

Accreditamento delle strutture sociali e sanitarie: aspetti programmatori e metodologie a confronto

MARIADONATA BELLENTANI * GIULIA DAL CO *

Nei paesi industrializzati si assiste ad un continuo invecchiamento della popolazione e ad un crescente aumento dei costi delle prestazioni.

Una delle sfide più importanti dei sistemi sanitari del mondo attuale consiste nel garantire assistenza integrata, efficace ed appropriata per le presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi.

L'interesse per l'integrazione non è quindi solo limitato agli anziani, ma anche a coloro che usufruiscono in modo simultaneo dei servizi derivanti da molteplici sistemi di assistenza, come ad esempio gli individui con disabilità fisiche e intellettuali o malattie mentali. I Piani Sanitari Nazionali presentati negli ultimi anni confermano tale assunto ed evidenziano come l'integrazione delle responsabi-

lità e delle risorse possa costituire una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, valorizzando i diversi centri di responsabilità.

In questo senso l'integrazione sociosanitaria incide sulla continuità assistenziale, investendo i rapporti tra ospedale e territorio, tra

cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica.

I confini dell'area socio sanitaria

La necessità di chiarire quali sono i confini dell'area "sociosanitaria" e quali le competenze e responsabilità dei soggetti titolari, prima di tutto Aziende sanitarie e Comuni o ambiti sociali, richiede una prima rifles-

ni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

L'assistenza sociosanitaria si basa su alcuni principi fondamentali, che sono affermati esplicitamente dal d.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3 e riguardano: la valutazione multidimensionale del bisogno (sanitaria e sociale); l'unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale, con concorso professionale di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di servizio sociale professionale, nonché la necessità di definire la complessità del percorso sulla base di alcuni elementi: intensità delle cure, natura del bisogno, tempi e modalità delle cure.

A ciò va affiancato un progetto personalizzato che tenga conto degli

obiettivi di salute da raggiungere, del responsabile del caso (*case manager*); e della verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità (valutazione periodica) e degli esiti.

Vale la pena ricordare che gli stessi principi sono stati ripresi dal recente Patto per la Salute 2010-2012, approvato con Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

L'art. 9 "Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti"



Fonte Archivio APPM

sione sulle norme di riferimento, che si susseguono nel tentativo di dare organicità e sistematicità ad una distinzione che rimane di ordine giuridico e non trova riscontro nell'unitarietà dei bisogni della persona. Le norme ora contengono una definizione di "assistenza sociosanitaria". In particolare l'art. 3-septies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., la identifica in "*un insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazio-*

Le foto che illustrano questo numero sono state gentilmente messe a disposizione da A.P.P.M. che ringraziamo.

* Age.Na.S., Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali

prevede esplicitamente che l'ammissione alle varie forme di assistenza domiciliare e residenziale è subordinata all'effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute.

La metodologia adottata dalle singole regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza, che ne verifica la corrispondenza con i suddetti strumenti valutativi validati. Inoltre, con le modalità concordate in sede di "Cabina di regia del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale) sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in

detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel Modello LA (Livello di Assistenza) relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

In questo modo un programma di accreditamento non potrà che presupporre l'esistenza di questi elementi: valutazione multidimensionale con gli strumenti validati e concordati tra Stato e Regioni (che sono essenzialmente tre: RUG-VAOR ADI, SVAMA, AGED, identificati dal documento della Commissione LEA sulla residenzialità e semi residenzialità del 30 maggio 2007); presenza di un piano personalizzato di assistenza; e utilizzo dei flussi informativi.

Da queste indicazioni sembra avviarsi quella svolta, più volte prevista dalla programmazione, verso un'assistenza territoriale che possa contare su una base conoscitiva certa e

sulla condivisione del valore di un percorso assistenziale e non solo di singole prestazioni di cura.

Accreditamento istituzionale

La necessità di introdurre metodi di valutazione sistematica e periodica della qualità dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese è già presente negli accordi collettivi nazionali del settore sanitario degli anni 1987-1990, ma solo con il d.lgs. 517/1993, di modifica del d.lgs. 502/1992, l'accREDITAMENTO entra a far parte della normativa sanitaria, allo scopo di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i soggetti erogatori per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Nel sistema normativo vigente, il sistema dell'accREDITAMENTO è un processo e

Tabella 1. Accreditamento sanitario

(articoli da 8-bis a 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 come modificato dal d.lgs. 229/1999)

FASE DEL PROCEDIMENTO	Soggetto competente a rilasciare l'atto	Requisiti	Termini e modalità (per la richiesta, per l'istruttoria e il rilascio dell'atto)
AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE, ADATTAMENTO E TRASFORMAZIONE	Comune previa verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione	Verifica rispetto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e sociosanitarie, anche per favorire l'accessibilità ai servizi	Individuati dalle normative regionali, compresi gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	Comune o Regione (secondo le indicazioni regionali)	I requisiti minimi sono fissati dal d.P.R. 14 gennaio 1997; altri requisiti minimi possono essere individuati dalle Regioni	Individuati dalle normative regionali, con applicazione immediata dei requisiti per le nuove strutture e per gli ampliamenti e trasformazioni; per quelle già funzionanti: tempi di adeguamento massimo 5 anni)
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	Regione o altro organismo (secondo le indicazioni regionali)	I requisiti ulteriori di qualificazione sono definiti dalle normative regionali	Individuati dalle normative regionali
ACCORDI CONTRATTUALI /CONTRATTI	Regione e Asl	La cornice di riferimento è costituita dall'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e mod.	La normativa regionale approva schemi-tipo di accordi contrattuali; determina annualmente i tetti di spesa e i volumi di attività, nel rispetto dei vincoli di bilancio (art. 8-quinquies, comma 2-quater)

un atto. Come processo, richiede un percorso di miglioramento continuo della qualità, che si fonda sulle fasi previste dalle leggi nazionali e si sviluppa tramite le normative regionali che disciplinano sia i requisiti ulteriori di qualificazione, sia le altre condizioni previste (verifica di funzionalità rispetto alla programmazione regionale), sia il procedimento (tempi; modalità dell'istruttoria; individuazione dei soggetti facilitatori e verificatori; loro formazione; visite di verifica; *audit* interni; sistemi di controlli periodici per il mantenimento dei requisiti), fino alla definizione degli atti finali (accredita-mento; accreditamento condizionato; parziale; talora anche accreditamento di primo, secondo o terzo livello) e della durata dell'atto (l'accredita-mento è a termine e non si rinnova automaticamente). L'accreditamento istituzionale costituisce condizione necessaria ma non sufficiente (*conditio sine qua non*) per poter diventare soggetti erogatori in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Senza soffermarsi sui diversi passaggi che hanno caratterizzato nel nostro ordinamento lo sviluppo del sistema di accreditamento, basti qui sottolineare che il d.lgs. 229/1999 ha delineato un articolato sistema, che si svolge in quattro fasi (cosiddette quattro A), distinte e funzionalmente collegate:

1. Autorizzazione alla realizzazione
2. Autorizzazione all'esercizio
3. Accredita-mento vero e proprio
4. Accordo contrattuale/contratto.

Nella tabella a pagina precedente, si sintetizzano alcuni elementi caratterizzanti ciascuna fase.

L'accreditamento nell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale

L'impostazione di cui al d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ha portato allo sviluppo di modelli regionali notevolmente diversi tra loro.

In particolare, nell'ambito socio-sanitario, alcune Regioni hanno disciplinato unitariamente le modalità per l'accreditamento sanitario e socio-sanitario, mentre altre hanno scelto di tenere distinti i due ambiti, prevedendo procedure diversificate per il sanitario e il socio-sanitario.

Alcune Regioni hanno poi deciso di attribuire esclusivamente al settore

di utilità sociale (come organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato) e altri soggetti privati.

Il sistema è simile e corrispondente a quello delineato per il settore sanitario, ma con diverse peculiarità, sia nell'ordine della semplificazione, sia per tener conto di due caratteristiche fondamentali dell'area socio-assistenziale: la non "tipizzazione" delle strutture e 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.

La legge 328/2000 delinea un sistema di servizi ed interventi sociali caratterizzato da due profili fondamentali:

- la garanzia della risposta ai diritti sociali;
- la sussidiarietà orizzontale.

La definizione di un sistema che integri entrambi i suddetti principi esprime una scelta politica ben precisa: quella della valorizzazione della funzione

sociale pubblica intesa come doveroso perseguimento dei valori di uguaglianza sostanziale, entro i quali trova espressione il diritto di libertà degli individui e delle loro formazioni sociali, in piena sintonia con gli articoli 2, 3 e 118 della Costituzione.

Il rispetto del principio di sussidiarietà non implica affatto un arretramento della funzione sociale pubblica o delle responsabilità sociali delle istituzioni, ma comporta l'allargamento di tale funzione, grazie alla volontaria condivisione



Fonte Archivio APPM

sociale e dei servizi alla persona, gli aspetti dell'autorizzazione e dell'accREDITamento delle strutture socio-sanitarie.

Per quanto riguarda le strutture socio-assistenziali il riferimento fondamentale è la legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, che individua un sistema di autorizzazione e di accREDITamento per tutti i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a gestione pubblica e di organismi non lucrativi

di tali responsabilità da parte delle formazioni sociali, fermo restando il primato della Pubblica Amministrazione, con particolare riferimento al ruolo di programmazione, garanzia e controllo.

Acquisto e accreditamento di servizi sociali

La legge 328/2000 delinea una normativa di cornice, senza specificare le modalità con cui si perviene alla fase conclusiva della scelta dei soggetti erogatori del sistema sociale e dei servizi alla persona.

A tal fine è possibile individuare tre modalità:

- *L'accREDITamento e la stipula dell'accordo contrattuale* tra Amministrazioni comunali e soggetti erogatori, come previsto per le strutture sanitarie (dall'art. 8-*quinquies* del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.). Va rilevato che l'accREDITamento, in analogia al sistema sanitario, anche nell'area socio-assistenziale non è suf-

ficiente a consentire l'erogazione dei servizi, richiedendo anche la stipula di un apposito accordo contrattuale. In questo senso si muovono anche la giurisprudenza e la dottrina prevalente, che riconducono l'accREDITamento ad una "concessione di diritto pubblico", che si perfeziona solo con la stipula dell'accordo contrattuale.

Il sistema accREDITamento-accordo contrattuale appare, rispetto a quello dell'affidamento di servizi e dell'appalto, il più congruente con la volontà di associare i fornitori alle responsabilità nei confronti degli utenti, garantendo nel contempo la possibilità di un'evoluzione dinamica dei servizi che devono garantire nel tempo la qualità intesa anche come costante adeguamento delle caratteristiche dei servizi al mutare delle esigenze della popolazione. L'accordo contrattuale viene stipulato con una pluralità di soggetti accREDITati, pur nel vincolo del rispetto del fabbisogno della popolazione e dei tetti di spesa individuati

dalle Regioni. L'appalto, infatti, è un rapporto esclusivo con un singolo soggetto erogatore – elemento che irrigidisce la modalità di svolgimento dei servizi – e richiede, alla sua conclusione, l'esperimento di un'altra procedura di gara, con conseguenze negative sulla continuità di gestione dei servizi.

- *L'acquisto di prestazioni attraverso contratti di appalto*, da parte delle Amministrazioni comunali, con il quale si acquisiscono servizi, prestazioni od interventi prodotti da terzi e messi a disposizione dei cittadini con determinate caratteristiche e bisogni assistenziali. Nel caso di "acquisto" di servizi e prestazioni da parte delle Amministrazioni, sono esclusi gli appalti di manodopera a cooperative di lavoro e non di servizi, allo scopo di supplire alle limitazioni sulle assunzioni nel settore pubblico o a difficoltà procedurali; si provvederà, invece, di regola ad

Tabella 2. Accredimento strutture socio-assistenziali

FASE DEL PROCEDIMENTO	Soggetto competente a rilasciare l'atto	Requisiti	Tempi e modalità
AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE	Non prevista dalla legge 328/2000. Va tenuto conto che le strutture socio assistenziali non sono tipizzate come quelle sanitarie		
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	Comune (art. 4, d.m. 308 del 2001). In alcune Regioni è prevista una certificazione preventiva d'esercizio (CPE), sostitutiva dell'autorizzazione per alcune tipologie di strutture	Requisiti minimi fissati dal d.m. 308 del 2001. Altri requisiti possono essere individuati dalle normative regionali	Individuati dalle normative regionali (Tempi di adeguamento massimo 5 anni)
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	Comune singolo o associato (Comune/Unione di Comuni/Comunità montana)	Definiti dalle normative regionali	Individuati dalle normative regionali; la durata è prevista per un periodo massimo di tre anni (art. 11, comma 4, legge 328/2000)
ACCORDI CONTRATTUALI	Non disciplinati dalla legge 328/2000. Le normative regionali differiscono prevedendo modalità diverse, che vanno dalla definizione di gare e procedure concorsuali, che stabiliscono nei capitolati speciali i requisiti di qualità delle strutture socio assistenziali a forme di contratto più simili a quelle previste per le strutture sanitarie		

affidare i servizi e gli interventi nella loro integrità e complessità.

- *L'affidamento di servizi sociali, in deroga alla normativa degli appalti e principalmente tramite rapporti di convenzione.* Si tratta di una modalità che deriva da diverse norme; dalla legge 381/1991 che disciplina le cooperative sociali; alla legge 328/2000, al d.lgs. 163/2006 sul codice dei contratti pubblici. Queste normative identificano procedure speciali che non costituiscono un obbligo giuridico, ma una facoltà per le Amministrazioni e richiedono una disciplina regionale, comprendendo principalmente due modalità: o contratti di natura privatistica (forma derogatoria dell'appalto, costituita dal convenzionamento diretto); o contratti di natura pubblicistica, come il conferimento della titolarità del servizio tramite concessione di diritto pubblico (ai sensi dell'art. 30

del d.lgs. 163/2006) e il conferimento della titolarità del servizio tramite accordi procedurali (ai sensi dell'art. 11, legge 241/1990).

La tendenza a livello regionale è quella di superare l'utilizzo dei soggetti *no-profit* come semplici esecutori di servizi appaltati, senza capacità progettuale e imprenditoriale, al fine di dare risalto ai principi della "reciprocità" e dello "scambio", che ne ispirano l'azione. Questo permetterebbe di accrescere la partecipazione delle associazioni dei cittadini, del volontariato e delle altre parti interessate all'ela-

borazione delle politiche in tema di salute.

Per riprendere il quadro generale di riferimento sul sistema di accreditamento delle strutture socio-assistenziale, va rilevato che la principale norma di riferimento è costituita dall'art. 11 della legge quadro n. 328 del 2000.

L'art. 11 introduce alcune disposizioni sul sistema di accreditamento dei soggetti pubblici e privati che gestiscono servizi sociali, identificando le funzioni di ciascun livello di governo, ma non dettando certamente una disciplina esaustiva

possono assumere diverse tipologie, ad esempio Onlus, cooperative, enti promozione sociale e di volontariato, 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 quadro è completato dalla previsione concernente la *Carta dei servizi sociali* (art. 13), che deve essere adottata dagli enti erogatori per definire i criteri di accesso ai servizi, le modalità di funzionamento e le

condizioni per favorire la valutazione della qualità del servizio e la tutela degli utenti.

L'adozione della carta dei servizi da parte degli enti erogatori (inclusi i soggetti gestori ai sensi del d.P.R. 3 maggio 2001 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003") costituisce un requisito necessario per l'accREDITAMENTO.



Fonte Archivio APPM

e lasciando pertanto all'interprete molti aspetti di rilievo.

La norma precisa che spetta 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 poi emanato il d.m. 308/2001.

Le Regioni (art. 8, comma 3, lett. f), 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, che

In attuazione del citato art. 11, è stato adottato, con il decreto ministeriale 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 dell'articolo 8 novembre 2000, n. 328*".

Il Regolamento stabilisce requisiti minimi, comuni e specifici per tipologia di struttura, delle strutture a ciclo diurno e residenziale rivolte a minori, disabili, anziani, persone affette da Aids, o con problematiche psicosociali, prevedendo

che le Regioni recepiscono e, se del caso, integrino tali requisiti minimi secondo le esigenze locali.

Specifici requisiti vengono individuati per le comunità di tipo familiare (massimo 6 utenti).

Per le strutture e i servizi destinati ai minori, i requisiti organizzativi sono stabiliti dalle Regioni; per gli stessi, salvo diversa disposizione regionale, è sufficiente la comunicazione di inizio attività, da presentare ai Comuni.

Il settore *no-profit*

Rispetto al sistema dell'accREDITamento, va rilevato che un ruolo peculiare rivestono le organizzazioni a scopo non lucrativo.

Le normative nazionali, sia nell'area sanitaria che in quella socio-assistenziale, prevedono che gli organismi *no-profit* concorrono a realizzare i doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale della persona. Queste indicazioni di principio assumono diverse connotazioni nelle norme specifiche.

Così l'art. 1, comma 18, del d.lgs. 502/1992 (comma modificato dal d.l. 112/2008, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 133/2008), stabilisce che tra le strutture "equiparate" a quelle pubbliche sono compresi l'Ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e tutti gli Ospedali religiosi classificati, disciplinati dalla legge 833/1978 agli articoli 40, 41 e 43.

Queste strutture private ospedaliere *no-profit* sono equiparate al pubblico e possono svolgere attività per conto del SSN nei limiti di quanto stabilito dagli specifici accordi contrattuali. In particolare sono tenute a svolgere attività assistenziale in coerenza con le indicazioni della programmazione sanitaria regionale e ad accettare il sistema di remunerazione a pre-

stazione, in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio (art. 8-*quinquies*, comma 2-*quater*, del d.lgs. 502/1992 e modificazioni).

Più in generale le modifiche introdotte dal d.lgs. 229/1999 al d.lgs. 502/1992 hanno inteso valorizzare il ruolo delle istituzioni non lucrative nella realizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari laddove, nel disciplinare l'istituto dell'accREDITamento, hanno puntualmente evidenziato lo "spazio" che a tali organismi deve essere riservato come ad uno dei tre componenti che caratterizzano, come principio fondamentale del sistema, il pluralismo erogativo (erogatori pubblici, erogatori privati *profit* ed erogatori privati *no-profit*).

Tale scelta normativa deriva anche dalla consapevolezza che, di fronte all'innalzamento dell'età media di vita e alle correlate caratteristiche di fragilità, cronicità e non autosufficienza, occorre promuovere e sostenere una presenza sempre più attiva della comunità locale per poter soddisfare un bisogno di salute complesso (*welfare community*). In questa prospettiva il volontariato, nelle sue diverse espressioni, diventa fondamentale strumento di integrazione al sistema pubblico, in attuazione del principio di sussidiarietà (art. 118 Cost., nel testo novellato dalla legge Cost. 3/2001), secondo cui il cittadino deve avere la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi che incidono sulle realtà sociali a lui più prossime.

Il coinvolgimento dei familiari e delle associazioni di volontariato nei percorsi sanitari è elemento essenziale per sviluppare l'*empowerment* del paziente mettendolo in condizione di esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione per i servizi erogati. In questo senso, va promossa la reciproca conoscenza e la collaborazione mirata, in forma sinergi-

ca con le attività portate avanti dal personale, aumentando l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Conclusioni

L'erogazione di un'assistenza appropriata per i soggetti non autosufficienti richiede che si passi da interventi di breve periodo, episodici, ad interventi di lungo periodo per supportare coloro i quali necessitano di una continuità assistenziale.

Per supportare tale cambiamento, i Paesi sviluppati hanno fatto dell'integrazione dei servizi il processo chiave per migliorare la qualità dell'assistenza, l'accessibilità, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria.

Il passaggio determinato dalla legge 328/2000 è rilevante e riguarda la sistematizzazione della scelta di individuare un vero e proprio diritto dell'assistenza socio-assistenziale, con l'obiettivo di enuclearne il contenuto positivo, in termini di servizi e prestazioni da garantire alle persone che si trovano in determinate condizioni (passaggio dal contributo economico ad un sistema di servizi alla persona).

Tale scelta doveva esplicitarsi nella definizione dei cosiddetti Liveas (Livelli essenziali delle prestazioni sociali), che tuttavia non sono stati a tuttora adottati, soprattutto per la difficoltà di associare a diritti "esigibili" dal cittadino le necessarie risorse per sostenerli.

Questi elementi diventano fondamentali per il sistema dell'accREDITamento che, nella complessa area sociosanitaria, deve sapersi rapportare ai percorsi assistenziali e non solo ad un insieme di prestazioni o di unità di offerta, per orientare il sistema verso gli aspetti qualitativi dell'integrazione e della continuità delle cure. ●