATO NELLA EROGAZIONE  
DELLE PRESTAZIONI SANITARIE:  
UNA COMPARAZIONE CON LA GERMANIA  
E CON LA SVIZZERA

SOMMARIO: 1. Delimitazione dell'oggetto di indagine. – 2. L'istituto dell'accreditamento in Italia. – 3. Prime considerazioni sull'accreditamento delle strutture sanitarie in Italia. – 4. L'esperienza tedesca delle *Krankenkassen*. – 5. Erogazione privata delle prestazioni sanitarie in Germania. – 6. Accredimento "esterno" in Germania. – 7. Valutazioni di sintesi sul modello tedesco. – 8. Il modello assicurativo svizzero. – 9. Parità pubblico-privato nel settore ospedaliero svizzero. – 10. Accredimento esterno e accreditamento esterno "qualificato" in Svizzera. – 11. Conclusioni.

### **1. Delimitazione dell'oggetto di indagine**

Il tema del rapporto tra pubblico e privato in sanità è molto ampio e può essere analizzato sotto numerosi profili, ciascuno caratterizzato da un elevato grado di complessità. Vi è la questione del diritto della concorrenza<sup>1</sup> che, sotto la spinta della normativa europea, ha avuto negli ultimi anni rilevanti sviluppi con ricadute più o meno incisive nel settore (si pensi in proposito alla famosa sentenza della Corte di giustizia europea del 29 novembre 2007 che ha stabilito che le associazioni di volontariato sono imprese a tutti gli effetti anche se non hanno scopo di lucro e sono quindi soggette alle norme comunitarie in materia di tutela della concorrenza<sup>2</sup>). Vi è la que-

<sup>1</sup> Sul difficile rapporto tra apertura del mercato nel settore sanitario, necessità di contenimento della spesa pubblica e garanzia della tutela della salute e della libertà di scelta del paziente si veda G. Corso, *Pubblico e privato nel sistema sanitario*, in G. Corso, P. Magistrelli (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, Giappichelli, 2009, 17 ss.

<sup>2</sup> V. CGCE sent. 29 novembre 2007, C-119/06. La vicenda presa in esame riguardava gli accordi quadro stipulati dalla Regione Toscana e da alcune Aziende sanitarie della stessa Regione. In particolare tra il 1999 e il 2004, le amministrazioni pubbliche avevano siglato un accordo quadro regionale, poi prorogato e successivamente rinegoziato, che vedeva come controparti diverse associazioni di volontariato. L'accordo aveva ad oggetto l'affidamento di

stione dei partenariati pubblico-privati per realizzare progetti infrastrutturali (ad esempio di edilizia sanitaria), ma anche per la stessa gestione di strutture sanitarie. Il tema ha assunto negli ultimi anni un'importanza sempre crescente, che è andata di pari passo con la necessità di contenere la spesa pubblica e contemporaneamente di continuare a garantire reali condizioni di uguaglianza e di accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini<sup>3</sup>. Vi è poi l'analisi del rapporto pubblico-privato sotto il profilo della organizzazione interna delle aziende sanitarie: si potranno in proposito studiare la distribuzione del potere fra i vari livelli gestionali, o valutare gli effetti dei modelli adottati in termini di *performance* e di efficienza allocativa (quali e quanti bisogni soddisfare, verifica dei costi sostenuti e dei benefici ottenuti con ogni scelta). Si è scelto di affrontare il rapporto pubblico-privato sotto il profilo della erogazione delle prestazioni sanitarie, in modo particolare analizzando l'istituto del cd. "accreditamento" delle strutture sanitarie che operano per conto o a carico del Sistema Sanitario Nazionale: ciò perché in Italia la differenziazione dei modelli di erogazione (e non solo) dà luogo ad un quadro talmente diversificato che non è affatto improprio, anche per il nostro ordinamento, parlare di Stato composto. Anzi, sotto questo profilo – che poi ha immediate ricadute sulla qualità del servizio e dunque sul diritto

servizi di trasporto sanitario. La Commissione europea, nel chiamare davanti alla Corte l'Italia, aveva sostenuto che l'accordo stipulato dalle amministrazioni toscane fosse da considerare un appalto pubblico da affidare in base a regole di evidenza pubblica in ragione della riconducibilità dei servizi oggetto di affidamento nell'alveo delle norme della direttiva 92/50/CEE, oggi confluita nella direttiva 2004/18/CE e quindi da aggiudicare mediante procedura aperta o ristretta.

<sup>3</sup> Tuttavia dopo un vero e proprio boom del *project financing* con progetti riguardanti l'edilizia sanitaria che hanno rappresentato il 24% delle gare bandite e il 56% del valore degli appalti (specie negli anni 2004-2005-2006), si è avuto dal 2007 una battuta di arresto con un calo del 7,1% degli investimenti in sanità attivati tramite finanza di progetto. È molto probabile che tale diminuzione derivi dalla crisi ma anche dalla complessità dell'iter di realizzazione dei progetti di PFI, in particolare dai frequenti annullamenti di gare dovuti a vizi procedurali e dalla lentezza del processo di valutazione delle domande. Sembrano sussistere ancora difficoltà oggettive che devono essere eliminate affinché lo strumento della finanza di progetto possa effettivamente essere sfruttato in modo proficuo nel settore sanitario. Cfr. i dati riportati in Finlombarda – Regione Lombardia, *La finanza di progetto nell'edilizia nelle opere di edilizia sanitaria in Italia*, in *PF Focus*, 2009, n. 8, 4 ss.; v. anche Finlombarda, *Osservatorio Finlombarda sul project finance in sanità*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli, 2011. Sulle criticità presentate dall'applicazione di partenariati pubblico-privati in sanità in Italia si veda anche il rapporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *Rapporti pubblico-privato nelle Regioni*, 2007, [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/ricerca\\_07\\_publico\\_privato\\_perrini.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/ricerca_07_publico_privato_perrini.pdf).

costituzionale alla salute (gli articoli che entrano in gioco sono, oltre all'art. 32 Cost., l'art. 3, c. 2, e gli artt. 97, 41, 81 Cost.) – il sistema italiano è assai più “federale”<sup>4</sup> di quanto non lo siano altri ordinamenti tradizionalmente federali, quali ad esempio quello tedesco, a dimostrazione del fatto che è improprio parlare di un unico federalismo. Proprio partendo dall'istituto dell'accreditamento si intende indagare il rapporto pubblico-privato in ambito italiano per poi confrontarlo con quello di alcuni Stati composti come la Germania e la Svizzera. Anche se in questi Paesi non esiste uno strumento analogo a quello dell'accreditamento italiano, l'analisi ha permesso di individuare elementi utili per la comparazione. Il problema della certificazione della qualità nel settore sanitario rappresenta infatti anche qui un tema di grande attualità che ha dato luogo a risposte diverse e invero ancora in divenire. “Qualità” e “*Patientenorientierung*” – che vuol dire “mettere al centro il paziente”, la sua libertà di scelta la quale non può pienamente realizzarsi se non si valorizza e tutela efficacemente il suo diritto ad un'informazione trasparente ed adeguata circa la qualità delle prestazioni offerte – sono ormai diventate le “parole d'ordine” delle politiche sanitarie in questi due Paesi, i quali allo stesso tempo si trovano, come l'Italia, di fronte alla pressante necessità di ridurre la spesa sanitaria pubblica.

Per “accreditamento” nel sistema sanitario si intende in genere una certificazione/un riconoscimento che un Governo o un'agenzia non governativa conferisce agli erogatori di prestazioni sanitarie che soddisfano determinati standards di qualità i quali richiedono un continuo miglioramento nei processi, nelle strutture e nei risultati<sup>5</sup>. Secondo quanto riportato nello studio dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie *Assuring the Quality of Health Care in the European Union*<sup>6</sup> (2008) sono molti i Paesi i

<sup>4</sup> Sulle differenze tra i singoli modelli regionali di organizzazione sanitaria si vedano, tra i tanti, G. Pitruzzella, *Sanità e Regioni*, in *Le Regioni*, 2009, 1177 ss.; R. Balduzzi (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005; Id., *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazionale-regionale*, in *Le Regioni*, 2005, 717 ss. Inoltre, sulla “struttura federale” del sistema sanitario italiano, soprattutto nei suoi risvolti economici, si veda A. Petretto, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in E. Catelani, G. Cerrina Feroni, M.C. Grisolia, *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli sanitari a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011, 83 ss.

<sup>5</sup> Sulle possibili definizioni di accreditamento si veda Agenzia per i servizi sanitari regionali, *Focus on: L'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari*, in *Monitor*, 2002, n. 2, 12 ss.

<sup>6</sup> H. Legido-Quigley, M. McKee, E. Nolte, I.A. Glinos, *Assuring the Quality of Health Care in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, 19 ss. Il testo è disponibile sul sito: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98233/E91397.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf).

quali hanno optato per forme di accreditamento come strumento di garanzia e promozione della qualità nel settore sanitario (Olanda, Danimarca, Irlanda, Francia, Spagna nelle Regioni della Catalogna, Andalusia e Madrid, Repubblica Ceca etc.). Con esso infatti si realizza una apertura del mercato nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico dello Stato e quindi si dovrebbe facilitare lo sviluppo di una forma di concorrenza basata su parametri di qualità<sup>7</sup>. L'istituto nasce negli Stati Uniti come processo di valutazione della qualità delle strutture sanitarie operato da organismi esterni non governativi, ovvero da istituti che riuniscono esperti del settore e dovrebbero quindi garantire una valutazione indipendente e fondata dal punto di vista scientifico<sup>8</sup>. In ambito europeo si è affermata sia questa forma di accreditamento (ad esempio in Olanda, ma anche in Svizzera e in Germania, come vedremo) sia la forma invece "istituzionale" ovvero conferita dai poteri pubblici, come si è avuto ad esempio in Italia, in Catalogna, in Francia. Per quanto riguarda l'accredimento ad opera di istituti esterni, non governativi, si possono distinguere due tipi: quello "controllato" o "qualificato", in cui i poteri pubblici riconoscono solo le certificazioni conferite da determinati istituti o prevedono forme di accreditamento degli organismi accreditanti (come in Svizzera per l'accredimento esterno specializzato), sia quello "incontrollato" che vede un moltiplicarsi di centri di accreditamento della qualità non coordinato e privo di qualsiasi riconoscimento a livello istituzionale (come è avvenuto in parte in Svizzera, ma anche in Germania).

## **2. L'istituto dell'accredimento in Italia**

L'istituto ha avuto in Italia un'applicazione estremamente controversa, data dalla difficoltà di trovare uno stabile equilibrio tra i diversi interessi in gioco: quelli degli utenti e della loro "libertà di scelta" delle cure; quelli della pubblica amministrazione (primo fra tutti la necessità di contenere la spesa

<sup>7</sup> Sul rapporto tra concorrenza e accreditamento nel settore sanitario in Italia si veda E. Sticchi Damiani, *La concorrenza nell'erogazione dei servizi sanitari e le posizioni delle imprese private*, in *Sanità pubblica e privata*, 2003, n. 9, 929 ss.

<sup>8</sup> Per brevi accenni alla evoluzione storica dell'istituto e una sintetica panoramica su alcuni Paesi europei che l'hanno adottato si rimanda a Agenzia per i servizi sanitari regionali, *Focus on: L'accredimento delle strutture e dei servizi sanitari*, cit., 12 ss.; v. anche E. Jorio, *L'accredimento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute*, in *Sanità pubblica e privata*, 2004, n. 2, 151 ss., spec. 154;