



**AZIENDA SOCIALE, PIANI DI ZONA E SERVIZI RESIDENZIALI E  
SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI.  
ESPERIENZE A CONFRONTO  
Bolzano, Livorno, Mantova  
Secondo seminario**

**Bolzano, 19 aprile 2002**

**G. E. Ascari (A.S.P. e F. Mantova)**

**M. Venturini (Università di Bologna - Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria-)**

**La carta dei servizi  
come strumento dell'azienda sociale  
nell'erogazione delle prestazioni  
per gli anziani in regime residenziale e semiresidenziale**



Le Aziende che erogano servizi alla persona devono contrattare e ridefinire continuamente i propri obiettivi e rivedere i processi di lavoro, devono essere, o meglio, diventare *learning organizations*, organizzazioni caratterizzate da un apprendimento continuo. Gli strumenti, nominalmente, non mancano.

I produttori di servizi socio sanitari, a tutti i livelli, sono finanziati in base al volume ed al tipo delle prestazioni rese, secondo tariffazioni stabilite a livello regionale, nei limiti dei massimali definiti a livello ministeriale e/o regionale e locale (L.E.A.) [Taroni, a cura di, 1996].

La separazione tra le funzioni di produzione e di finanziamento dei servizi, assieme alla definizione di un sistema di pagamento a prestazione dei fornitori (cfr. contratto di servizio), persegue l'obiettivo di realizzare le condizioni per lo sviluppo di una competizione tra produttori, costituendo un mercato di servizi socio sanitari. Ma perché la competizione prevista possa effettivamente svilupparsi, è necessario che in ciascuna potenziale area di mercato siano presenti più soggetti istituzionali, in grado di offrire lo stesso prodotto in quantità adeguate a soddisfare anche eventuali quote di mercato attualmente controllate da altri.

Ciò ha imposto una verifica empirica della esistenza delle condizioni strutturali minime per lo sviluppo della competizione fra produttori, quale l'assenza di posizioni dominanti precostituite, in nuce abbozzata dai decreti di riordino (art.8 D.Lgs.502/92) [Castellani 1996]. Ma è sinora mancato ed è, quindi, necessario accelerare lo sviluppo di sistemi informativi a supporto della documentazione e del controllo delle strutture e delle prestazioni rese, della loro corrispondenza ai bisogni di salute qualitativi della popolazione ed a prevenzione del potenziale aumento dei costi complessivi del sistema, che una competizione spinta produrrebbe mediante induzione di fabbisogni non congruenti con i bisogni di salute [Caccia 1997].

L'obiettivo primario dei servizi socio sanitari nello Stato moderno trova efficace sintesi in una definizione resa dall'Oms «...garantire che ogni "utente" (leggi: equità) dei servizi socio-sanitari disponga di un mix di servizi , alberghieri, diagnostici e terapeutici (leggi: accessibilità), tali da produrre, con la maggior probabilità per il fruitore, l'esito di un'assistenza ottimale (leggi: appropriatezza - efficacia degli interventi), compatibile con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed in rapporto con fattori biologici quali l'età del fruitore, lo stato di bisogno di cui è portatore, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico, a altri fattori



terapeutici (leggi: qualità tecnica della prestazione); con il minimo dispendio di risorse per ottenere questo risultato (leggi: efficienza); con il minimo rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza di tale terapia (leggi: sicurezza) e con la massima soddisfazione possibile da parte dell'utente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema socio assistenziale e sanitario ed i risultati ottenuti (leggi: soddisfazione dell'utente)

Lo Stato Italiano è allineato. Tra gli obiettivi generali del Servizio Socio Assistenziale rientra, infatti, la strutturazione di un sistema che rispetto ai servizi erogati e ai relativi processi sia in grado di garantire:

1. Equità
2. Accessibilità
3. Efficienza
4. Qualità tecnica
5. Efficacia/appropriatezza
6. Sicurezza e l'affidabilità
7. Soddisfazione dell'utente, determinata in misura non irrilevante dalla

personalizzazione e dall'umanizzazione delle prestazioni

Ma, in fase di concreta attuazione, il processo di aziendalizzazione delle strutture socio assistenziali e sanitarie, nel nostro Paese, sino all'entrata in vigore del D.P.R. 14.01.1997, si è sostanziato, più che in organici provvedimenti legislativi, nella introduzione obbligatoria di singoli strumenti di misurazione di alcuni aspetti gestionali riferiti ai costi, alla efficienza nell'utilizzo del personale, alla quantità di servizi erogati ed al gradimento da parte degli utenti.

La focalizzazione dell'attenzione sui bisogni dei cittadini ha spostato il baricentro dell'attenzione dagli aspetti di corretta pratica burocratico-tecnico-amministrativa agli aspetti di concreta gestione.

La legge 328/2000 propone un sistema in cui

- il cittadino non è solo utente
- le famiglie non sono solo portatrici di bisogni,



- la rete non si rivolge solo agli ultimi (o ai penultimi)
- l'assistenza non è solo sostegno economico
- l'approccio non è solo riparatorio
- il disagio non è solo economico
- il sapere non è solo professionale
- gli interventi sociali non sono opzionali.

Al contrario, il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere progettato e realizzato a livello locale:

- promuovendo la partecipazione attiva di tutte le persone
- incoraggiando le esperienze aggregative
- assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali
- potenziando i servizi alla persona
- favorendo la diversificazione e la personalizzazione degli interventi
- valorizzando le esperienze e le risorse esistenti
- valorizzando le professioni sociali

**Cardini del processo di riorganizzazione delle strutture che erogano servizi alla persona:**



- Analisi dell'esistente
- Programmazione
- Sviluppo di metodologie di analisi dei risultati
- Reingegnerizzazione dei processi per una razionale gestione delle risorse
- Monitoraggio temporale e comparativo
- Adozione permanente di metodiche di verifica e miglioramento continuo della qualità.

**L'esistenza, la sopravvivenza, e, soprattutto il potenziale di crescita e sviluppo dell'Azienda dipende, principalmente da due fattori:**

Capacità di attrazione e soddisfazione dell'utenza

Contenimento dei costi nell'erogazione delle prestazioni

**Variabili "chiave" di successo dell'Azienda:**

- Flessibilità (adattività aziendale)
- Ricerca di produttività totale (meno scarti, meno interruzioni, meno costi di coordinamento, più miglioramenti e innovazioni)
- Riduzione dei costi finanziari
- Miglioramento del servizio al cliente (qualità del prodotto, evasione tempestiva delle richieste, sicurezza, qualità dei servizi front-office)

**Invarianti "chiave" di successo dell'Azienda:**

- Dipendenza dalla qualità professionale delle risorse umane
- Flessibilità delle risorse umane
- Orientamento al risultato
- Sistemi di incentivazione correlati al risultato (lievitazione dei compensi in relazione allo skill professionale)



### **Strumenti:**

- Contabilità economico patrimoniale
- Individuazione Centri di Responsabilità
- Individuazione cost driver
- Tariffazione delle prestazioni
- Carichi di lavoro
- Budget
- Revisione dell'architettura del sistema informativo (SOSIA)
- Formazione permanente del personale
- Piano di assistenza individuale (PAI)
- Adozione di protocolli operativi
- Metodiche di verifica e revisione della qualità
- Sistema di incentivazione del personale
- Partnership nella programmazione
- Partnership nella valutazione dei processi di erogazione delle prestazioni
- Partnership nella valutazione della qualità dei fattori impiegati
- Partnership nella valutazione delle prestazioni

**Strumenti per operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza**

- L'accreditamento istituzionale
- La carta dei Servizi

L'accreditamento istituzionale.



«... parlare di qualità... non significa parlare solo di qualità dei risultati in termini di obiettivi raggiunti (efficacia) o di qualità dei risultati in termini di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse tecnologiche e umane (efficienza), ma significa oggi anche parlare di qualità nella capacità di adeguarsi all'evoluzione ambientale (flessibilità), qualità nella definizione delle priorità (fluidità), qualità nell'utilizzazione del tempo (tempestività), qualità nella razionalizzazione dello spazio come di qualità del flusso informativo-comunicazionale» [Zanetti 1998:15].

Vogliamo sottolineare con Cochrane che se un sistema non è efficace (cioè capace di rispondere ai bisogni di salute) è del tutto superfluo porsi il problema della sua efficienza [Cochrane 1978].

A prescindere dagli aspetti etici e politici del dibattito, sempre in corso, sul Welfare State, la qualità dello stato di salute della popolazione incide fortemente sui costi complessivi dello Stato Moderno: sul costo del lavoro, sul costo degli Enti Locali, sul costo dei sistemi di controllo sociale. E' quindi necessario riflettere attentamente sui rischi associati all'introduzione di nuove regole di scambio all'interno dei servizi socio assistenziali e sanitari (moltiplicazione delle prestazioni, selezione della casistica per aumentare la redditività della struttura, la modificazione della denominazione delle prestazioni) [Taroni 1998].

«La qualità è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un'entità che conferiscono ad essa la capacità di soddisfare esigenze espresse ed implicite»<sup>1</sup>.

Allo scopo di contribuire alla domanda/bisogno di qualità nei servizi sanitari molteplici sono state le iniziative e gli strumenti registrati [Bonaldi et al. 1994]. Tra questi, prima di procedere all'analisi del contesto italiano, riserviamo brevi note all'accreditamento e alla certificazione. Spesso nella terminologia corrente accreditamento e certificazione vengono utilizzati come sinonimi, in realtà connotano sistemi e procedure differenti. Il documento ISO/IEC Guide 2, stilato dall'International Organization for Standardization (ISO), ne dà una definizione nei seguenti termini:

- *Accreditamento*, «procedura attraverso la quale un organismo autorevole concede il riconoscimento formale che una struttura o una persona sono competenti ad eseguire specifici compiti».

- *Certificazione*, «procedura attraverso la quale una terza parte concede l'assicurazione scritta che un prodotto, una procedura o un servizio sono conformi a specifici requisiti» [Ceriani 1997].

---

<sup>1</sup> By International Organization for Standardization - ISO 8402 1995.



Il Decreto del Presidente della Repubblica del 14.01.1997, in esecuzione del mandato previsto dall'art.8, comma 4, del decreto legislativo n. 502/92, ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche o private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. In altri termini, a far tempo dell'entrata in vigore della normativa richiamata, chiunque (strutture pubbliche e private, professionisti) voglia essere autorizzato all'esercizio di una attività sanitaria deve possedere (o adeguarsi nei termini che le regioni, ciascuna per il proprio ambito, fisseranno) almeno i requisiti minimi prescritti.

L'art.2, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica del 14.01.1997 dà facoltà alle regioni di determinare gli standard di qualità che costituiranno requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private (già) in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie. Il possesso degli ulteriori requisiti, ai sensi dell'art.8 del più volte citato D.P.R. costituisce presupposto indefettibile, tanto per le strutture pubbliche che per le strutture private, per diventare fornitori del Servizio Sanitario Nazionale. Le Aziende Sanitarie locali assicurano ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere, avvalendosi di propri presidi, nonché delle aziende ospedaliere, delle istituzioni pubbliche o private. Con tali soggetti l'ASL intrattiene rapporti fondati sul versamento di un corrispettivo predeterminato a fronte di prestazione resa, ferma restando la facoltà di libera scelta delle strutture predette o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito<sup>2</sup>, previa adozione dei provvedimenti necessari per l'instaurazione degli accordi fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità del pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate<sup>3</sup>.

Nel Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, approvato con D.P.R. del 23 luglio 1998 e pubblicato in G.U. 288 del 10 dicembre 1998, Supplemento ordinario n.201, sono esplicitati i principi e le finalità che hanno retto il legislatore a partire dalla legge delega di riforma del servizio sanitario "...L'istituto dell'accreditamento risponde all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza. E' realizzato in armonia con le esigenze di programmazione della rete dei servizi, tenuto conto dei bisogni della popolazione assistita, dei livelli di assistenza da garantire e delle risorse finanziari e disponibili.

---

<sup>2</sup> D.lgs 502/92



L'accreditamento delle strutture pubbliche e private rappresenta il presupposto per l'individuazione dei soggetti, che, secondo appositi accordi negoziali, concorrono all'erogazione delle prestazioni previste dai piani annuali e pluriennali di attività elaborati dalle aziende USL.

Le caratteristiche essenziali dell'istituto dell'accreditamento, come definite dal decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni e dal Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, sono le seguenti:

- l'accreditamento si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie pubbliche e private;
- i requisiti funzionali all'attuazione dell'istituto dell'accreditamento sono diversi e ulteriori rispetto ai requisiti minimi autorizzativi, definiti dal decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997;
- il compito di definire i criteri per l'accreditamento e di conferire lo stato di struttura sanitaria accreditata compete alle singole Regioni e Province autonome.

Le finalità dell'accreditamento conferiscono ai requisiti di qualità un carattere dinamico, in quanto devono essere costantemente aggiornati in relazione alla evoluzione delle tecnologie e delle pratiche sanitarie. I requisiti per l'accreditamento devono essere selezionati in quanto effettivamente correlati al processo e, soprattutto, ai risultati finali dell'assistenza in termini di efficacia e sicurezza per il paziente. Devono inoltre, includere la programmazione e la realizzazione di attività formative del personale orientate alla promozione ed al mantenimento della qualità assistenziale, nonché all'uso appropriato delle prestazioni e dei trattamenti.

La pubblicità e trasparenza dei criteri utilizzati per accreditare i servizi può, inoltre, facilitare le valutazioni degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano, basandole su fattori soggettivi e oggettivi di misura della soddisfazione. Sotto questa luce, l'accreditamento rappresenta una condizione di esigibilità dei diritti della persona.<sup>4</sup>

L'ipotesi di lavoro consiste nella riallocazione di tutti gli strumenti previsti dalla normativa antecedente al D.P.R. 14.01.1997 in forma sistemica per utilizzare, in modo sinergico, le risorse allo stato impiegate in comparti e funzioni sinora rigidamente separati: controllo di gestione, audit interno ed esterno, VRQ, settore qualità, tracciando linee ponte tra gli adempimenti richiesti per l'accreditamento e gli strumenti di aziendalizzazione introdotti.

L'accreditamento, a nostro avviso, non si sovrappone ai plurimi interventi che hanno modificato

---

<sup>3</sup> D.lgs 502/92,



l'assetto ordinamentale e organizzativo del SSN, ma ne costituisce razionale cornice. Vediamone in sintesi alcune esemplificazioni, rinviando ad altra trattazione l'esame di modelli in cui la concreta interazione si è realizzata.

Il D.P.R. 14.01.1997: strumenti di attuazione

Il D.P.R. 14.01.1997 per autorizzare l'esercizio di attività sanitarie richiede il possesso di:

- Requisiti minimi organizzativi generali e specifici;
- Requisiti minimi strutturali e tecnologici generali e specifici.

Si precisa che la connotazione dei requisiti in termini di "generali" e "specifici" attiene al fatto che i generali devono essere posseduti da qualsiasi struttura, mentre gli specifici sono stati diversificati in ragione della classificazione delle strutture in base alla tipologia delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza, per cui avremo requisiti specifici per <sup>5</sup>:

- Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti (Chirurgie, medicine generali, Blocco Operatorio, ecc.);

- Le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio (Laboratorio Analisi, Unità Operative di Diagnostica per immagini, terapie fisiche, ambulatori specialistici);

- Le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno (presidi per la tutela della salute mentale, strutture di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti, residenze sanitarie assistenziali - R.S.A).

In base al combinato disposto di cui all'art.8 del D.Lgs.502/92 e dell'art.2 del D.P.R. del 14.01.1997 sono ammesse quali potenziali fornitori del Servizio Sanitario Nazionale le strutture, pubbliche e private, in possesso degli ulteriori requisiti di qualità, la cui determinazione è demandata alle regioni <sup>6</sup>. Ad esse infatti compete oltre alla disciplina delle modalità di accertamento e verifica

---

<sup>4</sup> P.S.N. 1998-2000 , pubblicato in G.U. 10 dicembre 1998 n.288, S.O. 201 pagg.73 e ss.

<sup>5</sup> D.P.R. 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." Pubblicato nella Gazz. Uff. 20 febbraio 1997, n. 42, S.O. art. 4

<sup>6</sup> D.P.R. 14.01. 1997 art. 2



del rispetto dei requisiti minimi e della loro della loro permanenza, con cadenza almeno quinquennale, la definizione di standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento [Cinotti 1998].

Occorre apportare modifiche strategiche per implementare e rafforzare il sistema, qualificandolo e rendendolo più efficiente attraverso la correlazione dei diversi aspetti che lo connotano e sviluppando gli strumenti introdotti che ancora non hanno dispiegato le proprie potenzialità di ausilio.



La Carta dei Servizi del Servizio Sociale:  
Appunti per l'avvio di un processo di valutazione  
e miglioramento continuo della qualità<sup>7</sup>

Marco Venturini  
[m.venturini@niering.it](mailto:m.venturini@niering.it)

1- Premessa

Questo contributo si pone l'obiettivo di fornire spunti per un programma di lavoro che consenta la definizione di una Carta dei Servizi dei Servizi Sociali innovativa rispetto alle esperienze finora realizzate in altri settori, avendo cura di sottolineare le implicazioni organizzative che tale processo richiede.

Gli aspetti di innovazione consistono nel predisporre un progetto consapevole di dover porre le basi, per tappe successive e con metodologie di verifica e revisione del lavoro svolto, di una strategia basata sul miglioramento continuo della qualità, utile dapprima ad un accreditamento istituzionale e quindi di eccellenza.

I documenti ai quali si fa riferimento, sono la direttiva della Presidenza del consiglio dei ministri del 27/01/94 intitolata "Principi per l'erogazione dei servizi pubblici", la Legge 273/95, riferita alla Carta dei Servizi, le Linee Guida 2/95 del Ministero della Sanità (G.U. 203 del 31/8/95), D.P.R. 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" le "Regole per la qualità dei servizi sociali, documento base del 15/4/1999, a cura del Ministero per la Solidarietà Sociale", la Legge 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001/2003.

Tre sono le fonti che a nostro avviso devono guidare la costruzione della "Carta":

- la direttiva della Presidenza del consiglio dei ministri del 27/01/94
- il D.P.R. 14 gennaio 1997
- il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali

2- L'Accreditamento dei Servizi Sociali.

Il processo che si dovrà avviare nel campo dei servizi sociali, per raggiungere i requisiti per l'accreditamento, necessita di un grande lavoro di progettazione e sperimentazione immediato da parte di quelle strutture che, a differenza di Aspef, fino ad oggi non hanno volontariamente avviato tale processo, ed altresì un notevole lavoro di ridefinizione ed adeguamento da parte dei soggetti che si sono già incamminati su questa strada.

---

<sup>7</sup> Dr. Marco Venturini - Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria - Tel. 0335/7126604 – e-mail: [m.venturini@niering.it](mailto:m.venturini@niering.it)



Molti Servizi Sociali comunali, così come numerose IPAB, pur gestendo Residenze per Anziani, hanno trascurato gli adempimenti organizzativi previsti dal DPR 14/1/97, dedicando attenzione esclusivamente ai requisiti strutturali e di personale.

In realtà tale provvedimento elenca ed esplicita i campi che una struttura deve obbligatoriamente sviluppare:

1. politica, obiettivi ed attività;
2. struttura organizzativa;
3. gestione delle risorse umane;
4. gestione delle risorse tecnologiche;
5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
6. sistema informativo;

Tra questi, per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità, si intendono progetti che prevedono:

- 1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- 2) la determinazione delle cause possibili;
- 3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- 4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
- 5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- 6) la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati. Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, etc.).

Il "senso" e la "direzione" di questo complesso processo, sono ribaditi, oltre che nella 328, nel Cap.4 del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001/2003; "Si tratta allora di costruire un sistema qualità sociale, inteso come insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi sociali siano orientati alla qualità, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia dei metodi e degli interventi, uso ottimale delle risorse impiegate, sinergie con servizi e risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo."

La ricchezza della definizione, tenuto conto della complessità dei servizi ai quali è rivolta, merita alcune considerazioni rispetto ad ogni parola chiave utilizzata:

- Sistema qualità sociale inteso come:
  - Insieme di regole: *il sistema dovrà fondarsi su un consistente corpus di regole, riferite agli aspetti strutturali, alla qualificazione seria, documentata ed attestata, del personale, ad una contabilità chiara e trasparente basata sui principi privatistici, a forme e percorsi di accesso alla rete dei servizi ispirati ai principi del bisogno e della equità, a forme di contribuzione dei cittadini veramente egualitarie;*
  - Procedure: *consapevoli che la qualità dei servizi, specialmente laddove esiste contemporaneità tra la erogazione e la fruizione, si basa su una attenzione mirata al processo, è indispensabile intraprendere la pratica della ricerca di Linee Guida autorevoli e della conseguente definizione (e revisione periodica) di Protocolli realizzati con il contributo degli operatori, dei cittadini oggetto del servizio, delle associazioni di tutela;*
  - Incentivi e controlli: *un sistema per un verso premiante e per altro seriamente capace di esigere il sostanziale rispetto delle regole, è indispensabile per il funzionamento dell'intero impianto.*



*Qualche problema è prevedibile laddove il Comune sia chiamato ad incentivare e controllare servizi da sé stesso erogati oltre a servizi forniti da soggetti diversi: è infatti probabile (ed in molti casi già osservato) che il sistema premiante venga fagocitato da logiche aspecifiche, magari costrette a mettere sullo stesso piano il servizio anagrafe e l'assistenza domiciliare, ed il sistema dei controlli sia costretto a pretendere dai fornitori privati non tanto gli standard in essere, quanto il livello di servizio contemporaneamente erogato dal controllore. Si ritiene quindi auspicabile, ai fini della chiarezza e trasparenza, un modello di esternalizzazione analogo a quanto realizzato dal Comune di Mantova, con la istituzione di Aspef.*

- Gli interventi ed i servizi sociali devono essere orientati alla qualità in termini di:
  - *Adeguatezza ai bisogni: la ricchezza di un dibattito plurisecolare sul dovere civico di destinare risorse private e pubbliche al soddisfacimento dei bisogni, carico di implicazioni ideologiche, religiose, filosofiche, rappresenta il nodo attualmente in discussione sulle prospettive del welfare italiano. L'accezione usata dal legislatore si riferisce comunque ad elementi più concreti e prosaici, quali la necessità di costruire un "sistema qualità sociale" flessibile, in grado di sapersi adattare, pur all'interno dei livelli di assistenza garantiti, alle esigenze della microsocietà di riferimento (quella oggetto del piano di zona). In questa logica due sono principalmente i temi da affrontare:*
    1. *La quantità delle risorse a disposizione: il concetto dei livelli essenziali di assistenza, prevede che i diritti di cittadinanza sociale non siano "assoluti", ovvero non siano da soddisfarsi a prescindere dalle risorse necessarie, bensì siano da soddisfare, con criteri di equità ed uguaglianza, all'interno delle risorse predefinite dalle compatibilità economiche. Al di sopra dei livelli essenziali di assistenza, che dovrebbero in egual misura garantire ogni cittadino, gli Enti Locali (Comune, Regione, etc.) ed i soggetti privati, possono offrire, con proprie risorse aggiuntive, ulteriori servizi.*
    2. *La rigidità delle strutture pubbliche: altrettanto importante è, pur in costanza di risorse finanziarie, costruire un sistema in grado di adeguarsi nel tempo al modificarsi delle esigenze della popolazione di riferimento. E' infatti sin troppo frequente osservare servizi più attenti a conservare le originarie motivazioni della propria fondazione (e con queste, strutture di potere e di carriera) che non a monitorare l'evolversi dei bisogni della popolazione target, riprogettando di conseguenza la propria mission.*

Le normative regionali in merito all'accreditamento, e quindi ai requisiti aggiuntivi a quelli del DPR 14/1/97 ed a quanto previsto dalla riforma, rendono cogenti tali interventi, tra cui riveste particolare importanza la Carta dei Servizi.

### 3- La Carta dei servizi.

*La Carta dei servizi, all'interno di un sistema qualità maturo, è uno strumento di comunicazione, un patto fiduciario con cui chi svolge un servizio pubblico, o di pubblica utilità, cerca di rendersi trasparente ai cittadini.*

*Per sistema maturo, si intende una organizzazione, pubblica o privata, che abbia soddisfatto i prerequisiti organizzativi (per il pubblico, resi obbligatori per legge) necessari a sostenere un sistema qualità, ovvero:*

- contabilità di tipo industriale;
- pianificazione basata sul "budget" (Planning programming budgeting system)



- strategia aziendale basata su progetti (Management by objectives)
- adozione di linee guida e redazione protocolli
- sviluppo risorse umane (sistema formativo)
- gestione della comunicazione (Urp)

Laddove non esista tale struttura organizzativa, la Carta dei Servizi può rappresentare concretamente lo strumento attraverso cui avviare il sistema qualità, creando i presupposti necessari per una politica di accreditamento che, pur rispettando gli obblighi istituzionali, si attesti progressivamente a metodologie tipiche dell'accREDITAMENTO di eccellenza ed al modello culturale del "miglioramento continuo della qualità".

La realtà è tale per cui non esistono strutture in possesso di tutti i requisiti di una organizzazione matura, così come strutture completamente prive, pertanto il percorso da realizzare si differenzia sulla base di quanti prerequisiti organizzativi esistono ed inoltre di elementi determinanti che caratterizzano, in maniera diversa, ogni concreta situazione.

Le principali variabili di questa natura possono essere, di massima, le seguenti:

- Dimensioni della struttura;
- Tipologia dei servizi erogati;
- Caratteristiche degli ospiti;
- Struttura proprietaria;
- Livello di turn over del personale;
- Presenza di volontariato singolo e/o strutturato;
- Caratteristiche dell'ambiente in cui è inserita la struttura.

Ne consegue che la progettazione esecutiva di un percorso per la realizzazione di una Carta dei Servizi, che rappresenti concretamente un avvicinamento alle condizioni organizzative dell'accREDITAMENTO, deve scaturire da una analisi congiunta dei requisiti organizzativi esistenti e delle condizioni soggettive della struttura.

Un percorso invece a tutti comune, si basa sulla intelligente applicazione delle normative in essere,

La direttiva della Presidenza del consiglio dei ministri del 27/01/94 intitolata "Principi per l'erogazione dei servizi pubblici" rappresenta lo schema di riferimento per qualsiasi tipologia di Carta dei Servizi, e quindi sarà alla base dello schema previsto dall'art.13 della Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La Direttiva articola e declina i "Principi Fondamentali" che devono sottendere qualsiasi pubblico servizio, di seguito elencati:

1. Eguaglianza
2. Imparzialità
3. Continuità



4. Diritto di scelta
5. Partecipazione
6. Efficienza ed Efficacia

Prosegue con un paragrafo dedicato agli strumenti, così articolato:

1. Adozione di standard
2. Semplificazione delle procedure
3. Informazione degli utenti
4. Rapporto con gli utenti
5. Dovere di valutazione della qualità dei servizi
6. Rimborsi

Termina con un paragrafo dedicato alla tutela, alle funzioni di controllo da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri e con le sanzioni per la mancata osservazione della direttiva.

La Carta dei Servizi dei Servizi Sociali non si potrà differenziare nella sostanza dalle versioni fin qui realizzate, in ispecie quella sanitaria, considerato altresì che una corretta applicazione di tali indicazioni combacia con gli schemi di accreditamento istituzionale finora emanati.

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003, approvato il 4/4/2001, a norma dell'art.18, comma 2 della Legge 328/2000, dedica il capitolo 6 alla Carta dei Servizi Sociali, nel quale sono accennati alcuni contenuti che dovranno necessariamente essere presenti:

- Le condizioni per un piano di cittadinanza sociale a livello locale;
- I percorsi e le opportunità sociali disponibili;
- La mappa delle risorse istituzionali e sociali;
- I livelli essenziali di assistenza previsti;
- Gli standard di qualità da rispettare;
- Le modalità di partecipazione dei cittadini;
- Le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti deboli;
- Gli impegni ed i programmi di miglioramento;
- Le regole da applicare in caso di mancato rispetto degli standard.

Ma al di là della scaletta di contenuti proposta, che poco modifica la tradizione delle carte dei servizi finora realizzate, il Piano Nazionale introduce importanti concetti innovativi rispetto al passato.

Esso infatti recita: "La carta dei servizi sociali, intesa e realizzata come "Carta per la cittadinanza sociale", non si limita a regolamentare l'accesso ai servizi riproducendo la logica dei soggetti erogatori...omissis...(ma) viene a caratterizzarsi come *percorso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva...*". Ed oltre: "Di particolare rilevanza è il *processo di costruzione delle carte*. In primo luogo esso costituisce una *preziosa occasione di coinvolgimento della collettività*, con la quale potranno essere confrontati i principi cui si ispirano le strategie di offerta e negoziati gli standard di qualità e gli strumenti in caso di mancato rispetto. Così facendo si potrà dar corpo all'affermazione secondo la quale le carte costituiscono un "patto" tra i comuni e i cittadini. In secondo luogo, la loro costruzione *costituisce una preziosa occasione di verifica, all'interno delle Amministrazioni, dello stato dei servizi sociali e delle possibilità di miglioramento*, dando così corpo all'affermazione secondo la quale *le carte costituiscono uno strumento, oltre che di tutela dei cittadini, di crescita organizzativa*".

Pur in attesa della produzione da parte del Dipartimento degli Affari Sociali dello "Schema di riferimento nazionale" per le Carte dei Servizi Sociali, abbiamo sufficienti elementi per avviare le azioni necessarie per corrispondere alle aspettative del legislatore.



Appare quindi chiaro come sia necessario partire dagli elementi teorico metodologici posti a premessa delle riflessioni specificamente dedicate alla realizzazione della carta dei servizi sociali, poiché, come appreso dal Piano Nazionale, più che produrre un documento patinato, si tratta di avviare una riprogettazione complessiva della struttura organizzativa dei servizi sociali, che ponga al centro i concetti di partecipazione, co-valutazione, co-definizione degli standard di qualità.

Sarà quindi possibile, alla luce delle indicazioni pur generali contenute nella Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e nel relativo Piano Nazionale, realizzare un lavoro propedeutico sia alla definizione della Carta dei Servizi che all'accreditamento istituzionale, nonché all'accordo di programma da sottoscrivere tra soggetti pubblici e privati in ciascun ambito territoriale definito dalla Regione, *avendo sempre cura di considerare i livelli di aziendalizzazione raggiunti ed i fattori soggettivi caratterizzanti ogni struttura.*

Una ipotesi di linee guida, riferite alle attività, ai soggetti da incaricare e alle modalità di realizzazione, potrebbe essere rappresentata nella seguente tabella.

ATTIVITA'	SOGGETTI INCARICATI	MODALITA' OPERATIVE
<p>1. Esplicitare i valori della propria Azienda, mediante:</p> <p>a. La definizione di una vision comune ai vari soggetti coinvolti, basata sui Principi Fondamentali comuni a tutti i servizi pubblici e su quelli specificamente previsti dalla normativa sui servizi sociali;</p> <p>b. La costruzione di una mission che tenga conto dei livelli minimi definiti a livello centrale e dell'articolazione attuale dei servizi erogati.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ente responsabile del servizio;</li> <li>• Soggetto erogatore;</li> <li>• Altri soggetti della "rete";</li> <li>• Collettività.</li> </ul> <p>Sviluppare ed articolare i Principi Fondamentali alla base dei servizi pubblici (al di là della natura giuridica del soggetto erogatore), e quelli specificamente posti alla base della rete dei servizi sociali, spetta in prima battuta al soggetto politico che ne ha la responsabilità, della quale risponde in occasione delle votazioni. Il richiamo normativo al coinvolgimento della collettività prevede comunque forme di partecipazione, che possono andare dalla semplice illustrazione alla co-definizione dei valori in campo, soprattutto nel caso della "vision".</p> <p>E' evidente, nella logica della "rete dei servizi", che ciascun soggetto erogatore deve rendere compatibili soprattutto la propria</p>	<p>Sancito il primato del responsabile politico, spetta operativamente ai responsabili dei servizi sottoporre a questo una bozza di concreta descrizione dei Principi Fondamentali riferiti al campo sociale. Può essere all'uopo costituito uno specifico circolo di qualità, composto da soggetti di tutte le categorie professionali presenti nel servizio, da rappresentanti di associazioni di tutela e volontariato, da rappresentanti diretti degli utenti (o loro aventi cura), da esperti in problemi etici. In tal caso è possibile procedere per riunioni, in cui specificare gli obiettivi del Circolo, e quindi operare per posta elettronica, stabilendo un percorso definito di trasmissione del testo di ciascun Principio Fondamentale. Quando questi torneranno al proponente, dopo aver compiuto un intero giro di trasmissione senza avere più modifiche ed</p>

	<p>"mission" con gli altri soggetti istituzionali coinvolti.</p>	<p>integrazioni, il Principio sarà pronto per essere inviato al soggetto politico. Se questa condivisione non dovesse realizzarsi, occorre un incontro chiarificatore all'interno del gruppo, ed in caso di ulteriore mancato accordo, si proporranno al decisore politico le versioni alternative.</p>
<p>2. Costruire un piano strategico che illustri:</p> <p>a. Il ruolo dei vari soggetti protagonisti del sistema integrato dei servizi;</p> <p>b. Le modalità di connessione tra i diversi soggetti della rete;</p> <p>c. Gli specifici progetti rivolti ai target individuati, basati sulla centralità del cittadino utente piuttosto che sulle logiche degli erogatori dell'intero servizio o di parti di questo;</p> <p>d. Le modalità di accesso ed i criteri di priorità per i soggetti previsti dalla normativa;</p> <p>e. Gli standard di qualità previsti ed i programmi di miglioramento a breve e medio termine;</p> <p>f. I meccanismi di valutazione e di responsabilità rispetto ad ogni servizio. Le forme ed i modi della partecipazione diretta.</p>	<p>a) Coordinatore della "rete"</p> <p>b) Coordinatore della "rete"</p> <p>c) Responsabili di area o servizio o progetto, avendo cura di coinvolgere sia gli operatori che gli utenti, che eventuali associazioni di volontariato e tutela;</p> <p>d) Responsabili di area o servizio o progetto, avendo cura di coinvolgere sia gli operatori che gli utenti, che eventuali associazioni di volontariato e tutela;</p> <p>e) Responsabili di area o servizio o progetto, Responsabile sistema qualità, Operatori, Cittadini utenti, associazioni di rappresentanza degli interessi, di volontariato e tutela;</p> <p>f) Nucleo di valutazione, Responsabile servizio, Responsabile qualità, Urp, Cittadini utenti, associazioni di rappresentanza degli interessi, di volontariato e tutela.</p>	<p>La costruzione del Piano Strategico è estremamente complessa e non generalizzabile: si forniscono pertanto indicazioni riferite a ciascun campo di attività.</p> <p>a. Presentazione di ogni autonomo servizio od unità operativa, specificando ruoli e compiti di ciascuno e delle figure professionali in essi presenti;</p> <p>b. Descrivere il funzionamento della "rete" privilegiando la logica dell'utente, e quindi per "problema", simulando i percorsi più richiesti.</p> <p>c. Rileggere (e riscrivere) la "rete" nella logica dei progetti (ovvero dei problemi), prescindendo dalla struttura dei servizi;</p> <p>d. Descrivere le modalità di attivazione della "rete";</p> <p>e. Esplicitare il livello "concertato" degli standard di qualità dei servizi (tempi di attesa, aspetti alberghieri, livelli di personalizzazione ed umanizzazione, etc) e le forme di tutela in caso di scarsa prestazione. Descrivere gli impegni di miglioramento ed i tempi di realizzazione.</p> <p>f. Illustrare il sistema di valutazione e la responsabilità</p>

		rispetto al livello dei servizi, comprese le forme di partecipazione diretta.
<p>3. Progettare configurazione, obiettivi e modalità di funzionamento del sistema generale di valutazione e miglioramento della qualità, che descriva:</p> <p>a. Attività di sviluppo delle risorse umane;</p> <p>b. Sistema di controllo e ridefinizione degli standard di qualità;</p> <p>c. Sistema di verifica della efficienza, mediante contabilità analitica;</p> <p>d. Soddisfazione dell'utenza e degli operatori;</p> <p>e. Sistema informativo.</p>	<p>a. Responsabili dei servizi, dei progetti, del sistema qualità, delle risorse umane.</p> <p>b. Sistema qualità, Nucleo di Valutazione, strutture di partecipazione dei cittadini, delle associazioni.</p> <p>c. Nucleo di Valutazione, sistema budget;</p> <p>d. Urp, Nucleo di Valutazione, Sistema qualità, strutture di partecipazione dei cittadini, delle associazioni.</p> <p>e. Responsabile sistema informativo, Nucleo di Valutazione, Responsabile servizio.</p>	<p>a. Una strategia di cambiamento organizzativo richiede un forte intervento sulle risorse umane: una trasparente metodologia di valutazione a sostegno del sistema premiante ed un impianto di formazione continua vincolati agli obiettivi specifici dei servizi e delle unità operative. E' auspicabile che tali risorse siano quantificate nei budget dei centri di costo, proporzionalmente ai risultati attesi.</p> <p>b. L'insieme del cambiamento organizzativo poggia su un efficace sistema di monitoraggio degli indicatori di qualità e su un livello decisionale deputato alla ridefinizione degli standard. Le forme ed i modi di tale livello decisionale sono i più vari: fondamentale che siano <i>formalmente costituiti</i>, dotati di un regolamento e comprendenti rappresentanti dell'Ente, degli operatori, dei cittadini e delle associazioni;</p> <p>c. Deve funzionare un livello (nucleo di valutazione, sistema qualità, sistema di budgeting) in grado di verificare i parametri di costo/beneficio e costo/efficacia degli interventi, così da poter simulare, a parità di risorse necessarie, qual è l'intervento che più migliora i livelli di qualità;</p> <p>d. Attraverso indagini tarate specificamente sui campi da indagare, occorre costuire efficaci sistemi di monitoraggio</p>

		<p>della soddisfazione degli utenti e degli operatori;  e. Il sistema informativo è la funzione che rende possibile tutte le iniziative sopra descritte. Non si tratta, come spesso si crede, del sistema informatico, ma di un meccanismo <i>concertato</i> tra i soggetti coinvolti, in grado di fornire i dati essenziali al sistema di valutazione e di qualità.</p>
<p>4. Definire i sistemi della comunicazione, tutela e orientamento del cittadino che prevedano:</p> <p>a. Strumenti e forme dell'informazione mirata;</p> <p>b. Strategie di orientamento della potenziale utenza;</p> <p>c. Modalità della comunicazione sia tra i soggetti erogatori che verso i cittadini, con particolare attenzione agli strumenti di "ascolto" sia dei sottosistemi interni che dell'ambiente esterno;</p> <p>d. Livelli e meccanismi della partecipazione;</p> <p>e. Forme, strumenti e modalità della tutela.</p>	<p>a. Urp, Sistema qualità, funzione marketing, associazioni e cittadini;</p> <p>b. Urp, funzione Educazione Sanitaria, funzione marketing, associazioni e cittadini;</p> <p>c. Urp, sistema qualità;</p> <p>d. Responsabile politico, responsabili dei servizi, associazioni, sindacati, cittadini.</p> <p>e. Difensore civico, Urp, funzione pubblica tutela (es. Reg. Lombardia), associazioni, sindacati.</p>	<p>a. La prima azione da realizzarsi è un buon sistema di informazione, essenziale, mirato, comprensibile, flessibile. Per la sua realizzazione è indispensabile il coinvolgimento delle associazioni, puntando alla formazione di "mediatori esperti" in grado di orientare correttamente l'utenza;</p> <p>b. Stante la particolarità di molta parte dell'utenza sociale, è indispensabile trovare forme efficaci, anche non usuali, per dare concretezza al principio fondamentale della "accessibilità" dei servizi;</p> <p>c. A valle di un efficace sistema di informazione e di orientamento, è possibile avviare un vero e proprio sistema di comunicazione in grado di consentire un'interazione efficace tra erogatori e cittadini utenti;</p> <p>d. "coinvolgere la collettività", come prevede il Piano Nazionale, è quanto di più indefinito si possa pensare. Esiste un articolato panorama di iniziative, frutto della sperimentazione di alcune regioni, ma ogni piano di zona dovrà dar luogo ad originali</p>



		<p>sistemi di partecipazione, coerenti con la cultura locale: e. Ogni regione già possiede un sistema di tutela, o attraverso gli Urp, o i Difensori Civici o gli uffici di pubblica tutela</p>
--	--	---

Se la Carta dei servizi sociali deve essere realizzata come *percorso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva*, allora la sua costruzione deve tendere non certo alla formale realizzazione di questi o altri strumenti, bensì dar avvio ad un *Work in Progress*, che realizzi per tappe logico funzionali pezzi della Carta, ad un "Sistema della Carta dei Servizi" flessibile ed aperto, che consenta soprattutto all'organizzazione di crescere.

Una logica di "*Learning organization*" rivolta in tre direzioni:

1. Al proprio interno, per imparare dai soggetti che la animano in veste di operatori, di utenti, di associazioni che in essa interagiscono;
2. All'interno della "rete dei servizi", confrontandosi con abilità, stili e culture presenti nei propri *partners*;
3. All'esterno del sistema di erogazione, per aprirsi e misurarsi costantemente con l'ambiente di riferimento, in un processo bidirezionale di contaminazione positiva.

#### 4- Creare un terreno fertile al cambiamento culturale

L'avvio di un simile processo non può attendere che i diversi livelli che concorrono nella realizzazione della Legge Quadro emanino i provvedimenti a loro attribuiti, così come non può realizzarsi compiutamente in totale assenza dei provvedimenti previsti a carico dei diversi livelli istituzionali.

Il lavoro dei prossimi mesi potrà quindi consistere nel creare soprattutto un terreno culturalmente fertile all'introduzione di simili innovazioni e nel porre le basi conoscitive indispensabili per ogni trasformazione.

Per un verso si dovrà quindi dar luogo ad un ampio processo di alfabetizzazione ai concetti di qualità, accreditamento, TQM, comunicazione, integrazione, lavoro per progetti ed obiettivi, valutazione, indagini sulla soddisfazione, coinvolgendo i soggetti istituzionali, le associazioni, gli operatori, i cittadini.

Per altro verso occorrerà, in vista di una integrazione seria ed efficace, censire i servizi esistenti, le risorse umane strumentali e finanziarie ad essi attribuite, il livello attuale di soddisfazione dei bisogni sia manifesti che potenziali, gli standard di qualità oggi raggiunti, i livelli di integrazione in essere, le caratteristiche dei sistemi informativi degli attori in campo, i potenziali partners privati.

Una ricognizione e valutazione con sistemi omogenei dell'esistente così come l'avvio di un vasto programma di formazione sono certamente una necessità inderogabile, da realizzarsi fin d'ora in maniera integrata, attribuendo ad un soggetto specifico (che potrebbe essere la Provincia, secondo l'art.7 della nuova legge) il compito di reperire le risorse e coordinare le attività.

L'immediata realizzazione di queste attività contribuisce a riempire ampi tasselli del sistema che abbiamo proposto per la stesura della Carta dei Servizi dei Servizi Sociali.