



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

**Corso di Laurea Magistrale**

**Lavoro, Cittadinanza Sociale, Interculturalità**

**Tesi di Laurea**

**L'accreditamento istituzionale:**

**modello per la qualità o controllo formale**

—

Ca' Foscari  
Dorsoduro 3246  
30123 Venezia

**Relatore**

Ch.mo Prof. Alessandro Battistella

**Correlatrice**

Ch.ma Prof.ssa Serenella Oletto

**Laureanda**

Santa Caponnetto

Matricola 831578

**Anno Accademico**

**2013 / 2014**



## INDICE

<b>Introduzione.</b>	5
<b>Capitolo 1. La qualità e i modelli per la sua gestione.</b>	9
1.1. Le dimensioni della qualità.	9
1.2. I modelli per la gestione e la verifica della qualità.	12
1.3. L'evoluzione nell'uso dei modelli.	17
1.4. Rendere visibile la qualità.	22
1.5. Valori etici e sociali dei sistemi di garanzia della qualità.	25
<b>Capitolo 2. Origini e sviluppo dell'accreditamento.</b>	31
2.1. Le origini.	31
2.2. Esperienze internazionali.	34
2.3. Definizione e tipi di accreditamento.	37
2.4. Autorizzazione e accreditamento: il percorso normativo in Italia.	40
<b>Capitolo 3. L'accreditamento istituzionale in Italia.</b>	47
3.1. L'autorizzazione.	47
3.2. L'accreditamento istituzionale.	48
3.3. Gli accordi contrattuali.	50
3.4. L'accreditamento dal punto di vista giuridico.	53
3.5. L'attuazione regionale.	54
3.6. Differenze tra sociale e sanitario.	56

## **Capitolo 4. Accredimento dei servizi sociali:**

<b>regolazione, qualità, innovazione.</b>	59
4.1. Regolazione del mercato dei servizi.	59
4.2. La definizione dei criteri di qualità.	65
4.3. L'esempio dei criteri di qualità adottati dalla Regione Veneto.	67
4.4. La libertà di scelta dell'utente e l'accesso ai servizi.	77
4.5. Dall'accesso alla presa in carico: il ruolo del case manager.	82
4.6. Punti di forza e criticità del sistema di accreditamento.	84
4.7. Innovazione del sistema o controllo formale.	90
<b>Conclusioni.</b>	95
<b>Riferimenti normativi.</b>	98
<b>Bibliografia.</b>	100
<b>Sitografia.</b>	103
<b>Appendice.</b>	104

## Introduzione

L'idea di realizzare questo progetto di tesi, nasce da un'importante esperienza di formazione regionale, promossa dalla Regione Veneto attraverso l'Agenzia Regionale Sociosanitaria del Veneto (ARSS), che aveva l'obiettivo di formare i valutatori per l'accreditamento istituzionale, a seguito dell'attuazione della L.R. 22/2002, che avviava a livello regionale *“il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali”*. L'esperienza formativa svolta ed il conseguente titolo di valutatore per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie e sociali, mi hanno consentito di approfondire i temi relativi alla qualità dei servizi e all'organizzazione degli stessi, e di entrare in contatto con molte realtà operative nell'ambito dei servizi sociosanitari e sociali, pubblici e privati, di diverse province della Regione Veneto. L'attività di valutatore mi ha consentito di conoscere l'iter procedurale dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale, attraverso la verifica documentale preventiva, delle strutture oggetto di valutazione. Non intendo soffermarmi sugli aspetti tecnici degli audit, voglio invece evidenziare come nel corso delle visite, procedendo con la verifica sistematica dei requisiti, si entrava nell'impostazione organizzativo gestionale dei servizi, stabilendo un rapporto di scambio costruttivo con gli operatori e i rappresentanti delle strutture. Dalla verifica dei requisiti è possibile cogliere alcune caratteristiche dell'organizzazione, delle relazioni interne ed esterne, del clima organizzativo, del lavoro per progetti, e dell'impegno verso il miglioramento della qualità del servizio. L'esperienza ha evidenziato realtà diverse, di servizi impegnati in processi reali di implementazione degli aspetti qualitativi, ed altre realtà dove, nonostante l'impegno ad ottemperare ai requisiti, si percepiva l'incombente dell'adempimento burocratico, in termini di produzione di documentazione ai fini di ottenere una certificazione. La differenza è sostanziale, tra chi crede nei percorsi e nei processi che danno risultati in termini di miglioramento del proprio lavoro e del lavoro con le persone, dando dimostrazione dei risultati raggiunti, puntando a ulteriori obiettivi di qualità, introducendo elementi di creatività ed innovazione, e chi invece si limita ad avere la documentazione in ordine, per dare evidenza dell'applicazione del requisito, fine al rilascio

dell'accreditamento. Il rischio è quello di basare la valutazione della qualità solo sulle carte prodotte allo scopo, per cui è sufficiente avere la consulenza giusta, che metta a posto la documentazione. Quest'attività mi ha fatto rilevare alcune criticità del sistema di accreditamento, ma soprattutto le potenzialità che presenta per la crescita dell'offerta dei servizi, per garantire all'utenza equità, nell'opportunità di usufruire di servizi di qualità, in modo omogeneo, su tutto il territorio regionale, sia nel pubblico che nel privato.

L'elaborato inizia con il proporre una breve analisi dell'evoluzione del concetto di qualità nelle organizzazioni, e delle metodologie utilizzate dai modelli più diffusi per la gestione e la valutazione della qualità (ISO, Premi per la Qualità, Accreditamento); il concetto di qualità del prodotto che parte dal settore economico, si diffonde anche nei servizi e nel settore pubblico, in particolare nella sanità. L'accREDITAMENTO nasce negli Stati Uniti, all'inizio del secolo scorso, su iniziativa della professione medica, come modello per migliorare le conoscenze e le competenze nel settore sanitario. Nella sua impostazione originaria aveva le caratteristiche di un processo volontario su base autoreferenziale, con lo scopo di garantire che le strutture ospedaliere più qualificate, ricevessero un riconoscimento dalla professione, e che quelle meno eccellenti potessero essere stimolate a migliorare la qualità del proprio lavoro. Dallo sviluppo di questa esperienza, se ne sono avviate altre in molti paesi (Canada, Australia e molti paesi dell'Unione Europea); dalle origini storiche dell'accREDITAMENTO, si passa quindi a vedere come si è sviluppato, in modo significativo, in alcune nazioni. L'avvio dell'accREDITAMENTO in Italia avviene negli anni '90, con l'introduzione dell'istituto nel mondo sanitario, in un periodo di notevoli riforme relative al sistema sanitario e ai modelli di welfare, che attraversavano una crisi rispetto ai modelli tradizionali. Nel sistema sanitario e sociosanitario, si introducono nuovi concetti relativi all'efficacia e all'efficienza delle prestazioni, alla salute ed al benessere. Le riforme intraprese portano ad una nuova legislazione di settore, ma soprattutto a riforme Costituzionali che modificano gli assetti di governance dei sistemi, conferendo alle Regioni ampi poteri. Contestualmente alle riforme e alla nascita di una nuova cultura della salute, nei servizi si sviluppa un regime di mercato concorrenziale, con la crescita del 3° settore e l'introduzione di forme di gestione nuove, che vanno nella direzione

dell'esternalizzazione dei servizi (gare d'appalto, convenzioni, accreditamento). Le riforme degli anni '90 introducono in Italia l'accreditamento; segue l'analisi dell'iter normativo dell'istituto dell'accreditamento, e delle specificità che lo distinguono dagli altri modelli internazionali, più centrati su un accreditamento volontario o d'eccellenza. Successivamente, viene trattato l'accreditamento istituzionale e degli altri istituti ad esso collegati, quali l'autorizzazione all'esercizio e gli accordi contrattuali, che costituiscono l'accezione del sistema di accreditamento italiano, configurandosi, come strumento di regolazione del mercato, per selezionare l'accesso degli operatori pubblici e privati, sulla base di ulteriori requisiti di qualità, che opereranno per conto del pubblico, con il finanziamento pubblico. Si passa all'esame dell'accreditamento dal punto di vista giuridico, nella sua caratterizzazione dell'istituto della concessione, che gli conferisce flessibilità nell'applicazione. Conclude il terzo capitolo una breve analisi dell'evoluzione regionale e delle differenze più significative tra l'accreditamento applicato al settore sanitario e al settore sociale. Infatti, le esperienze dell'accreditamento dal settore sanitario si spostano al settore dei servizi sociali, anch'esso sottoposto a logiche di mercato, seppur con alcune specificità, che rendono i modelli applicati all'ambito sanitario, non totalmente sovrapponibili ai servizi sociali. L'ultimo capitolo focalizza l'accreditamento nel settore sociale, a seguito della sua introduzione con la L. 328/2000. In particolare si analizzano il sistema di mercato dei servizi sociali, i modelli di mercato teorici e reali, e l'accreditamento quale strumento di regolazione dell'offerta dei servizi; ma anche le potenzialità che ha nel promuovere lo sviluppo della qualità dei servizi. Si propone un esempio su come la Regione Veneto abbia identificato i criteri di qualità per le strutture sociali. La definizione dei criteri e dei requisiti di qualità nel sociale, è fondamentale per l'accreditamento dei servizi, si basa sulla capacità dei servizi di rispondere ai bisogni dell'utente, e di sviluppare percorsi che conducano a processi di cambiamento ed empowerment. In questo senso il servizio sociale professionale, rappresenta uno strumento di tutela del cittadino/utente all'interno del sistema dei servizi, attraverso il quale è possibile garantire prestazioni e servizi, caratterizzati da equità e appropriatezza, con l'attivazione di percorsi che facilitino l'informazione, l'accesso, l'accompagnamento, la presa in carico e la progettazione personalizzata.

Infine si passa ad un breve esame di quelle che sono le potenzialità e le criticità nell'applicazione dell'accreditamento. Ne consegue l'analisi degli aspetti di innovazione dell'istituto, in riferimento alla caratteristica di flessibilità, nell'adattarsi al sistema dei servizi in risposta ai bisogni; all'equiparazione dei soggetti pubblici e privati nel sistema di offerta dei servizi, a tutela della dignità e del diritto alla libera scelta del cittadino, garantendogli servizi che rispondono a elevati standard qualitativi, uguali per il pubblico ed il privato. Si considera infine il rischio, specie in un periodo di crisi finanziaria e di tagli alle Regioni, di un utilizzo distorto e strumentale dell'accreditamento, per regolare l'offerta dei servizi in una logica prioritaria di controllo della spesa pubblica, a svantaggio della qualità dei servizi, della tutela del cittadino utente e della comunità.

## CAPITOLO 1.

### La qualità e i modelli per la sua gestione

#### 1.1. Le dimensioni della qualità

Il concetto di qualità nel corso dell'ultimo secolo ha subito una costante evoluzione. Con l'avvento della produzione di massa vengono privilegiate le esigenze della produzione industriale, ed in modo particolare ci si basa sul concetto di conformità del prodotto, tale da farlo coincidere con il concetto stesso di qualità; si punta all'assenza di difetti del prodotto, inteso come risultato della produzione che deve essere prevedibile. Verso la fine degli anni '60, il concetto di qualità subisce le influenze dell'approccio sistemico dell'organizzazione e si comincia a parlare di "sistema di gestione della qualità", considerando la globalità del sistema organizzativo.<sup>1</sup> La qualità deve essere pianificata, gestita, controllata e migliorata, si delinea il concetto di Quality Assurance, assicurazione della qualità, che introduce un sistema di verifiche che hanno l'obiettivo di certificare i sistemi di gestione della qualità. Tale meccanismo di verifiche viene applicato anche ai fornitori da parte dei committenti, per certificare la conformità agli standard previsti. Successivamente il sistema evolve nella direzione del consumatore e quindi nella valutazione della soddisfazione del cliente, in qualità di consumatore consapevole. Ne consegue lo sviluppo di sistemi di supporto alla clientela, con attenzione anche al momento della vendita. Negli anni '80, a seguito dell'esigenza di ridurre i costi legati alle verifiche, fornitori e committenti decidono di unificare gli standard di qualità attraverso l'individuazione a livello nazionale prima, ed internazionale dopo, di norme condivise, dando vita all'iniziativa dell'ISO (International Standards of Organizations). L'ISO rende omogeneo il sistema normativo nel settore della qualità aziendale con tutta una serie di criteri e procedure. Nel 1987 viene istituito il Premio Malcolm Baldrige e nel 1991 il premio EFQM (European Foundation for Quality Management), si tratta di premi per la qualità che si associano al modello TQM (Total Quality Management). Il modello della qualità totale attribuisce rilevante

---

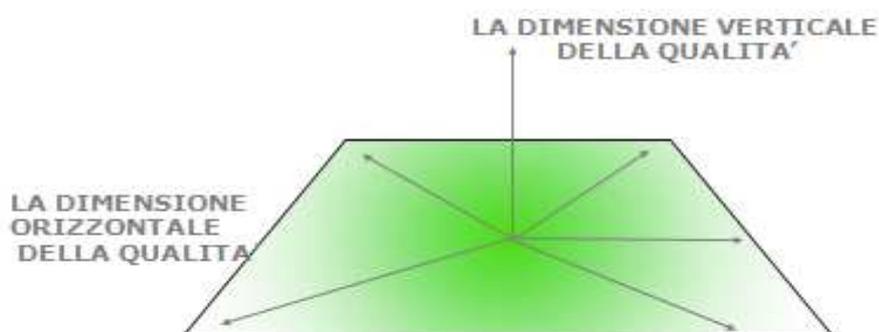
<sup>1</sup> Conti T., De Risi P., *"Manuale della qualità"*, Il Sole 24ore, Milano 2001.

importanza agli aspetti relativi all'organizzazione, in termini di risorse umane e di stakeholder (portatori di interessi); il miglioramento continuo è inteso come la tensione continua dell'organizzazione a conseguire risultati migliori rispetto a quelli precedenti. Nasce la logica del PDCA (Plan – Do – Check - Act), cosiddetto ciclo della qualità o di Deming. Gli stessi contenuti vengono recepiti dal modello dell'ISO 9000 del 2000. Verso la fine degli anni '90, il concetto di qualità del settore economico si diffonde anche al settore pubblico, nel sistema sanitario e sociale si introducono i concetti di economicità, efficacia ed efficienza oltre ad una nuova cultura della salute e del benessere.

Il concetto di qualità in ambito sanitario e socio sanitario può essere definito come l'impegno ad erogare un'elevata qualità di assistenza intrinseca nella pratica quotidiana, essa diventa una priorità. All'inizio del terzo millennio oltre al problema del contenimento dei costi emerge anche il problema della sicurezza dei pazienti (gestione del rischio), si affermano i modelli che prevedono una rivalutazione ed un'applicazione pratica del concetto di qualità per migliorare la sicurezza del paziente. Secondo la norma UNI ISO 8402 possiamo definire la qualità come "l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse ed implicite". Nello specifico dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, la qualità può essere definita come il grado con cui il trattamento fornito migliora la probabilità del paziente di raggiungere i risultati desiderati e diminuisce le probabilità di risultati indesiderati, tenendo conto il corrente stato delle conoscenze. Le componenti potenziali della qualità comprendono: l'accessibilità, l'efficacia, efficienza, la soddisfazione del paziente, la sicurezza dell'ambiente di cura, l'appropriatezza del trattamento, la valutazione del grado in cui l'assistenza è fornita ed i risultati ottenuti. La qualità va vista essenzialmente su tre dimensioni tra loro integrate ed identificabili nel Sistema Qualità. La dimensione della qualità percepita, in termini di gradimento da parte del cittadino; la dimensione della qualità tecnico-professionale, in termini di buona pratica professionale, efficacia e appropriatezza; la dimensione della qualità organizzativa e gestionale, in termini di efficienza. Nella qualità percepita o relazionale, il concetto di qualità dipende significativamente dai diversi punti di vista per i quali i cittadini utenti desiderano essere curati, assistiti, auspicando

equità, accessibilità, confort nell'erogazione dei servizi. Nella qualità tecnico-professionale i professionisti esprimono al meglio le loro competenze mettendo a frutto il proprio background culturale. Nella qualità organizzativa, la gestione organizzativa deve essere funzionale al raggiungimento degli obiettivi, alla corretta gestione delle risorse ed al contenimento dei costi nell'erogazione del servizio. Il Sistema di Qualità si riferisce alla struttura organizzativa, alle responsabilità, alle procedure, ai procedimenti ed alle risorse messe in atto per la conduzione aziendale e per la qualità. Il Sistema Qualità, in sanità, è il sistema attraverso cui un'azienda cerca di garantire che le prestazioni e i servizi che vengono erogati siano rispondenti, soddisfino i bisogni e le aspettative degli utenti clienti, al minor costo ed in misura superiore (competitività) rispetto ad altre aziende. Il Sistema Qualità se applicato correttamente dovrebbe assicurare che un'organizzazione attua una politica di qualità, una standardizzazione dei processi, un sistema per monitorare i difetti, un sistema per le azioni correttive ed una revisione del sistema da parte del management. La qualità ha anche una dimensione orizzontale ed una verticale.

## LE DIMENSIONI DELLA QUALITA' ED IL QUADRO NORMATIVO



T. Conti in: Prog<sup>o</sup> Collab interregionale per lo sviluppo di competenze valutative 2001-2003<sup>o</sup>

La dimensione orizzontale è quella a cui si riferisce l'ISO 9000; orizzontale perché si riferisce ad uno standard, ad una piattaforma base, e la conformità allo standard è un prerequisito. Questa dimensione favorisce la diffusione della cultura di base della qualità. La dimensione verticale della qualità è quella che può essere definita qualità totale. E' una dimensione competitiva, senza limiti, non ha specifiche e livelli a cui fare riferimento, in questa prospettiva lo stato dell'arte si sposta continuamente verso l'alto.<sup>2</sup>

## **1.2. I modelli per la gestione e verifica della qualità.**

I modelli per la gestione e verifica della qualità si rifanno ai modelli di garanzia ed eccellenza dell'organizzazione, sono strumenti che contribuiscono al raggiungimento delle finalità organizzative delle imprese, delle pubbliche amministrazioni, dei sistemi economici. Aiutano a controllare, in modo sistematico ed estensivo, variabili organizzative quali efficacia, efficienza, sicurezza, conformità, reattività e adattabilità.

Principalmente i modelli sono di tre tipi:

- l'accreditamento;
- la certificazione ISO 9000 (modello Vision 2000);
- i premi per la qualità: l'European Foundation for Quality Management (EFQM), il premio Malcolm Baldrige.

I modelli sostengono l'adattamento dell'organizzazione al contesto. La qualità o l'eccellenza di un'organizzazione si commisura alla sua *mission*. Essa costituisce un valore fruibile dai soggetti esterni (pazienti/utenti e parti interessate), e verso l'interno da soggetti interni (direzione, dipendenti). I modelli per il miglioramento organizzativo aiutano a esplicitare i fini significativi dell'organizzazione, e ad individuare e sviluppare azioni organizzative per raggiungere tali fini. I modelli per il miglioramento organizzativo mettono in rilievo gli obiettivi di generazione di

---

<sup>2</sup> Conti T., Programma Ministeriale "Collaborazione interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento" 2001-2003".

valore verso i clienti e gli stakeholder, oltre ad evidenziare il valore generato per l'organizzazione stessa. Essi inoltre pongono in evidenza i principali fattori organizzativi che sono alla base della generazione di tali valori. Alcuni modelli (vedi il modello EFQM) pongono chiaramente i fini dell'organizzazione sulla destra e i mezzi (fattori abilitanti) sulla sinistra, così da far percepire in maniera visiva i legami causa effetto fra ciò che l'organizzazione fa e i risultati che ottiene. Naturalmente tali legami sono spesso tutt'altro che evidenti, ma l'abitudine ad operare seguendo lo schema logico del modello aiuta ad evidenziarli.

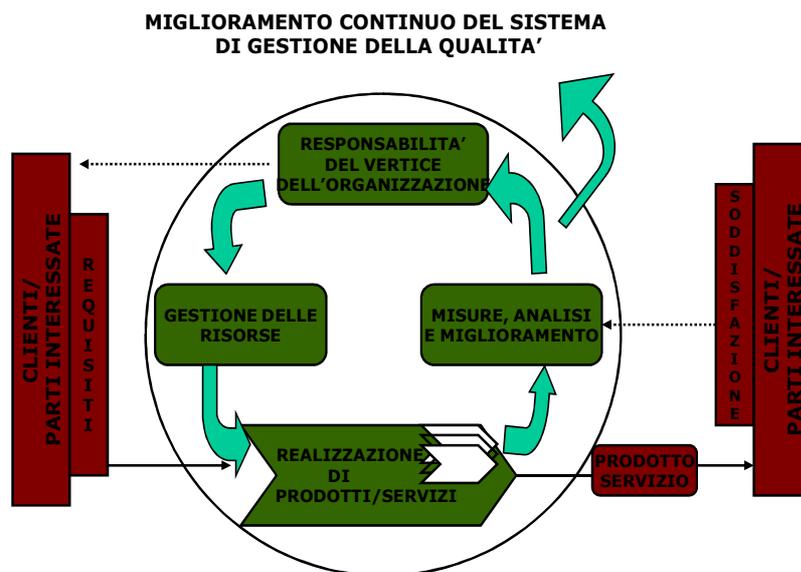
Il modello Vision 2000 è una rappresentazione sintetica dei principi che stanno alla base della nuova norma ISO 9000:2000 (International Standards for Organizations). Le norme ISO 9000 sono un insieme di requisiti emessi da un consorzio di enti nazionali a livello europeo a cui i produttori di beni e di servizi debbono adeguarsi se vogliono essere riconosciuti quali enti certificati e quindi che la loro qualità venga certificata. L'obiettivo esplicito del processo è l'ottenimento del riconoscimento formale che l'azienda possiede un sistema qualità corrispondente a quanto richiesto dalle norme stesse, che si concretizza con la certificazione di conformità rilasciata da apposite agenzie.<sup>3</sup> In sostanza si certifica che l'azienda ha in atto un sistema di gestione in grado di controllare costantemente i processi e le attività critiche, attraverso la pianificazione di azioni di miglioramento. Successivamente è riportato lo schema rappresentativo che vale solo come schema di principio, perché il vero contenuto informativo è sparso nei vari capitoli delle norme ISO. Si identifica in un flusso circolare, che parte dal vertice dell'organizzazione, va alla gestione delle risorse, quindi alla realizzazione di prodotti/servizi, infine alla misura, all'analisi e al miglioramento. Si tratta di un ciclo PDCA interpretato, nell'ISO 9001, più in termini di conformità ed efficacia, nell'ISO 9004 più in termini di miglioramento continuo. Si identifica poi un flusso orizzontale, da sinistra verso destra, che parte dal cliente (e per l'ISO 9004, anche dalle parti interessate) ed entra nell'organizzazione per attraversarne il blocco "realizzazione di prodotti e servizi" e uscirne come prodotti/servizi che vanno al cliente (e alle parti interessate nel caso dell'ISO 9004) per soddisfarne le esigenze attese. Il modello ISO ha influenzato molto i manuali regionali di autorizzazione e accreditamento trovando maggiore impiego in quei

---

<sup>3</sup> Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali, "L'Accreditamento" 2002.

processi maggiormente standardizzati (es. laboratori analisi). C'è da rilevare che anche molte strutture e servizi sociali hanno fatto ricorso a specifiche norme ISO per la certificazione.

## Il modello "Vision 2000"



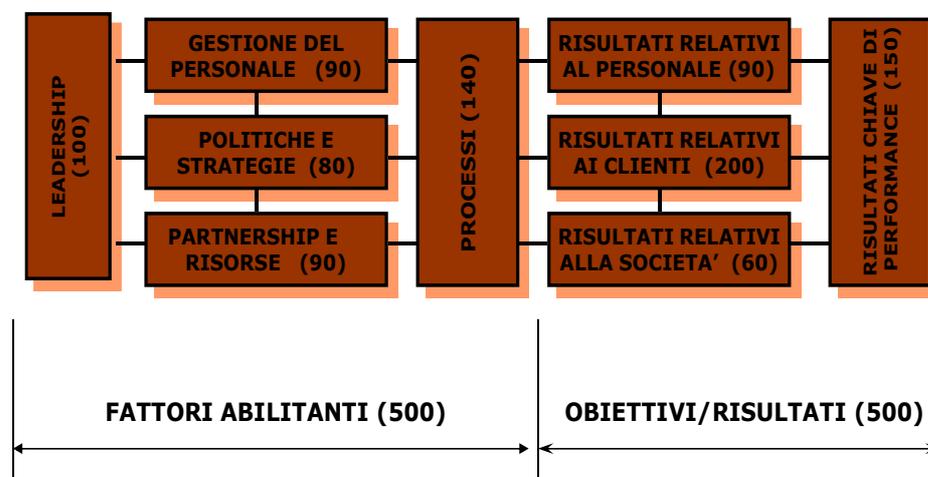
(Sorgente: ISO, International Standards Organization)

Scopo primario dei Premi per la Qualità è promuovere l'uso di strategie di Total Quality Management (TQM) per migliorare le performance delle organizzazioni e quindi lo sviluppo economico delle aree di pertinenza. Di fatto l'introduzione dei premi ha evidenziato un effetto indotto inatteso, ma ancor più importante della partecipazione ai premi: l'uso dei modelli dei premi per "auto-valutarsi". Un numero di organizzazioni molto più elevato di quelle che partecipano ai premi, oggi pratica il self-assessment, o autovalutazione.

Il Modello del premio Europeo per la Qualità, conosciuto come Modello EFQM (European Foundation for Quality Management) per l'eccellenza, fu introdotto nel 1991 e consegnato per la prima volta nel 1992. Il suo scopo è promuovere e

sostenere le organizzazioni nella ricerca dell'eccellenza attraverso la soddisfazione del cliente, dei dipendenti e nell'impatto nei risultati economici e nella società.

## Il modello EFQM "per l'eccellenza"



(Sorgente: European Foundation for Quality Management)

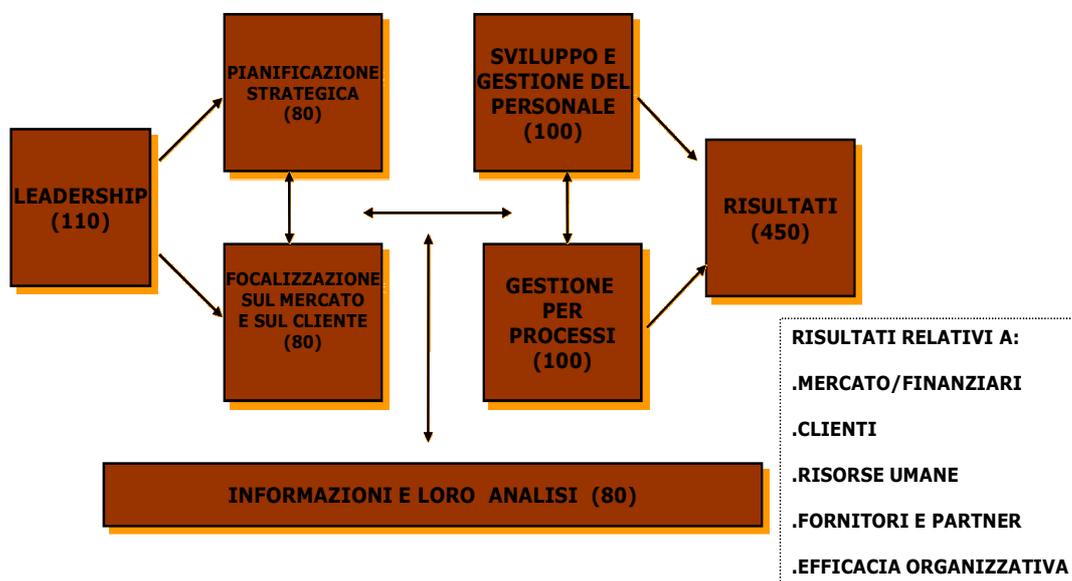
Esso è diviso in due parti (grafico sopra): la parte destra, degli obiettivi e dei risultati; la parte sinistra dei fattori abilitanti, i fattori cioè che più condizionano tali risultati. Fra i risultati il posto centrale è dato al cliente. Gli altri blocchi si riferiscono agli stakeholder principali: i dipendenti e la società figurano in modo esplicito; la proprietà, i business partner e l'organizzazione stessa figurano in modo meno evidente nel blocco finale.

Fra i fattori abilitanti, fondamentale è la leadership, il motore primo di ogni sforzo verso l'eccellenza. Essa pilota le politiche e le strategie e fa convergere le persone e le altre risorse verso gli obiettivi. I processi hanno una collocazione centrale, rappresentando le attività che conducono ai risultati.

Il modello mira all'implementazione del Total Quality Management come modello di promozione e non come modello standardizzato predefinito. L'obiettivo è il raggiungimento dell'eccellenza nel proprio settore e non solo la garanzia di qualità. Il modello è stato applicato in Regno Unito, Olanda ed altri paesi nord europei. In Italia le esperienze sono poche in ambito sanitario, le applicazioni maggiori riguardano l'ambito dell'istruzione scolastica.

Il Premio Malcolm Baldrige fu introdotto nel 1987 negli Stati Uniti da Ronald Regan, il suo modello è stato il primo di questo tipo in occidente, in Giappone preesisteva il modello del Premio Deming a cui si ispira.

## Il Modello USA (Malcolm Baldrige National Quality Award)



(Sorgente: National Institute for Science and Technology, USA)

Secondo lo schema sopra riportato, i fini dell'organizzazione e i risultati, sono racchiusi nell'ultimo blocco di destra. Quelli relativi ai clienti e ai dipendenti sono

comuni al modello EFQM. Sono invece meglio esplicitati i risultati di mercato e finanziari (quelli che interessano la proprietà) e quelli relativi ai business partner. I risultati relativi all'azienda sono considerati nella prospettiva "efficacia organizzativa". Manca il blocco relativo alla società. La parte sinistra del modello evidenzia, fra i fattori organizzativi, oltre che la leadership, le risorse umane, la pianificazione strategica e i processi, comuni all'EFQM, la categoria "focalizzazione sul mercato e sul cliente". Un'altra categoria peculiare è "informazioni e loro analisi", posta a cavallo fra fattori e risultati. E' molto interessante, perché pone enfasi sull'importanza dei dati e della loro analisi (con l'aiuto di strumenti statistici appropriati).

### **1.3. L'evoluzione nell'uso dei modelli.**

La civiltà industriale, in particolare l'avvento della produzione di massa, influì profondamente sui modi di percepire la qualità da parte del fornitore.

Il concetto di qualità come soddisfazione delle attese dell'utente si andò dissolvendo, per chi operava nelle fabbriche, mentre la focalizzazione si accentrava sull'idea di qualità come conformità a specifiche o standard definiti.

Prevalse la tematica di come generare in maniera economica una qualità accettabile dal consumatore. Nacquero funzioni specialistiche (marketing, product planning) il cui compito era interpretare le attese degli utenti e tradurle in specifiche. Compito di chi realizzava il prodotto o erogava il servizio era di rispettare le specifiche e contenere le non conformità (difetti) nei limiti previsti.

Nacque il controllo statistico della qualità dei processi, l'assicurazione qualità e, per i prodotti, il controllo qualità sul prodotto finito. L'applicazione dei concetti di qualità di conformità e' applicabile anche al servizio, soprattutto ai suoi aspetti più tangibili e misurabili. Si parla allora di rispetto di standard di servizio (ad esempio, per i trasporti, il rispetto dei tempi).

Le norme ISO 9000, nell'edizione 1987 (rivista nel 1994), riguardavano essenzialmente la qualità di conformità: attraverso la certificazione di conformità del

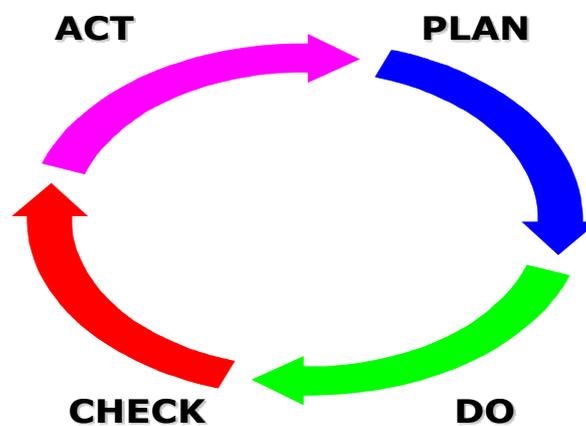
sistema qualità si tendeva a dare al committente fiducia circa la capacità del fornitore di raggiungere gli obiettivi di qualità pattuiti. L'ISO 9001:1994 è la verifica, dunque l'assicurazione della conformità, del sistema qualità dell'organizzazione, ai requisiti della norma medesima. L'obiettivo è quello di dimostrare che sussistono le condizioni per realizzare quanto pianificato per i prodotti/servizi. L'applicazione è relativa alla verifica/assicurazione interna (detta di parte prima), alla verifica/assicurazione esterna (detta di parte seconda) e alla verifica/certificazione (detta di parte terza qualificata).

L'uso prevalente dei modelli EFQM e Malcolm Baldrige è nel campo delle stime dei livelli di eccellenza, sia finalizzate ai premi, sia utilizzate dalle organizzazioni per misurare il proprio stato riguardo alla qualità. I modelli EFQM e Malcolm Baldrige rappresentano una modalità per stimare il livello di eccellenza di un'organizzazione. L'obiettivo è valutare, documentare, aver riconosciuto il proprio posizionamento rispetto ai migliori del proprio settore (best in class). Sono applicati nei premi per la qualità e per la stima autonoma del proprio livello di eccellenza.

I modelli possono essere adattati e personalizzati per corrispondere meglio alle caratteristiche dell'organizzazione o del settore di appartenenza. In tal caso costituiscono delle guide ad una gestione razionale, che mira al controllo delle risorse in input e dei processi di pianificazione, realizzazione, di verifica dei risultati (ciclo PDCA), al miglioramento continuo delle organizzazioni (ciclo PDCA orientato al miglioramento continuo). I modelli dei premi sono, per necessità, generici, dovendo andare bene per tipi diversi di organizzazione. Inoltre il loro scopo originario è di misurare (o meglio di stimare) il livello di eccellenza dell'organizzazione così da rendere i risultati comparabili. Ciò richiede un modello standard e un approccio rigorosamente definito. Quando muta lo scopo, i vincoli al modello e all'approccio possono cadere. Se il fine ultimo è il miglioramento delle performance, lo scopo specifico della valutazione diviene individuare gli ostacoli a tale miglioramento; individuare cioè le cause delle performance gap attuali e di eventuali inadeguatezze in relazione ad auspicati incrementi di performance futuri. Allora appare ragionevole adattare il modello alla realtà specifica dell'organizzazione (modello personalizzato) ed adottare un approccio marcatamente diagnostico. Il modello personalizzato, nel contesto di un ciclo PDCA

può essere dapprima utilizzato per aumentare la probabilità di raggiungere gli obiettivi attuali, o correggere il tiro in caso di scostamenti. In tal modo il management si esercita nel suo uso, lo migliora e lo interiorizza. Può poi essere utilizzato in modo pieno, nella visione dinamica del miglioramento continuo e pianificato.<sup>4</sup>

## IL CICLO PDCA: PLAN - DO - CHECK - ACT



- PLAN: pianificazione strategica, con riferimento alla parte destra del modello; policy deployment; pianificazione operativa fino al livello dei processi;
- DO: implementazione dei piani operativi attraverso processi eccellenti;
- CHECK: verifica sistematica dei risultati in relazione ai piani;
- ACT: azioni correttive e migliorative conseguenti al Check.

---

<sup>4</sup> Cinotti R., *“Caratteristiche dei vari modelli per la gestione e verifica della qualità”*, I corso valutatori Regione Veneto, 2004.

Qualunque organizzazione degna di questo nome ha superato da tempo il livello del puro “fare”, cioè della sola fase “Do”, facendola precedere da una fase “Plan”, di pianificazione. Molte organizzazioni hanno sia la pianificazione strategica che quella operativa, ma non hanno strumenti per collegare bene le due, né per collegare alla seconda, alla fase “Do”. E’ una carenza che ha visto in questi ultimi decenni tentativi di superamento attraverso l’approccio “Policy Deployment” e, più recentemente, attraverso le Balanced Scorecard. I modelli TQM hanno poi stimolato una ricerca integrata degli obiettivi della parte destra del modello, relativi al business, ai clienti e agli stakeholder. Essi spingono anche ad impostare la pianificazione operativa in chiave di processi e ad esplicitare le relative misure.

Shewart e Deming hanno fortemente contribuito alla consapevolezza che un ciclo limitato alle sole fasi Plan e Do è un ciclo monco. L’azione deve essere sempre accompagnata dal controllo e seguita da opportune verifiche. Solo con un ciclo completo PDCA si possono garantire risultati di qualità. Il ciclo PDCA dovrebbe essere considerato come una categoria del pensiero razionale: il pensiero, l’azione, la verifica, le correzioni e l’aggiustamento.

Il ciclo che segue questa sequenza è abbinato al concetto di miglioramento continuo.

- CHECK: il self assessment come check-up annuale dell’organizzazione, mirato a un miglioramento pianificato, connesso alla pianificazione strategica e operativa;
- ACT: azioni immediate conseguenti al Check;
- PLAN: miglioramento pianificato, integrato nella pianificazione del business;
- DO: implementazione del piano di miglioramento contestuale all’implementazione del piano di business.

Il ciclo PDCA raggiunge la pienezza della sua efficacia se accoppiato al concetto di miglioramento continuo e pianificato, e se legato al ciclo annuale delle attività dell’organizzazione. Tale ciclo inizia normalmente con la pianificazione strategica e operativa. Tuttavia, per aumentare l’affidabilità di questa, è opportuno farla precedere da un momento di self-assessment (Check). Il self-assessment, se assume

le caratteristiche di check up annuale dell'organizzazione, ad elevato contenuto diagnostico, fornisce un importante input alla fase di pianificazione. Le risultanze del self-assessment sono in genere di due tipi: quelle che possono essere affrontate con interventi a breve termine (che possono rientrare) e quelle di più ampia portata, che conviene riportare alla fase Plan riferita all'anno venturo. Il ciclo assume perciò la sequenza CAPD, perché inizia con il self-assessment diagnostico, considerato come input fondamentale alla pianificazione aziendale. Certamente un'ipotesi di piano deve precedere il self-assessment, affinché questo ne possa validare le ipotesi; ma la stesura definitiva del piano deve concludersi a valle delle verifiche di fattibilità compiute attraverso il self-assessment.

Qualunque processo di pianificazione dovrebbe iniziare da una valutazione (autodiagnosi o self-assessment) che parta:

- Dai risultati raggiunti a fronte degli obiettivi che erano stati pianificati;
- Dal trend dei risultati nel tempo;
- Dai confronti fra risultati propri e di altre organizzazioni comparabili;
- Dai nuovi obiettivi che si intende proporre.

Parlare di gestione della qualità nei servizi sociali è piuttosto complesso ma inevitabile da affrontare. Oggi anche i servizi sociali si trovano in un regime concorrenziale, le esigenze dettate dal mercato, legate anche ai processi di esternalizzazione che riguardano i servizi, nonché le disposizioni dettate dalla normativa in materia, hanno introdotto anche nell'ambito sociale il concetto di gestione della qualità. C'è da rilevare che il sistema di gestione della qualità dell'ambito sanitario non può essere totalmente sovrapposto a quello sociale, che presenta proprie specificità, che necessariamente devono rivedere il concetto di qualità così come inteso dal TQM o dal Quality Assurance. I criteri di qualità previsti nell'ambito sanitario non sono tutti compatibili con l'ambito sociale e comunque devono essere adattati alle specificità.

#### **1.4. Rendere visibile la qualità.**

Un'organizzazione che afferma di garantire l'appropriatezza, efficacia, sicurezza qualità delle proprie prestazioni deve rendere trasparente, giudicabile dai fruitori (pazienti/utenti), dai committenti (la regione, i comuni, le Az. Usl), dagli altri stakeholder (la conferenza dei sindaci, la comunità) il proprio modo di operare. In quest'ottica assume rilievo il sistema documentale di un'organizzazione. Il sistema documentale rappresenta la banca informativa che contiene i documenti necessari a "fare" e "dimostrare" la qualità. La documentazione è qualsiasi informazione scritta, registrata, che descriva, specifichi, documenti o certifichi le attività, le prescrizioni, le procedure seguite e i risultati ottenuti. L'accezione di qualità è quella assunta dall'organizzazione medesima.

Gli elementi che rendono un documento significativo per l'organizzazione (secondo ISO) sono:

- 1) l'identificazione del documento: titolo ed eventuale sigla di identificazione (nome, cognome), numero delle pagine;
- 2) l'identificazione del chi o a che cosa si riferisce (progetto, commessa, servizio, prodotto, articolazione organizzativa);
- 3) l'identificazione di chi lo ha redatto, approvato, verificato;
- 4) l'identificazione del momento in cui è stato prodotto o modificato l'ultima volta.

I documenti che servono per attuare e controllare la qualità sono:

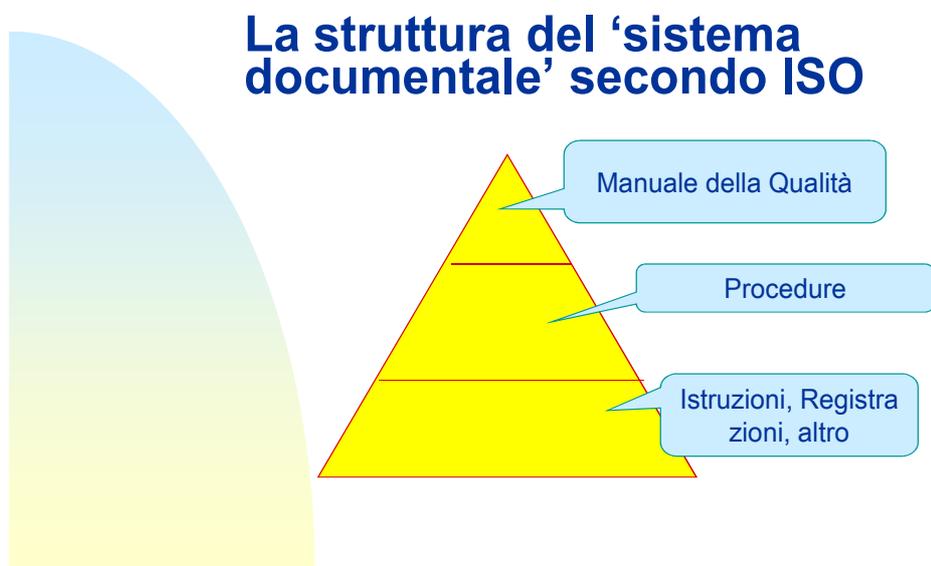
- il manuale della qualità;
- le procedure;
- le istruzioni operative.

I documenti che servono per dimostrare la qualità realizzata sono:

- i report;
- le analisi;
- le registrazioni.

Il manuale della qualità è lo strumento di rappresentazione delle modalità operative di un'organizzazione, esso è il vertice del sistema documentale dell'organizzazione. Oltre alle valenze esterne, ha valenze interne di strumento di condivisione della

missione, obiettivi operativi, regole generali e modalità di verifica dell'organizzazione medesima.



Il manuale della qualità è il documento che enuncia le politiche e descrive il sistema qualità di un'organizzazione. Può essere tenuto riservato per motivi di competizione o concorrenza (ad esempio sono state segrete le norme di qualità per la produzione bellica degli Stati Uniti), in tal caso per gli scopi contrattuali viene utilizzata una versione adattata.

L'organizzazione deve rendere trasparenti anche i propri risultati, in riferimento alla missione specifica; questo lo fa con altri mezzi quali il bilancio consuntivo (per gli aspetti economici), il bilancio di missione per gli aspetti operativi (obiettivi di salute e di servizio per l'azienda sanitaria) e il bilancio sociale.

Il bilancio sociale è l'esito di un processo con il quale l'amministrazione rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un dato periodo, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori, di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione interpreta e realizza il suo mandato e la sua missione istituzionale. Rappresenta un dovere rispetto alla propria responsabilità

sociale secondo il principio di accountability, può favorire il miglioramento delle relazioni con gli stakeholder, diffondere una nuova cultura del lavoro pubblico, far crescere il senso di appartenenza all'organizzazione e favorire il perseguimento della propria mission.<sup>5</sup>

Altro documento del sistema qualità è la carta dei servizi. Essa è il documento per l'informazione e l'empowerment degli utenti. Si distingue dal manuale della qualità per le valenze comunicative che si connotano come un patto con i cittadini. La carta dei servizi mette i cittadini in condizione di valutare direttamente e immediatamente se l'organizzazione ha fatto fronte ai propri impegni rispetto a fattori di qualità da essi percepibili. In Italia nasce nel 1995 sulla spinta del rinnovamento della Pubblica Amministrazione verso una posizione di maggior servizio ai legittimi interessi dei cittadini che debbono essere i controllori veri dell'azione amministrativa. Prende impulso per l'aziendalizzazione introdotta nel sistema sanitario nazionale e viene sostenuta da un'azione forte del governo centrale (anni 1995-1999).

La carta dei servizi produce una rilettura degli assetti organizzativi ai fini di renderli enunciabili ai cittadini, una definizione di requisiti da richiedersi per l'accreditamento, una serie di iniziative significative di sviluppo della comunicazione con gli utenti, iniziative di informazione e coordinamento con fornitori e stakeholder appartenenti a organizzazioni diverse. Presenta anche criticità, soprattutto in ordine alla descrizione generica dell'organizzazione o troppo specifica, comunque non fruibile, ma anche l'elusione della parte III (enunciazione di impegni verso i cittadini e descrizione degli standard di assistenza). Essa evolve verso una maggiore integrazione degli impegni nei confronti del cittadino nei sistemi di governo aziendali (incentivazione, budget, progettazione), verso una maggiore integrazione degli impegni su base territoriale, interaziendale (provinciali, quando fino all'intero sistema regionale), verso patti con l'utente, più specializzati (di servizio, di percorso, PDTA) e personalizzati nei destinatari (minori, stranieri, ecc.); mentre gli aspetti informativi adottano altri supporti (numeri verdi, CUP, strumenti on line, ecc...).

---

<sup>5</sup> Tanese A., Atti convegno: *"Quale rendicontazione sociale per il sistema sociosanitario del Veneto"*, Venezia, 2007.

Nell'ambito dei servizi sociali la L. 328/2000 prevede all'art. 13 l'adozione della carta dei servizi da parte degli enti erogatori e gestori, al fine di definire i criteri di accesso al servizio, le modalità di funzionamento del servizio, le modalità per definire la valutazione della qualità e per garantire la tutela dell'utente. Essa costituisce un requisito necessario per non solo per l'accreditamento ma anche per l'autorizzazione all'esercizio.

### **1.5. Valori etici e sociali dei sistemi di garanzia della qualità.**

Il senso etico e sociale dei sistemi di garanzia della qualità in sanità e nel sociale discende dalla natura 'pubblica' dell'azienda sanitaria e dei servizi sociali. L'azienda sanitaria pubblica (o equiparata) o le aziende che gestiscono i servizi alla persona, hanno finalità da perseguire che vanno oltre i risultati economici: le loro missioni sono etero definite e consistono nel perseguire efficacemente i propri obiettivi istituzionali nel rispetto dei vincoli economici e finanziari stabiliti. Le risorse sono tratte dal sistema pubblico delle imposte. Parliamo di accountability in un contesto acculturato, e di cittadini 'empowered', che richiedono sia data trasparenza alle modalità con cui l'azienda sanitaria pubblica governa le risorse, del grado di raggiungimento dei suoi obiettivi istituzionali, e che di tali scelte si assuma la responsabilità, almeno ai livelli istituzionali della Regione e della conferenza dei sindaci; se non di un livello più allargato di cittadini competenti, attraverso opportuni strumenti comunicativi e partecipativi. In generale è aumentata l'attenzione della collettività circa i comportamenti assunti dalle aziende per perseguire i propri obiettivi; la redditività non è più sufficiente a dare il valore dell'azienda. Si è sviluppato il concetto di responsabilità sociale dell'impresa, tanto da generare l'esigenza di presentarsi alla fine dell'anno, oltre che con un bilancio economico, con un bilancio sociale, o nel caso delle aziende pubbliche di servizio ai cittadini, con il bilancio di missione. Il principio organizzativo che si esprime con l'accountability aziendale è quello della governance, esso sottolinea la necessità di una legittimazione dell'organizzazione che supera quella legale normativa, ma che deriva dalle molteplici interconnessioni fra la società civile e le organizzazioni a

responsabilità pubblica; la struttura organizzativa deve allinearsi ai contenuti valoriali della legittimazione e dare quindi spazio a modalità di governo trasparente e documentazione della propria performance. Gli strumenti sono tutti i sistemi che portano l'organizzazione a sottolineare i risultati positivi o negativi dell'azione organizzativa (attraverso valutazione di processo e di esito), in un'ottica multidimensionale, comprensibile dal contesto sociale di riferimento e che, la inducono a dare valore e attenzione per prima, a ricercare, per esse, ex ante, accettabili livelli di performance.<sup>6</sup> I modelli di garanzia ed eccellenza dell'organizzazione sono strumenti che contribuiscono al raggiungimento delle finalità organizzative delle imprese, delle pubbliche amministrazioni, dei sistemi economici. In un contesto di competizione globale e di cambiamento continuo, il successo o la legittimazione sociale, dipenderà sempre più dalla capacità di dominare variabili organizzative come l'efficacia, l'efficienza, la flessibilità; inoltre dipenderà dalle capacità di apprendimento continuo e di adattamento di tutti gli attori coinvolti. La sfida organizzativa è iniziale al fine di rendere le organizzazioni adeguate ai propri fini e permanente per sostenere il cambiamento, conservando e migliorando tale adeguatezza. Sono necessarie: capacità di miglioramento continuo, capacità di apprendimento organizzativo rapido, capacità di adeguamento rapido, rispetto di requisiti cogenti (valutazione esterna).<sup>7</sup> Molte organizzazioni si trovano ben lontane dai livelli di performance "world class" che il contesto competitivo internazionale richiederebbe: sia le imprese, soprattutto il gran numero di piccole e medie che formano il tessuto produttivo del nostro Paese, sia i servizi pubblici e le pubbliche amministrazioni, locali e centrale. Il miglioramento necessario per allinearsi è di grande portata. Ma al di là di questo sforzo di trasformazione iniziale, le organizzazioni devono acquisire la capacità di adeguarsi rapidamente agli scenari mutevoli, all'evoluzione della tecnologia e alla globalizzazione dei mercati, di migliorare continuamente le proprie prestazioni. La capacità di apprendimento individuale e organizzativo diviene un fattore decisivo, così come la capacità di reazione, per sortirne adeguamenti non passivi ma selettivi. Il settore sanitario è

---

<sup>6</sup> Tieghi M., *"Il bilancio d'esercizio dopo la riforma del diritto societario"*, D.U. Press Bologna 2004.

<sup>7</sup> Conti T., Programma Ministeriale *"Collaborazione interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento 2001-2003"*.

inserito come tutte le organizzazioni in un contesto sociale, politico-economico, culturale, sempre più aperto a sollecitazioni che attraversano le frontiere settoriali e nazionali. La politica europea, timida in tema di condivisione degli obiettivi e delle prassi dei sistemi sanitari e sociali, è esplicita circa gli obiettivi complessivi di sviluppo e le garanzie da fornire alla cittadinanza. Essi vanno nella direzione di assicurare da parte degli stati, nei diversi settori, le condizioni minime di qualità, sicurezza, rispetto dell'ambiente ecologico (uomo compreso), lasciando alle organizzazioni (di produzione e servizi), la libertà e il dovere (autonomia e responsabilità), di definire standard di performance ispirati alle migliori tecnologie disponibili. Il DPR 14/01/97 è coerente con la politica europea per la qualità, infatti, vengono stabiliti a livello nazionale requisiti di sistema e minimi requisiti tecnici; alle Regioni viene lasciato il compito di provvedere ad un ulteriore sviluppo del modello autorizzativo e per l'accreditamento delle strutture sanitarie, in riferimento alla propria programmazione, intesa in questo caso come definizione della classe di qualità compatibile con le risorse disponibili. Il concetto di classe esprime una differenza prestabilita o riconosciuta, nei requisiti per la qualità, di due entità aventi una stessa utilizzazione funzionale (glossario ISO 8204, 1995), con particolare riguardo al rapporto fra utilizzazione e costo; il richiamo al tema della classificazione delle strutture anche al fine dell'applicazione di tariffe differenziate è evidente. Tale politica è applicata in ambito tecnico attraverso il sistema di riferimento per la qualità (norme internazionali), nell'ambito dei servizi attraverso il medesimo sistema o applicazioni personalizzate di accreditamento e mutuo riconoscimento (università, sanità, servizi sociali). Le Regioni hanno provveduto a perfezionare i requisiti per l'autorizzazione (integrativi), e per l'accreditamento (ulteriori), in riferimento alla propria programmazione di qualità, compatibile con le risorse disponibili. Adottare un sistema di gestione per la qualità, significa usare un approccio che attraversa tutto il sistema organizzativo di erogazione delle cure e dei servizi, ed è esso stesso un sistema organizzato e normato. Il sistema di gestione della qualità è sistematico e continuativo nel funzionamento, basato sui fatti, sulla lettura dei segnali interni ed esterni all'organizzazione, sulla pianificazione delle attività, sul governo dei processi, sull'azione (ciclo della qualità (P-D-C-A)).<sup>8</sup> Gli

---

<sup>8</sup> Cinotti R., *"Significati organizzativi e sociali dei sistemi di garanzia della qualità"*, I corso valutatori

obiettivi del sistema qualità sono le garanzie per committenti ed utenti. Devono dare risposte pertinenti ai bisogni della collettività, di legalità e sicurezza, di buona organizzazione e governo della qualità delle prestazioni, di buon uso delle risorse e del monitoraggio continuo della qualità dei servizi erogati.

L'autorizzazione, l'accreditamento e gli accordi contrattuali costituiscono atti della Pubblica Amministrazione, che tendono a costruire un sistema di garanzie interne al sistema finanziato con denaro pubblico, per i committenti (Comuni, Regione) ed i cittadini utenti, nei confronti del contesto complessivo dell'offerta dei servizi. In particolare: la definizione della rispondenza alla programmazione regionale fornisce garanzia di risposta pertinente ai bisogni della collettività; l'autorizzazione fornisce garanzia di legalità e sicurezza; l'accreditamento (verifica dei requisiti di qualificazione, selezione e monitoraggio degli erogatori), garantisce buona organizzazione e governo della qualità delle prestazioni (continuità, tempestività, appropriatezza, conformità alle specifiche); gli accordi contrattuali danno garanzia del buon uso delle risorse e del monitoraggio continuo della qualità dei servizi erogati. Significa che le attività delle strutture da accreditarsi sono funzionali alla pianificazione regionale (bene comune), e coerenti con gli obiettivi della politica della salute, con gli obiettivi della politica dei servizi (individuati dal piano socio sanitario regionale), con il fabbisogno di prestazioni e servizi, con la dislocazione territoriale dell'offerta; inoltre sono allineate ai comportamenti, tecnici organizzativi, raccomandati (standard di performance, percorsi, aderenza a linee guida, criteri di appropriatezza e standard di qualificazione).

Si configura per l'accreditamento, la funzione che tecnicamente viene definita come la verifica precontrattuale, della capacità dei fornitori di far fronte alle specifiche definite dal committente, e la conseguente costituzione di un registro dei fornitori qualificati. Tale verifica, in contesto produttivo, può essere 'di parte seconda' quando il committente la effettua direttamente o tramite suoi fiduciari, di "parte terza" quando essa viene affidata a terzi indipendenti, tali definiti secondo meccanismi di riconoscimento codificati a livello internazionale. L'accreditamento va differenziato dalle funzioni di vigilanza, esso può collocarsi tra le funzioni di controllo in senso lato. La vigilanza si caratterizza principalmente per la funzione

ispettiva di tipo fiscale sanzionatoria. L'accreditamento ha finalità di natura promozionale e di miglioramento continuo, a cui non è possibile disgiungere un processo di partecipazione attiva degli attori coinvolti, quindi oltre all'ente accreditante, deve esserci un elevato coinvolgimento dei soggetti da accreditare. L'elemento partecipativo è invece assente nelle procedure di vigilanza e nel processo autorizzativo.

L'accreditamento è un processo per il miglioramento della qualità, che adotta come modello per la gestione, oltre che la verifica delle organizzazioni sanitarie, un sistema di gestione per la qualità che incoraggia ad agire secondo il ciclo del miglioramento continuo. Inoltre, sempre più i sistemi qualità sono richiesti come base della relazione di fornitura, di chi offre un bene con il potenziale cliente, come prova della garanzia di qualità da parte dell'erogatore. La relazione di fornitura, il contratto, definisce poi la tipologia, i volumi, la qualità delle prestazioni richieste, per tempi e in relazione a tariffe riconosciute e accettate, il sistema delle relazioni di comunicazione, dei controlli e delle sanzioni. Nei confronti del sistema complessivo dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale, le regole definite per l'autorizzazione, l'accreditamento ed i contratti, assoggettano gli erogatori pubblici e privati alle medesime regole del gioco. Sostituiscono il convenzionamento con un meccanismo più trasparente, che da evidenza del possesso di requisiti minimi nazionali e verifica degli ulteriori regionali di accreditamento, secondo modalità proceduralizzate; vengono definiti esplicitamente appositi accordi di fornitura. Con riferimento specifico all'accreditamento, come normato nel D.Lgs n. 229/99 (uno degli strumenti per l'offerta di garanzie nel contesto sanitario), si sottolineano altri obiettivi-risultato:

- parità di diritti e di doveri: valgono le medesime regole del gioco per erogatori pubblici e privati;
- trasparenza: nelle procedure di verifica e nella stipula dei contratti di fornitura;
- opportunità di un'efficace competizione.

Il processo di gestione attraverso sistemi di garanzia ha importanti valenze interne, esso contribuisce:

- ad allineare gli addetti ai comportamenti più idonei alla realizzazione del mandato organizzativo, definiti e gestiti nel sistema per la qualità;
- a definire livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati;
- a monitorare con trasparenza i risultati ottenuti;
- a far ricercare attivamente il giudizio e la partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi.

Questo sforzo pone basi oggettive allo scambio con gli utilizzatori del servizio, ne controlla le attese e le riporta alla sostanza di un contratto chiaramente stipulato.

Le norme hanno un valore etico, prendono atto piuttosto che anticipare, standardizzano piuttosto che innovare; ciò che è innovativo è l'assunzione dell'oggetto normato come dimensione generale di tutta la società. Le norme esprimono così il bene comune, diventano uno strumento di etica sociale, risorsa e riferimento per un cammino. La dinamicità del miglioramento si esprime in un punto di partenza, in un percorso, e in una possibile meta, vissuta come inizio di un nuovo percorso. Gli attori e il contesto esprimono le potenzialità innovative e gli spazi delle stesse: la norma ben agita costituisce un'opportunità piuttosto che un vincolo.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Prandi F., " *L'etica dell'accreditamento*", Camogli, 1999.

## CAPITOLO 2.

### Origini e sviluppo dell'accreditamento

#### 2.1. Le origini.

L'accreditamento si è sviluppato in tempi e modi molto differenti in quasi tutti i paesi occidentali, le diverse forme dei sistemi di accreditamento permettono di confrontare i diversi modi di concepire l'erogazione, la verifica sull'assistenza e i servizi erogati all'utenza. La ragione principale dell'estensione dell'istituto dell'accreditamento è da ricercare principalmente nella necessità di dotarsi di un sistema di controllo, nonché di regolazione, valido, che contempa la necessità di assistenza di qualità, e al tempo stesso, ne controlli la diffusione sempre più in crescita.

La nascita dell'accreditamento, nella sua forma embrionale, risale all'inizio dello scorso secolo per opera dell'American College of Surgeon, che ebbe l'iniziativa di impegnarsi a standardizzare le strutture ospedaliere ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni, con ideali più elevati, avessero il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale, e che le istituzioni con standard inferiori fossero stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro. In tal modo i pazienti avrebbero ricevuto il trattamento migliore, ed i cittadini avrebbero avuto qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispiravano ai più alti ideali della medicina.<sup>10</sup> Questa dichiarazione pone l'attenzione esplicita sul concetto di miglioramento continuo della qualità e sul valore centrale del paziente-utente, quali elementi cardine, per la gestione ottimale dei sistemi sanitari improntati al miglioramento; questo accadeva negli Stati Uniti già nel 1912. Questa esigenza allora, ma attuale anche oggi, era da ricercare nella necessità di dotarsi di un sistema di controllo formale della corrispondenza dei requisiti delle strutture agli standard qualitativi ed organizzativi definiti, a fronte dell'aumento, in un regime di liberismo

---

<sup>10</sup> Terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America, 1912.

quale allora era negli Stati Uniti, di strutture sanitarie, sia a fini di lucro che non, con un bisogno quindi di controlli sempre più puntuali.

Nel 1917 l'American College of Surgeon definisce l'Hospital Standardization Program, che prevede cinque criteri di accreditamento cosiddetti minimum standard:<sup>11</sup>

1. I medici che operano nella struttura devono essere iscritti a un ordine;
2. Il personale medico deve essere in possesso della laurea in medicina, deve essere rispettoso delle regole deontologiche e in possesso di qualità professionali minime, indispensabili per l'esercizio della professione medica;
3. Il personale medico adotta le regole di funzionamento dell'ospedale, attraverso una riunione mensile analizza le esperienze cliniche utilizzando i dati derivanti dalle cartelle cliniche;
4. I pazienti debbono avere una cartella clinica completa, accessibile e precisa che contenga dati specifici quali l'anamnesi personale e della malattia, gli esami, la diagnosi, ecc.
5. L'ospedale deve inoltre possedere attrezzature tecnologiche per la diagnosi e la cura utilizzate da personale specializzato.

E' chiaro come l'accento sia posto su una serie di requisiti funzionali e organizzativi, che devono garantire uno standard qualitativo di assistenza erogata al paziente. Scopo del programma era quello di garantire che le strutture più qualificate ricevessero un appropriato riconoscimento dalla professione e che quelle meno eccellenti potessero essere stimolate a elevare la qualità del lavoro; ulteriore scopo era far conoscere al pubblico le strutture più rispondenti alle aspettative.<sup>12</sup>

Nel corso degli anni a questa iniziativa aderiscono varie associazioni mediche quali L'American Medical Association, l'American Hospital Association, l'American College of Physician, l'American Dental Association. Su questa scia nel 1951 nasce la JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospital), che nel 1953 pubblica

---

<sup>11</sup> Il termine accreditamento viene declinato per la prima volta nell'ambito sanitario nel programma 'Minimum Standards for Hospitals', proposto dalla associazione nord-americana dei chirurghi (in particolare da Ernest A. Codman), nel 1917.

<sup>12</sup> Scrivens E., "Accreditamento dei servizi sanitari", Centro scientifico, Torino 1999.

gli “Standards of Accreditation of Hospital”, relativi ai requisiti minimi delle strutture e delle competenze di chi eroga prestazioni sanitarie.

Nel 1965 con l’attivazione dei programmi Medicare e Medical, lo Stato federale riconosce l’accreditamento rilasciato dalla JCAH, e con i suddetti programmi l’accreditamento subisce un’evoluzione, passando dalla logica dei requisiti minimi, a quella di requisiti che devono promuovere la migliore qualità delle cure attraverso, l’analisi, la verifica, il controllo delle pratiche cliniche. Questa policy porta alla pubblicazione nel 1970 del “Accreditation Manual of Hospitals”.

Nel 1975 gli standard vengono estesi a tutte le strutture sanitarie, compresi ambulatori e case di riposo, con un’ulteriore definizione di requisiti in ordine alla sicurezza, all’uso dei farmaci, al controllo delle infezioni, all’appropriatezza delle tecnologie, alle attività di Quality Assurance, all’interno delle strutture sanitarie. Nel 1985 vengono definite “le dieci tappe verso la qualità” alla base della Quality Assurance, che diventerà e lo è a tutt’oggi elemento fondamentale dei sistemi per l’accreditamento delle strutture.

Si consideri che a prescindere dagli obiettivi perseguiti, e dalle dimensioni prese in considerazione, nella sostanza, la procedura di accreditamento é simile in tutti i sistemi, e prevede elementi essenziali che riprendono quelli del manuale della JCAHO:

1. Uno o più valutatori esterni (di parte terza) alla struttura valutata;
2. Definizione, per ogni dimensione indagata, di criteri ed indicatori per la valutazione di qualità;
3. Strutturazione dell’insieme dei criteri e degli indicatori in un manuale;
4. Richiesta volontaria da parte della struttura di essere accreditata;
5. Autovalutazione da parte della struttura del proprio livello di qualità, seguendo il percorso tracciato dal manuale;
6. Visita dei valutatori alla struttura durante la quale, sulla base delle informazioni raccolte, viene compilata la check list contenuta nel manuale;
7. Valutazione da parte dei valutatori dei risultati conseguiti dalla struttura;
8. Restituzione dei risultati della valutazione alla struttura valutata;
9. Attribuzione del certificato di accreditamento;

10. Feed-back, è importante che, ottenuto il certificato, la procedura riprenda con la revisione-applicazione periodica di quanto previsto dal punto 2 al punto 9.

La JCAH nel 1985, con l'estensione anche alle strutture extraospedaliere diventa JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Hospital Organization).

Nel 1986 la JCAHO sulla base di esperienze anche del settore industriale, avvia un percorso di cambiamento nell'accreditamento con l'Agenda for Change, che porterà al manuale di accreditamento nel 1995. L'Agenda for Change mira ad identificare soprattutto i processi più rilevanti per gli esiti dell'assistenza, introduce la valutazione di esito attraverso lo sviluppo di appositi indicatori, ridefinisce il sistema di accreditamento, preceduto da un'attenta e sistematica autovalutazione. Il paradigma passa da "l'ospedale ha la capacità di produrre assistenza di qualità?" a "l'ospedale produce assistenza di qualità?". In sostanza la JCAHO abbraccia la filosofia del Total Quality Management, focalizzato sulle aspettative del cliente e orientato verso il miglioramento continuo del prodotto e del servizio, dove ciascuno appartenente all'organizzazione, deve agire per far sì che si facciano le azioni necessarie a compiere il processo<sup>13</sup>.

## **2.2. Esperienze internazionali**

Un breve cenno meritano la storia dell'accreditamento in Canada, a cui peraltro si ispira il sistema di accreditamento sanitario italiano, e in Australia.

In Canada nel 1958 su iniziativa delle associazioni di medici e dell'Hospitals Association, viene istituito il Canadian Council on Accreditation of Hospital che si configura autonomamente separandosi dalla JCAHO statunitense. Il Council pur derivando dal modello americano, si differenzia per una minore rappresentanza medica a favore di quella infermieristica nel comitato direttivo, per una minore burocratizzazione ed una maggiore semplificazione della documentazione per l'accreditamento; pone attenzione a non professionalizzare la verifica ed i valutatori sono altri professionisti in servizio addestrati per gli audit.

---

<sup>13</sup>Di Stanislao F., Liva C., "Accreditamento dei servizi sanitari in Italia", Centro Scientifico, Torino, 1998.

In Australia l'accreditamento è su base volontaria, esso viene gestito dall' Australian Council on Healthcare Standard (ACHS) dal 1974. Il rapporto di accreditamento che viene fatto è riservato ed inviato al dirigente della struttura e non dà luogo a sanzioni o incentivi, ha una valenza prevalentemente di immagine e solo indirettamente di tipo economico. Il sistema australiano è caratterizzato da una rilevante attività di formazione in management sanitario e qualità, e da requisiti applicabili a servizi di vario tipo.

In Europa diversi paesi hanno indirizzato la valutazione della qualità verso l'accreditamento, unitamente ad altri sistemi di valutazione della qualità quali le norme ISO 9000. Il progetto Expert istituito dalla Commissione europea nel 1995 mirava a confrontare i sistemi di valutazione esterna della qualità nei diversi paesi allo scopo di promuoverne la diffusione.

La Francia ha adottato dal 1996 con legge nazionale il sistema di accreditamento istituzionale rendendolo obbligatorio per le strutture pubbliche e private; viene istituita l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), raggruppata successivamente nel 2004 nell'Haute Autorité de Santé (HAS). L'agenzia aveva obiettivi di controllo, standardizzazione, efficienza e miglioramento della qualità, fondati sull'Evidence Based Medicine, sulla sicurezza dell'assistenza e sull'approccio centrato sul paziente. Il modello di riferimento per la definizione degli standard è quello del Canadian Council. Nel modello francese un ruolo prioritario viene dato al momento dell'autovalutazione effettuata da un team multiprofessionale. L'approccio centrato sul paziente, condiviso con le società scientifiche, ha fatto sì che ci fosse uno scambio con l'utenza, anche attraverso la presenza di rappresentanze dei consumatori all'interno del consiglio scientifico. Il rapporto di accreditamento è pubblico allo scopo di promuovere un processo di miglioramento e di trasparenza dei risultati. Il processo di accreditamento in Francia coinvolge attivamente Stato, professionisti, strutture e cittadini.<sup>14</sup>

In Spagna dal 1986 la responsabilità in materia sanitaria, a seguito della devolution, è delle regioni, che hanno avviato programmi di accreditamento, coincidenti con gli obiettivi e le priorità dettate dal ministero della sanità. I programmi spagnoli hanno la caratteristica di essere attuati dall'ente pubblico, si basano su standard minimi,

---

<sup>14</sup> Bruneau C. *"Il modello francese per l'accreditamento istituzionale"* 2004.

sono incentivati, il ruolo di valutatori è effettuato da esperti del settore, il processo di accreditamento è volontario, ma diventa obbligatorio, per quelle strutture che vogliono operare, stipulare contratti, con l'amministrazione sanitaria nell'ambito del servizio sanitario pubblico, e per ricevere i compensi previsti. L'istituzione preposta stabilisce gli standard, effettua le visite di verifica e rilascia l'accreditamento.

Il modello spagnolo si ispira alla JCAHO, anche se gli standard sono contestualizzati, per la parte normativa e culturale, alla struttura del sistema sanitario spagnolo pur rispettandone l'essenza.

Nel Regno Unito esistono diversi programmi di accreditamento professionale, le certificazioni ISO e vari programmi di miglioramento della qualità. In particolare alcuni si rivolgono a determinati settori all'interno delle organizzazioni (Accreditation and Development of Health Records Programme), altri sono indirizzati ad assicurare la qualità dell'organizzazione, e altri più specifici per aree specialistiche. Ad esempio l'HAP (Hospital Accreditation Programme) si occupa della qualità dell'organizzazione negli ospedali, gli standard si rifanno molto alle norme ISO 9000 e sono centrati sul paziente, le verifiche sono svolte da team di valutatori composti da medici e manager sanitari selezionati. Un altro programma è il King's Fund, che nasce originariamente come modello di accreditamento per gli ospedali per acuti, e successivamente si estende a strutture di cure secondarie; in particolare è indirizzato alle strutture di salute mentale, alle strutture che si occupano di persone con disabilità, alle cure primarie, ai servizi di comunità, alle cure domiciliari. Esso rappresenta un importante sistema di revisione tra pari, che prevede un sistema di supporto per la valutazione interna con programmi di miglioramento; mentre la verifica è svolta da un team esterno costituito da operatori sanitari volontari, che elaborano un rapporto di verifica, poi sottoposto alla valutazione dell'Accreditation Council che rilascia il provvedimento con validità triennale. L'HSA (Hospital Health Service Accreditation) è rivolto ad aree specifiche e ai servizi di supporto. Gli standard vengono stabiliti da gruppi di lavoro di esperti e professionisti in ambito sanitario ed esperti di qualità del Royal College. Altri programmi presenti nel Regno Unito sono: il Data Accreditation Programme, il Clinical Pathology Accreditation, lo Speciality Accreditation Programs, l'Health Promoting Hospital, l'Accreditation of Child Health Information System, il

programma Learning Disabilities, programmi di accreditamento di servizi per autistici, lo Scottish Date Accreditation Programme, il Yorkshire Peer Review, il Cancer Services Project ed altri. Inoltre l'Healthmark è un'organizzazione che si occupa di certificazione ISO per il settore sanitario.

In Svezia, l'Organisational Audit Programme dello Swedish Institute for Health Services Development (SPRI) è un programma finanziato dal governo, a cui partecipano le università, le istituzioni accademiche e scientifiche. Il programma si rivolge alle strutture pubbliche e private. E' centrato su tre aree principali: la promozione della qualità, l'economia sanitaria e l'informatizzazione sanitaria. Il programma si basa su un manuale della qualità che contiene gli standard su cui effettuare l'autovalutazione. Gli standard sono soprattutto rivolti all'aspetto organizzativo manageriale. E' prevista una visita di verifica da parte di un team di supervisori formati allo scopo, che redigono una relazione, con l'esito e le indicazioni di miglioramento, poi inviata alla struttura e resa pubblica. Oltre all'accREDITAMENTO alcune strutture si orientano alla certificazione secondo le norme ISO 9000.

I modelli di riferimento adottati dai vari paesi fanno riferimento soprattutto all'esperienza statunitense della JCAHO, circa il 30%, ed a quella canadese del CCHSA, circa il 22%, e ad altre esperienze in misura inferiore.<sup>15</sup>

### **2.3. Definizione e tipi di accreditamento**

Le definizioni di accreditamento riconosciute a livello internazionale sono state formulate da agenzie che si occupano di programmi di accreditamento.

L'ExPeRT (External Peer Review Techniques) lo definisce come un "processo con il quale un soggetto abilitato valuta un individuo, un'organizzazione, un programma od un gruppo, e ne attesta la corrispondenza rispetto a requisiti quali standard o criteri".<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali, "L'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi sanitari il quadro internazionale", in Monitor 2/2002.

<sup>16</sup> ExPeRT Bulletin, 1996.

L'ISQua (International Society for Quality in Health Care) definisce: "L'accreditamento è il processo di autovalutazione e di revisione esterna fra pari, utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il proprio livello di performance relativamente a standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo del sistema sanitario".<sup>17</sup>

La JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) definisce: "L'accreditamento è un processo nel quale una organizzazione esterna alle strutture sanitarie, usualmente non governativa, valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. L'accreditamento è solitamente volontario. Gli standard di accreditamento sono normalmente considerati ottimali e raggiungibili. L'accreditamento fornisce all'organizzazione un mandato visibile, per migliorare la qualità delle cure fornite, ed assicurare un ambiente di cura sicuro".<sup>18</sup>

L'accreditamento può essere volontario, o anche definito d'eccellenza, e istituzionale. L'accreditamento volontario è la forma maggiormente diffusa al mondo, essa si caratterizza come un'iniziativa volontaria delle strutture di sottoporsi alla valutazione della qualità da parte di un soggetto esterno, indipendente, solitamente espressione del mondo professionale e competente in materia di processi e qualità. La struttura deve essere verificata da valutatori esperti ed indipendenti dall'organizzazione (di parte terza) che si sottopone a verifica. L'accreditamento volontario a sua volta può essere distinto in due tipi. Il primo è quello che viene effettuato da agenzie di accreditamento indipendenti come la JCAHO statunitense o il CCHSA canadese. Il risultato dell'accreditamento è una valutazione positiva o negativa, oppure un giudizio intermedio in rapporto al grado di conformità ai requisiti con indicazione di eventuali azioni di miglioramento. Il carattere di volontarietà è spesso più teorico che effettivo, in quanto accade che i governi riconoscano benefici, solo alle organizzazioni accreditate; benefici che possono riguardare la partecipazione a programmi assistenziali, la concessione di fondi per la ricerca, e altre opportunità. La seconda tipologia di accreditamento volontario è quello d'eccellenza, promosso da comunità professionali e da società scientifiche,

---

<sup>17</sup> ISQua, "Regole operative della federazione", 1998.

<sup>18</sup> Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations "International Accreditation Standards for Hospitals", Preview Edition, , 1999

quindi circoscritto al loro settore di competenza. L'accreditamento di questo tipo si sviluppa su una serie di criteri definiti dalla stessa società scientifica o dal gruppo professionale, costituenti manuali per la qualità professionale. Per questo viene spesso definito anche accreditamento professionale o tra pari. In Italia si sono diffuse varie esperienze di questo tipo.<sup>19</sup> La caratteristica fondamentale dell'accreditamento di eccellenza è di essere finalizzato a un processo di autovalutazione e auto miglioramento della qualità; esso non ha una funzione certificatoria, ma una funzione di stimolo al raggiungimento delle massime performance possibili rispetto ad una data attività.<sup>20</sup>

Il modello di accreditamento delineatosi dalla storia dei diversi paesi, si configura come quel processo di valutazione, sistematico, periodico, svolto da un organismo esterno con l'obiettivo di verificare l'adesione a predefiniti requisiti, correlati alla qualità dell'assistenza.<sup>21</sup> I criteri e i requisiti sono definiti e aggiornati con il contributo di società scientifiche e esperti che operano nel settore. Attraverso tale processo viene incentivata l'autovalutazione ed il miglioramento continuo. La verifica e valutazione generalmente è fatta da valutatori esperti la cui attività benché possa sembrare a valenza ispettiva, può essere considerata un valido supporto utile al raggiungimento di obiettivi condivisi. Il processo di accreditamento generalmente è su base volontaria, ma può essere condizione per potere operare nell'erogazione di prestazioni e servizi per conto del sistema pubblico; in questo caso parliamo di accreditamento istituzionale. L'accreditamento istituzionale è effettuato da un'autorità pubblica, o da agenzie governative per conto di essa, esso costituisce un requisito senza il quale una struttura pubblica non è autorizzata a operare, e un'organizzazione o struttura privata non è autorizzata a operare per conto del pubblico. Esso è previsto da norme di legge e richiesto come condizione necessaria, anche se non sufficiente, per diventare erogatori di prestazioni per conto del pubblico. In Italia è affidato ad autorità di governo come le Regioni o agenzie

---

<sup>19</sup> Morosini P, Perraro F, *"Enciclopedia della gestione di qualità in sanità"*, Centro Scientifico, Torino 1999.

<sup>20</sup> Battistella A., *"Accreditamento Istituzionale: una sfida difficile"*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, IRS 2001.

<sup>21</sup> Catalano N., Programma Ministeriale *"Collaborazione interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento 2001-2003"*.

pubbliche che hanno il compito di individuare i requisiti ulteriori di qualità, stabilire le procedure per il rilascio dell'accreditamento, stabilire il sistema dei controlli, compresa l'individuazione dei soggetti valutatori.<sup>22</sup> L'accreditamento istituzionale è dunque uno strumento di regolazione dell'ingresso nel mercato dei soggetti che intendono erogare prestazioni per conto del soggetto pubblico attivando un processo di miglioramento della qualità dei servizi.

#### **2.4. Autorizzazione e accreditamento: il percorso normativo in Italia.**

##### **Ambito sanitario.**

I primi riferimenti relativi alla qualità nella normativa risalgono al 1983, nella legge finanziaria, si fa riferimento ad un documento dell'OMS che auspica l'introduzione di meccanismi di controllo della qualità dell'assistenza sanitaria, dell'efficacia, efficienza e della sicurezza.

I presupposti per l'attuale modello di accreditamento si ritrovano nel D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502, ove all'art. 8 recita che "le Regioni e le Unità Sanitarie Locali adottano i provvedimenti necessari per l'instaurazione di nuovi rapporti" e definisce l'accreditamento come "l'atto attraverso il quale, a conclusione di un processo valutativo, le strutture autorizzate, pubbliche o private, e i professionisti che ne facciano richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo a erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del SSN"; successivamente viene modificato ed integrato dal D.Lgs 7 dicembre 1993 n. 517, che parla di Verifica Revisione della Qualità e dell'efficacia delle prestazioni all'art. 10, prevedendo indicatori di qualità delle prestazioni ed il controllo della qualità delle prestazioni. Il D.Lgs 7 dicembre 1993 n. 517 introduce nella normativa il concetto di accreditamento quale presupposto, insieme alle modalità di pagamento a prestazione e all'adozione di un sistema di verifica e revisione della qualità, su cui devono essere fondati i nuovi rapporti destinati a sostituire le vecchie convenzioni. All'art. 14 laddove si affrontano gli argomenti della personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, del diritto all'informazione, alla consultazione dei cittadini in merito

---

<sup>22</sup> Pesaresi F., "Accreditamento: proposte di modellizzazione", in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 16-17, IRS 2010.

all'organizzazione dei servizi, ad adottare un sistema per la raccolta e analisi del disservizio, di fatto si introduce il concetto di qualità percepita e soddisfazione dell'utente. All'art. 8 si introduce il concetto di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private che erogano servizi per conto del SSN, sulla base di requisiti di qualità di tipo organizzativo, tecnologico, professionale, ulteriori rispetto a quelli minimi di autorizzazione per avviare un servizio. Il D.Lgs pone tre questioni fondamentali, tra azienda sanitaria, erogatori di servizi e cittadini utenti, basati sui requisiti di accreditamento delle strutture, sul pagamento a prestazioni, e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità. L'obiettivo del legislatore è quello di introdurre il concetto di mercato regolato, in cui chi acquista deve sapere cosa acquista, quanto costa ciò che acquista, e la qualità di ciò che acquista. I medesimi concetti vengono ripresi dalla legge n. 549/95 che stabilisce la cessazione dei rapporti convenzionati e l'avvio di nuovi rapporti fondati sull'accREDITamento, sul pagamento a prestazioni e sull'adozione del Sistema di Verifica Qualità (SVQ). Il D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", o meglio conosciuto come decreto sui requisiti minimi, stabilisce nell'allegato:

- i requisiti minimi organizzativi generali inerenti a politica, obiettivi ed attività, struttura organizzativa, gestione delle risorse umane, gestione delle risorse tecnologiche, gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida, regolamenti interni, sistema informativo;
- i requisiti minimi strutturali e tecnologici generali, e quelli specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, e per le strutture che erogano prestazioni di ricovero a ciclo continuo e/o diurno.

Tutti requisiti necessari per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Inoltre delega le Regioni alla definizione degli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accREDITamento. L'emanazione del DPR 14 gennaio 1997 ha rappresentato la

conclusione di un intenso lavoro coordinato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, che ha visto il coinvolgimento di esperti del settore per l'approfondimento di specifici settori e l'elaborazione di requisiti specifici, e che hanno costituito la base su cui molte Regioni hanno poi elaborato i propri standard per l'autorizzazione ed i requisiti ulteriori per l'accreditamento.

Il Piano sanitario nazionale 1998/2000 oltre a definire l'accreditamento quale strumento per la garanzia dei livelli di assistenza, le attribuisce chiaramente la funzione di regolazione dell'offerta e del mercato; l'accreditamento diventa il sistema per selezionare i soggetti erogatori dei servizi, sulla base di accordi contrattuali in cui definire tipologia, quantità e qualità dei servizi da garantire ai cittadini. Inoltre, viene definito che l'accreditamento si applica allo stesso modo tanto alle strutture sanitarie pubbliche che a quelle private. Il piano evidenzia la necessità di sviluppare un programma per la qualità a livello nazionale, per la definizione di linee guida che consentano un'attuazione uniforme dell'accreditamento su tutto il territorio nazionale, indicando gli obiettivi da perseguire nel triennio. Definisce le peculiarità dei requisiti di qualificazione dell'accreditamento che sono diversi ed ulteriori, rispetto ai requisiti minimi dell'autorizzazione definiti dal D.P.R. 14 gennaio 1997; il compito di definire i criteri per l'accreditamento e di accreditare compete alle Regioni ed alle Province autonome. Il D.Lgs 229 del 19 giugno 1999 perfeziona questa impostazione e delinea un sistema, che si svolge in tre fasi, le cosiddette tre A (che diventano le quattro A se si aggiunge l'autorizzazione alla realizzazione), distinte ma collegate funzionalmente:

1. Autorizzazione all'esercizio;
2. Accredimento istituzionale;
3. Accordi contrattuali.

L'autorizzazione definita sulla base del possesso di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi. L'autorizzazione è gestita tenendo conto del fabbisogno complessivo rilevato in sede di programmazione regionale e della localizzazione di strutture esistenti, in modo da favorire l'accessibilità ai servizi nei diversi ambiti territoriali. All'art. 8-bis, comma 3, si precisa che le disposizioni in tema di autorizzazione, accreditamento ed accordi contrattuali valgono anche per le strutture

e le attività sociosanitarie. L'art. 8-*quarter* enuncia "l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"; questa definizione riassume le caratteristiche peculiari del modello italiano di accreditamento: è la Regione l'ente che rilascia il provvedimento ai soggetti pubblici o privati che intendono operare nell'ambito del SSN, è la Regione che deve assicurare l'erogazione delle prestazioni, quindi i livelli essenziali di assistenza; l'autorizzazione costituisce prerequisito essenziale per la domanda di accreditamento; l'accreditamento è condizionato dal vincolo della programmazione e dalla rispondenza a specifici standard di qualità. In sintesi definisce l'accreditamento istituzionale come misura ulteriore rispetto all'autorizzazione, in quanto vengono considerati aspetti di natura funzionale e qualitativa e vengono valutati i risultati che la struttura ha conseguito nell'ambito della propria attività.

Con gli accordi contrattuali vengono definiti i volumi di attività che ogni struttura accreditata può erogare con finanziamento del fondo sanitario o con le risorse previste per le attività sociosanitarie. Da questa impostazione si può notare come il sistema di accreditamento previsto dall'ultimo D.Lgs si pone obiettivi inerenti alla regolazione ed alla quantificazione del sistema di offerta, al controllo della spesa, all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ed alla tutela della salute delle persone, verificando l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate. La scelta del legislatore italiano è stata quella di adottare un sistema di accreditamento per pubblica regolamentazione, quindi obbligatorio per poter essere erogatore di servizi per conto del SSN, tenendo conto del valore dei percorsi di qualità, ma su richiesta dei singoli soggetti. Inoltre spetta alla Regione, nell'ambito delle sue competenze nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, declinare operativamente tutto il sistema dell'accreditamento.<sup>23</sup> Il D.Lgs. 229/1999 prevedeva l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento di riferimento per i provvedimenti attuativi regionali in materia di accreditamento, analogo al DPR 14 gennaio 1997 in materia

---

<sup>23</sup> Bellentani M., "Accreditamento delle strutture sociali e sanitarie: aspetti programmatici e metodologie a confronto", Forum Non Autosufficienza, Bologna 2010.

di autorizzazione, allo scopo di garantire sul territorio nazionale una base omogenea di riferimento per le normative regionali e rendere omogenee sul territorio nazionale garanzie di qualità dei servizi e delle strutture. Con la modifica del titolo V della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3/2001), la materia della tutela della salute è stata inserita nell'art. 117 della Costituzione tra le materie di legislazione concorrente, questo ha interrotto il percorso a livello centrale, portando a uno sviluppo autonomo dei modelli regionali di accreditamento, seppur con qualche esperienza di scambio e confronto. Permanendo la necessità di riferirsi a criteri di equità nell'erogazione di cure a livello nazionale, anche per gli aspetti economici legati alla mobilità interregionale, questo ha rappresentato una notevole criticità. Lo stato di accreditamento delle strutture sanitarie regionali è entrato nel sistema di valutazioni collegato ai Livelli Essenziali di Assistenza. A livello nazionale si rileva l'attenzione per l'argomento in diversi provvedimenti nazionali: il Patto per la salute del 28 settembre 2006, la Legge Finanziaria 2007, la L. 133/2008, il Patto per la salute del 3 dicembre 2009, la Legge Finanziaria 2010, che hanno contribuito a esplicitare alcuni aspetti, evidenziando la necessità di un'adozione non puramente formale dell'accredimento negli enti regionali. La Legge Finanziaria 2007, n.296/2006, ha dato un'accelerazione al sistema, stabilendo il passaggio dall'accredimento transitorio delle ex strutture convenzionate a quello istituzionale, fissando il termine del 1° gennaio 2010, successivamente prorogato al 1° gennaio 2011, dalla legge finanziaria 2010, L. n.191/2009. Si è evidenziata a livello nazionale e regionale, la necessità di una condivisione degli elementi fondamentali del sistema, anche per doversi adeguare agli indirizzi europei, che promuovono meccanismi di cooperazione tra i paesi membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità nell'ambito degli stati dell'Unione, ed in particolare per adeguarsi alla Direttiva Europea 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera.<sup>24</sup> E' nata l'esigenza di pervenire ad un accordo, tenendo conto delle esperienze regionali, da sottoporre all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni. Nel 2010 il Ministero della Salute e la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome hanno affidato all'Agenas il compito di individuare, in collaborazione

---

<sup>24</sup> G.U. dell'UE del 04/04/2011 n.88/45

con il Gruppo Tecnico per l'Accreditamento, elementi di qualità da condividere nei sistemi di garanzie di autorizzazione e accreditamento<sup>25</sup>. Il 20/12/2012 ai sensi dell'art. 7, comma 1, del Patto per la salute 2010-2012 del 03/12/2009, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni è stata approvata l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome sul documento recante "Disciplinare sulla revisione normativa dell'accREDITamento", in cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie devono possedere per l'autorizzazione e l'accREDITamento istituzionale, al fine di promuovere una revisione normativa a livello regionale che porti ad un modello di accREDITamento condiviso e in linea con le direttive europee.<sup>26</sup>

### **Ambito sociale.**

L'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITamento di strutture sociali ha come riferimento normativo la Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che introduce una disciplina del sistema di autorizzazione omogenea a livello nazionale definendo che compete allo Stato la fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi, per l'autorizzazione all'esercizio, per tutti i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a gestione pubblica e di organismi non lucrativi quali le cooperative, le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e altri soggetti privati. Mentre stabilisce che sarà compito delle Regioni definire i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni; è in capo alle Regioni anche una funzione di disciplina e di controllo sui servizi e sulle prestazioni sociali. La legge 8 novembre 2000 n. 328 non richiama il paradigma essenziale del D.Lgs 229/1999 "autorizzazione – accREDITamento - accordi contrattuali", trattando in ordine sparso nei vari articoli la disciplina dell'accREDITamento, lasciando intendere, piuttosto che affermando in modo chiaro il significato ed i limiti dell'istituto. La legge non spiega che cosa sia l'accREDITamento e quale ne sia il valore, lasciando all'interprete, in questo caso anche il legislatore regionale, ampia discrezionalità.<sup>27</sup> La principale norma di riferimento in materia di accREDITamento è costituita dall'art.

---

<sup>25</sup> Agenas, 2011, [www.agenas.it](http://www.agenas.it)

<sup>26</sup> Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Prov. Autonome di Trento e Bolzano del 20/12/2012

<sup>27</sup> Dalla Mura F., "Autorizzazione e AccREDITamento", in Studi Zancan n. 2, Padova 2001.

11 della legge quadro n. 328/2000. L'art. 11 identifica le funzioni di ciascun livello di governo, ma non detta sicuramente una disciplina esaustiva lasciando all'interprete molti aspetti di rilievo. La norma specifica che compete allo Stato la determinazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; a tal fine è stato successivamente emanato il D.M. 308/2001.

L'art. 8 comma 3, lett. f, stabilisce che le Regioni, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, definiscono i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica e privata, quali cooperative, enti promozione sociale e di volontariato, Onlus, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. I Comuni (art. 6, secondo comma, lett. c), sulla base dei criteri fissati dalla Regione, provvedono all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture citate. Il sistema ha similitudini con il settore sanitario, ma presenta delle peculiarità, sia nell'ordine della semplificazione, sia per tener conto di due caratteristiche fondamentali dell'area socio-assistenziale: 1) la non tipizzazione delle strutture; 2) la presenza di un diverso rapporto tra erogatori pubblici ed erogatori privati, siano essi organismi a scopo non lucrativo che società od enti a scopo lucrativo. In attuazione del citato art. 11 è stato adottato attraverso il D.M. 21 maggio 2001, n. 308, il Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma della L. 8 novembre 2000, n. 328". Il regolamento stabilisce requisiti minimi e specifici per tipologia di struttura relativamente alle strutture a ciclo diurno e residenziale, rivolte a minori, disabili, anziani, persone affette da Aids, o con problematiche psicosociali, prevedendo che le Regioni recepiscano e integrino tali requisiti minimi secondo le esigenze locali. Per le strutture e i servizi destinati ai minori, i requisiti organizzativi sono stabiliti dalle regioni; per alcune strutture, salvo diversa disposizione regionale, è sufficiente la comunicazione di inizio attività, da presentare ai Comuni.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Bellentani M., "Accreditamento delle strutture sociali e sanitarie: aspetti programmatici e metodologie a confronto", *ibidem*.

## CAPITOLO 3.

### L'accreditamento istituzionale in Italia

#### 3.1. L'autorizzazione.

L'autorizzazione può essere considerata un'attività di controllo e vigilanza, viene introdotta dal D.P.R. n. 37 del 14 gennaio 1997, che stabilisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi.

Dal punto di vista giuridico è il provvedimento attraverso il quale una Pubblica Amministrazione (Regione, Comune) legittima una struttura pubblica o privata all'apertura ed all'esercizio di una'attività. L'autorizzazione prevede che venga disposta una verifica, preliminare e successivamente periodica (tre o cinque anni), della struttura, finalizzata ad accertare il possesso dei requisiti minimi specifici previsti dalla normativa. In questo senso parliamo di autorizzazione all'esercizio che rappresenta un presupposto necessario, nonché obbligatorio, per tutte le strutture pubbliche e private, per essere accreditate e per poter erogare prestazioni per conto dell'Ente Pubblico (Regione, Comune). L'autorizzazione è un prerequisito per fare richiesta di accreditamento, in essa il profilo tecnico tende ad identificarsi con quello giuridico. Nel linguaggio comune l'espressione autorizzazione viene usata per indicare un atto, con cui chi ne ha il potere, rimuove un ostacolo all'esercizio di un'attività da parte di altri. La definizione giuridica di autorizzazione è la rimozione di un ostacolo all'esercizio di un diritto; essa può o deve essere data a chi la richieda dall'autorità a cui l'ordinamento giuridico attribuisce la relativa funzione.<sup>29</sup> L'autorizzazione all'esercizio rappresenta la soglia di garanzia al di sotto della quale non è possibile esercitare un'attività sanitaria, sociosanitaria e sociale.

La Regione definisce i requisiti minimi in adempimento a quanto previsto dal DPR 14/01/1997, eventualmente con adattamenti o integrazioni, per migliorare i requisiti

---

<sup>29</sup> Dalla Mura F., "Autorizzazione e Accreditamento", ibidem.

o per regolamentare altre materie.<sup>30</sup> La verifica che tali requisiti siano stati soddisfatti dà luogo al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio relativamente all'attività per la quale è stata richiesta. La validità dell'autorizzazione è legata alla permanenza dei requisiti riconosciuti, accertata attraverso verifiche periodiche.<sup>31</sup>

Diversa è l'autorizzazione alla realizzazione, necessaria per la costruzione di nuove strutture o la modificazione di strutture esistenti, anche essa può dipendere dalla programmazione regionale. La realizzazione di nuove strutture destinate ad attività sanitarie e sociosanitarie è subordinata all'autorizzazione alla realizzazione rilasciata dal Comune che acquisisce la verifica di compatibilità da parte della regione<sup>32</sup>. La valutazione regionale ha la finalità di facilitare l'accessibilità dei cittadini alle strutture anche in relazione alla loro distribuzione sul territorio, prefigurando un limite, che non potrà essere troppo rigido, alla libera iniziativa economica per moderare gli effetti induttivi dell'offerta sulla domanda.<sup>33</sup>

L'accREDITAMENTO prevede un'ulteriore verifica che evolve nella direzione della qualità verso l'implementazione al miglioramento continuo.

### **3.2. L'accREDITAMENTO istituzionale.**

Il modello di accREDITAMENTO originario della JCAHO, precedentemente esaminato, presenta due caratteristiche principali che sono: l'autoreferenzialità, vale a dire che non interviene un'autorità pubblica ad accREDITARE, ma è la stessa categoria professionale (ordine medici ospedalieri) che si impegna a garantire e migliorare le proprie competenze, e la dinamicità dell'accREDITAMENTO, la stessa categoria non si ferma alla semplice verifica, ma mira ad aumentare il livello delle conoscenze e competenza professionali con l'obiettivo tendente al miglioramento continuo, si configura quindi come un accREDITAMENTO d'eccellenza.

---

<sup>30</sup> Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali, "L'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi sanitari il quadro internazionale", in Monitor 2/2002

<sup>31</sup> Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali, "L'accREDITAMENTO", 2000.

<sup>32</sup> Ibidem

<sup>33</sup> Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali, "L'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi sanitari il quadro internazionale", ibidem.

L'accreditamento istituzionale invece assume, come abbiamo visto, una connotazione particolare, è effettuato da un ente pubblico, o da agenzie per conto dell'ente stesso, ed esso costituisce un requisito senza il quale una struttura pubblica o privata non è autorizzata a operare, per conto dell'ente pubblico con finanziamento pubblico. Esso è previsto da norme di legge e richiesto come condizione necessaria, anche se non sufficiente, per diventare erogatori di prestazioni per conto del pubblico, servizio sanitario, servizi sociosanitari e sociali. Secondo il D.Lgs 502/1992 è "l'atto attraverso il quale, a conclusione di un procedimento valutativo, le strutture autorizzate, pubbliche o private, e i professionisti che ne facciano richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo a erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del SSN".

In Italia è affidato ad autorità di governo come le Regioni o agenzie pubbliche che hanno il compito di individuare i requisiti ulteriori di qualità, stabilire le procedure per il rilascio dell'accreditamento, stabilire il sistema dei controlli, compresa l'individuazione dei soggetti valutatori.<sup>34</sup> L'accreditamento istituzionale è dunque uno strumento di regolazione dell'ingresso nel mercato dei soggetti che intendono erogare prestazioni per conto del soggetto pubblico attivando un processo continuo miglioramento della qualità dei servizi.

La definizione di accreditamento istituzionale sanitario è rinvenibile anche nella sentenza della Corte Costituzionale n. 416 del 28/7/1995. Secondo la Suprema Corte, "l'accreditamento è un'operazione da parte di un'autorità o istituzione (nella specie Regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve, come nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti)".

In Italia l'accreditamento istituzionale è obbligatorio per potere essere ammessi ad operare con finanziamento pubblico nell'ambito del servizio sanitario e dei servizi sociali. Per quanto riguarda il sanitario ed il sociosanitario, viene riconosciuto dall'ente regionale ed ha l'obiettivo di individuare i soggetti erogatori per conto del servizio sanitario, in base a requisiti di qualità determinati; i soggetti accreditati sono

---

<sup>34</sup> Pesaresi F., "Accreditamento: proposte di modellizzazione", in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 16-17, IRS 2010.

quindi potenziali erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a carico della Regione. L'accreditamento istituzionale è il fulcro tra l'autorizzazione e la definizione degli accordi di fornitura o contratti fra committenti ed erogatori pubblici e privati. Costituisce lo strumento di regolazione dell'accesso al sistema dell'offerta sanitaria dei soggetti che intendono erogare prestazioni in nome e per conto del sistema sanitario, esso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente (*conditio sine qua non*) per poter diventare soggetti erogatori in nome e per conto del sistema sanitario. Pertanto in Italia l'accreditamento rappresenta un'accezione più complessa di quanto abbia in altri paesi, in cui è riferibile più direttamente al percorso di verifica del possesso dei requisiti richiesti o alla dimostrazione di "eccellenza".

L'uso spesso di termini quali provvisoriamente accreditato che viene riferito a strutture che operano con il servizio sanitario regionale, spesso per contrazione diventa semplicemente accreditato, e questo rende l'idea di come sia difficile accettare che l'accreditamento non equivale ad una convenzione, ma ad una più appropriata attribuzione di credibilità.<sup>35</sup>

### **3.3. Gli accordi contrattuali.**

Come già esaminato, con l'autorizzazione un soggetto viene autorizzato a esercitare una determinata attività e attraverso l'accreditamento diventa potenziale erogatore di prestazioni per conto del servizio sanitario pubblico; ma è solo attraverso la stipula di accordi contrattuali o di fornitura che assume lo status di soggetto abilitato a erogare prestazioni per conto del pubblico.

La Regione e le Usl stipulano accordi con i soggetti pubblici e contratti con quelli privati, relativamente ai servizi sanitari che questi potranno fornire. Lo stato di soggetto accreditato costituisce soltanto un necessario presupposto per la stipulazione degli accordi contrattuali. Si realizza così la selezione dei soggetti

---

<sup>35</sup> Catalano N. Programma Ministeriale "Collaborazione interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento 2001-2003".

erogatori.<sup>36</sup> Si parla di contratti di fornitura, che hanno l'obiettivo di garantire un buon uso delle risorse e il monitoraggio continuo della qualità dei servizi erogati.

I contratti rappresentano un atto di natura amministrativa teso a dare un sistema di garanzie verso i committenti e verso i cittadini utenti. Sostituiscono il convenzionamento con un meccanismo che dovrebbe essere più trasparente, che parte dalla richiesta di accreditamento, e, possono costituire un'opportunità di competizione positiva dei soggetti accreditati attraverso la definizione di quote aggiuntive rispetto al fabbisogno. Il D.Lgs 229/1999 prevede che siano accreditate quantità di prestazioni aggiuntive rispetto al fabbisogno programmato, comunque entro limiti che devono essere definiti dalle Regioni, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate. Gli accordi di fornitura devono prevedere un sistema di verifica in corso di erogazione attraverso i controlli previsti dal contratto e gestiti dal committente o dalla Regione, come previsto dal D.Lgs 229/1999 all'art. 8. La legge n. 133/2008 all'art. 79, contiene delle disposizioni che incidono su alcune caratteristiche dell'accREDITamento e degli accordi contrattuali, in particolare sono relative alla determinazione del fabbisogno, tenendo conto dei costi standard, e alla sospensione dell'accREDITamento in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali. Attualmente a livello nazionale e regionale è in corso un processo di revisione della normativa dell'accREDITamento e della remunerazione delle prestazioni sanitarie, con l'obiettivo di coinvolgere strutture pubbliche e private nella definizione di politiche, programmi di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni, e nel controllo della spesa. Si tratta di un articolato sistema tra Regioni e soggetti accreditati, pubblici e privati, che investe l'aspetto economico finanziario e fa riferimento ai volumi delle prestazioni, alla remunerazione e all'appropriatezza. Il problema che si pone rispetto alla parte contrattuale è quello di definire le modalità di regolazione tra soggetti fornitori/accreditati e soggetto accreditante/finanziatore. Quindi qualora si accreditano tutti i soggetti che possiedono requisiti, diventa fondamentale stabilire le regole per la scelta dei soggetti accreditati, con cui stabilire gli accordi per l'acquisto di servizi o prestazioni (quote di servizi), correlati alla spesa che può essere sostenuta da chi finanzia. Quindi a monte, è necessario definire, sulla base dei

---

<sup>36</sup> Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali, "L'AccREDITamento", 2000.

bisogni del territorio, la quantità dei servizi acquistabili o finanziabili ad un determinato livello di qualità (correlato al costo). La definizione dei criteri di scelta tra strutture accreditate, da cui acquistare le quote di servizi o a cui indirizzare gli utenti, in questo caso rappresenta un aspetto critico, perché i criteri devono essere improntati alla trasparenza e al principio di equità tra pubblico e privato. L'aspetto contrattuale si complica nel settore sociale e sociosanitario, in riferimento all'utilizzo dell'accreditamento come condizione per l'acquisto di servizi e prestazioni, che possono avere modalità di remunerazione e di finanziamento differenti, a seconda degli obiettivi dell'ente pubblico. La definizione dei criteri per la stipula dei contratti comporta inoltre un'ulteriore valutazione aggiuntiva rispetto a quella già operata per l'accreditamento, che entra in contrasto, tra le aspettative delle strutture accreditate di poter operare con risorse pubbliche senza ulteriori vincoli, e le necessità di governo della spesa dell'ente pubblico accreditante.

Tavola 1. Gli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

<b>Autorizzazione alla realizzazione</b>	La realizzazione di nuove strutture destinate ad attività sanitarie e socio-sanitarie è subordinata all'autorizzazione rilasciata dal comune che acquisisce la verifica di compatibilità da parte della regione (Assr, 2000). La valutazione regionale ha la finalità di facilitare l'accessibilità dei cittadini alle strutture anche in relazione alla loro distribuzione sul territorio, prefigurando un limite, che non potrà essere troppo rigido, alla libera iniziativa economica per moderare gli effetti induttivi dell'offerta sulla domanda (Assr, 2002).
<b>Autorizzazione all'esercizio delle attività</b>	L'autorizzazione all'esercizio rappresenta la soglia di garanzia al di sotto della quale non è possibile esercitare un'attività sanitaria o socio-sanitaria. La regione definisce i requisiti minimi in adempimento a quanto previsto dal Dpr 14/1/1997, eventualmente con adattamenti o integrazioni (Assr, 2002) per migliorare i requisiti o per regolamentare altre materie. La verifica che tali requisiti siano stati soddisfatti dà luogo al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio relativamente all'attività per la quale è stata richiesta. La validità dell'autorizzazione è legata alla permanenza dei requisiti riconosciuti, accertata attraverso verifiche periodiche. (Assr, 2000).
<b>Accreditamento istituzionale</b>	I soggetti autorizzati che vogliano operare nell'ambito del Ssn, possono presentare istanza di accreditamento alla regione di appartenenza. La regione, accertata la funzionalità della struttura rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e subordinatamente alla rispondenza ai requisiti di qualificazione – definiti dalla regione stessa, rilascia al richiedente l'attestato di soggetto accreditato e lo iscrive all'elenco dei potenziali "fornitori" di prestazioni sanitarie o sociosanitarie (Assr, 2000).
<b>Accordi contrattuali</b>	La regione e le Usl stipulano accordi con i soggetti pubblici e contratti con quelli privati, relativamente ai servizi sanitari che questi potranno fornire. Lo stato di soggetto accreditato costituisce soltanto un necessario presupposto per la stipulazione degli accordi contrattuali. Si realizza così la selezione dei soggetti erogatori. (Assr, 2000) Non è dunque obbligatorio stipulare accordi contrattuali con tutti i soggetti accreditati.
<b>Fonte:</b> Assr (2000, 2002).	

### 3.4. L'accreditamento dal punto di vista giuridico.

L'accreditamento sanitario e sociosanitario è qualificato dall'art. 8 bis del D.lgs. 502/92 come il provvedimento attraverso cui il privato viene ammesso all'esercizio di attività sanitarie in nome proprio, ma per conto del Servizio sanitario nazionale. La Corte di Cassazione a sezioni unite, ha ripetutamente riconosciuto a tale provvedimento natura di concessione amministrativa. Quindi l'accreditamento può essere definito come il provvedimento, avente natura concessoria, con il quale un'autorità preposta attribuisce ai servizi accreditati natura di servizi pubblici ed al soggetto accreditato la natura di concessionario della Pubblica Amministrazione. Quindi l'accreditamento ricade nell'istituto della concessione esteso all'attività amministrativa. Tale istituto è previsto nell'art. 22 della L. 142/1990 quale modalità di gestione dei servizi pubblici attraverso l'affidamento a terzi da parte della pubblica amministrazione dell'esercizio di funzioni pubbliche (esternalizzazione di tipo concessorio). Questa caratterizzazione conferisce all'accreditamento le caratteristiche di plasmabilità nel tempo, per l'espressione di un forte ruolo di indirizzo e sostegno dell'ente pubblico titolare della funzione.<sup>37</sup>

La concessione trova ampio utilizzo in virtù anche dell'applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'ordinamento giuridico ma soprattutto nelle autonomie locali. Secondo il principio di sussidiarietà strettamente collegato con il federalismo e in conformità alla riforma Bassanini, che prevede una sussidiarietà verticale, cioè lo Stato non deve fare ciò che possono fare Comuni, Province e Regioni, ed una sussidiarietà orizzontale, secondo cui l'istituzione pubblica non deve fare ciò che possono fare le iniziative libere della società civile.<sup>38</sup> In particolare, il principio di sussidiarietà orizzontale viene sancito nei principi fondamentali della L. 328 dell'8/11/2000 all'art. 1, commi 4 e 5, e consiste nel fatto che le istituzioni riconoscono e agevolano il ruolo dei soggetti del terzo settore operanti nella programmazione, organizzazione, gestione del sistema integrato dei servizi. Ma si riferisce anche al fatto che, alla gestione e offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e realizzazione

---

<sup>37</sup> Dalla Mura F., "Servizi sociali e accreditamento: profili giuridici", in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS 2010.

<sup>38</sup> Nervo G., "La piramide rovesciata" in Studi Zancan n. 2, Padova 2001

concertata degli interventi, i soggetti del terzo settore. Inoltre sempre riguardo il terzo settore, recita: “questo concorre con i servizi pubblici, conseguendo autorizzazioni e accreditamenti, all’affidamento dei servizi”.

Tenendo conto del concetto di sussidiarietà orizzontale che caratterizza le autonomie locali, la concessione può essere ampiamente applicata ai servizi sociali, e in questo caso l’accredimento costituisce un esempio per eccellenza di quest’applicazione. Attraverso l’accredimento i Comuni, quali titolari della funzione sociale, attribuiscono a soggetti terzi (pubblici o privati) l’esercizio di tale pubblica funzione e con essa la qualifica di soggetti accreditati titolati ad erogare il servizio sociale pubblico.<sup>39</sup>

### **3.5. L’attuazione regionale.**

L’avvio dei percorsi normativi regionali in materia parte dall’emanazione del DPR 14 gennaio 1997. Molte regioni in recepimento del decreto emanano i propri provvedimenti riformulando la procedura per il rilascio dell’autorizzazione. Alcune regioni contemporaneamente affrontano con gli stessi provvedimenti le tematiche dell’autorizzazione e dell’accredimento, facendone un percorso comune ed organico; si tratta generalmente di provvedimenti quadro.

Come già evidenziato, la modifica del titolo V della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3/2001), ha interrotto il percorso legislativo a livello centrale, in quanto la materia della tutela della salute è stata inserita nell’art. 117 della Costituzione tra le materie di legislazione concorrente (Stato – Regioni). Ne è conseguita una disciplina regionale in materia di accreditamento ed autorizzazione che ha seguito iter diversi nella progettazione del sistema e con tempistiche molto diverse. Questo ha portato a uno sviluppo autonomo dei modelli regionali di accreditamento, seppur con significative esperienze di scambio e confronto. Ma la materia della tutela della salute impone l’adozione di misure che debbono tenere conto di criteri di equità nell’erogazione di cure a livello nazionale, conseguente anche agli aspetti economici legati alla mobilità interregionale, e successivamente

---

<sup>39</sup> Dalla Mura F. “Autorizzazione e accreditamento”, in Studi Zancan n. 2/2001

alla Direttiva Europea 2011/24/UE, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera,<sup>40</sup> anche a livello europeo. Ferma restando la titolarità delle regioni nella concessione dell'accreditamento, ne è derivata l'esigenza di pervenire ad una revisione normativa dell'istituto dell'accreditamento ratificata dalla Conferenza Stato-Regioni il 20/12/2012 con l'approvazione dell'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome sul documento recante "Disciplinare sulla revisione normativa dell'accreditamento" in cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie debbono possedere per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale, al fine di promuovere una revisione normativa a livello regionale che porti ad un modello di accreditamento condiviso.

Da una ricerca del Cergas Bocconi, emerge un sistema regionale a tre livelli o cluster:

- 1) sistemi in fase di perfezionamento: rientrano le Regioni che hanno messo a regime gli istituti e sono in uno stadio di miglioramento del sistema (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana);
- 2) sistemi in fase di progressione o rilancio: è il caso delle Regioni hanno posto nuovamente la loro attenzione sul tema dell'accreditamento, approvando una nuova normativa in materia o dedicando parte degli obiettivi del PSR allo sviluppo del sistema (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano);
- 3) sistemi in fase di attesa: in questa categoria rientrano quelle Regioni che, dall'analisi documentale, non risultano attive, riguardo: a) il completamento del modello regionale (ad esempio mancata definizione dei requisiti ulteriori) oppure b) l'implementazione del modello, nel momento in cui esso risulti interamente definito (tra queste alcune che hanno dato una definizione provvisoria del sistema, come Campania, Lazio, Liguria, Molise, Puglia,

---

<sup>40</sup> G.U. dell'UE del 04/04/2011 n.88/45

Umbria e come nel caso del Veneto e della Provincia Autonoma di Trento si rifanno ad esperienze pilota.<sup>41</sup>

Oggi il sistema si configura come una sommatoria di sistemi regionali a più velocità e con caratteristiche diverse.

L'Agenas ha il compito di effettuare una puntuale ricognizione della normativa regionale e di pubblicarla, al fine di favorire un confronto sullo stato di attuazione del sistema di accreditamento istituzionale. Va considerato che il sistema potrebbe avvantaggiarsi da una più articolata collaborazione interregionale che valorizzi le esperienze positive per pervenire ad un modello condiviso di qualità organizzativa.

### **3.6. Differenze tra sociale e sanitario.**

In Italia l'accreditamento prioritariamente è stato introdotto nel settore sanitario dove per molti aspetti è applicato a regime. La L. 328/2000 ha introdotto l'accreditamento nei servizi e nelle strutture sociali. In ambito sociale l'accreditamento presenta peculiarità e problematiche differenti rispetto a quelle che può presentare l'ambito sanitario. Di seguito si esaminano brevemente alcune di queste differenze.

- **Profilo giuridico**

A livello costituzionale, il legislatore ha inserito la tutela della salute tra le materie di legislazione concorrente di cui all'art.117 della Costituzione, mentre ha attribuito alle Regioni la potestà legislativa esclusiva in materia sociale.

L'accreditamento sanitario è qualificato giuridicamente dall'art. 8 bis del D.Lgs 502/92, come già evidenziato, la Corte di Cassazione più volte gli ha riconosciuto natura di concessione amministrativa, è quindi caratterizzato da un grado di tipicità che è carente nel sociale. La L. 328/2000 non dà una definizione dell'accreditamento, infatti, ne è derivata la mancanza di una qualificazione

---

<sup>41</sup> CERGAS Bocconi, Rapporto di ricerca "Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune", 2007.

giuridica univoca dell'istituto, lasciando ampia discrezionalità all'interprete;<sup>42</sup> spesso dalle norme regionali ne deriva un profilo più simile ad una certificazione di qualità che a quello di concessione di pubblico servizio.

- **Esigibilità dei diritti.**

In sanità si parla di diritti esigibili, vale a dire che la persona è titolare di un diritto che può esercitare su tutto il territorio nazionale, quindi anche in una Regione diversa da quella a cui appartiene; di ciò le Regioni debbono tener conto in sede di programmazione dell'offerta e dell'impegno finanziario.

Nel sociale non possiamo parlare di diritti esigibili in mancanza di definizione dei livelli essenziali di prestazioni sociali, Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che invece sono stati definiti per il sanitario con il DPCM del 29/11/2001.

Uno dei punti più rilevanti della L. 328/2000 e previsto all'art. 22, riguardava la prospettiva di determinare un diritto all'assistenza socio-assistenziale, individuando un sistema di servizi alla persona da garantire in determinate situazioni di bisogno. Questo doveva concretizzarsi con la definizione appunto dei livelli essenziali delle prestazioni sociali. Nell'ambito sociale, l'ente pubblico a differenza che nel sanitario non ha l'obbligo di garantire un diritto, per cui il conseguente impegno di natura economica è meno cogente. Non essendoci un obbligo da parte del Comune diventa secondario anche il problema di valutare l'appropriatezza degli interventi. Inoltre non si pone il problema dell'impegno finanziario legato alla mobilità degli utenti, che invece va tenuto in considerazione dalle regioni in sede di programmazione e determinazione del finanziamento della spesa sanitaria.

- **I soggetti pubblici.**

I ruoli dei soggetti pubblici sono differenti nei sistemi di accreditamento sanitario e sociale. In ambito sociale a differenza che nel sanitario entrano in campo i Comuni, che rappresentano un ulteriore livello di governo del sistema non presente nell'ambito sanitario. Regioni e Comuni hanno responsabilità diverse e devono conciliare competenze che in parte si sovrappongono, sollevando problematiche sia

---

<sup>42</sup> Dalla Mura F., "Servizi sociali e accreditamento: profili giuridici", in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS 2010.

in ordine alla sussidiarietà che alla complementarietà. I ruoli e le competenze in materia variano tra Regioni; siamo di fronte a sistemi regionali caratterizzati da forme di governo del sistema differenti e complesse.

- **La compartecipazione alla spesa**

Altra differenza sostanziale sta nella funzione attribuita alla compartecipazione dell'utente.

Nel sanitario ha una funzione di garanzia contro l'abuso del terzo pagante, mentre nel sociale e nel sociosanitario diventa fonte rilevante, del finanziamento di alcuni servizi erogati.<sup>43</sup> In ambito sociale vi è una domanda sensibile al prezzo, a differenza di quanto avviene per le prestazioni sanitarie che tendenzialmente sono anelastiche.<sup>44</sup>

- **Standardizzazione dei processi e valutazione**

I processi che caratterizzano il lavoro nei servizi sociali sono poco standardizzabili rispetto a quelli dell'ambito sanitario. Le strutture e i servizi sociali hanno specificità che le contraddistinguono e la valutazione in tale ambito sembra essere difficilmente assimilabile e comparabile ai processi utilizzati per l'ambito sanitario, dove è più consolidato quantificare i risultati attraverso indicatori e disporre di adeguati strumenti.

---

<sup>43</sup> Guerra M. C., *“Modelli di accreditamento e configurazione dei mercati”*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS 2010.

<sup>44</sup> Ghetti V., Stea S., *“L'uso strategico dell'accreditamento: una comparazione tra regioni”*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 16-17 IRS Milano 2010.

## **CAPITOLO 4.**

### **Accreditamento dei servizi sociali: regolazione, qualità e innovazione**

#### **4.1. Regolazione del mercato dei servizi**

L'accREDITAMENTO istituzionale incide inevitabilmente nel delineare i sistemi di welfare regionali. Esso può influire ed orientare la produzione di servizi e soprattutto regolare il sistema dell'offerta dei servizi. L'accREDITAMENTO rischia di essere in realtà sminuito del proprio valore, e di essere ricondotto a una certificazione o ad un semplice adempimento amministrativo. Esso deve essere necessariamente ricondotto al mercato dei servizi in cui si inserisce, in quanto agisce sia in termini di tutela dell'utente (domanda) che di regolamentazione dei servizi (offerta).

Nell'ambito dei servizi sociali possiamo delineare mercati teorici dei servizi; teorici perché nella realtà non esistono modelli puri ma più spesso i mercati sono mix di modelli teorici.

- Il modello verticalmente integrato è quello in cui esiste un solo soggetto che si occupa sia dell'offerta dei servizi che della domanda (finanzia, organizza, produce ed eroga), in genere l'ente pubblico.
- Il modello di mercato classico, applicato ai servizi sociali, è quello privatistico, caratterizzato dalla concorrenza fra fornitori di servizi (offerta) e dalla libertà di scelta del fruitore dei servizi (domanda). In campo sociale le condizioni che caratterizzano un mercato privatistico concorrenziale presentano difficoltà di realizzazione. Nel settore sociale, questo modello di mercato presenta una situazione di squilibrio tra fornitore e fruitore del servizio, in quanto il fruitore può trovarsi in una situazione di fragilità, oltre che di disparità informativa rispetto al fornitore.

Il modello verticalmente integrato tipico del Welfare State, da tempo non è più ipotizzabile nei sistemi sociali che si sono sviluppati sulle spinte neoliberali, e questo ha portato ad orientarsi verso i modelli intermedi, cosiddetti di quasi mercato, dove l'ente pubblico mantiene la funzione di tutela del benessere, ma si realizza una separazione, totale o parziale, tra chi finanzia e organizza la domanda e chi produce ed eroga i servizi. I quasi mercati sono modelli caratterizzati dalla presenza di diversi fornitori e di fruitori/utenti finali il cui potere d'acquisto e contrattuale dipende da un soggetto pubblico.<sup>45</sup> Le caratteristiche della domanda e dell'offerta si manifestano con modalità differenti rispetto a un mercato concorrenziale, così come i prezzi vengono determinati in maniera differente e non realizzano un equilibrio tra domanda e offerta, ma sono caratterizzati da vincoli di natura finanziaria e programmatica.

Il modello di quasi mercato è caratterizzato dalla presenza dell'ente pubblico che agisce imitando i mercati concorrenziali, garantendo dal lato dell'offerta, più soggetti produttori/erogatori, pubblici e privati, e garantendo dal lato della domanda, la libertà di scelta dell'utente tra i soggetti produttori/erogatori.<sup>46</sup>

Gli enti pubblici sono ricorsi sempre più all'esternalizzazione dei servizi attraverso le diverse modalità gestionali: la gestione in concessione, l'affidamento in appalto (convenzione e contratto), l'accreditamento istituzionale.

Infatti, nella produzione di servizi sociali si possono seguire tre tipologie principali di modelli:

1. Il modello della gerarchia pubblica, dove è l'ente pubblico che produce i servizi di welfare, in capo all'ente pubblico ricadono il finanziamento, l'organizzazione, la gestione ed il controllo. Non è un modello in sviluppo, ma persiste nelle realtà in cui sono presenti servizi prodotti da enti pubblici, che strategicamente o per tradizione decidono di mantenerli.
2. Il modello del contracting-out, dove si stabilisce un contratto o una convenzione tra soggetto pubblico e fornitore privato. In questo modello il soggetto pubblico finanzia il servizio, che ha regolamentato, stabilendo le

---

<sup>45</sup> Gorgi G, Ranci Ortigosa E., Stea S., *"Il mercato dei servizi nelle regioni"*, in Prospettive Sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS 2010.

<sup>46</sup> Guerra M. C., *"Modelli di accreditamento e configurazione dei mercati"*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS 2010.

caratteristiche che deve avere, e facendo direttamente la selezione dei fornitori del servizio che erogheranno, per conto dell'ente stesso, attraverso una gara ad evidenza pubblica. Questo è il modello più diffuso per l'esternalizzazione di un servizio a fornitori esterni finanziati dal pubblico. In questo tipo di modello il fornitore è scelto all'ente e non dall'utente, quindi non viene tenuta in rilievo la libertà di scelta dell'utente; al tempo stesso incentiva poco i fornitori al miglioramento dei servizi verso le necessità e le esigenze dell'utente.<sup>47</sup>

3. Il modello dell'accreditamento istituzionale, che mira al miglioramento della qualità dei servizi, all'equiparazione tra fornitori pubblici e privati, e a favorire il potere di scelta dell'utente, e può configurarsi in modo differente a seconda dell'interpretazione, dell'orientamento e del ruolo che l'ente pubblico assume rispetto alle relazioni con altri attori del sistema: i fornitori di servizi e gli utenti. A questo tipo di relazioni, che spesso vedono in Comune in veste di ente pubblico, va inserita anche la relazione con il livello superiore, in senso di sussidiarietà verticale, la Regione.

Riprendendo gli aspetti inerenti ai modelli di mercato, si sono delineati dei sistemi di welfare mix caratterizzati dal ruolo, oltre che dell'ente pubblico, anche del mercato. Nella competizione tra i produttori/erogatori di servizi assume sempre più rilevanza il terzo settore, compreso il non profit, in una logica di sussidiarietà orizzontale. La L. 328/00 rimanda all'aspetto competitivo dell'accreditamento, prefigurando dei servizi e delle prestazioni erogate attraverso la concessione di buoni di servizio, utilizzabili dall'utenza per l'acquisto in libera scelta di servizi accreditati.

L'accreditamento si colloca nelle logiche di quasi mercato, ma può essere inserito anche in istituti propri di altri modelli, in considerazione del fatto che, un modello puro di quasi mercato non è ipotizzabile, ma come accade nel settore dei servizi sociali, sovente si ricorre a forme ibride di modelli di quasi mercato.

Il modello puro di quasi mercato presenta criticità nell'applicazione, ad esempio nei territori dove l'offerta è limitata o insufficiente, mentre è attuabile laddove l'offerta è abbondante e possono essere accreditati più soggetti rispetto al fabbisogno reale; questo allo scopo di incentivare la concorrenza e controllare conseguentemente i

---

<sup>47</sup> Pavolini E., *"Le nuove politiche sociali"*, Il Mulino, Bologna 2003.

costi, oltre che promuovere nei servizi, una tensione verso la maggiore efficienza. Dall'interpretazione che gli enti danno all'istituto e dall'uso strategico che ne fanno, si vanno a delineare le caratteristiche del sistema dell'offerta (tipo di servizi, quantità, volumi di attività), la competizione, i costi, la copertura finanziaria, le relazioni tra gli attori coinvolti. Il problema dell'introduzione di una logica di accreditamento è, infatti, strettamente connesso con quello del tipo di sistema di regolazione del sistema di offerta che si intende adottare. Assai diverso, infatti, è affidare la regolazione del mercato all'utente, assegnandogli buoni di servizio da spendere liberamente all'interno di una rosa di soggetti erogatori accreditati, e dunque riconoscendogli la capacità di esercitare una discrezionalità al momento dell'acquisto, oppure mantenere il potere di regolazione in capo alla pubblica amministrazione, assegnandole la funzione di acquistare sul mercato dei soggetti accreditati determinate quote di servizi.<sup>48</sup> L'accreditamento può quindi essere utilizzato strategicamente per modificare i sistemi di offerta e di governance, nelle forme di accreditamento puro o misto, aperto o selettivo.

Si parla di accreditamento "puro" quando il sistema è caratterizzato dalle regole di mercato concorrenziale, mentre nell'accreditamento "misto" si evidenzia l'azione di regolazione del mercato da parte dell'ente pubblico che accredita. Quindi, nell'accreditamento "misto", l'ente pubblico attua un uso selettivo dell'accreditamento per varie ragioni. Ad esempio in un modello reale, si ricorre all'accreditamento misto quando c'è una forte presenza pubblica di servizi preesistente, e c'è la necessità di operare un controllo contenitivo per evitare duplicazione di costi in caso di inutilizzo o di utilizzo parziale, a parità di soddisfazione della domanda. La stessa necessità selettiva si pone quando l'inserimento nel mercato comporta un elevato investimento, per il quale è necessario garantire un ammortamento dei costi, garantendo un periodo di attività attraverso il finanziamento pubblico della domanda. Il sistema di accreditamento è condizionato dalle caratteristiche territoriali e da altre variabili quali ad esempio l'attenzione rivolta allo sviluppo di determinati servizi (es. centri servizio per anziani piuttosto che asili nido), dall'entità degli investimenti economici, e dalla presenza sul mercato dell'ente pubblico in qualità anche di produttore/erogatore di servizi.

---

<sup>48</sup> Battistella A., "Accreditamento Istituzionale: una sfida difficile", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, IRS 2001.

Il ricorso a sistemi puri o misti di accreditamento ha a che fare con le impostazioni delle relazioni tra i vari livelli di governance dei servizi, e quindi, tra ente pubblico e soggetti privati o del privato sociale.

Nell'accREDITAMENTO puro i soggetti erogatori agiscono secondo i principi di concorrenza di mercato perfetta, e i soggetti che non riescono a erogare servizi qualitativamente elevati sono destinati a uscire dal mercato, l'ente pubblico non manifesta interesse verso l'esito della competizione tra i soggetti erogatori accreditati. Con l'accREDITAMENTO puro si punta all'autoregolazione del mercato, che premia i migliori concorrenti ed esclude chi non è in grado di erogare servizi di qualità, adeguati alla richiesta da parte degli utenti. Nell'accREDITAMENTO misto è l'ente pubblico a stabilire le regole impedendo che il mercato segua le proprie regole, l'utente non viene lasciato del tutto libero di scegliere tra i soggetti erogatori; l'ente pubblico può acquistare direttamente quote di servizi ed indirizzare il mercato dell'offerta dei servizi secondo le proprie esigenze a un dato livello di qualità accettabile.<sup>49</sup> Nella realtà queste distinzioni possono non essere così nette, ma possono sussistere nello stesso sistema meccanismi che si rifanno all'accREDITAMENTO puro per alcuni tipi di servizi, e per altri servizi, a meccanismi relativi all'accREDITAMENTO misto. Ma è anche ipotizzabile un sistema che possa integrare le caratteristiche e gli aspetti sia dell'uno che dell'altro, proprio per la flessibilità che l'istituto presenta, in termini di adattabilità alle caratteristiche del contesto in cui si colloca. Ad esempio in alcuni tipi di servizi, è possibile ricorrere all'uso di titoli per l'acquisto, buoni di servizio o voucher da utilizzare per l'acquisto di quel determinato servizio presso soggetti fornitori accreditati; in questo caso l'accREDITAMENTO è visto come uno strumento da utilizzare per l'ampliamento dei soggetti fornitori a cui l'utenza può accedere, così non si comprime né la libertà d'impresa, né quella di libera scelta dell'utente. In altri casi può prefigurarsi come uno strumento per la scelta di una struttura residenziale o semiresidenziale, che viene finanziata con il pagamento di una retta, e che permette all'utente di scegliere il fornitore; anche in questo caso si consente al cittadino di fare la propria scelta in libertà, su un determinato numero di strutture accreditate, con una determinazione a monte di quote di servizi.

L'accREDITAMENTO inoltre può essere utilizzato come garanzia per la qualità dei fornitori che partecipano alle gare ad evidenza pubblica per la gestione di un servizio; in questo caso la scelta è in capo all'ente pubblico.

---

<sup>49</sup> Ibidem

Dunque, un ente pubblico può remunerare delle prestazioni o dei servizi erogati da un soggetto accreditato attraverso il buono di servizio, attraverso la retta totale o parziale per l'acquisto di un servizio residenziale o semiresidenziale o diurno, attraverso il corrispettivo previsto dal contratto di fornitura di un intero servizio, a seguito dell'espletamento di una gara ad evidenza pubblica. Nel nostro sistema gli enti possono strategicamente utilizzare tutte le diverse modalità per servizi diversi e sfruttare al meglio le caratteristiche dell'accredimento in relazione agli obiettivi che si intendono privilegiare. Così lo stesso Comune, ad esempio, potrà accreditare:

- più soggetti per la fornitura di servizi di assistenza domiciliare a cui si accederà con voucher, quando si vorrà privilegiare la libertà di scelta dell'utente e la competitività per la qualità;
- più strutture per anziani cui si accederà con il pagamento di una retta, eventualmente integrata dall'ente, e anche qui si privilegerà la scelta dell'utente e la qualità della struttura;
- selezionare un soggetto per gestire un servizio, ad esempio un asilo nido, attraverso una gara fra soggetti accreditati, in questo modo si privilegerà la qualità fra i concorrenti ma non la scelta dell'utente.<sup>50</sup>

Un altro tipo di distinzione estremizzata, relativo alle finalità, riguarda il concetto di accreditamento verso il mercato e accreditamento verso la qualità.

L'accredimento per il mercato è relativo alla finalità di regolazione del mercato dei fornitori pubblici e privati, mentre l'accredimento per la qualità ha la finalità del miglioramento della qualità. Nel primo caso l'ente pubblico prevede le tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati per le prestazioni erogate, e più soggetti pubblici e privati sono posti in concorrenza tra di loro per attirare il maggior numero di utenti; gli utenti possono scegliere liberamente il fornitore del servizio attraverso un voucher o con il pagamento di rette. Nell'accredimento per la qualità gli erogatori pubblici o privati di servizi o prestazioni, per conto dell'ente pubblico, debbono garantire livelli di qualità previsti dagli standard per l'accredimento; l'accredimento diventa uno strumento attraverso cui si persegue il miglioramento continuo, con un sistema dinamico di requisiti crescenti da rivedere periodicamente.

Nella realtà è ipotizzabile un mix delle due visioni: per massimizzare l'utilità dell'accredimento occorre applicare con rigore il rispetto dei requisiti e gestire con

---

<sup>50</sup> Pesaresi F. *“L'istituto dell'accredimento: quadro comparativo regionale”*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 16-17, IRS Milano 2010.

flessibilità i diversi modelli d'uso, senza timore di affiancare un servizio con voucher, ad un altro esternalizzato ad un fornitore con gara d'appalto.<sup>51</sup>

#### **4.2. La definizione dei criteri di qualità**

Per l'accreditamento di una struttura o di un servizio, siano essi pubblici o privati, è necessario stabilire dei criteri di qualità da valutare prima del rilascio del provvedimento. La definizione dei criteri di qualità diventa fondamentale al fine di dare garanzie all'utente soprattutto nei modelli che si avvicinano al modello di accreditamento puro. La tendenza verso la qualità comporta una selezione dei soggetti fornitori su requisiti di qualità elevati che necessitano di un'attenta valutazione da parte di valutatori esperti. La definizione degli standard di qualità di alto livello fornisce garanzie effettive di qualità all'utente, mentre la definizione di standard più semplici comporta l'accreditamento di un vasto numero di fornitori senza garanzie reali di qualità. Bisogna considerare che, l'ente accreditante deve tenere sempre in considerazione il duplice obiettivo di garantire servizi di qualità e di contenere i costi, obiettivi che sicuramente presentano elementi di contraddittorietà. Il rischio è di favorire un sistema di accreditamento elementare finalizzato a confermare i soggetti erogatori presenti nel mercato limitandosi a una certificazione di facciata.<sup>52</sup> La scelta dei criteri e degli indicatori riveste particolare importanza e da questo dipende il valore che si attribuisce alla qualità in termini di garanzia di servizi che rispondono in modo appropriato efficace ed efficiente alle necessità dei cittadini utenti. L'aspetto fondamentale è che l'impostazione derivi da un processo partecipativo tra gli attori del sistema di accreditamento. E' necessario arrivare ad un concetto di qualità dei servizi condiviso dai diversi attori del sistema (ente accreditante, fornitore, compratore, cliente collettivo), e proporre degli obiettivi di sviluppo orientati al miglioramento della qualità, e sostenibili dal sistema dei servizi locale. Soltanto con una definizione condivisa, che non tralasci l'aspetto di garante dell'ente accreditante/regolatore, sarà possibile costruire percorsi e servizi

---

<sup>51</sup> Pesaresi F. "Accreditamento: proposte di modellizzazione" in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 16-17, IRS Milano 2010.

<sup>52</sup> Battistella A., "Accreditamento Istituzionale: una sfida difficile", ibidem.

qualitativamente orientati all'utente e alla collettività in generale, perché tutti sono potenziali fruitori, oltre al fatto che è la collettività a contribuire, attraverso le imposte, al mantenimento del sistema di welfare.

Senza questo tipo di obiettivi si rischia di relegare l'accreditamento alla definizione di una serie di standard, definiti a valenza puramente certificatoria, che in termini di miglioramento effettivo rivolto all'utente e al sistema, non produrrà reale cambiamento, né innovazione nella visione di percorsi di miglioramento e partecipazione tra i diversi attori del sistema di accreditamento: ente accreditante, soggetti fornitori pubblici e privati, comunità territoriale, cittadini/utenti. L'impostazione dell'accreditamento non può essere disgiunta dal processo di pianificazione e programmazione dei servizi. La definizione di standard di qualità tendenti al miglioramento continuo incide sulle attività, sulle relazioni, e sull'impostazione dei percorsi di presa in carico, se questi sono stati determinati da un processo di condivisione tra i protagonisti e, se sono assunti come elemento fondamentale, che riflette l'organizzazione e il modo di lavorare per favorire il raggiungimento di obiettivi, in termini di benessere per l'utente finale. Gli obiettivi devono mirare alla valorizzazione delle relazioni, del "clima" organizzativo, del "clima" educativo relazionale; oltre ad una progettualità individualizzata che tenga conto delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni, del suo contesto familiare e sociale, dei risultati che si vogliono ottenere, della capacità di risposta dell'ente in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete. I requisiti standard sono elementi che devono essere contestualizzati all'organizzazione e alle modalità operative proprie del lavoro sociale con l'utente, devono essere estrapolati dal processo metodologico e operativo della presa in carico, orientandosi verso le best practice del settore. Gli indicatori devono consentire l'autovalutazione interna al servizio, al fine di monitorare i percorsi e i processi, nonché consentire di verificare i risultati raggiunti in termini di appropriatezza, di soddisfazione dei bisogni dell'utenza e/o di apprendimento di comportamenti adeguati, prevedendo requisiti relativi anche a momenti di follow up.

### **4.3. L'esempio dei criteri di qualità adottato dalla Regione Veneto.**

La Regione Veneto ha adottato, con L.R. 16 agosto 2002 n. 22, “il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali”; si tratta di un riferimento legislativo unitario per l'area sanitaria, sociosanitaria e sociale. L'unitarietà è garantita nel governo del sistema, gli aspetti procedurali invece sono distribuiti tra la Regione e i Comuni per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, mentre per le strutture sociali, l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento sono rilasciati dal Comune, subordinati alla positiva valutazione della rispondenza alla programmazione attuativa locale.

La L.R. 22/2002 ha previsto uno stretto rapporto tra programmazione regionale o locale e il sistema di autorizzazione e accreditamento, anche nell'ambito dell'autorizzazione all'esercizio, in contrapposizione a quanto sancito dall'art.38 della Costituzione che riconosce la libertà dei soggetti privati a svolgere attività assistenziale; in questo caso questa libertà viene sottoposta a una valutazione di compatibilità con l'interesse pubblico. Questo tipo di procedura riferita all'autorizzazione all'esercizio, rischia di comprimere illegittimamente la libertà di esercitare l'assistenza privata garantita dall'art. 38, comma 5, della Costituzione<sup>53</sup>.

A tal fine si richiede non solo la verifica del possesso dei requisiti minimi, ma anche la positiva valutazione della rispondenza del progetto alla programmazione sociosanitaria regionale, definita in base al fabbisogno complessivo, ed alla localizzazione e distribuzione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

La Regione approva le regole per l'accreditamento, l'autorizzazione e gli accordi; fino al 2012 ha seguito lo sviluppo del processo tramite l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto (ARSS), istituita nel 2001 e soppressa nel 2012; attualmente le funzioni e le competenze dell'ARSS sono state ridistribuite tra i Dipartimenti Regionali, Az. Ulss e Comuni.

Il provvedimento di accreditamento è rilasciato dalla Giunta Regionale, per l'accreditamento di servizi sanitari e sociosanitari, e dai Comuni, per quanto riguarda l'accreditamento dei servizi sociali.

L'autorizzazione è concessa dalla Regione solo per gli enti e le strutture da essa dipendenti, ma è in generale di competenza dei Comuni; essa ha una validità di

---

<sup>53</sup> Pesaresi F., “L'Istituto dell'accreditamento: quadro comparativo regionale”, ibidem.

cinque anni. L'accreditamento ha invece una durata di tre anni ed è soggetto a rinnovo previa verifica del mantenimento dei requisiti e delle eventuali prescrizioni date. La Regione, con DGR 84/2007, ha definito le procedure di autorizzazione e di accreditamento specificatamente per le strutture sociosanitarie e sociali, a carattere residenziale e semiresidenziale, relative alle unità di offerta di cui all'allegato A della stessa DGR 84 del 16 gennaio 2007. Procedure valide per le strutture già operanti e per quelle di nuova istituzione, che realizzano interventi per le seguenti aree di utenza:

- a) area prima infanzia;
- b) area disabilità;
- c) area anziani, autosufficienti e non autosufficienti;
- d) area dipendenze.

Qualora i titolari delle strutture siano organismi del terzo settore (cooperative sociali, organizzazioni di volontariato, associazioni, ecc.), ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, dell'autorizzazione all'esercizio e del provvedimento di accreditamento, si rende necessario la preventiva iscrizione agli appositi albi o registri regionali previsti dalla normativa vigente.

La classificazione delle unità di offerta permette una puntuale identificazione della struttura o del servizio che chiede di essere autorizzato e/o accreditato, essa rappresenta il primo riferimento per la scelta dei percorsi procedurali.

La DGR 3 luglio 2007 n. 2067 approva le procedure, per l'applicazione della DGR 84/2007, in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sociosanitarie e sociali della Regione Veneto, al fine di dare avvio al percorso per migliorare, con i nuovi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che vengono richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento, l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza, l'accessibilità, l'umanizzazione, l'aggiornamento dell'intero sistema regionale di servizi alla persona, a tutela e garanzia dei cittadini.

Il processo che ha portato alla definizione del sistema per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale per le strutture sociali e sociosanitarie ha previsto quattro fasi:

1. La ricostruzione del sistema di offerta (classificazione);
2. L'individuazione dei criteri di valutazione della qualità;

3. L'individuazione degli indicatori e standard di valutazione della qualità;
4. La validazione con gli attori del sistema.

Sono stati considerati i settori: infanzia, minori, disabilità, anziani e dipendenze; per ciascun settore sono state definite le unità d'offerta presenti, ad esempio per l'area minori sono state considerate le seguenti unità d'offerta:

- Comunità educative
- Comunità educative con pronta accoglienza
- Comunità educative-riabilitative
- Comunità di tipo familiare
- Comunità mamma-bambino
- Casa famiglia mamma-bambino.

I gruppi tecnici appositamente costituiti, a livello regionale, con la presenza dei diversi attori del sistema (responsabili regionali degli uffici di competenza, rappresentanti dei Comuni e delle Az. Ulss, rappresentanti delle associazioni di categoria, sindacati e rappresentanti degli enti gestori), hanno definito le caratteristiche delle unità d'offerta. Ad esempio per le comunità educative per minori sono state individuate le caratteristiche della tabella seguente:

<b>Comunità Educativa per minori</b>
<b>Definizione:</b> E' un servizio educativo assistenziale con il compito di accogliere temporaneamente il minore qualora il nucleo familiare sia impossibilitato o incapace di assolvere al proprio compito.
<b>Finalità:</b> Educative e assistenziali volte alla supplenza temporanea del nucleo familiare.
<b>Utenza:</b> Minori di anni 18 maschi e femmine
<b>Capacità ricettiva:</b> fino a un numero massimo di 8 minori

Il progetto si è sviluppato attraverso:

- L'esplicitazione dei possibili criteri di valutazione;
- La scelta dei criteri più importanti;

- L'individuazione dei criteri perseguibili.

Per l'**autorizzazione all'esercizio** si sono considerati criteri minimi uguali per tutte le unità d'offerta per tipologia di servizio; i criteri considerati sono stati di "input" di tipo strutturale e organizzativo, e per la loro valutazione si è considerato il criterio per soglia minima, quindi si/no.

Per l'**accreditamento** si sono considerati criteri validi per i servizi acquistati anche con risorse pubbliche, e previsti nella programmazione pubblica; i criteri considerati sono stati quelli di essere autorizzati all'esercizio e criteri di "processo" (modalità di lavoro e di erogazione), e per la loro valutazione criteri minimi (irrinunciabili) per soglia e altri criteri di qualità per punteggio.

Per l'autorizzazione così come per l'accreditamento sono stati individuati dei criteri trasversali inerenti a tutte le unità d'offerta.

<b>Criteri trasversali</b>	
<b>Autorizzazione</b>	<b>Accreditamento</b>
Professionalità degli operatori	Adeguata programmazione generale del servizio
Adeguata quantità delle risorse umane	Stile partecipato di direzione
Adeguatezza degli spazi interni	Gestione e sviluppo delle risorse umane
Adeguatezza degli spazi esterni	Integrazione con il territorio
Sicurezza della struttura	Personalizzazione degli interventi
Adeguata localizzazione della struttura	Coinvolgimento dei familiari
Adeguata pianificazione strategica del servizio	Igiene (processo di gestione)
Correttezza e trasparenza del servizio (carta del servizio e registro)	

- 1) Esempio di standard per l'autorizzazione all'esercizio per la comunità educativa per minori:

- Adeguata quantità delle risorse umane:
- **Rapporto numerico tra il personale con funzione di educatore-animatore e minori:**

*“Deve essere garantito il rapporto numerico minimo di 1 unità di personale con funzione di educatore-animatore ogni 2 ospiti; tali operatori devono possedere la qualifica prevista per chi svolge le funzioni di educazione (con un rapporto di lavoro retribuito) per almeno il 75%, il rimanente 25% dell’organico potrà essere composto da operatori volontari che operano nella struttura in forma continuativa. L’orario di servizio deve prevedere la distribuzione del personale con funzione di educatore-animatore durante tutto l’arco delle 24 ore”.*

1) Esempio di standard per l’autorizzazione all’esercizio per la comunità educativa per minori:

- Personalizzazione degli interventi:
- **Definizione di un progetto educativo individualizzato (PEI)**

*“Deve essere definito e documentato un progetto individualizzato sulla base:*

- *delle caratteristiche dell’utente, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale*
- *dei risultati che si vogliono ottenere*
- *della capacità di risposta dell’ente in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.*

*Il progetto individualizzato deve comprendere:*

- *l’individuazione dell’operatore responsabile del PEI*
- *la valutazione multidimensionale dell’utente*
- *l’informazione e il coinvolgimento del minore e/o dei suoi familiari (o del tutore) e del Servizio inviante all’interno del PEI*
- *l’individuazione degli obiettivi specifici d’intervento*
- *l’indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto*
- *la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi-*
- *la realizzazione di attività di verifica sul PEI (procedure, tempi e strumenti)*

*Deve essere definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati (valido e attendibile) sul singolo utente e i dati in output da tale sistema devono essere utilizzati per ridefinire il PEI.*

*Deve essere definito e adottato un sistema di follow up anche dopo l'intervento, in relazione al progetto individualizzato.*

Di seguito, per evidenziare meglio a cosa ha portato lo sviluppo del sistema, si allega un estratto dall'allegato A) alla DGR 84/2007, che riporta l'esempio di standard relativi sempre all'unità d'offerta comunità educativa per minori. In appendice si riporta l'estratto dalle liste di verifica per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sociosanitarie e sociali di cui all'allegato C) della DGR 84/2007.

### **COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA**

<b>Definizione</b>
<i>E' un servizio educativo assistenziale con il compito di accogliere temporaneamente il minore qualora il nucleo familiare sia impossibilitato o incapace di assolvere al proprio compito. I locali e la gestione del servizio hanno forte caratterizzazione domestica.</i>
<b>Finalità</b>
<i>Ha finalità educative e assistenziali volte alla supplenza temporanea del nucleo familiare</i>
<b>Utenza</b>
<i>Minori fino ai 18* anni maschi e/o femmine,</i>
<b>Capacità ricettiva</b>
<i>Può ospitare, compatibilmente con la capacità alloggiativa fino a un numero massimo di 8 minori di cui massimo 2 in pronta accoglienza.</i>

*\*Nel caso di esigenze specifiche legate agli obiettivi previsti nel progetto educativo individualizzato, l'età massima dei minori/adolescenti accolti può essere portata a 21 anni qualora l'entrata del minore in struttura avvenga prima del compimento dei 18 anni.*

**Per essere autorizzata all'esercizio la COMUNITÀ EDUCATIVA PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA deve conformarsi ai seguenti requisiti:**

*(M-au - 0.1 )*

*L'Ente Gestore deve definire, fin dal momento della sua costituzione, la mission, ovvero l'impegno che, attraverso lo svolgimento delle attività, si vuole dedicare al raggiungimento di un obiettivo generale di carattere socio-educativo. L'Ente Gestore deve definire il risultato generale da raggiungere, individuare le tipologie di utenza (specificando la fascia di età d'intervento) e i servizi di riferimento, con*

*riferimento specifico anche alla pronta accoglienza. Dovrà inoltre indicare le strategie di sviluppo del servizio che intende perseguire.*

*(M-au - 0.2)*

*Nella Carta del Servizio sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi della Comunità*

*Educativa, le modalità di funzionamento degli stessi, le condizioni per facilitare le valutazioni del servizio da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti finali.*

*(M-au - 0.3)*

*Gli ambienti e le attrezzature della Comunità Educativa devono essere sottoposti a pulizia giornaliera esplicitando modalità utilizzate.*

*(C-ED-PA - au -1.1-2)*

*Deve essere garantito il rapporto numerico minimo di una unità di personale con funzione di educatore-animatore ogni 2 ospiti. Tali operatori devono possedere la qualifica prevista per chi svolge le funzioni di educatore-animatore con un rapporto di lavoro retribuito per almeno il 75%. Il rimanente 25% potrà essere composto da operatori volontari che operano nella struttura in forma continuativa.*

*Nella Comunità Educativa deve essere assicurata la presenza di personale e/o volontari durante tutto l'arco delle 24 ore.*

*Il personale con funzione di educatore-animatore deve essere in possesso alternativamente, del diploma di Educatore Professionale Animatore conseguito a seguito di corsi regionali triennali di formazione specifica, del diploma universitario di Educatore Professionale, del diploma di laurea di Educatore Professionale o di altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto, oppure deve essere in possesso del diploma di laurea in Scienze dell'Educazione o Scienze della Formazione e dell'Educazione con indirizzo in Educatore Professionale, o altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto.*

*(C-ED-PA - au -1.3)*

*L'Ente Gestore deve garantire la funzione di coordinamento all'interno della Comunità Educativa. Tale funzione può essere svolta da uno degli operatori in organico alla struttura con funzione di educatore animatore. Avrà compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro*

*degli operatori, , di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di raccordo tra i servizi educativi, sociali e sanitari e di adempimento degli obblighi previsti dalla legge 4 maggio 1983 n.184 (così come modificata dalla legge 28 marzo 2001 n.149).*

*(C-ED-PA - au -1.4)*

*L'Ente Gestore deve garantire la funzione di supervisione. Il supervisore dovrà essere in possesso di laurea in area psico, socio, medico pedagogico, dovrà garantire il sostegno formativo e organizzativo degli educatori, la promozione e valutazione della qualità dei servizi, una cultura di sviluppo e di ricerca del servizio.*

*(C-ED-PA - au -2.1)*

*La struttura deve essere situata e attrezzata in modo da garantire i seguenti aspetti:*

- facilità di collegamenti con le sedi scolastiche e/o lavorative degli ospiti,*
- accessibilità ai servizi essenziali (es.: presidi sanitari, comune,...) e generali (es.: cinema, luoghi di aggregazione, centri sportivi, luoghi di culto,...).*

*(C-ED-PA - au -2.2.1-2)*

*Nell'articolazione e nell'organizzazione degli spazi deve essere seguito il criterio di assicurare ai minori una ospitalità di tipo familiare (ambienti personalizzati, tutela della privacy, cucina per la preparazione<sup>3</sup> quotidiana dei pasti) e di rispondere, nello stesso tempo, alle necessità del lavoro educativo il quale deve poter contare su adeguati spazi all'interno dell'abitazione (sala da pranzo, luoghi comuni, ...).*

*Deve essere prevista una zona separata, ma collegata funzionalmente al resto della comunità, riservata alla pronta accoglienza. Si deve prevedere all'interno di questa area una camera da letto, uno spazio di incontro e un servizio igienico.*

*(C-ED-PA - au -2.3.1-2)*

*Le camere da letto possono avere un massimo di 3 posti letto, la disposizione dei letti deve garantire una adeguata personalizzazione degli spazi.*

*(C-ED-PA - au -2.4)*

*E' garantita la presenza di almeno 2 servizi igienici accessibili ai minori<sup>4</sup>.*

*(C-ED-PA - au -4.1.1-2-3)*

*L'Ente Gestore deve definire e documentare il Progetto della Comunità Educativa. Tale progetto deve essere coerente con la mission della struttura, deve descrivere le modalità di integrazione con il territorio e la programmazione di attività coerenti con gli altri servizi (rivolti ai minori) attivi nel territorio. Lo stesso progetto inoltre dovrà essere periodicament rivisto e aggiornato almeno ogni 5 anni.*

*L'Ente Gestore, nell'ambito dei servizi che garantisce, deve definire obiettivi e strategie gestionali di carattere generale che interessano l'attività complessivamente svolta e garantire la definizione degli obiettivi specifici per ogni singolo intervento. Gli obiettivi generali e quelli specifici devono essere coerenti tra di loro e coerenti con i bisogni individuati. L'Ente Gestore deve pianificare spazi idonei, adeguata organizzazione del personale e specifiche modalità di gestione per la Pronta accoglienza.*

*La preparazione dei pasti e la gestione della cucina dovranno seguire buone norme d'igiene.*

*(C-ED-PA - au -4.2)*

*L'Ente Gestore deve garantire modalità chiare e condivise di gestione della pronta accoglienza. Tali modalità devono essere descritte nel progetto generale prevedendo di norma una ospitalità per la pronta accoglienza non superiore a 90 giorni.*

*(C-ED-PA - au -4.3)*

*L'Ente Gestore deve assicurare l'adempimento degli obblighi di comunicazione all'autorità giudiziaria previsti dalla L.149/01 e relativi adempimenti regionali..*

*Deve inoltre, se nel caso, dare comunicazione all'autorità giudiziaria competente delle dimissioni del minore.*

*(C-Ed-PA-au -4.4)*

*Deve essere presente nella Comunità Educativa un registro in cui vengono indicati i nominativi degli ospiti e di una persona di riferimento (famigliare e/o tutore) con relativo indirizzo e recapito telefonico, oltre ai referenti del servizio inviante. Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di riportare gli eventuali periodi di assenza degli ospiti dalla struttura.*

*(C-Ed-PA-au -4.5)*

*I pasti devono normalmente essere preparati e consumati all'interno della comunità*

*(C-ED-PA - au -4.6)*

*L'Ente Gestore sulla base delle informazioni raccolte deve aggiornare e adeguare la programmazione del servizio e gli obiettivi a carattere generale sull'utenza.*

*(C-ED-PA - au -4.7.1-2)*

*In comunità deve essere presente per ogni minore ospite il progetto quadro. Il Progetto Quadro descrive gli obiettivi generali della permanenza del minore in comunità e i tempi e modi per il rientro in famiglia, una prima definizione dei tempi di permanenza, una prima definizione dei tempi fissati per la verifica.*

*La titolarità del Progetto Quadro è dei servizi inviati (Ulss o Comune), mentre la comunità ha un ruolo di collaborazione e ha il compito di declinare nel PEI la parte degli obiettivi generali che si vuol raggiungere con l'inserimento in comunità.*

*Gli obiettivi generali, quindi, devono essere adattati alle esigenze del minore e trovare una più dettagliata descrizione nel PEI.*

*(C-ED-PA - au -4.8)*

*Nel progetto quadro devono essere esplicitate le modalità di coinvolgimento della famiglia e nella programmazione educativa. Devono inoltre essere esplicitate le modalità e i tempi della relazione tra minore e famiglia, tra comunità e famiglia e tra comunità e servizi. Inoltre tale progetto deve essere sottoscritto dalle parti interessate (famiglia quando possibile, comunità e servizi)*

*(C-ED-PA - au -4.9)*

*Se nominato il tutore deve essere coinvolto nella programmazione educativa e messo al corrente di ogni fatto rilevante relativo al minore.*

*(C-ED-PA - au -4.10.1-2)*

*Entro i primi 90 giorni dall'accoglienza del minore, dovrà essere formulato, in collaborazione con l'ente pubblico referente, un Progetto Educativo Individuale scritto per ciascun ospite che, sulla base delle esigenze e caratteristiche personali, delinea i percorsi e le metodologie educative, specificando inoltre i reciproci impegni sia nei confronti del minore sia nei confronti della famiglia (o del tutore).*

*(C-ED-PA - au -4.11)*

*Devono essere definiti i tempi in cui verificare l'andamento del Progetto Educativo Individuale. Tale verifica deve coinvolgere il referente del servizio sociale inviante, eventuali altri servizi coinvolti e gli operatori della comunità che seguono il minore.*

***Per essere accreditata la COMUNITÀ EDUCATIVA PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA deve:***

***1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio***

***2. possedere un Sistema di gestione e documentazione della qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:***

*(M-acc - 0.1)*

*La formazione deve essere pianificata sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio. Tale formazione deve essere documentata anche ai fini dell'eventuale riconoscimento di crediti formativi. I percorsi formativi, sia individuali che di gruppo, devono fornire agli operatori strumenti (teorici e tecnici) utili per comprendere la complessa realtà della struttura in relazione agli ospiti e per saper organizzare percorsi educativi in funzione dei bisogni specifici.*

*(M-acc - 0.2)*

*Devono essere messi in atto strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione del minore, della famiglia (laddove possibile) e del committente.*

*(C-ED-PA - accr -4.1)*

*Devono essere esplicitati i tempi, i criteri, le modalità e le responsabilità per l'ammissione, l'accoglienza e la dimissione. Ferma restando, se nel caso, la competenza dell'autorità giudiziaria, i processi di accoglienza e di dimissione devono parimenti comprendere una preparazione del minore e dei familiari (o del tutore) finalizzata all'adattamento o riadattamento al nuovo ambiente di vita.*

*(C-ED-PA - accr -4.2)*

*L'Ente Gestore dovrà descrivere nel progetto generale le procedure per la gestione delle emergenze (fughe, reati, emergenze sanitarie, emergenze ambientali, ecc).*

*(C-ED-PA - accr -4.3)*

*Deve essere redatto un report annuale di valutazione dei risultati che la Comunità Educativa ha raggiunto per la sua utenza.*

*(C-ED-PA - accr -4.4)*

*Deve essere promosso l'inserimento degli ospiti nell'ambiente urbano-sociale ed educativo del territorio attraverso l'uso di servizi (scolastici, ricreativi, educativi, sociali socio sanitari e educativi), infrastrutture, risorse ed opportunità ivi esistenti.*

*(C-ED-PA - accr -4.5)*

*L'Ente Gestore svolge attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni.*

*(C-ED-PA - accr -4.6)*

*L'Ente Gestore nell'avvalersi dell'opera di volontari, dovrà curarne l'inserimento nelle attività anche mediante adeguati interventi formativi. L'Ente Gestore cura il carattere continuativo della relazione del volontario con i minori.*

*(C-ED-PA - accr -4.7.1-2-3-4-5-6-7-8)*

*Deve essere definito e documentato un educativo individualizzato sulla base:*

*- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale*

*- dei risultati che si vogliono ottenere*

*- della capacità di risposta dell'ente in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.*

*Il progetto educativo individualizzato deve comprendere:*

*1. l'individuazione dell'operatore responsabile del PEI*

*2. la valutazione multidimensionale dell'utente*

*3. l'informazione e il coinvolgimento del minore e/o dei suoi familiari (o del tutore) e del Servizio inviante all'interno del PEI*

*4. l'individuazione degli obiettivi specifici d'intervento*

*5. l'indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto*

*6. la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi-*

*7. la realizzazione di attività di verifica sul PEI (procedure, tempi e strumenti).*

*Deve essere definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati (valido e attendibile) sul singolo utente e i dati in output da tale sistema devono essere utilizzati per ridefinire il PEI.*

*Deve essere definito e adottato un sistema di follow up anche dopo l'intervento, in relazione al progetto educativo individualizzato.*

*L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali)*

*Il PEI deve tener conto di eventuali condizioni di disabilità del minore.*

*(C-ED-PA - accr -4.8)*

*E' presente una Cartella Personale per ogni minore contenente le informazioni ed i dati (sul minore), il Progetto Quadro, il PEI e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.*

*(C-ED-PA - accr -4.9.1-2)*

*I tempi della pronta accoglienza devono essere chiaramente definiti e documentati per ogni minore. Tali tempi devono tenere conto delle esigenze del minore e delle necessità delle istituzioni del territorio che hanno in carico il minore.*

*La Pronta Accoglienza non può superare i 120 gg.*

*(C-ED-PA - accr -4.10)*

*Deve essere garantita all'ospite la possibilità di personalizzare gli spazi e i ritmi. Tale possibilità deve essere assicurata a tutti gli ospiti in eguale modo, nel rispetto comunque degli spazi, ritmi e arredi destinati agli altri ospiti.*

*(C-ED-PA - accr -4.11)*

*Devono esistere momenti di verifica sul "clima" all'interno della Comunità, con particolare attenzione a favorire l'instaurarsi di un contesto relazionale e di cura caratterizzato da familiarità e affettività fra i minori e fra questi e gli adulti<sup>54</sup>.*

#### **4.4. La libertà di scelta dell'utente e l'accesso ai servizi.**

L'obiettivo di garantire la libertà di scelta del cittadino è garantita dai modelli di quasi mercato, così come implementare un sistema di accreditamento "puro", vuol dire riconoscere all'utente la capacità di autodeterminazione rispetto al proprio star bene, garantendo la libertà di scelta tra i servizi disponibili; significa per contro, accettare il rischio di non governare pienamente la spesa dei servizi, dipendente in buona misura dalle scelte discrezionali dell'utenza<sup>55</sup>. Accade che talvolta la domanda non sia espressa direttamente dall'utente, ma che l'ente titolare della funzione incarichi un soggetto esperto a definire, sulla base dell'analisi della situazione, le prestazioni che ritiene più adeguate alla soddisfazione del bisogno. Oppure attraverso la concessione di buoni di servizio o di voucher, con cui si riconosce all'utente, con un finanziamento vincolato, il diritto a un servizio, spendibile presso una pluralità di soggetti fornitori accreditati; con questo

---

<sup>54</sup> DGRV n. 84/2007, in "Allegato a) Standard relativi ai requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dei servizi sociali e di alcuni servizi socio sanitari della Regione Veneto".

<sup>55</sup> Battistella A., "Accreditamento Istituzionale: una sfida difficile", ibidem.

meccanismo si favorisce la libertà di scelta e la competizione tra i fornitori per dare un servizio qualitativamente migliore rispetto alla concorrenza. In questo tipo di mercato il fornitore che non riesce a dare servizi di qualità non è selezionato dall'utenza, e quindi destinato a soccombere ed uscire dal mercato. Il sistema dei servizi sociali presenta però criticità diverse rispetto ad esempio ai sistemi sanitari, infatti, esso è caratterizzato da forti asimmetrie informative. I beni ed i servizi in questo campo sono spesso *experience goods*, cioè beni in cui l'utente è in grado di valutare la qualità del servizio solo dopo l'utilizzo, e non ex ante, cioè al momento in cui esprime la domanda, ma solo ex post; in alcuni casi i beni e i servizi sono addirittura *credence goods*, cioè servizi di cui l'utente non è in grado di valutare la qualità neppure dopo che ne ha usufruito. L'accreditamento dovrebbe avere la funzione di ridurre la distanza informativa tra fornitore e fruitore, dunque rafforzare la posizione dell'utente soprattutto nei modelli di accreditamento puro, dove costituisce l'unico strumento di regolazione da parte dell'ente pubblico, nella logica della tutela dell'utente. L'utente si trova spesso a dovere scegliere in una situazione di fragilità, o in una situazione in cui ha un bisogno urgente, e quindi in una situazione che lo rende, dal punto di vista contrattuale, particolarmente debole.<sup>56</sup>

La gestione dei sistemi di welfare comporta la definizione del modello di accreditamento e del ruolo che le si vuole attribuire nel governo del sistema dei servizi e degli interventi sociali; questo processo di definizione parte dalla pianificazione zonale. E' nella costruzione del piano di zona che si inseriscono i servizi da potenziare e quelli nuovi da avviare, si delineano le forme di gestione dei servizi integrati, si individuano i bisogni nascosti e si mappa l'offerta, e soprattutto si costruiscono alleanze e si sperimentano schieramenti tra i diversi attori sociali.<sup>57</sup> Nella pianificazione zonale possono delinearsi le azioni innovative riguardo all'utilizzo dell'accreditamento istituzionale, cogliendo le opportunità di flessibilità che presenta, per adattarsi alle caratteristiche territoriali e del sistema della rete dei servizi, ma specialmente per sviluppare l'impostazione del modello sulle necessità di soddisfacimento dei bisogni di cittadini/utenti, con percorsi adeguati che considerino la dignità della persona, nella possibilità anche di scelta libera del

---

<sup>56</sup> Guerra M.C., "Modelli di accreditamento e configurazione dei mercati", ibidem.

<sup>57</sup> Battistella A., Previdi C., "Accesso al Welfare e accreditamento", in Prospettive Sociali e sanitarie n. 20, IRS Milano 2006.

servizio e del relativo fornitore a cui rivolgersi. Particolare rilevanza anche in sede di pianificazione, assumono l'accesso ai servizi, inteso come l'azione attraverso cui un cittadino viene in contatto con i servizi di cui sente la necessità, e la presa in carico intesa come la fase in cui chi eroga il servizio (soggetto pubblico o privato) riconosce la legittimità della richiesta, la realizzabilità di una risposta, e accetta di dare seguito alla domanda d'intervento. Il rapporto tra l'assunzione di una logica programmatica, che mette al centro la persona, e il tema dell'accesso, dipende dal fatto che per un cittadino diventa sempre più difficile individuare il canale attraverso il quale ottenere il servizio di cui sente la necessità.<sup>58</sup>

Il problema dell'informazione nell'ambito sociale è rilevante, in materia di accreditamento, in quanto c'è una disparità di informativa tra l'utilizzatore del servizio e il soggetto accreditato, da questo stesso scelto quale fornitore del servizio. Questo aspetto si evidenzia maggiormente in quei servizi destinati a persone fragili, meno in grado di orientarsi e valutare in modo consapevole la qualità dei servizi; valutazione che spesso, nel settore sociale, l'utente può fare, solo dopo avere utilizzato il servizio. Fondamentale è la modalità di accesso al servizio e di presa in carico dell'utente da parte del servizio sociale professionale. La disparità informativa diventa ancora maggiore in un modello di accreditamento basato sul tipo puro o aperto, laddove la modalità di accesso è costituita dall'erogazione di titoli per l'accesso, buoni di servizio o voucher, quindi a valenza economica, finalizzato ad assicurare l'acquisto di un servizio a tariffa agevolata o a titolo gratuito, specie se l'utente è un soggetto debole. Vi è la necessità di garantire al cittadino un accesso professionalmente qualificato, integrato con i servizi e territorialmente diffuso. Può essere articolato su più livelli di risposta:

1. Un primo livello di segretariato sociale con compiti di ascolto, orientamento, filtro;
2. Un secondo livello di segretariato professionale con funzione di decodifica della domanda;

---

<sup>58</sup> Ibidem

3. Un terzo livello più tecnico, identificato con il servizio sociale chiamato all'avvio della presa in carico, con l'attivazione della rete dei servizi e l'accompagnamento.

C'è la necessità di distinguere però la fase dell'accesso informativo, dalla fase della presa in carico, quindi un livello di risposta alla domanda in termini di informazione sull'esistenza e sulle caratteristiche del servizio richiesto, da un livello più decisionale relativo alla presa in carico, che oltre a riconoscere un bisogno, rappresenta anche l'atto del possibile investimento di risorse e dunque del finanziamento stesso da parte dell'ente pubblico.

Rispetto alla fase dell'accesso informativo, è necessario precisare che per avere una funzione adeguata di risposta alla necessità dell'utente, deve essere aggiornata e di buon livello; la fase dell'accesso rappresenta inoltre un osservatorio privilegiato di lettura dei bisogni e del loro monitoraggio, che contribuisce alla costruzione del sistema dei servizi.

La fase dell'accesso deve riguardare sia i soggetti privati che pubblici nella logica di accreditamento, al fine di dare al cittadino, informazioni sui servizi in qualsiasi sportello pubblico o privato a cui si rivolga, garantendo l'accessibilità e la velocità nella risposta ed evitando di rinviarlo da un ufficio all'altro, per individuare il servizio competente. In questo caso possiamo parlare anche di sportelli accreditati con questa funzione, che al tempo stesso possono essere soggetti accreditati anche per erogare servizi o prestazioni per conto dell'ente pubblico. Le potenzialità possono essere rappresentate da un modello di accreditamento dinamico che lega, con un significativo vincolo pubblicistico, il soggetto accreditato con l'ente titolare della funzione. L'accredimento oltre ad avere una funzione di tutela dell'utente in termini di qualità, può evitare attraverso il sistema un sistema d'accesso adeguato, discriminazioni all'accesso al servizio che possono manifestarsi in modo diverso; ad esempio una struttura, fra casi per i quali è riconosciuta la stessa tariffa, può tendere a selezionare i casi meno complessi e quindi meno costosi. La concessione dell'accredimento dovrebbe essere condizionata dall'accettazione di regole di accesso che evitino tale *cream shimming*, o altre logiche di tipo discriminatorio che

possono causare rischi di stratificazione, ad esempio per reddito o per confessione religiosa; tali rischi, in casi più gravi possono portare a forme di segregazione.<sup>59</sup>

Il cittadino accedendo ad uno sportello deve trovare risposta al proprio bisogno di informazioni e potrà essere orientato al servizio competente. Per far questo è necessario che tutti gli operatori sappiano cosa fanno gli altri, e conoscano esattamente in che misura ogni servizio possa rispondere al problema dell'utente, indipendentemente dal fatto che appartenga alla propria organizzazione. E' indispensabile mettere in rete i soggetti pubblici e privati che erogano le informazioni, attraverso lo strumento dell'accreditamento; per far sì che ciò avvenga è necessario poter contare su un sistema di offerta professionale aggiornato e opportunamente formato.<sup>60</sup> Il servizio sociale rappresenta uno strumento attraverso cui assicurare prestazioni e servizi, finalizzati al benessere dell'utente, caratterizzati da equità e appropriatezza quali l'informazione, l'accompagnamento e la tutela. In considerazione delle specificità dei servizi sociali, l'accreditamento non può essere confinato solamente ad un impegno sul versante del miglioramento della qualità, ma deve estendersi alle modalità di integrazione del servizio accreditato nella rete dei servizi, con particolare riferimento all'integrazione con il servizio sociale professionale pubblico.

Altro aspetto rilevante è la definizione della carta dei servizi, la cui adozione da parte dei soggetti erogatori costituisce un requisito obbligatorio; la stessa L. 328/2000 prevede nella carta dei servizi un requisito essenziale.

La carta dei servizi si rivolge direttamente ai fruitori del servizio che ottengono così informazioni importanti sul servizio. Nella carta dei servizi devono essere definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità di funzionamento degli stessi, le condizioni per facilitare le valutazioni del servizio da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti finali. Inoltre, il servizio deve provvedere alla divulgazione della carta dei servizi presso gli utenti diretti, indiretti e potenziali. Rappresenta uno strumento che fornisce garanzie di trasparenza e di tutela.

---

<sup>59</sup> Guerra M. C., *“Modelli di accreditamento e configurazione dei mercati”*, ibidem.

<sup>60</sup> Battistella A., Previdi C., *“Accesso al Welfare e accreditamento”*, ibidem.

#### 4.5. Dall'accesso alla presa in carico: il ruolo del case manager.

I sistemi di accreditamento indirettamente perseguono una maggiore equità sociale, perché comportano la definizione di percorsi di accesso, di presa in carico e di progettazione individuale, più precisi, codificati, orientati a criteri trasparenti e in definitiva più equi<sup>61</sup>. Il modello di accreditamento nei servizi sociali non può disgiungersi da un valido sistema di accesso ai servizi da dell'utente e da una conseguente presa in carico da parte del servizio sociale professionale. In questo caso il ruolo del servizio sociale professionale è anche quello di bilanciamento alla disparità informativa e alla carente capacità di valutare e di negoziare da parte dell'utente. Questo comporta la necessità di progettare e definire percorsi di accesso ai servizi rivolti all'utenza che tengano conto:

- a) della valutazione del bisogno da parte del servizio sociale professionale, dell'individuazione del servizio adeguato e la predisposizione di un progetto quadro del servizio;
- b) della scelta del servizio/struttura accreditata da parte dell'utente;
- c) della definizione del progetto personalizzato, con il coinvolgimento del servizio sociale professionale, dell'utente e del servizio accreditato, condivisione e sottoscrizione da parte delle tre parti coinvolte, del contratto di fornitura del servizio.<sup>62</sup>

A ulteriore garanzia sarebbe opportuna la partecipazione al progetto/contratto, anche di un ulteriore soggetto con funzione di advocacy (da svolgere in contraddittorio sia con il soggetto accreditato che con l'ente), ad esempio un rappresentante del volontariato, indipendente sia dal soggetto accreditato sia dall'amministrazione.

Il progetto personalizzato deve partire dall'utente che parteciperà attivamente alla sua costruzione. In generale un progetto personalizzato può essere costruito secondo il seguente schema:

- 1) individuazione del problema;

---

<sup>61</sup> De Ambrogio U., "Accreditamento nel sociale: vantaggi per il cittadino", in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS Milano 2010.

<sup>62</sup> Dalla Mura F., "Servizi sociali e accreditamento: profili giuridici", in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS 2010.

- 2) definizione degli obiettivi (sotto obiettivi, risultati attesi);
- 3) azioni da compiere, rispetto agli obiettivi e sotto obiettivi;
- 4) soggetti titolari delle azioni;
- 5) risorse necessarie per ogni azione;
- 6) tempi di realizzazione delle singole azioni;
- 7) monitoraggio e verifica;
- 8) valutazione.

Il progetto individualizzato rappresenta la soluzione processuale per affrontare e prendersi cura di un bisogno complesso della persona, la direzione in cui ci si muove è quella del cambiamento e si caratterizza per:

- parzialità, nel senso di valorizzazione dei diversi punti di vista;
- co-costruzione di ipotesi e strategie;
- flessibilità, cioè aggiornamento e modifica di obiettivi e scelte operative;
- ampliamento delle opportunità, quindi offerta alle persone di alternative,
- fattibilità, intesa come analisi realistica di vincoli e risorse;
- co-progettazione con tutti gli attori coinvolti nel progetto;
- intenzionalità, vale a dire che il percorso è possibile se è voluto da tutti gli attori e soggetti coinvolti;
- verificabilità e valutabilità.<sup>63</sup>

Il progetto si fonda sulla negoziazione continua del percorso, delle sue tappe e dei tempi per raggiungerle.

Un modello operativo valido per la presa in carico della persona con un bisogno complesso è rappresentato dal *case management*. La funzione di *case management* svolta dal Servizio Sociale, rappresenta un modello operativo integrato basato sul lavoro di rete e di équipe, che valorizza le competenze di valutazione e di pianificazione, che si vanno ad integrare con quelle tipiche della relazione di aiuto.

L'assistente sociale nell'ambito della presa in carico e del progetto personalizzato può assumere la funzione di *case manager*. Il *case manager* assume la responsabilità del processo di presa in carico, anche nelle relazioni con i soggetti erogatori di

---

<sup>63</sup> Rovai B., Ziliani A., "Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale", Carocci, Roma 2007.

prestazioni o servizi previsti nel progetto, soprattutto in relazione al fatto di rappresentare un garante per l'attuazione del progetto e costituire un punto di riferimento per la persona, un riferimento di fiducia unitario. Compito dell'assistente sociale è quello di avviare e raccordare in itinere le modalità di lavoro integrato con tutte le altre professionalità afferenti a soggetti pubblici e/o privati accreditati, assume la funzione di regia del coordinamento del lavoro di rete rispetto ai bisogni della persona, per interconnettere tutte le risorse e sviluppare strategie di risposte ai bisogni orientate alla globalità dell'intervento, secondo un'ottica di gestione manageriale del progetto che tenda alle migliori pratiche (*best practice*), in un'ottica di miglioramento continuo. L'azione viene orientata verso tre referenti: l'utente, le istituzioni, il territorio/contesto di appartenenza.<sup>64</sup> Condizione per la realizzazione del *case management*, è che il modello operativo e la funzione di *case manager*, venga riconosciuta e condivisa al momento della valutazione per la definizione del progetto, e quindi condivisa e nota alla persona, alla famiglia, alle istituzioni, agli enti erogatori accreditati ed agli altri professionisti coinvolti.

#### **4.6. Punti di forza e criticità del sistema di accreditamento.**

In questo paragrafo si riassumono in forma sintetica quelli che possono essere i fattori positivi intesi come potenzialità dell'istituto dell'accREDITAMENTO e i fattori negativi o criticità della sua applicazione.

##### **Fattori positivi e potenzialità**

- **La caratterizzazione giuridica.** L'accREDITAMENTO se caratterizzato giuridicamente come concessione, conferirebbe caratteristiche di plasmabilità nel tempo. L'ente, titolare della funzione, ha un ruolo di indirizzo e sostegno in una programmazione in cui si realizza l'integrazione tra servizi sociali pubblici e servizi sociali a gestione privata.

---

<sup>64</sup> Bianchi E., De Sandre I., "Solidarietà e soggetti: servizio sociale e teorie di riferimento", Fondazione Zancan, Padova 2000.

- **Garanzia di aspetti qualitativi.** Possibilità di generare uno sviluppo della competizione sulla qualità. L'accreditamento impostato sulla base di requisiti e valutazioni di qualità elevate ed accurate, può presentare consistenti vantaggi per il sistema dell'offerta dei servizi e per l'utente finale poter contare su garanzie effettive rispetto agli elementi di qualità dei servizi. La qualità deve tendere al miglioramento, ma i requisiti devono avere la capacità di adattarsi al mutare dei bisogni sociali, in un processo dinamico di esternalizzazione di tipo concessorio.
  
- **Il rapporto tra accreditante e accreditato.** Può essere un rapporto dinamico in una logica di sussidiarietà e partecipazione, basato su aspetti promozionali e non su aspetti meramente formali di tipo accertativo/certificativo. La ricerca della qualità soprattutto nell'ambito sociale può generare una sorta di laboratorio di co-progettazione, al fine di migliorarne le caratteristiche e la qualità.
  
- **La flessibilità.** Maggiore flessibilità rispetto alla gara ad evidenza pubblica. Superamento delle gare d'appalto nel caso di accreditamento di tipo puro o di tipo aperto cioè non legato alla programmazione quantitativa. La concorrenza può essere di tipo sostanziale piuttosto che di "carta" come può accadere nelle gare. L'accreditamento è uno strumento flessibile che può essere usato in modo diversificato per regolare l'accesso dei soggetti erogatori nel mercato, anche in merito alle forme di affidamento della gestione dei servizi, al fine di avere maggiori vantaggi in relazione al modello e agli obiettivi che si perseguono.
  
- **Strumento di tutela della domanda e nella regolamentazione dell'offerta.**  
 Il sistema di accreditamento costituisce una garanzia in quanto tende ad omogeneizzare i criteri qualitativi e quindi a garantire la qualità dei servizi richiesti dai cittadini. Il sistema non può tralasciare l'attenzione alla sostenibilità finanziaria dei servizi, ma deve garantire pari opportunità nell'accesso a prestazioni e servizi in relazione a determinati bisogni.  
 In modelli di mercato come quello puro, l'accreditamento può costituire l'unico strumento di regolazione non essendo previsti contratti; mentre in un

modello programmato si possono contenere i volumi di offerta in relazione alle risorse e operare una selezione dei fornitori. Per sfruttare i vantaggi della concorrenza nel corso del contratto deve essere possibile spostare con meccanismi compensativi volumi di attività tra i vari soggetti accreditati in relazione alle preferenze espresse dai fruitori.

- **Responsabilizzazione del cittadino.** L'utente è chiamato a scegliere tra più fornitori accreditati secondo un principio di libera scelta, specie in caso di concessione di buoni di servizi o di voucher o di rette per l'accesso a strutture. Si valorizza la capacità di autodeterminazione dell'utente nonché la dignità della persona, capace di operare scelte finalizzate al soddisfacimento di proprie necessità.
- **Diminuzione del carico gestionale per l'ente pubblico.** La responsabilità della funzione resta all'ente pubblico che è l'accountable, vale a dire deve essere credibile, deve essere comunque un riferimento per gli attori del sistema, ma la gestione dei servizi (parziale o totale) viene esternalizzata attraverso l'affidamento in concessione di servizio pubblico o attraverso la concessione di titoli per l'acquisto presso soggetti accreditati. Se l'ente è produttore anche di servizi, può mantenere quelle competenze e conoscenze che possono facilitare un rapporto di regolamentazione consapevole delle problematiche, al fine di protezione dell'utente.

#### **Aspetti negativi e criticità.**

- **Asimmetria informativa tra accreditato e fruitore.** In campo sociale il meccanismo di selezione dei fornitori da parte degli utenti, che dovrebbe portare alla fuoriuscita dal mercato chi offre una qualità inferiore, come nei regimi di mercato concorrenziale, nei servizi sociali non sempre funziona. I servizi sono in molti casi valutabili sotto il profilo della qualità solo dopo la fruizione, quindi solo ex post. L'accreditamento deve avere anche la funzione di ridurre la disparità informativa, quindi di rafforzare la posizione dell'utente.
- **Rischio che gli utenti multiproblema siano esclusi dal mercato.** Possibilità di discriminare l'accesso degli utenti in mancanza di regole precise; il rischio è

quello di accettare casi meno complessi, come accade talvolta nelle strutture sanitarie. L'accreditamento deve essere condizionato all'accettazione di regole d'accesso che evitino discriminazioni o che comportino rischi di stratificazione dell'utenza su determinate caratteristiche.

- **Selezione dei fornitori.** Un aspetto critico è relativo alla questione di accreditare solo quanto è coerente con la programmazione regionale e con la possibilità di finanziamento dell'ente pubblico, oppure accreditare tutti i soggetti che lo richiedano in possesso di requisiti. Nel caso in cui il numero di soggetti da accreditare, ed il volume delle quote accreditabili siano legati alla programmazione regionale, e la richiesta da parte dei potenziali fornitori sia superiore per numero e volume di servizi, sarà necessario operare una selezione, ad esempio attraverso procedimenti a evidenza pubblica di tipo competitivo, al fine di scegliere i soggetti da accreditare ed evitare il rischio di discrezionalità nella scelta dei fornitori, e assegnare ai soggetti scelti appropriati volumi di servizi che ricadranno nel finanziamento pubblico. Nel caso si decida invece di accreditare tutti coloro che abbiano i requisiti sarà comunque necessario definire modalità di regolazione del rapporto tra soggetti fornitori e ente pubblico finanziatore, con lo scopo di quantificare la spesa e la quantità di quote di servizi erogati, e di ridurre il rischio di innescare meccanismi che portino a un aumento incontrollato della spesa pubblica.
- **I contratti di fornitura (accordi).** L'accreditamento è la condizione per instaurare un rapporto di natura economica tra soggetto fornitore ed ente pubblico. Questo generalmente viene realizzato attraverso la sottoscrizione di un contratto o di una convenzione che definisce la quantità, il prezzo, i limiti dei volumi o quote di servizi erogabili, la durata del contratto stesso. Il contratto diventa necessario nel caso ad esempio di selezione tra soggetti accreditati mediante gara ad evidenza pubblica. L'ente pubblico attraverso la stipula di accordi pone in essere forme di contenimento, soprattutto in situazioni di eccedenza dell'offerta, rispetto al fabbisogno stimato o ai volumi di offerta sostenibili con risorse pubbliche. La necessità dell'ente è di controllare la spesa stabilendo i volumi massimi di attività erogabili con il

finanziamento pubblico; ad esempio con il solo accreditamento, in alcuni servizi (es. strutture per anziani), il rischio è di una non tenuta del sistema, per la presenza di un'offerta di quote superiori rispetto a quelle previste dalla programmazione regionale, e di un'induzione di bisogni nella popolazione, a seguito della promozione del proprio prodotto sul mercato da parte dei soggetti fornitori. Nei sistemi di accreditamento misto, la stipula dei contratti viene utilizzata anche come mezzo per controllare la spesa pubblica. Le problematiche relative alle procedure di selezione e ai contratti sono particolarmente delicate e complesse soprattutto nei servizi che prevedono forti investimenti da parte dei soggetti erogatori. Nei modelli di accreditamento puro non è propriamente necessario un rapporto contrattuale tra l'ente pubblico accreditante e il soggetto fornitore, ma dovrebbe essere sufficiente l'accredimento, quale unico strumento di regolazione e tutela dell'utente, per garantire la qualità del servizio, che è sottoposto solo al controllo esercitato dalla domanda. E' il caso dell'acquisto di quote di servizi o prestazioni attraverso i voucher o i buoni di servizio per l'acquisto di servizi, consistenti in un finanziamento a forma vincolata, spendibile dall'utente presso una pluralità di soggetti fornitori accreditati. Lo stesso può riferirsi alle rette per l'acquisto di un servizio residenziale, attraverso l'attribuzione di impegnative di residenzialità (con quote massime di impegnative/rette stabilite a monte), che permettono all'utente di scegliere il fornitore. Nel caso di voucher o di impegnative di residenzialità (rette), può realizzarsi un meccanismo di selezione da parte degli utenti, che dovrebbe portare alla fuoriuscita dal mercato di quei soggetti che offrono servizi di qualità inferiore a parità di prezzo. In entrambi i casi l'accredimento non costituisce un obbligo per l'ente pubblico, a corrispondere ai soggetti accreditati la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori dei rapporti instaurati. La questione della stipula dei contratti è piuttosto controversa in ambito sociale, laddove la normativa in materia di accreditamento è piuttosto aperta e scarna.

- **Necessità di strumenti di tutoraggio costosi.** I soggetti pubblici e privati per adeguarsi al processo di accreditamento necessitano di percorsi formativi adeguati e di essere supportati da personale formato alla funzione di

facilitatore dei processi di qualità. Inoltre, in seno all'organizzazione è necessario prevedere con regolarità momenti di audit e autovalutazione, su quelli che sono i criteri di qualità prestabiliti.

- **Strumenti di controllo del sistema.** Il sistema necessita di momenti di verifica e controllo circa lo stato di implementazione delle procedure, della qualità e della soddisfazione, in rapporto all'utenza e alla committenza. Diventa indispensabile che gli enti, meglio se a livello di ambito territoriale, si dotino di apposite strutture/uffici preposti al monitoraggio e al controllo del sistema. Questi uffici debbono avvalersi di personale qualificato professionalmente e formato alla funzione di valutatore. Questo tipo di personale in attuazione del principio di parità tra pubblico e privato, dovrebbe provenire da entrambi i settori, e rispettare un disciplinare/codice che garantisca l'imparzialità e l'assenza di incompatibilità nel ruolo di verificatore di una determinata struttura (es. assenza di rapporti con la struttura, non operare nello stesso territorio in cui ha sede la struttura). I valutatori devono seguire corsi di aggiornamento ed essere sottoposti a forme di valutazione essi stessi. Un sistema così strutturato presenta un carico organizzativo e finanziario indifferente.
  
- **Governance e sussidiarietà verticale.** In diverse Regioni, si pongono criticità in ordine a sovrapposizione e complementarità di competenze tra Comuni e Regioni. In questo senso si può tendere a modelli regionali con caratteristiche accentrative o decentrative. Ma l'aspetto fondamentale è quello del finanziamento, in quanto il governo del sistema dei servizi da parte dei Comuni non può prescindere dalla disponibilità di un budget certo con cui finanziare l'offerta. Un sistema di accreditamento non può prescindere dal finanziamento pubblico (sussidiarietà verticale).

#### **4.7. Innovazione del sistema o controllo formale.**

Come abbiamo visto nei precedenti paragrafi, numerose sono le potenzialità date dall'introduzione del sistema di accreditamento, così come molteplici sono le aree di criticità. Molto dipende dall'impostazione che ciascuna Regione ha impresso al proprio sistema di accreditamento e dal tipo di modello a cui si orienta, in funzione degli obiettivi che intende perseguire. Gli elementi di innovazione che possono produrre cambiamento sono potenzialmente presenti, nonostante alcune non chiare definizioni nelle norme, in merito alla natura dell'istituto, che hanno dato vita a diverse interpretazioni con conseguente applicazione di modelli regionali differenti. Il concetto di miglioramento della qualità nel settore sociale accreditato andrebbe rivisto, non solo come la fissazione di standard più elevati di quelli prescritti per l'autorizzazione, ma anche e soprattutto come capacità degli stessi di migliorare progressivamente e di adattarsi nel tempo al mutare dei bisogni sociali, come processo dinamico che un'esternalizzazione di tipo concessorio può assicurare, in modo certamente più efficace di una realizzata, attraverso la tradizionale forma privatistica dell'appalto, benché formalmente denominata "accreditamento".<sup>65</sup> La flessibilità è dunque un elemento di innovazione non indifferente specie nel settore sociale in continua evoluzione. I modelli di accreditamento puro o programmato attraverso la definizione di quote d'offerta, sono quelli più adattabili e flessibili, mentre un modello di tipo selettivo, che ricorre a gara di evidenza pubblica per accreditare solo i soggetti erogatori necessari a fornire il servizio, pur presentando caratteristiche innovative è sicuramente più rigido. Altro elemento importante di innovazione del sistema di accreditamento è la cosiddetta logica "equiparatoria" tra pubblico e privato, introdotta dalla normativa sull'accreditamento, secondo la quale deve essere garantita l'equiparazione tra soggetti pubblici e privati, per dare ai cittadini la possibilità di esercitare liberamente la propria scelta. Ma affinché ciò avvenga è necessaria l'introduzione di strumenti per l'esercizio della libertà di scelta, quali ad esempio i buoni di servizio o strumenti analoghi, e per i soggetti erogatori, assumere una logica di sviluppo diversa, più

---

<sup>65</sup> Dalla Mura F., *"Servizi sociali e accreditamento: profili giuridici"*, ibidem.

orientata verso il consumatore.<sup>66</sup> Il titolo per l'acquisto di servizi sociali, previsto all'art. 17 della L. 328/2000, va ricondotto a mero strumento tecnico per consentire l'accesso in condizioni di equità economica ai servizi accreditati, per regolamentare e facilitare i rapporti di tipo economico nell'ambito dell'accreditamento. In quest'ottica il buono di servizio rappresenta nell'ambito del sistema dei servizi un utile strumento per facilitarne il funzionamento.<sup>67</sup>

Mettere in competizione sullo stesso piano erogatori pubblici e privati potrebbe innescare un effetto promozionale dell'offerta, stimolando la richiesta di servizi anche presso fasce di popolazione finora non raggiunte.<sup>68</sup> L'introduzione di fattori di concorrenza è sicuramente promotrice di cambiamento. L'apertura del sistema verso un accreditamento più vicino a quello cosiddetto "puro", significa riconoscere la capacità di autodeterminazione degli utenti rispetto al loro star bene, garantendo la libertà di scelta tra i servizi disponibili.<sup>69</sup> La logica "equiparatoria" tra soggetti pubblici e privati è rivolta anche alla valutazione di qualità rispetto a standard e criteri obbligatori, che devono essere applicati, tanto da parte dei soggetti privati che da parte dei soggetti pubblici; questi ultimi devono fornire garanzia di qualità per i servizi da loro prodotti ed essere sottoposti in modo uguale alla valutazione degli stessi parametri di qualità. È importante che, chi effettua le visite di verifica sia "di parte terza", vale a dire, esterno all'organizzazione pubblica o privata che va a valutare, in riferimento al possesso e all'attribuzione di punteggio dei requisiti di qualità predeterminati, sulla scorta di evidenze di diversa natura. La logica "equiparatoria", sembra invece mancare nel processo di selezione dei soggetti accreditabili, laddove è prevista la corrispondenza alla programmazione. Il pubblico sarà tendenzialmente tutelato dalle diverse modalità di affidamento dei servizi, che tenderanno a garantire i servizi gestiti dal soggetto pubblico con proprio personale.<sup>70</sup> Altro aspetto innovativo di fondamentale importanza è quello di utilizzare l'accreditamento nella logica di tutela verso l'utente, che spesso si trova in una situazione di svantaggio o di fragilità, tale da rendere difficile la possibilità di

---

<sup>66</sup> Battistella A., *"L'accreditamento Istituzionale: una sfida difficile"*, ibidem.

<sup>67</sup> Dalla Mura F., *"Autorizzazione e accreditamento"*, ibidem.

<sup>68</sup> Ibidem

<sup>69</sup> Ibidem

<sup>70</sup> Pesaresi F., *"L'istituto dell'accreditamento: quadro comparativo regionale"*, ibidem.

esercitare la propria scelta liberamente. La tutela va garantita da servizi accreditati di qualità, quindi sulla base di criteri di qualità elevati per tutte le strutture accreditate, ma anche con sistemi che favoriscano l'accesso, l'accompagnamento, la presa in carico e la progettazione personalizzata. Il cittadino nella logica innovativa dell'accreditamento diventa protagonista, capace di operare scelte autonome, che orientano il mercato dei servizi. L'accreditamento ha come fine anche quello di rispondere a un diritto di esercizio della libera scelta da parte del cittadino. I sistemi di accreditamento che funzionano presentano vantaggi per l'utente, perché portano ad una qualità maggiore, e alla possibilità di esercitare la libertà di scelta del servizio che si ritiene più adeguato, utilizzando i buoni di servizio. I sistemi di accreditamento potenzialmente sono un'opportunità di crescita del sistema dei servizi con beneficio per la comunità. In un sistema di accreditamento efficace si supera la logica del modello assistenzialista, dove è il servizio sociale, che sulla base delle proprie competenze, intercetta il bisogno del cittadino, individua e propone il servizio che ritiene più adeguato; i criteri di accesso, la presa in carico e il progetto sono definiti dal sistema senza una condivisione con l'utente. L'accreditamento si propone come strumento attuativo del modello di soddisfazione dei diritti, che vede l'utente innanzitutto portatore di diritti di cittadinanza, e come tale entra in relazione con il sistema dei servizi, che si confronta con lui proponendogli opportunità di soddisfazione dei propri diritti. L'utente può scegliere, anche confrontandosi con i professionisti, *case manager*, il percorso fra quelli disponibili, che ritiene più adeguato a se per risolvere i propri problemi.<sup>71</sup>

Insieme agli elementi di innovazione, il sistema di accreditamento presenta il rischio di essere svilito e ridotto ad una certificazione o ad essere semplicemente concepito come un mero adempimento amministrativo - burocratico.

Il sistema di accreditamento ha una valenza certificatoria, che deriva anche dai contenuti normativi in materia, perché con questo sistema si certifica che una determinata struttura possiede alcune caratteristiche, e dunque può accedere a determinati finanziamenti pubblici. Questo aspetto introduce, quindi il concetto di monitoraggio, con una verifica periodica del possesso dei requisiti.<sup>72</sup> Rispetto alla

---

<sup>71</sup> De Ambrogio U., "Accreditamento nel sociale: quali vantaggi per il cittadino?", *ibidem*.

<sup>72</sup> Battistella A., "L'accreditamento istituzionale: una sfida difficile", *ibidem*.

gestione di questa funzione di controllo si pongono questioni di governance, nell'individuare chi debba controllare i requisiti di accreditamento e con quali strumenti, soprattutto quando è l'ente pubblico Comune, titolare della funzione, che accredita i soggetti privati ma anche le proprie eventuali strutture. Così accade spesso che il Comune debba, ad esempio, accreditare l'asilo nido comunale e anche l'asilo nido privato; in questo caso il Comune assume il ruolo ambivalente di controllore e di controllato. Il problema del controllo si pone anche in termini finanziari in riferimento al controllo della spesa pubblica. L'ente pubblico è istituzionalmente tenuto a governare la spesa per i servizi e a programmare le politiche socio-sanitarie, ma un utilizzo dell'istituto dell'accreditamento esclusivamente come strumento per regolare l'offerta, in funzione del contenimento dei costi, rischia di ridurre le potenzialità dell'istituto ad un mezzo per il controllo economico finanziario di gestione; forma di controllo inevitabile e pertinente, ma che non deve diventare l'obiettivo prioritario dell'accreditamento.

L'accreditamento prelude all'accesso al finanziamento pubblico, è quindi imprescindibile che il tema dell'accreditamento sia legato a quello del finanziamento; la qualità e la quantità dei servizi da erogare, in risposta ai bisogni dei cittadini, debbono essere decise facendo riferimento ai problemi relativi al controllo della spesa. Alcune regioni in Italia hanno definito un sistema accentrato sulle competenze regionali, ponendo in secondo piano il ruolo dei Comuni, ruolo che invece, dovrebbe essere determinante nel sistema dell'offerta dei servizi sociali, nel rispetto del principio di sussidiarietà verticale, sancito dalla L.328/2000. Gli enti pubblici ricorrono a forme di accreditamento "misto" per operare un maggiore controllo sulla spesa pubblica e governare direttamente il sistema dell'offerta dei servizi; in questo modo come abbiamo visto si limita la possibilità di scelta dell'utente rispetto al modello di accreditamento "puro".

La possibilità del soggetto pubblico di accreditare solo quello che è coerente con la disponibilità di finanziamento pubblico, diventa contraddittoria con il principio "equiparativo" tra pubblico e privato, e quindi con la logica stessa dell'accreditamento. "Una possibile soluzione consiste nell'implementare un modello di accreditamento che si collochi in posizione intermedia tra i due estremi, che non sia del tutto "puro", ma neppure legato a logiche pubblicistiche; un modello in grado di

garantire un controllo a monte dell'offerta complessiva di servizi, attraverso le strutture liberamente scelte. Questo significa garantire la qualità dei soggetti accreditati, definire una quota di servizi erogabili, mettere un filtro agli accessi, e lasciare poi libera la competizione tra i soggetti accreditati".<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> *Ibidem.*

## Conclusioni

L'accreditamento istituzionale, dall'entrata in vigore della L. 328/2000 sino ad oggi, ha contribuito a delineare i sistemi di welfare regionali, conseguenti alla riforma del Titolo V della Costituzione, delineando le caratteristiche della produzione dei servizi e della loro erogazione, incidendo sui meccanismi di regolazione del mercato e sulla tutela del cittadino utente. Dal modello di funzionamento del sistema di accreditamento e dal suo grado di implementazione, derivano il soddisfacimento dei bisogni di benessere dei cittadini, l'esigibilità o meno dei diritti di cittadinanza, il rispetto del principio di dignità e di libera scelta del cittadino utente, l'equità nell'accesso a servizi e prestazioni, la qualità dei servizi sociali e socio-sanitari. Molte Regioni hanno approvato leggi quadro per regolamentare la materia, anche se questo, non sempre ha portato a sostanziali modifiche dei sistemi di offerta dei servizi preesistenti. I sistemi regionali presentano differenze tra loro ma sostanzialmente perseguono quattro obiettivi:

- 1) sviluppare e mettere in sicurezza il sistema;
- 2) aumentare la qualità dei servizi;
- 3) contenere i volumi di offerta in rapporto alle risorse finanziarie disponibili;
- 4) operare una selezione dei soggetti fornitori di servizi e prestazioni.

Il ruolo dei diversi attori coinvolti nel processo è differente in base ai modelli di governance applicati a livello regionale; in questo senso le Regioni hanno operato scelte diverse sul ruolo da dare all'ambito territoriale e ai Comuni, quale livello di pianificazione zonale; ne deriva un livello diverso di rilievo al ruolo dei Comuni nel processo di accreditamento istituzionale. Emergono modelli molto accentrati in cui il ruolo regionale è molto forte, non solo in ordine al controllo, ma anche in riferimento alla gestione dei servizi, soprattutto in ambito socio-sanitario; e modelli maggiormente decentrati i cui si valorizza la collaborazione e la complementarietà.

Dalle modalità di applicazione delle Regioni, derivano alcuni modelli che dipendono dai limiti o meno alla concessione dell'accreditamento, e dalle caratteristiche e modalità di affidamento dei servizi ai soggetti accreditati (accreditamento puro, misto, programmato, selettivo). Dalla possibilità di declinare diversi modelli

regionali, si evince anche la caratteristica di flessibilità dell'accreditamento, caratterizzato dalla natura giuridica di concessione. Flessibilità che è relativa sia alle modalità di affidamento dei servizi, ma anche alla possibilità di adattarsi al mutare delle condizioni sociali, per la sua natura dinamica e non statica; con i conseguenti vantaggi che può comportare nell'applicazione, il mix di gestione del sistema di offerta, all'interno del modello scelto.

L'istituto dell'accreditamento comporta anche l'instaurarsi di relazioni diverse tra gli attori del sistema di governance: cittadini, soggetti erogatori pubblici e privati (profit e no profit), Comuni e Regioni.

Innanzitutto il rapporto con il cittadino utente si modifica attraverso una maggiore responsabilizzazione, riconoscendo il diritto alla libertà di scelta, alla possibilità di autodeterminazione nel decidere il servizio che ritiene più adeguato alla sua necessità di benessere; al tempo stesso è necessario, a tutela dei soggetti più deboli, l'introduzione di forme di accesso e di modalità di accompagnamento nella scelta del servizio appropriato, ed un sistema che garantisca la presa in carico e la progettazione personalizzata. Rilievo in questa azione di orientamento e accompagnamento all'interno del sistema di offerta dei servizi assume il ruolo del *case manager*, in quanto l'utente spesso presenta bisogni multipli e complessi, che richiedono un sostegno, per una rilettura e una ridefinizione, che porti all'elaborazione di un progetto individuale. I vantaggi che il sistema può dare ai cittadini sono quelli di un aumento della qualità dei servizi, basata su standard qualitativi elevati, e come si è già detto, il riconoscimento della dignità del cittadino nel potere scegliere liberamente i servizi di cui necessita.

In questo contesto è necessario non perdere la dimensione di welfare comunitario e non rischiare di cadere in logiche prestazionali. Insieme al sistema di accreditamento va sviluppata una cultura della partecipazione, della cittadinanza e della consapevolezza dei propri diritti. E' importante promuovere la partecipazione degli attori coinvolti, in una prospettiva di cambiamento del sistema, verso obiettivi di qualità, d'innovazione, in un'ottica di miglioramento dell'efficacia del sistema dei servizi e degli interventi sociali. Una valutazione della qualità adeguata, può innescare processi positivi di apprendimento e cambiamento, ed avere inoltre una

funzione di rendicontazione, di accountability, intesa nel significato di essere “credibili”.

Oggi esiste il rischio di ridurre l’accreditamento a una forma di mero controllo di natura certificatoria, ad un ulteriore appesantimento, che comporta una serie di adempimenti burocratici, in ottemperanza alla normativa, e di costi aggiuntivi, senza innescare processi di miglioramento per il sistema. Si pone inoltre, il problema dei costi della qualità aggiuntiva, richiesta dal sistema di accreditamento, in capo a chi debbano ricadere; il rischio è che gli ulteriori costi incidano sull’utente attraverso un aumento delle tariffe, in mancanza di una definizione delle tariffe standard e delle quote di compartecipazione, facendo venire meno le garanzie di equità.

In un momento caratterizzato dalla crisi finanziaria e dai pesanti tagli alle Regioni e agli enti locali, il sistema dei servizi e degli interventi sociali è destinato ad essere confinato in una posizione residuale, se non si attuano politiche di finanziarie congrue e coerenti al mantenimento del sistema, che valorizzi il ruolo degli enti locali ed eviti un’involuzione, vanificando gli sforzi, i processi e gli investimenti in termini di energie e risorse, che molte regioni hanno fatto in quest’ultimo decennio.

## Riferimenti normativi

Direttiva Europea 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, *“concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera”*.

Legge 23 dicembre 2009 n. 191, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”* (legge finanziaria 2010).

Decreto Legge 25 giugno 2008, n. 112, *“Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”*, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, Legge 6 agosto 2008, n.133.

Legge 27 dicembre 2006, n. 296, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”* (legge finanziaria 2007).

Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163, *“Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”*.

Direttiva 2004/18/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, *“relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi”*.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*.

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, *“Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”*.

Decreto Ministeriale 21 maggio 2001, n. 308, *Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma della L. 8 novembre 2000, n. 328”*.

Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001, *“Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”*.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 2001 recante: *“Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona”*.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante: *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*.

Legge 8 novembre 2000, n. 328, *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali”*.

Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267, “*Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali*”.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419*”.

Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112, “*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59*”.

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, “*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*”.

Legge 28 dicembre 1995, n. 549 “*Misure di razionalizzazione della spesa pubblica*”.

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, “*Modificazioni al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*”.

### **Norme regionali**

Regione Veneto - D.G.R. 3 luglio 2007, n. 2067, L.R. 16 agosto 2002, n. 22: “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali - Approvazione delle procedure per l'applicazione della D.G.R. n. 84 del 16.01.200*”.

Regione Veneto - D.G.R. 16 gennaio 2007, n. 84, L.R. 16 agosto 2002, n. 22: “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali – Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accREDITAMENTO e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali*”.

Regione Veneto - D.G.R. 6 agosto 2004, n. 2501, Attuazione della L.R. 16 agosto 2002, n. 22 in materia di “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle Procedure*”.

Regione Veneto - Legge Regionale 16 agosto 2002 n. 22, “*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali*”.

## Bibliografia

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, “*L’Accreditamento*”, 2000.
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, “*L’accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari il quadro internazionale*”, in *Monitor* 2/2002.
- Battistella A., Previdi C., “*Accesso al Welfare e accreditamento*”, in *Prospettive Sociali e sanitarie* n. 20, IRS Milano 2006.
- Battistella A., “*Accreditamento Istituzionale: una sfida difficile*”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 21, IRS Milano 2001.
- Battistella A., De Ambrogio U., Ranci E., “*Il Piano di Zona*”, Carocci, Roma 2004.
- Bianchi E., De Sandre I., “*Solidarietà e soggetti: servizio sociale e teorie di riferimento*”, Fondazione Zancan, Padova 2000.
- Bruneau C. “*Il modello francese per l’accreditamento istituzionale*” 2004.
- Conti T., De Risi P., “*Manuale della qualità*”, Il Sole 24ore, Milano 2001.
- Dalla Mura F. “*Autorizzazione e accreditamento*”, in *Studi Zancan* n. 2, Padova 2001.
- Dalla Mura F., “*Servizi sociali e accreditamento: profili giuridici*”, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 16-17, IRS 2010.
- De Ambrogio U., “*Accreditamento nel sociale: vantaggi per il cittadino*”, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 16-17, IRS Milano 2010.
- Di Stanislao F., Liva C., “*Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*”, Centro Scientifico, Torino, 1998.
- Ghetti V., Stea S., “*L’uso strategico dell’accreditamento: una comparazione tra regioni*”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 16-17 IRS Milano 2010.
- Gorgi G, Ranci E., Stea S., “*Il mercato dei servizi nelle regioni*”, in *Prospettive Sociali e sanitarie*, n. 16-17, IRS 2010.

Guerra M. C., “*Modelli di accreditamento e configurazione dei mercati*”, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 16-17, IRS 2010.

Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations “*International Accreditation Standards for Hospitals*”, Preview Edition, 1999.

Morosini P, Perraro F, “*Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*”, Centro Scientifico, Torino 1999.

Pavolini E., “*Le nuove politiche sociali*”, Il Mulino, Bologna 2003.

Pesaresi F. “*Accreditamento: proposte di modellizzazione*” in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 16-17, IRS Milano 2010.

Pesaresi F. “*L’istituto dell’accreditamento: quadro comparativo regionale*”, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 16-17, IRS Milano 2010.

Prandi F., “*L’etica dell’accreditamento*”, Camogli, 1999.

Nervo G., “*La piramide rovesciata*” in Studi Zancan n. 2, Padova 2001

Rovai B., Ziliani A., “*Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*”, Carocci, Roma 2007.

Scrivens E., “*Accreditamento dei servizi sanitari*”, Centro scientifico, Torino 1999.

Tieghi M., “*Il bilancio d’esercizio dopo la riforma del diritto societario*”, D.U. Press Bologna 2004.

Zanarolla A., “*Costruire qualità nel sociale*”, Franco Angeli, Milano 2007.

### **Documentazione varia**

Bellentani M., “*Accreditamento delle strutture sociali e sanitarie: aspetti programmatori e metodologie a confronto*”, Forum Non Autosufficienza, Bologna 2010.

Catalano N., Programma Ministeriale "Collaborazione interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento 2001-2003".

CERGAS Bocconi, Rapporto di ricerca "Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune", 2007.

Cinotti R., "Caratteristiche dei vari modelli per la gestione e verifica della qualità", I corso valutatori Regione Veneto, 2004.

Cinotti R., "Significati organizzativi e sociali dei sistemi di garanzia della qualità", I corso valutatori Regione Veneto, 2004.

Conti T., Programma Ministeriale "Collaborazione interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento" 2001-2003".

ExPeRT Bulletin, 1996.

ISQua, "Regole operative della federazione", 1998

Tanese A., Atti convegno: "Quale rendicontazione sociale per il sistema sociosanitario del Veneto", Venezia, 2007.

## Sitografia

[www.accreditation.ca](http://www.accreditation.ca)

[www.agenas.it](http://www.agenas.it)

[www.baldrigepe.org](http://www.baldrigepe.org)

[www.efqm.org](http://www.efqm.org)

[www.expertbulletin.org](http://www.expertbulletin.org)

[www.iso.org](http://www.iso.org)

[www.isqua.org](http://www.isqua.org)

[www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

[www.regioneveneto.it](http://www.regioneveneto.it)

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[www.sincert.it](http://www.sincert.it)

## Appendice

Check list Area Minori e Comunità Educativa per Minori con Pronta Accoglienza  
Estratto Dall'Allegato C) DGR 84/2007

<b>MINORI</b>			
Codice	N° prospettive espresse AI + AC/ N° prospettive richieste all'Ente di cui sono avvisate <i>Espletamento richiesto</i>	Elementi Indicazioni di risultato	Anno valutazione
			Verifica valutazione
			Sì
			No
<b>0 MINORI - REQUISITI DI AREA</b>			
MAU.D.1	L'Ente Gestore definisce, fin dal momento della sua costituzione, la mission.	L'impegno che, attraverso lo svolgimento delle attività, si vuole dedicare al raggiungimento di un obiettivo generale di carattere socio-educativo. L'Ente Gestore deve definire il risultato generale da raggiungere, individuare le tipologie di utenza (specificando la fascia di età di intervento) e i servizi di intervento. Dovrà inoltre indicare le strategie di sviluppo del servizio che intende perseguire. <small>Per comunità educativa con pronta accoglienza e comunità educativa inabitativa per preadolescenti e adolescenti vedi standard.</small>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
MAU.D.2	Il servizio ha definito la carta dei servizi.	Nella Carta dei Servizi sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi della Comunità Educativa, le modalità di funzionamento degli stessi, le condizioni per facilitare le valutazioni del servizio da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti finali.	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
MAU.D.3	Gli ambienti e le attrezzature del servizio sono sottoposti a pulizia giornaliera con modalità esplicitate.		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
MAC.D.1	La formazione è pianificata sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio.	Tale formazione deve essere documentata anche ai fini dell'eventuale riconoscimento di crediti formativi. I percorsi formativi, sia individuali che di gruppo, devono fornire agli operatori strumenti (teorici e tecnici) utili per comprendere la complessa realtà della struttura in relazione agli ospiti e per saper organizzare percorsi educativi in funzione dei bisogni specifici.	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%

Nota: *sfondo grigio = [Autorizzazione] - sfondo bianco = [Accreditamento]*

Regione del Veneto - ARSS - Manuale programma, descrizione e accreditamento Integrato dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari (6-22 del 16 agosto 2003) Versione 12.02.2006

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**

**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

MINORI			
Codice	N° progressivo requisito AT e AC/ N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esigibilità requisito	Elementi Indicatori di risultato	Nota

**0 MINORI - REQUISITI DI AREA**

MAC02 Sono messi in atto strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione del minore, della famiglia (addove possibile) e del committente.

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 0%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS -Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

Codice	N° preventivo regionale AR e AG / N° prestazioni richieste all'Ente di cui sono veri e propri indicatori di risultato	Elementi indicatori di risultato	Verifica valutatori		Note
			Area valutazione	Verifica valutatori	
<b>COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA</b>					
<b>1 COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI FUNZIONALI</b>					
O-EDPAJAU.1.1	Il Servizio garantisce un adeguato rapporto numerico tra operatori con funzione educativa e minori, come previsto dalle direttive regionali.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDPAJAU.1.2	Il personale con funzione di educatore-animatore è in possesso del titolo di studio richiesto dalla normativa.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDPAJAU.1.3	L'Ente Gestore garantisce la funzione di coordinamento all'interno del Servizio.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDPAJAU.1.4	L'Ente Gestore garantisce la funzione di supervisione all'interno del Servizio, richiesto dalla normativa.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>2 COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI STRUTTURALI</b>					
O-EDPAJAU.2.1	La struttura è situata e attrezzata in modo da assicurare facilità nei collegamenti e accessi ai servizi generali.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS -Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA			
Codice	N° preventivo richiesto AI e AC/ N° preventivo richiesto all'Ente di concessione servizio Esigibilità servizio richiesto	Ente/Enti Indirizzo di riferimento	Stato Valutazione
<b>2</b> COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI STRUTTURALI			
0-ED-PA/IAUJ22 L'articolazione e l'organizzazione degli spazi assicurati:			
0-ED-PA/IAUJ22.1	- una ospitalità di tipo familiare ai minori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
0-ED-PA/IAUJ22.2	- la risposta alle necessità del lavoro educativo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
0-ED-PA/IAUJ23	In merito alla singola camera:		
0-ED-PA/IAUJ23.1	- la numerosità dei letti non è superiore al limite previsto dalla normativa regionale.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
0-ED-PA/IAUJ23.2	- la disposizione dei letti garantisce una adeguata personalizzazione degli spazi.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale - ARSS - Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

Codice	N° programma registrato AT e ACO (N° programma registrato all'interno di ciascuna area Esposizione richiesta)	Elementi Indicatore di risultato	Anni valutazione	Verifica valutazione	Note
<b>COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA</b>					
<b>2</b> COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI STRUTTURALI					
O-EDPAHJAJ.2.4		E' garantita la presenza di almeno 2 servizi igienici accessibili ai minori	Non derogabile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>4</b> COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI ORGANIZZATIVI					
O-EDPAHJAJ.4.1		L'Ente Gestore:			
O-EDPAHJAJ.4.1.1		- documenta il Progetto della Comunità.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
O-EDPAHJAJ.4.1.2		- rivede e aggiorna il Progetto della comunità almeno ogni 5 anni		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
O-EDPAHJAJ.4.1.3		- definisce nel Progetto della comunità obiettivi e strategie gestionali di carattere generale che interessano l'attività complessivamente svolta e garantisce la definizione degli obiettivi specifici per ogni singolo intervento.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

Codice	N° preventivo richiesto AT e AC/ N° preventivo richiesto all'Ente di competenza Esigibilità richiesta	Elementi Indicativi di risultato	Auto valutazione	Verifica visitatori	Note
<b>COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA</b>					
<b>4 COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>					
C-EDPAMAU4.2	L'Ente Gestore garantisce modalità chiare e condivise di gestione della pronta accoglienza. Tali modalità devono essere descritte nel progetto generale prevedendo di norma una ospitalità per la pronta accoglienza non superiore a 90 giorni.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C-EDPAMAU4.3	L'Ente Gestore deve assicurare l'adempimento degli obblighi di comunicazione all'autorità giudiziaria previsti dalla L. 49/01 e relativi adempimenti regionali.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C-EDPAMAU4.4	E' adottato un registro dei presenti nella struttura.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C-EDPAMAU4.5	I pasti sono normalmente preparati e consumati all'interno della comunità.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C-EDPAMAU4.6	L'Ente Gestore sulla base delle informazioni raccolte aggiorna e adegua la programmazione del servizio e gli obiettivi a carattere generale sull'utenza.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C-EDPAMAU4.7.1	In comunità è presente per ogni minore ospite il progetto quadro.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS - Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

Codice	N° progetto regionale SU e A.C./N° progetto regionale all'interno di ciascuna area Esplorazione regionale	Elementi Indicazioni di risultato	Ass. valutata	Verifica valutata	Note
<b>COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA</b>					
<b>4. COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>					
O-EDP/MA/4.72	La comunità collabora alla redazione del progetto quadro formulato dai servizi invianti (Ulss o Comune).		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDP/MA/4.8	Nel progetto quadro sono esplicitate le modalità di coinvolgimento della famiglia e nella programmazione educativa.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDP/MA/4.9	Se è nominato il tutore, questo è coinvolto nella programmazione educativa e messo al corrente di ogni fatto rilevante relativo al minore.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDP/MA/4.10.1	Entro i primi 90 giorni dall'accoglienza del minore, è formulato, in collaborazione con l'ente pubblico referente, un Progetto Educativo Individuale (PEI) scritto per ciascun ospite.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDP/MA/4.10.2	Il Progetto Educativo Individuale (PEI) specifica inoltre i reciproci impegni sia nei confronti del minore sia nei confronti della famiglia (o del tutore).		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
O-EDP/MA/4.11	Sono definiti i tempi in cui verificare l'andamento del Progetto Educativo Individuale.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Pagina 2 di 8

Nota: sfondo grigio = [Autorizzazione] - sfondo bianco = [Accreditamento]  
 Regione del Veneto - ARSS - Manuali programmazione e accreditamento Educativo dei Servizi Socio e Socio-Sanitari (6-21 del 16 agosto 2003) Versione 12/12/2006

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA			
Codice	N° prospettive richieste AT e AC/ N° prospettive richieste all'utente di ciascuna area Esplicitazione requisiti	Elementi Indicativi di risultato	Area valutativa
			Verifica valutativa
			Non

**4** **COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI ORGANIZZATIVI**

CEDPAMAC.4.7 Il Progetto Educativo Individuale (PEI) è definito sulla base di:

CEDPAMAC.4.7.1 - le caratteristiche dell'utente.

<input type="checkbox"/> 00%	<input type="checkbox"/> 00%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

CEDPAMAC.4.7.2 - i bisogni dell'utente.

<input type="checkbox"/> 00%	<input type="checkbox"/> 00%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

CEDPAMAC.4.7.3 - il contesto familiare e sociale dell'utente.

<input type="checkbox"/> 00%	<input type="checkbox"/> 00%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

CEDPAMAC.4.7.4 - i risultati che si vogliono ottenere.

<input type="checkbox"/> 00%	<input type="checkbox"/> 00%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

CEDPAMAC.4.7.5 - la capacità di risposta dell'ente in termini organizzativi interni.

<input type="checkbox"/> 00%	<input type="checkbox"/> 00%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA			
Codice	Descrizione requisiti AT+AC, 3° prospetto requisiti all'interno di ciascuna area Esigibilità requisiti	Elementi Indicanti il risultato	Scala
<b>4</b> COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI ORGANIZZATIVI			
C-EDFPA-MAC-4.1	Sono esplicitati i tempi, i criteri, le modalità e le responsabilità per l'ammissione, l'accoglienza e la dimissione.	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-EDFPA-MAC-4.2	L'Ente Gestore descrive nel progetto generale le procedure per la gestione delle emergenze ( fughe, reati, emergenze sanitarie, emergenze ambientali, ecc).	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-EDFPA-MAC-4.3	E' redatto un report annuale di valutazione dei risultati che la Comunità ha raggiunto per la sua utenza.	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-EDFPA-MAC-4.4	E' promosso l'inserimento degli ospiti nell'ambiente urbano- sociale ed educativo del territorio attraverso l'uso di servizi, infrastrutture, risorse ed opportunità ivi esistenti.	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-EDFPA-MAC-4.5	L'Ente Gestore svolge attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni.	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-EDFPA-MAC-4.6	L'Ente Gestore nell'avvalersi dell'opera di volontari, dovrà curarne l'inserimento nelle attività anche mediante adeguati interventi formativi.	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%

*Nota: fondo grigio = [autorizzazione] - fondo bianco = [accreditamento]*  
 Regione del Veneto - ARSS - Manuale programma: Autorizzazione e Accredimento Istituto di Servizi Sociali e Socio-Sanitari (6-12 del 18 agosto 2002) Versione 12/12/2006

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS -Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA			
Codice	N° proponente requisito AU e AG / N° proponente requisito al Senato di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicazioni di risultato	Verifica valutatori
			Assi valutazione
			Non
<b>4) COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>			
C-ED-PA/IIAC.4.7.5	- una eventuale integrazione e ricorso ai servizi.		<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-ED-PA/IIAC.4.7.7	Il PEI comprende tutti gli elementi previsti dallo standard.		<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-ED-PA/IIAC.4.7.9	E' definito e adottato un sistema di follow up anche dopo l'intervento, in relazione al Progetto Educativo Individuale.		<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-ED-PA/IIAC.4.8	E' presente una Cartella Personale per ogni minore contenente le informazioni ed i dati (sul minore), il Progetto Quadro, il PEI e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.		<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%
C-ED-PA/IIAC.4.9	I tempi della pronta accoglienza:		
C-ED-PA/IIAC.4.9.1	- sono definiti e documentati per ogni minore		<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 100%

Nota: sfondo grigio = [Autorizzazione] - sfondo bianco = [Accreditamento]  
 Regione del Veneto - ARSS - Manuale programma, autorizzazione e accreditamento - Edizione del Servizio Sanitari e Socio-Sanitari (8-21 del 18 agosto 2003) Versione 12122006

**REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS - Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria**  
**Lista di verifica REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE e L'ACCREDITAMENTO**

COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA			
Codice	N° programma regionale AR e AC / N° programma regionale all'interno di ciascuna area organizzativa regionale	Elementi Indicativi di risultato	Nota

**4** COMUNITA' EDUCATIVE PER MINORI CON PRONTA ACCOGLIENZA -REQUISITI ORGANIZZATIVI

CEDFAMAC.4.92 tengono conto delle esigenze del minore e delle necessità delle istituzioni del territorio che hanno in carico il minore.

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 0%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

CEDFAMAC.4.10 E' garantita all'utente la possibilità di personalizzare gli spazi e i ritmi, con oggetti o "segn" particolari.

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 0%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%

CEDFAMAC.4.11 Esistono momenti di verifica sul "clima" all'interno della Comunità Educativa, con particolare attenzione a favorire l'instaurarsi di un contesto relazionale e di cura caratterizzato da familiarità e affettività tra i minori e tra questi e gli adulti.

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 0%
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 60%
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 100%