

IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI IN EMILIA-ROMAGNA

(di Massimo Buriani)

Premessa

Il 30 settembre 2010 scadeva la prima tappa per l'accesso al nuovo sistema regionale di accreditamento dei servizi socio-sanitari in Emilia-Romagna: la **“richiesta di accreditamento transitorio (e/o provvisorio)”**. La domanda formale è stata inoltrata da quasi tutti i soggetti gestori dei servizi (privati e pubblici) ai soggetti istituzionali competenti per ciascun ambito distrettuale socio-sanitario (i Comuni capofila). Le domande saranno esaminate entro il 31/12/2010 (salvo possibili rinvii) e, accertati il possesso di determinati requisiti generali e specifici per la gestione del servizio, si concretizzeranno con un **Atto di Concessione di Accreditamento Transitorio** che aprirà la strada alla stipula del **Contratto di Servizio**, e all'avvio di un percorso di adeguamento strutturale e procedurale che sfocerà nel 2013 con la Concessione **dell'Accreditamento Definitivo**.

L'accREDITAMENTO dei servizi socio-sanitari in Italia: Il quadro di riferimento normativo

L'accREDITAMENTO dei servizi socio-sanitari, definito anche **accREDITAMENTO istituzionale** è un processo mediante il quale si riconosce a soggetti autorizzati all'esercizio di attività sanitarie (sia pubblici che privati) la facoltà di erogare prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, superando il precedente regime di convenzionamento delle strutture. L'accREDITAMENTO, applicato fino ad oggi prevalentemente in sanità e non in tutte le regioni, è il risultato di un lungo iter legislativo.

Con i decreti di riordino del Sistema Sanitario Nazionale (D.Lgs. 502/92 e 517/93, in Italia si sono avviati nell'ultimo decennio del secolo scorso i nuovi indirizzi di gestione della salute pubblica, basati sui principi cardine della **centralità del cittadino-utente** e della cosiddetta **“aziendalizzazione delle strutture sanitarie” pubbliche (USL e Ospedaliere)**. Queste ultime hanno cominciato ad operare in un regime gestionale di tipo aziendale, con nuovi obblighi di evidenza e trasparenza delle capacità organizzative, e ciò ha

rappresentato la pre-condizione necessaria per affrontare i successivi passaggi che hanno portato all'adozione del cosiddetto "**accreditamento istituzionale**", introdotto formalmente in Italia con il DPR n. 4 del 14/01/97. Con tale Decreto sono stati individuati i requisiti strutturali ed organizzativi minimi indispensabili per l'ottenimento di una Autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie sia da parte delle strutture pubbliche che private. Alle Regioni sono state demandate le competenze di determinare gli **standard di qualità** che costituiscono gli ulteriori requisiti previsti per l'accreditamento, oltre alla definizione delle **tariffe** delle prestazioni sanitarie ed i provvedimenti attuativi per la garanzia del rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti LEA)¹ da assicurare a tutti gli assistiti del SSN.

Il recepimento di tale decreto sta avvenendo in modi e tempi diversi da regione a regione, con diverse velocità di adozione, ma soprattutto con diverse logiche sottostanti al processo di accreditamento², al punto da configurare ormai la presenza in Italia di diversi sistemi sanitari su base regionale.

L'Accreditamento dei servizi sociali: il percorso legislativo regionale

Nell'ambito del sociale l'accreditamento, derivato dal modello sanitario, ha trovato la prima applicazione con la L. 328/2000 e viene anch'esso normato in modo differente dalle singole regioni. Le prime regioni che hanno completato il complesso iter legislativo dell'accreditamento dei servizi socio-assistenziali sono state: la Toscana, la Lombardia, il Veneto, il Piemonte.

La regione Emilia-Romagna ha avviato il complesso percorso di ridisegno del sistema di welfare con la L.R. 2 del 2003 (*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*); in particolare, con l'*art. 38, modificato con l'art. 39 della L.R. 29/2005*, ha tracciato le prime disposizioni generali

¹ Istituiti con DPCM del 29 novembre 2001.

² In alcune regioni sembra prevalere una logica di governo della sanità che mette in competizione il soggetto pubblico e quello privato, in altre regioni, tra cui l'Emilia-Romagna, prevale la ricerca di una integrazione o complementarietà tra offerta pubblica e offerta privata. Fonte: CERGAS Bocconi, "Osservatorio sulla sanità privata accreditata", (2007) (2008).

per **l'accreditamento dei servizi socio-assistenziali**³ fissando i presupposti istituzionali su cui incardinare il sistema di erogazione dei servizi pubblici alla persona con la filiera degli atti e provvedimenti definiti come: **“autorizzazione”, “accreditamento” e “contratti di servizio”**⁴.

Il nuovo assetto normativo per la gestione dei servizi alla persona prevede infatti che, per l'erogazione di determinati servizi (caratterizzati da prevalente finanziamento pubblico, scopi solidaristici, bisogni di cura e adeguatezza, flessibilità e personalizzazione), le Amministrazioni competenti, ovvero i Comuni e le Aziende USL, si avvalgano di strutture e servizi, pubblici e privati, preventivamente autorizzati ed accreditati, in relazione ai quali andranno stipulati, appositi contratti di servizio. Le Amministrazioni competenti sigleranno i contratti come **“committenti”** (direttamente o delegando le ASP - Aziende per i Servizi alle Persone), i soggetti gestori delle strutture o erogatori dei servizi come **“commissionari”**.

³ L.R. 12/2003, art. 38: *I soggetti gestori di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati, operanti in Emilia-Romagna ed autorizzati ai sensi dell'articolo 35, al fine di promuovere lo sviluppo della qualità del sistema integrato e facilitare rapporti tra i servizi, le strutture ed i cittadini, sono accreditati con le modalità di cui al presente articolo anche relativamente a ciascuna struttura o servizio nell'ambito del fabbisogno indicato dalla programmazione regionale.*

2. *L'accreditamento è condizione per:*

- a) *l'erogazione delle prestazioni mediante la concessione dei titoli di cui all'articolo 40;*
- b) *la partecipazione alle istruttorie pubbliche di cui all'articolo 43, relativamente ai soggetti che realizzano gli interventi, esclusi quelli indicati all'articolo 44;*
- c) *la richiesta di autorizzazione sperimentale di servizi e strutture ai sensi dell'articolo 35;*
- d) *la partecipazione a procedure ristrette e negoziate per l'affidamento dei servizi.*

3. *Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta e sentito il parere della Conferenza regionale del Terzo settore, stabilisce con proprio atto i requisiti e le procedure per il rilascio dell'accreditamento, volti a garantire la trasparenza dei soggetti gestori e la qualità sociale e professionale dei servizi e delle prestazioni erogate, nonché le modalità per l'istituzione dell'elenco provinciale dei soggetti accreditati.*

4. *Le funzioni concernenti l'accreditamento sono attribuite ai Comuni capi distretto che le esercitano acquisito il parere di un apposito organismo tecnico "terzo" di ambito provinciale, la cui composizione e modalità di funzionamento sono stabilite con la direttiva di cui al comma 3. La Regione individua ed organizza azioni formative rivolte ai componenti degli organismi tecnici.*

5. *Le Province, con il coinvolgimento di rappresentanze dei soggetti di cui agli articoli 20 e 21, assicurano il monitoraggio sulla gestione delle procedure di accreditamento sul proprio territorio al fine di favorire la piena realizzazione delle finalità di cui al comma 1..*

⁴ a) *L'esercizio di attività sociali e socio-sanitarie è subordinato innanzitutto e comunque al **rilascio dell'autorizzazione**, della quale devono essere in possesso tutti gli erogatori, indipendentemente dal fatto che pongano in essere compiti a carico del finanziamento pubblico; l'autorizzazione riguarda prevalentemente requisiti di tipo strutturale, e comunque con riferimento alla peculiarità dei diversi servizi.*

b) *La possibilità di erogare prestazioni, in nome e per conto del Comune o dell'Azienda sanitaria competente, è subordinata all'ottenimento, per la struttura o il servizio interessati, del **provvedimento di accreditamento**, che richiede il rispetto, oltre che dei requisiti prevalentemente di ordine strutturale previsti per l'autorizzazione, anche di quelli di tipo processuale.*

c) *La regolamentazione degli interventi e l'erogazione delle prestazioni con oneri a carico del Comune e/o dell'Azienda sanitaria sono infine assoggettati alla stipulazione di un **contratto di servizio**, stipulato tra l'Ente competente ed il soggetto che gestisce il servizio o la struttura accreditata.*

Con la successiva e fondamentale DGR 772/07 la legislazione dell'Emilia Romagna ha provveduto a definire i **criteri generali e le linee guida di applicazione dell'accreditamento in ambito socio-sanitario e sociale** e ad individuare i servizi cui dare applicazione (dando priorità ai servizi già regolamentati attraverso il percorso autorizzativo convenzionale e finanziati anche tramite il Fondo Regionale per la Non autosufficienza - FRNA).

Con la 772/07 vengono fissati inoltre gli **obiettivi strategici** dell'accreditamento che fanno da corollario al principale obiettivo che era e rimane la **riqualificazione dei servizi per corrispondere ad una crescente e più consapevole domanda dei cittadini**⁵ in sintesi:

- Una profonda innovazione del sistema di relazioni sociali che costituiscono la cosiddetta *welfare community locale* con la ridefinizione del rapporto tra soggetti pubblici e privati⁶; dove ai primi è sostanzialmente affidata la titolarità della

⁵ DGR 772/07, All. 1, art. 1: Logiche e presupposti sottostanti al regime di accreditamento in ambito socio sanitario e sociale". *..Il primo obiettivo dell'accreditamento riguarda infatti la necessità di corrispondere alle aspettative dei cittadini che, in modo sempre di più vigile e competente, chiedono ai servizi "vicinanza" e interazione, diversificazione dell'offerta, flessibilità nelle forme organizzative, personalizzazione degli interventi, equità nei costi e possibilità di libera scelta"...*

..Le istituzioni, nella propria funzione di committenti, devono pertanto farsi carico di questa nuova domanda dei cittadini che è implicitamente anche una domanda di partecipazione alla "costruzione" dei servizi secondo le necessità di una determinata comunità"....

Il modello dell'accreditamento va incontro a questa esigenza ... con regole di individuazione dei criteri e degli elementi della qualità fondate sulla trasparenza; sul coinvolgimento degli stessi utenti nella scelta del percorso assistenziale e dei soggetti erogatori, nonché nella valutazione del processo e dei risultati; sul superamento della concorrenzialità basata sulla differenziazione del costo del lavoro.

Il processo di accreditamento recupera tali valori fondamentali e si propone di ricercare più ampiamente e consapevolmente la migliore qualità del servizio/struttura e del soggetto erogante. In tale operazione, andranno considerati tutti gli interessi emergenti nella programmazione sociale e sanitaria ed accompagnate le valutazioni di qualità e funzionalità con la predeterminazione di tariffe, che consentiranno di tenere conto delle esigenze di efficienza, qualità ed equa remunerazione del servizio, in vista del miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema.

Infatti, il sistema dei Servizi sociali a rete e dell'integrazione sociale e sanitaria pone l'esigenza di un approccio complesso all'istituto dell'accreditamento che, lungi dall'essere relegato esclusivamente a nuova metodologia per l'acquisto dei servizi alla persona, deve essere inteso come uno strumento fondamentale di regolazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema locale dei servizi, motore della crescita di reti di protezione sociale, di realizzazione di forme di solidarietà comunitaria e di cittadinanza attiva, per assicurare ai cittadini servizi e prestazioni eque ed universalistiche...

⁶ DGR 772/07, All. 1, art. 1....*Il processo dell'accreditamento si iscrive pertanto nelle politiche del nuovo welfare locale, tese a portare a compimento quel processo di costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione: tra soggetti pubblici e soggetti privati (pur nel rispetto delle funzioni di programmazione, committenza e produzione ed erogazione ascrivibili ai diversi attori del sistema) e tra competenza sanitaria e competenza sociale (laddove esiste l'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza).*

...In altre parole l'accreditamento risulta essere, in questa logica, la naturale conseguenza di una nuova modalità di rapporto fra soggetti pubblici e privati: i primi titolari della funzione di programmazione, alla quale partecipano anche i soggetti di cui all'articolo 20 della Legge Regionale n. 2 del 2003, e di committenza, i secondi chiamati a svolgere il ruolo di produttori di servizi, in quanto dotati di una specifica competenza tecnico-professionale, organizzativa ed imprenditoriale qualificata sulla base di criteri e requisiti, che vengono "certificati" proprio attraverso l'accreditamento.

funzione di programmazione (cui partecipa anche il terzo settore) e di committenza, mentre i secondi sulla base di specifiche ed accertate competenze tecnico-professionali-organizzative-imprenditoriali sono chiamati a svolgere compiti di erogazione dei servizi.

- La regolazione del mercato di offerta dei servizi socio assistenziali da porre in correlazione al fabbisogno assistenziale (tramite selezione degli erogatori ed accreditamento di posti in eccesso al fabbisogno
- la trasparenza delle gestioni con la stabilizzazione e la responsabilizzazione degli erogatori⁷;
- la tutela del lavoro tramite qualificazione delle professionalità e con il superamento della consolidata e diffusa prassi del ricorso alle cooperative sociali per la fornitura di manodopera ad integrazione degli organici comunali;
- Il superamento della frammentazione gestionale con l'individuazione di una responsabilità gestionale unitaria dei servizi⁸;
- il superamento della gara di appalto come unico criterio per la selezione degli erogatori del servizio⁹;

L'iter legislativo regionale è proseguito con la *L.R. n. 4/del 2008* con la quale si sono introdotte, nel quadro normativo regionale, le procedure dell'**accreditamento transitorio**

In tal modo, anche i soggetti privati entrano a pieno titolo all'interno delle dinamiche della costruzione del welfare locale.

⁷ DGR 772/07, All. 1, art. 1....*Il risultato che si propone di raggiungere la nuova logica normativa dell'articolo 38 è quello di **innovare il sistema di relazioni con l'insieme degli erogatori**, attraverso una compiuta valutazione dell'offerta attuale e potenziale delle strutture e dei servizi del territorio, **investendoli – nel quadro della regolamentazione e della vigilanza assicurate dai soggetti titolari del servizio - della responsabilità nella gestione delle prestazioni** ed assicurando loro in tale ruolo, attraverso una maggiore stabilità dei rapporti, un arco temporale ed operativo che consenta lo sviluppo dei servizi e la realizzazione di tutti gli investimenti necessari ad innalzare qualitativamente l'erogazione dell'attività e la necessaria stabilità imprenditoriale del soggetto produttore, condizione primaria perché si realizzino le citate condizioni di qualità....*

⁸ DGR 772/07, All. 1, art. 1....*E' infatti emersa la necessità condivisa di pervenire ad un modello di **individuazione dei soggetti e dei servizi erogatori caratterizzato da un'investitura più ampia e matura rispetto a quella propria di un mero rapporto di fornitura**, con la finalità di garantire una maggiore qualità e stabilità nella gestione complessiva degli interventi riguardanti i servizi sociali e socio-sanitari....*

⁹ DGR 772/07, All. 1, art. 1.... *l'esperienza ha dimostrato che il sistema degli appalti mal si adatta alla specificità dei servizi alla persona ed alle caratteristiche peculiari, in particolare, dei servizi socio-sanitari, non consentendo di sviluppare, consolidare e migliorare nel tempo gli elementi qualitativi dei servizi, attraverso la crescita della competenza professionale del personale e la stabilità del rapporto operatore-utente e la stabilità imprenditoriale del soggetto produttore.*

e provvisorio, al fine di consentire un avvicinamento graduale e progressivo alle più stringenti ed impegnative condizioni previste nell'accreditamento definitivo. Una gradualità resa necessaria sia per la quantità di requisiti strutturali e professionali richiesti che per la complessità organizzativa connessa alla individuazione di una responsabilità gestionale unitaria del servizio visti i numerosi casi di gestioni miste¹⁰ ed al superamento della frammentazione nell'erogazione dei servizi alla persona.

Con il **Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010** (PSSR) vengono definite le competenze ed i ruoli dei diversi soggetti che costituiscono la *"governance"* del sistema a livello regionale, intermedio e distrettuale a partire da due direttrici: centralità del ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario; la centralità del ruolo degli Enti locali, in riferimento all'art. 118 della Costituzione (sussidiarietà) nel governo degli interventi e dei servizi sociali. Con il PSSR 2008-2010 si prevedono inoltre nuovi strumenti di raccordo istituzionale tra gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie con lo sviluppo della **Conferenza territoriale sociale e sanitaria e del Comitato di Distretto**.

Si arriva finalmente, nel 20 aprile 2009 alla emanazione della Delibera di Giunta Regionale **DGR n. 515, "Primo provvedimento attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari"** che disciplina le procedure, le condizioni ed i requisiti per l'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo, la tempistica dell'accreditamento, gli obblighi assunti dai soggetti che accreditano i servizi, il ruolo degli organismi di controllo ed i criteri per la stesura dei Contratti di Servizio.

Poiché il provvedimento richiede al soggetto che intende accreditare i servizi l'accettazione del sistema di tariffazione delle prestazioni, si rinvia ancora la partenza effettiva del processo alla emanazione di un successivo ulteriore provvedimento

¹⁰ La fotografia della situazione preesistente vede la capillare presenza in Emilia Romagna di situazioni in cui i servizi residenziali o domiciliari sono erogati direttamente da Amministrazioni pubbliche (ASP o USL o Comuni) avvalendosi per la gestione di parti del servizio di cooperative sociali selezionate con gare di appalto spesso al massimo ribasso. Inizialmente si trattava sostanzialmente di offerta di manodopera a basso costo gestita da dirigenti pubblici delle strutture. La denuncia di tale attività come di una fattispecie di reato (l'intermediazione di manodopera) ha portato ad una evoluzione del sistema, attraverso la messa a gara la gestione di parti del servizio (nuclei o prestazioni tutelari e/o alberghiere) che però risultano ancora sotto la responsabilità gestionale pubblica. In molti casi l'operatore OSS, dipendente della cooperativa, risponde ancora direttamente al coordinatore della struttura che è un dipendente ASP, con evidenti incongruenze gerarchiche e gestionali ed ambiguità interpretative che riconducono all'intermediazione di mano d'opera. E' proprio questa configurazione "mista," che vede la compresenza di più soggetti gestori (pubblici e privati) di uno stesso servizio, che la legislazione regionale intende superare con l'accreditamento.

legislativo per la definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni (Tariffe) omogeneo su scala regionale.

E' quindi solo dopo la pubblicazione dei successivi provvedimenti **DGR 2110 del 21 dicembre 2009 e, ultima la 1336 del 13 settembre 2010**, che l'iter legislativo che introduce il sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari in Emilia-Romagna si può considerare finalmente completato ad integrazione e completamento della strumentazione regionale sul welfare.

L'accREDITAMENTO richiede precise garanzie agli erogatori sulla continuità assistenziale, sulla qualità, sulla gestione unitaria dei servizi.

Con la presentazione di domanda di accreditamento del servizio, il soggetto che ne fa richiesta, oltre ai requisiti di qualità deve assumere degli obblighi relativamente a:

— l'accettazione di modalità e percorsi di verifica in ordine al possesso dei requisiti, secondo quanto stabilito nella regolamentazione regionale e locale, nonché di valutazioni periodiche sui servizi erogati e sul loro modello gestionale.

— l'accettazione di tariffe predeterminate

— l'assunzione di un debito informativo verso le Amministrazioni competenti;

— l'accettazione dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete, così come precisato dalla L.R. 2/2003;

- il possesso dei requisiti strutturali previsti con l'autorizzazione al funzionamento¹¹.

Anche gli Enti pubblici erogatori di servizi (ad esempio le Aziende pubbliche di servizi alla persona, Asp) devono obbligatoriamente essere accreditati, rispettando gli stessi criteri e requisiti dei privati.

IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI IN EMILIA-ROMAGNA:

sintesi del provvedimento

¹¹ L'autorizzazione al funzionamento, per le strutture socio-sanitarie, è un pre-requisito per l'accREDITAMENTO. E' rilasciata dal Comune in cui ha sede il servizio, in seguito a istruttoria di una Commissione, nominata dal direttore generale dell'Azienda Usl e composta da esperti di ambito tecnico, sociale e sanitario.

In sintesi il processo di accreditamento dei servizi socio-sanitari in Emilia-Romagna è finalizzato:

- a) ad individuare i servizi e le strutture necessari per la copertura del fabbisogno espresso nella programmazione territoriale;
- b) ad espletare le procedure di verifica dei requisiti di qualità nella conduzione ed erogazione del servizio dichiarati dai soggetti gestori;
- c) instaurare contrattualmente (contratto di servizio) dei rapporti di servizio pubblico tra i soggetti titolari della committenza ed i soggetti gestori di tali servizi.

Per assicurare un avvio graduale del nuovo sistema Sono previste tre tipologie di accreditamento:

- 1) **L'accreditamento transitorio** (da richiedere entro il 30/09/2010), che si applica ai rapporti di servizio già esistenti tra Enti locali/Ausl e soggetti gestori e proseguirà per un periodo massimo di tre anni fino e non oltre al 31/12/2013;
- 2) **L'accreditamento provvisorio** che si applica mediante gare ad evidenza pubblica ai nuovi rapporti di servizio (ovvero, rapporti non ancora esistenti) che si vengono ad instaurare tra Enti Locali/AUSL e gestori; si applica con i requisiti dell'accreditamento transitorio fino al 31/12/2010, con quelli del definitivo dopo tale data;
- 3) **L'accreditamento definitivo** dei servizi, che costituirà il modulo ordinario di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carico del Servizio sanitario pubblico e degli Enti Locali. Entra in vigore dal 1 gennaio 2011 per tutti i nuovi servizi presentati da gestori privati o pubblici.

Tipologie delle prestazioni e dei servizi cui si applica

L'accreditamento viene inizialmente disciplinato in merito a requisiti e procedure per i seguenti servizi:

- assistenza domiciliare
- casa residenza per anziani non auto sufficienti (che ricomprende le tipologie di casa protetta e RSA)
- centro diurno assistenziale per anziani
- centro socio-riabilitativo residenziale per disabili;
- centro socio-riabilitativo semiresidenziale (diurno) per disabili

Organismi competenti alla concessione ed al controllo

L'accreditamento ha valenza in un ambito programmatico distrettuale, pertanto è concesso dai soggetti istituzionali dotati di personalità giuridica, competenti per tale ambito: il **Comune capofila del Comitato di distretto** per le forme associative o il singolo Comune quando questo coincida con l'ambito distrettuale. Spetta all'organismo competente in materia socio-sanitaria e sociale per l'ambito distrettuale effettuare anche le valutazioni fondamentali preordinate all'accreditamento dei servizi e/o struttura socio-sanitarie, compresa la lettura delle situazioni di frammentazione gestionale o l'individuazione degli assetti coerenti con il percorso dell'accreditamento.

I compiti tecnici di verifica in merito al rispetto dei requisiti necessari all'accreditamento spettano invece ad un nuovo organismo di ambito provinciale (quindi sovra distrettuale): è **L'ORGANISMO TECNICO DI CONTROLLO (O.T.C.)**. All'OTC provinciale, il cui parere è vincolante per la concessione, spettano le funzioni di **istruttoria tecnica** di verifica del possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento ed il **monitoraggio e la vigilanza** sul mantenimento di tali requisiti. Per la selezione e formazione dei tecnici chiamati a svolgere tali attività la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso formativo specifico su figure tecniche segnalate dalle ASP, dagli organismi del terzo settore, dalla cooperazione sociale, dall'Ausl¹².

Disciplina dell'accreditamento

Accreditamento definitivo

Può essere concesso, con decorrenza quinquennale, per i servizi già accreditati in via transitoria o provvisoria o già accreditati definitivamente al primo rinnovo. La domanda di accreditamento definitivo, in caso di accreditamento transitorio in forme organizzative miste, deve essere presentata dal soggetto gestore individuato come unico soggetto responsabile della gestione unitaria e complessiva del servizio come definito in un

¹² Per evitare conflitti di interesse all'organismo tecnico non possono partecipare tecnici (pubblici o privati) di servizi nei quali svolgano ruoli gestionali. E' composto prevalentemente da tecnici esperti nella gestione di servizi socio sanitari pubblici o privati in numero adeguato alle articolazioni territoriali ed al numero di servizi da accreditare, e può prevedere l'utilizzazione e lo scambio con figure tecniche che operano in territori limitrofi.

apposito programma di adeguamento gestionale¹³. Ai fini della concessione di accreditamento definitivo i soggetti che ne fanno richiesta, devono

- a) produrre attestazione del rispetto dei requisiti generali e specifici del servizio,
- b) dichiarare l'accettazione del sistema tariffario di remunerazione;
- c) attestare la completa realizzazione del percorso di adeguamento dell'organizzazione e gestione del servizio
- d) produrre idonea attestazione della garanzia della responsabilità gestionale unitaria ed integrata delle attività assistenziali e di cura.
- e) Assenza di cause di esclusione dalla capacità di contrarre rapporti contrattuali con la P. A.

Attività di monitoraggio

Durante il periodo di validità dell'accREDITAMENTO definitivo (cinque anni), l'attività di monitoraggio vigilanza e controllo è assicurata con i seguenti strumenti:

- Relazione annuale del gestore con evidenza degli obiettivi raggiunti ed il posizionamento del servizio rispetto ad alcuni indicatori di risultato individuati a livello regionale.
- Verifiche periodiche (almeno due nel quinquennio) dell'organismo tecnico di controllo;
- Attivazione di un sistema di rilevazione e valutazione dei reclami, degli eventi avversi, degli incidenti, e dei verbali di non appropriatezza dell'attività svolta.

I requisiti per l'accREDITAMENTO

I requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO sono organizzati in **requisiti generali** valevoli per tutti i servizi e in **requisiti specifici** per ciascuna tipologia di servizio. Per ottenere l'accREDITAMENTO ogni servizio dovrà garantire sia i requisiti generali che quelli specifici. I requisiti sono organizzati in dieci aree comprensive di numerosi items, cui sono associati indicatori di risultato.

¹³ Al termine di questo programma il soggetto gestore dei servizi accREDITATI definitivamente "è tenuto ad assicurare che le attività assistenziali e di cura (compresa l'assistenza infermieristica e riabilitativa) siano organizzate, gestite e svolte in modo unitario ed integrato ...garantendo altresì che l'organizzazione dei servizi alberghieri di supporto sia integrata con le attività assistenziali e di cura e persegua l'obiettivo del benessere completo dell'utente" (DGR 514/2009, all. 1, art. 5 "disciplina dell'accREDITAMENTO definitivo").

Nella tabella 1 sono riportate le dieci aree della qualità che vanno presidiate per ottenere l'accreditamento.

Tab. 1 - Requisiti generali dell'accreditamento definitivo

Le dieci aree della qualità		Risultati attesi dagli utenti
1. Politica e pianificazione strategica	Esplicita la mission e gli obiettivi strategici del soggetto gestore e del servizio con riferimento ai servizi offerti, alle tipologie di destinatari e alle relazioni con la comunità locale e la rete dei servizi	Il servizio è organizzato/la casa è condotta in modo responsabile verso la comunità e nel miglior interesse degli ospiti Gli ospiti beneficiano dell'approccio etico e di leadership del servizio/della casa.
2. Pianificazione operativa del servizio	Definisce un progetto gestionale complessivo e declina le risorse disponibili e le scelte organizzative e assistenziali del servizio, con particolare riferimento al personale e alle relazioni con i servizi sociali e sanitari territoriali	I bisogni degli ospiti/utenti trovano risposte in una casa/servizio pensato coerentemente, gestito e organizzato in modo ordinato e trasparente. La casa/il servizio è condotto da una persona adatta al compito, di buon carattere e capace di far fronte pienamente alle proprie responsabilità e compiti. Il numero e il mix di competenze dello staff e le relazioni sistematiche che questo instaura con i servizi del territorio sono un'ulteriore garanzia di risposta appropriata ai bisogni.
3. Comunicazione, trasparenza e partecipazione	Si assicura comunicazione, trasparenza e partecipazione nelle relazioni interne ed esterne al servizio e al soggetto che lo gestisce, per garantire l'integrazione nella comunità locale, la libertà di scelta e la tutela dei diritti degli utenti, dei loro famigliari e degli operatori.	I potenziali utilizzatori e familiari degli ospiti/utenti hanno le informazioni necessarie per fare una scelta informata e possono accertarsi personalmente della qualità dei servizi resi (Carta dei servizi). Gli ospiti/utenti mantengono contatti con la famiglia, amici, rappresentanti e la comunità locale come vogliono (libertà di visita). Ciascun ospite/utente ha un piano assistenziale o piano educativo documentato che esplicita i termini e le condizioni della vita nella residenza/del servizio reso (PAI o PEI). Gli utenti, i familiari e amici sono sicuri che i loro bisogni, osservazioni e reclami saranno ascoltati, presi seriamente in considerazione e saranno effettuate conseguenti ed appropriate azioni. Gli ospiti contribuiscono a definire le routine della casa/del servizio che corrispondono alle loro aspettative e preferenze.
4. Struttura	Si assicura l'accessibilità, la sicurezza e l'adeguatezza della struttura, degli spazi e degli arredi in relazione ai servizi offerti e alla tipologia di utenza.	Gli ospiti vivono in ambienti a loro adatti, sicuri e ben mantenuti. Il centro/la casa è pulita, accogliente, piacevole e igienica. Gli ospiti hanno accesso a risorse comuni confortevoli e ai servizi. Gli ospiti vivono in camere da letto confortevoli ed arredate anche con loro beni, adatte ai loro bisogni ed esigenze, dotate di bagni e luoghi per lavarsi confortevoli e sufficienti.
5. Attrezzature	Si garantisce la presenza, la sicurezza e l'adeguatezza delle attrezzature in relazione ai servizi offerti, ai processi produttivi e alla tipologia di utenza	Gli ospiti hanno a disposizione le attrezzature generali e specialistiche necessarie a massimizzare la propria indipendenza
6. Formazione e sviluppo delle risorse umane	Si assicura una politica complessiva di qualificazione del personale e del lavoro – selezione, accompagnamento, formazione permanente, sviluppo, integrazione interprofessionale - per garantire la qualità del servizio e la tutela dei diritti delle persone	Le politiche e la pratica di reclutamento della struttura/servizio assicurano che la casa/il servizio è condotto avendo presenti la natura e le caratteristiche dell'assistenza e cura complessiva da rendere agli ospiti/utenti. Gli ospiti/utenti sono in mani sicure in ogni momento. Il personale è formato e competente in riferimento al lavoro che fa. Lo staff è appropriatamente supervisionato.
7. Sistema informativo	Si adotta un sistema informativo e di documentazione sui principali processi assistenziali e gestionali in relazione agli obblighi informativi interni ed esterni, e per la verifica e il miglioramento	A ciascun ospite/utente è garantita la compilazione e l'aggiornamento della cartella socio-sanitaria. Il trattamento degli ospiti/utenti è regolato anche da meccanismi amministrativi che definiscono i rapporti tra la casa/il servizio e la Regione/il Comune che sostengono gli oneri finanziari e rappresentano la comunità.
8. Processi e procedure generali	Sono definiti i principali processi assistenziali ed organizzativi e le procedure che garantiscono	Nessun ospite entra in una casa/accede a un servizio senza aver avuto una valutazione dei propri bisogni e la garanzia che essi saranno corrisposti. La salute, la cura personale e sociale, il benessere dell'ospite/utente sono assicurate mediante il piano

	equità nell'accesso, personalizzazione, appropriatezza e continuità del percorso assistenziale, partecipazione di utenti e famigliari	assistenziale individuale. Agli ospiti/utenti sono assicurate qualità e continuità nel percorso assistenziale. Gli ospiti ricevono una dieta completa, bilanciata e gradevole, in un contesto e in orari ad essi convenienti. Gli ospiti, laddove appropriato, sono responsabili dell'assunzione dei propri farmaci e sono protetti da procedure di servizio nel momento in cui li assumono. Gli ospiti/utenti sono aiutati ad esercitare le proprie facoltà di scelta e controllo sulla propria vita. I diritti degli ospiti sono tutelati. Gli ospiti/utenti sono protetti dagli abusi. Gli ospiti sono garantiti che al momento della loro morte saranno trattati (loro e i loro familiari) con sensibilità e rispetto. Coloro che utilizzano i ricoveri di sollievo sono aiutati a massimizzare la propria indipendenza e a rientrare a domicilio.
9. Verifica dei risultati	Vengono adottati metodi e strumenti per la valutazione continua del raggiungimento degli obiettivi assistenziali e organizzativi, per garantire e documentare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza del servizio	Gli ospiti/utenti sono salvaguardati dalle procedure di autovalutazione e rendicontazione cui la casa/il servizio è tenuto nei confronti dei pazienti/familiari, il gestore, la comunità..
10. Miglioramento	Sono garantiti metodi e strumenti per il miglioramento continuo della qualità e lo sviluppo del sistema, anche tramite la partecipazione di utenti, famigliari ed operatori	La casa/il servizio rimedia a disservizi, garantisce azioni di prevenzione su potenziali eventi avversi e migliora continuamente il livello di servizio, coinvolgendo gli utilizzatori.

Requisiti specifici di servizio

I requisiti specifici declinano ciascuna delle dieci aree di qualità in **standard operativi** per ciascuna tipologia di servizio. E' la parte più impegnativa del processo di accreditamento, nella quale sono indicati vincoli e procedure che risulteranno particolarmente stringenti ed onerose per i gestori. A titolo di esempio riportiamo nella tabella seguente alcune delle principali prescrizioni onerose previste per l'accREDITAMENTO definitivo delle case residenza per anziani non autosufficienti.

Tab. 2 – Requisiti specifici del servizio Case residenza per anziani non autosufficienti

2- Pianificazione operativa del servizio	<p>Standard di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> -N° operatori di assistenza definiti dal case-mix con il rapporto minimo di 1 operatore OSS ogni 1.8 anziani nei casi di grave disturbo comportamentale; 1 OSS ogni 2 anziani nei casi di elevato bisogno assistenziale; -Presenza obbligatoria di 2 OSS per alzate, messe a letto, bagno, vestizione ecc.; -Presenza di un responsabile di nucleo per le attività assistenziali; -N° infermieri nel rapporto minimo di 1 a 12 anziani 24 ore su 24; -Presenza del medico per 15 ore settimanali ogni 25 ospiti; direttore sanitario per 5 ore settimanali ogni 25 ospiti, -Presenza di un ordinatore a tempo pieno per strutture con oltre 35 ospiti -presenza di fisioterapista e animatore ogni 60 ospiti <p>Requisiti organizzativi di struttura</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oltre al PAI (Piano assistenziale individualizzato) si richiede un programma settimanale di attività motoria
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> -Programma settimanale di animazione di struttura per attività di gruppo e individuali -piano personalizzato alle persone con demenza -servizio di trasporto persone -Ulteriori requisiti sono richiesti in caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite o persone affette da demenza con disturbi comportamentali con bisogno di accoglienza temporanea;
4 - Struttura	<p>Le strutture già autorizzate alla data di approvazione della normativa sull'accREDITAMENTO o già autorizzate a costruire devono rispettare i requisiti strutturali previsti dalle norme DGR 560/91 e 564/2000</p> <p>Tuttavia al fine di promuovere il miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere verrà richiesto al gestore in sede di rinnovo dell'accREDITAMENTO def .un programma complessivo di miglioramento in particolare per quanto riguarda la dotazione di camere singole.</p> <p>Per le strutture nuove o ancora prive dell'autorizzazione a costruire (ad eccezione di quelle realizzate con risorse regionali) si applicano i seguenti parametri strutturali:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Max capacità ricettiva delle strutture a 75 ospiti -camere da letto da max due posti con bagno (sup. min 18 mq); dotazione di posti letto in camere singole pari almeno al 40% della capacità ricettiva (dei posti accREDITATI) -nelle strutture articolate su più piani è prevista almeno un monta lettighe ed un ascensore sino a 40 posti, due monta lettighe e due ascensori per strutture da 60 a 75 posti. -previsti servizi di nucleo (soggiorno, pranzo, scaldavivande, bagno assistito ecc.) -previsti locali per attività di piccolo gruppo e incontri tra famigliari e utenti. <p>Ecc.</p>
6 - Attrezzature	<ul style="list-style-type: none"> -letti articolati regolabili in altezza -apparecchiature per la somministrazione dell'ossigeno -attrezzature ed ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali -corrimani a parete, ausili posturali, poltrone relax, dotazione di sollevatori ecc. -attrezzature sanitarie e attrezzature elettromedicali come previsti dai PAI
7 – Sistema informativo	<ul style="list-style-type: none"> -deve essere gestito a livello informatizzato il sistema di valutazione delle condizioni di bisogno dell'ospite -deve essere assicurato l'assolvimento del debito informativo
8 – Processi e procedure generali	<ul style="list-style-type: none"> -devono essere definiti e documentati procedure ed istruzioni operative in relazione a; -gestione delle fasi del decesso e del lutto (morte con dignità e gestione del lutto) -alimentazioni e idratazione, alzate, bagni di pulizia, prevenzione delle lesioni da decubito; -capacità di gestione di procedure assistenziali-sanitarie più complesse: es cateterismo,medicazioni ecc. miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza. -valutazioni dei rischi di decubito, controllo delle infezioni, gestione di alimentazione non corretta -va garantita l'attuazione di progetti terapeutici

Il sistema omogeneo di tariffazione ed il contratto di servizio: criteri e criticità

La determinazione del sistema di remunerazione non è considerato solo elemento essenziale per l'effettivo avvio del processo di accreditamento, ma nella visione regionale rappresenta anche uno degli strumenti principali da utilizzare per garantire qualità, sostenibilità ed omogeneizzazione della rete di servizi; equità nell'accesso e nella contribuzione al costo da parte dei cittadini; innalzamento della capacità gestionale dei soggetti erogatori, oltre che razionalizzazione dell'offerta in linea con il disegno di innovazione del sistema di welfare regionale previsto dalla L.R 2/2003 e dal Piano sociale e sanitario approvato nel 2008. Viene pertanto adottato un sistema di tariffazione omogeneo a livello regionale a garanzia del perseguimento di una progressiva omogeneità ed equità anche per quanto riguarda la contribuzione degli utenti e per quanto riguarda l'uso delle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA). Ad oggi con le DGR n. 2110/09 e 1336/10, sono state approvate le tariffe valide per il periodo dell'accREDITamento transitorio e provvisorio, relative ai servizi socio-sanitari per anziani non auto sufficienti ed ai centri socio-riabilitativi residenziali per disabili. Lo schema di costruzione del sistema tariffario è analogo ed è basato sulla identificazione, per ogni tipologia di servizio, di un **costo di riferimento regionale** (modello dei costi standard) risultato dalla valorizzazione di tutti i fattori produttivi che concorrono alla formazione del costo: alberghieri, amministrativi, assistenziali, edilizi, fiscali. Il sistema prevede dei criteri per assicurare una flessibilità in aumento o in diminuzione del costo di riferimento del servizio accreditato, da superare durante il periodo di validità dell'accREDITamento transitorio. Tale costo di riferimento viene remunerato con risorse provenienti dal FRNA per la parte assistenziale "**a rilievo sanitario**", e dalla compartecipazione degli utenti per la parte alberghiera (integrate da risorse dei Comuni per le fasce basse di reddito), sulla base di criteri definiti in appositi "**Contratti di servizio**" da stipularsi tra gli enti pubblici (committenti) ed i gestori dei servizi (commissionari). Con il contratto di servizio si determina:

- 1) il **costo di riferimento unitario** per il singolo servizio accreditato
- 2) la tariffa da porre a carico del FRNA (*sulla base della valutazione del livello assistenziale degli utenti - case-mix*)

- 3) la retta da porre a carico degli utenti in coerenza con gli indirizzi formulati dal Comitato di distretto (*sulla base della presenza o meno degli elementi di flessibilità dei costi di riferimento o di altri eventuali servizi messi a disposizione dei gestori*);
- 4) la quota a carico del Fondo Sanitario Regionale per i servizi forniti direttamente dalle AUSL o per i rimborsi delle spese medico infermieristiche garantite direttamente dal soggetto erogatore. (Fig 1)

Fig. 1



Le principali criticità

nella filosofia e nell'impianto dell'accREDITAMENTO emergono alcune criticità che, rispetto alla cultura organizzativa delle cooperative sociali che gestiranno molti servizi accreditati, rappresentano altrettante **minacce**:

- ✓ Alcuni soggetti istituzionali svolgono ruoli diversi e potenzialmente in conflitto (ASP che sono al contempo organizer e provider). Si temono i rischi della possibile re-

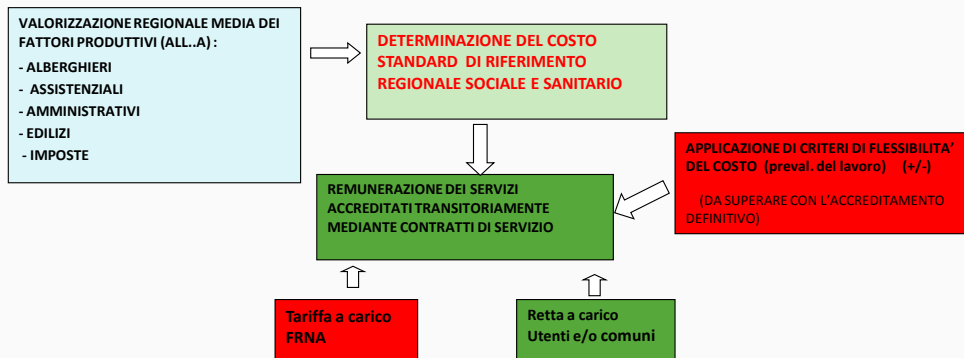
internalizzazione di alcuni servizi o perplessità sulle possibili modalità di partnership con le ASP nella gestione di servizi misti.

- ✓ **L'entità dei costi dell'accREDITamento** (in particolare quelli che si determineranno con l'accREDITamento definitivo) ed il rischio che con l'attuale sistema tariffario ad essi non corrispondano adeguati ricavi futuri o non tempestività degli aggiornamenti tariffari.
- ✓ Non sono del tutto chiari (trasparenti e condivisi) **i criteri utilizzati** dalla Regione per la **valorizzazione** dei fattori produttivi che conducono alla determinazione di un costo di riferimento regionale.
- ✓ Alcuni di questi fattori sono riconducibili ad omogeneità regionale (ad esempio il **costo del lavoro**, che varia in relazione ai CCNL applicati e si può confrontare e determinare sulla base di tabelle oggettive), altri fattori, invece, possono variare da territorio a territorio o tra centri urbani e forese (o collina), in relazione alla maggiore o minore disponibilità o accessibilità di essi, o in relazione alle diverse caratteristiche strutturali dei servizi (**es. costi alberghieri, pulizie, ristorazione, trasporti ecc.**).
- ✓ Altri fattori produttivi (**costi edilizi**) variano in relazione al diverso grado di ammortamento o adeguamento strutturale dell'edificio. Si presuppone che una struttura nuova, o messa a norma di recente, abbia una incidenza di costi edilizi (affitti, oneri finanziari, ammortamenti) **più elevata** di una struttura già ammortizzata (e magari da adeguare strutturalmente prima del definitivo).
- ✓ E' una forzatura della realtà ipotizzare che i costi dei fattori produttivi siano gli stessi, e siano omogenei con lo stesso standard in tutta la regione. Fig. 2

Fig. 2

LE FASI DEL SISTEMA OMOGENEO DI TARIFFAZIONE

La prima considerazione che emerge dall'analisi di alcune delle criticità sopra evidenziate appare strettamente connaturata a varie fasi del processo di costruzione del "sistema omogeneo di tariffazione": criteri di valorizzazione dei costi standard e criteri di flessibilità



I gradi di flessibilità in aumento sono relativi ai soli costi assistenziali, in relazione alla grande variabilità di contratti di lavoro in vigore nel settore. In diminuzione rispetto agli standard regionali sono previsti i costi edilizi in relazione alla titolarità dell'uso delle strutture (se di proprietà dei ASP o Comuni) è prevista che la retta venga assorbita fino a 9,5 euro per l'utilizzo delle strutture. Fig. 3/4

Il costo regionale di riferimento sociale e sociosanitario e possibili scostamenti in diminuzione e aumento

Fattori di Produzione	- Diminuzione			Costo reg. di riferimento liv. A/B res. anziani	+ aumento		
	Costo di riferimento minimo	Elementi oggettivi in diminuzione			Elementi oggettivi in aumento		Costo di riferimento massimo
		Costo del lavoro IRAP	Assistenziali organizzativi		particolari regimi fiscali	Costo del lavoro e IRAP	
Alberghieri	23			23			23
Assistenziali	?			49,4			?
Amministrativi e generali	7			7			7
Edilizi e manutenzioni	0			9,5			9,5
Imposte	?			1,3			1,3

COSTI ALBERGHIERI <i>Non previsti gradi di flessibilità</i>	Grande variabilità per struttura e incidenza posto letto: -Cucina interna -Pulizie -Lavanderia ospiti -Utenze - Attrezzature
COSTI ASSISTENZIALI (parametrati sulla DGR 1378/99) <i>previsti gradi di flessibilità</i>	Grande variabilità CCNL: -Variabilità per intensità Assistenziale -Diffusa offerta di ore in quantità sup. alla 1378 soprattutto in strutture gestite a seguito gara qual.
COSTI AMMINISTRATIVI <i>Non previsti gradi di flessibilità</i>	Grande variabilità per struttura e cooperativa: -Destinato a salire con l'accreditamento definitivo
COSTI EDILIZI <i>previsti gradi di flessibilità negli oneri da riconoscere ai committenti</i>	Grande variabilità per struttura: -In relazione all'ammortamento e agli oneri finanziari -- Sottostimati per le nuove costruzioni e gli adeguamenti strutturali previsti nell'accred. definitivo

Non è fuori luogo pensare che si potessero applicare criteri di flessibilità più ampi, e protratti nel tempo, per un periodo più lungo della fase prevista per l'accreditamento transitorio, da applicare alla valorizzazione di più numerosi fattori produttivi rispetto a quelli indicati nel paragrafo 3.1.2. del "Sistema omogeneo di tariffazione".

L'attuale situazione delle rette in Emilia Romagna vede una elevatissima variabilità che non si può giustificare solo con elementi di maggiore o minore efficienza gestionale. Dietro situazioni di rette così eterogenee c'è oggi, evidentemente, una analoga eterogeneità dei costi, che andrebbe indagata più a fondo per capirne le ragioni, e per tentare meccanismi di correzione graduale.

La regione per oltre 10 anni ha cercato di attuare processi di convergenza ed omogeneizzazione delle rette nelle varie province senza sostanzialmente riuscirci. Si richiede oggi con il sistema omogeneo di tariffazione una forzatura della realtà costringendo privato sociale (ma anche ASP) ad una convergenza sulle rette che non può essere attuata in tempi brevi senza generare squilibri economico finanziari insostenibili in qualche realtà o, viceversa indebite marginalità in altre.

Nella prima parte del documento regionale si fa riferimento ad “un sistema dinamico” , una scelta per “partire dalla situazione esistente”, che pur consentendo strumenti di flessibilità e l’inserimento di condizioni diverse punti però, a regime, ad una completa unificazione e semplificazione.

Si può condividere questo approccio: ma sarebbe stato opportuno partire dalla situazione delle rette **realmente esistenti**. Ad esempio l’attuale livello delle rette utente in alcune strutture RSA nei principali centri urbani è di 52-55 euro giorno superiore alle rette fissate dalla regione.

Pur nello spirito di equità e di standardizzazione regionale forse sarebbe stato più realistico almeno nella fase di avvio del percorso di accreditamento, riconoscere un range di variazione dei costi dei fattori produttivi, su cui applicare un **range di rette utente differenziato** per localizzazione (ad esempio centro urbano o periferia) o per distretto oltre che per livello assistenziale.

Ad esempio differenziando le rette utente delle fasce A e B che sono oggi uniformate.

Andranno inoltre esplicitati i criteri con cui si potrà procedere all’adeguamento futuro delle tariffe e delle rette.

Sono note le storiche difficoltà delle ASP e delle ex IPAB a farsi autorizzare aumenti delle rette utente dai Comuni o dai Comitati di Distretto. In presenza di una sostanziale **vischiosità degli aumenti di retta, rispetto alla dinamica dei costi**, i bilanci di questi Enti sono andati in difficoltà in quasi tutti i Comuni della Regione.

Solo l’incremento delle tariffe a carico FRNA ha consentito a questi enti di alleviare le difficoltà di bilancio, riducendo il consueto ricorso alle casse comunali per ripianare i deficit.

La preoccupazione principale dei soggetti gestori è che questo scenario si presenti amplificato nel prossimo futuro, con l’aggravante che le risorse sul FRNA sono destinate a stabilizzarsi se non ad inaridirsi.

“criticità operative emerse nelle prime simulazioni di accreditamento in ambito cooperazione sociale

I RISULTATI DELLE PRIME SIMULAZIONI

La flessibilità e la variabilità di rilevazione del costo del servizio (e quindi di determinazione delle rette) è affidata come abbiamo visto al CONTRATTO DI SERVIZIO – ogni contratto di servizio è un caso a se e andrà costruito e negoziato su misura e sarà oggetto di trattativa specifica con il committente.

Difficile, ad oggi rendicontare un quadro d’insieme dei vantaggi o degli svantaggi per i gestori (in particolare le cooperative sociali) dell’accreditamento transitorio.

Quasi tutti i soggetti che hanno fatto domanda di accreditamento transitorio stanno procedendo con simulazioni teoriche. Ma il vero risultato finale si scoprirà dopo il completamento della fase di stipula dei contratti di servizio.

Riepiloghiamo alcune criticità emerse nelle prime simulazioni compiute da cooperative sociali:

Nella valorizzazione dei costi amministrativi

- 1) Non sembra esservi adeguata copertura dei costi generali del servizio che sono gravati oltre che dal costo di amministrazione del servizio anche dall’incidenza dei costi generali delle cooperative¹⁴, Il fattore produttivo “costi amministrativi e generali” valorizzato dal sistema omogeneo di tariffazione oggi in 7 euro potrebbe risultare non sufficientemente remunerativo dei costi amministrativi del servizio + quelli generali.
- 2) Ad aggravare la situazione non viene adeguatamente valutato il maggior costo amministrativo che comporterà il passaggio all’accreditamento definitivo: debito informativo, procedure di rendicontazione, software gestionali ecc. rappresentano altrettante attività aggiuntive che richiederanno l’utilizzo di maggiori risorse e professionalità di tipo amministrativo.

Nella valorizzazione dei costi assistenziali

- 3) Nelle situazioni gestionali miste in presenza di servizi vinti con gare d’appalto orientate a premiare la “qualità”, alcuni gestori cooperativi si trovano oggi ad erogare prestazioni lavorative in quantità e qualità molto superiori a quelle previste dalla attuale norma

¹⁴ nelle gare d’appalto il costo del lavoro su cui si costruiva il capitolato era determinato dalle tabelle territoriali che ricomprendevano un aumento del 10% per la copertura dei costi generali. Su questa quota si giocava la competizione al ribasso di prezzo delle cooperative risultando più competitive quelle con costi generali più bassi. Questo ricarico del 10% non viene più considerato nella determinazione del costo del lavoro

regionale (DGR 1378/99), sia per numero di operatori di assistenza diretta per ospite che per figure di coordinamento o animazione.¹⁵

- 4) In molte di queste situazioni le rette omogenee risulteranno insufficienti a coprire gli effettivi costi assistenziali a meno di ricondurre il minutaggio per ospite negli standard regionali (con un calo di qualità percepita).

Valorizzazione dei costi edilizi

- 5) La valorizzazione dei costi edilizi non risulta adeguata alla realtà come emerge in diverse simulazioni effettuate in situazioni di gestione di strutture in proprietà diretta o in affitto (o in concessione in uso non gratuito). L'incidenza sulla retta dei costi edilizi se comprensivi di quote di ammortamento e di oneri finanziari supera generalmente i 10/12 euro in strutture realizzate o acquisite nel decennio precedente. Aumenta sensibilmente nelle strutture di più recente realizzazione.
- 6) L'adeguamento strutturale necessario per mantenere l'accreditamento definitivo sui posti autorizzati produrrà inevitabilmente un aumento dell'incidenza di tali costi che non sono remunerativi degli oneri finanziari o del capitale di rischio utilizzato per l'investimento.
- 7) All'accreditamento del servizio con l'applicazione delle rette omogenee da parte della cooperativa si potrebbe determinare una sensibile riduzione dei margini (soprattutto a fronte di una piena remunerazione dei costi edilizi da riconoscere alle ASP o ai Comuni per la concessione in uso delle strutture (9,5 euro).
- 8) Problematico adeguamento strutturale delle residenze e possibile riduzione dei posti accreditati. Nei prossimi 10 anni si potrebbe assistere ad un calo consistente della disponibilità di posti letto autorizzati a fronte della impossibilità a finanziare gli investimenti strutturali. A meno che la Regione non si doti di specifici fondi o capitoli di spesa per "incentivare" l'adeguamento strutturale delle residenze da parte dei soggetti accreditati. Non si tratterà solo di realizzare nuove strutture nelle zone con carenza di offerta ma soprattutto di assicurare la mettere a norma di strutture pubbliche non idonee all'accreditamento definitivo, es. edifici progettati come case albergo per anziani, case protette per autosufficienti strutture sanitarie riconvertite ecc.
- 9) VINCOLI DEL PATTO DI STABILITA' E RIDUZIONE DEI TRASFERIMENTI AI COMUNI HANNO GIA' RESO PROBLEMATICO NON SOLO IL FINANZIAMENTO DI NUOVE OPERE PUBBLICHE

¹⁵ in alcuni casi abbiamo riscontrato incrementi di minutaggio per ospite superiori anche del 15% rispetto alla norma.

MA ANCHE DELLE OPERE DI RISTRUTTURAZIONE O MANUTENZIONE STRAORDINARIA DI EDIFICI DESTINATI A SERVIZI SOCIALI.

I COMUNI HANNO MASSICCIAMENTE RICERCATO NEGLI ULTIMI 2/3 ANNI FORME DI COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI NEI PROGETTI DI INVESTIMENTO NEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI PER SUPERARE I VINCOLI DEL PATTO DI STABILITA' (Concessioni di costruzione e gestione, project financing, società miste ecc.).

Il sistema tariffario proposto potrebbe disincentivare il ricorso a queste forme di investimento in partnerariato pubblico privato (PPP).

Valorizzazione dei costi d'imposta

Ultimo elemento di criticità riguarda la valorizzazione dei costi di imposta, in particolare dell'Iva. Posto che la tariffa è fissata comprensiva di IVA. Non si comprende perché nella determinazione del sistema omogeneo di tariffa per l'assistenza domiciliare e per i disabili si preveda, per le cooperative che operano in regime iva, *“una corretta valutazione del saldo IVA”* (che si traduce in possibili incrementi di retta fino a 2 euro per i livelli completi di disabilità), mentre un'analoga *“corretta valutazione del saldo IVA”* non si applichi nelle tariffe per la residenzialità anziani. I minori ricavi (4% di iva da versare) non risultano quindi adeguatamente compensati dai minori costi di iva su acquisti deducibili.

Ne risulteranno nettamente svantaggiate le cooperative che privilegiano la gestione interna dei servizi alberghieri (cucina, lavanderie, pulizie) con l'utilizzo di proprio personale (generalmente le più orgogliose di una maggiore qualità di queste prestazioni) rispetto a quelle che esternalizzano questi servizi.

L'ACCREDITAMENTO: FINALITA' ED OBIETTIVI per la cooperazione sociale

Nonostante queste criticità, alcune delle quali potrebbero trovare risposta entro l'anno in corso, a seguito delle verifiche previste sull'impatto del sistema tariffario nella struttura dell'offerta regionale, la valutazione dei soggetti erogatori, in particolare delle cooperative sociali, sul sistema di accreditamento rimane positiva.

L'accREDITAMENTO dei servizi socio assistenziali è vissuto come opportunità di **stabilizzazione delle quote di mercato** da ciascuna cooperativa (*con l'eliminazione o la riduzione delle gare d'appalto*), e come l'opportunità di **riqualificazione del proprio ruolo**

imprenditoriale (da prestatore di risorse umane a erogatore di prestazioni socio-sanitarie e gestore di servizi complessi nel rispetto di standard e requisiti).

Il peso della cooperazione sociale in Emilia Romagna

Il contributo della cooperazione sociale al sistema di welfare regionale è oggi determinante in quasi tutte le aree di servizio (assistenza agli anziani e disabili e l'educazione dell'infanzia, aiuto ai minori in difficoltà, gestione della salute mentale e delle dipendenze patologiche, inserimento lavorativo delle persone svantaggiate e accoglienza e integrazione degli immigrati ecc).

Oltre un terzo di tutti i servizi sociali offerti in regione E.R. sono erogati da cooperative sociali aderenti ad una centrale cooperativa.

La sola legacoop sociali conta oggi oltre 200 cooperative, 25 consorzi, 26.000 addetti, 48.000 soci, 120.000 utenti e oltre 700 milioni di giro di affari.

Ruolo che si è prodotto sostanzialmente negli ultimi venti anni in correlazione stretta alle esigenze di flessibilità, esternalizzazione e progettazione /gestione dei servizi da parte delle Pubbliche amministrazioni locali in quello spazio di mercato amministrato definito come "*Quasi mercato*".

Mission, Vantaggi competitivi e Cultura Organizzativa della cooperazione sociale di fronte all'accreditamento.

L'attività della cooperazione sociale è avvenuta prevalentemente all'interno di una forte relazione con le pubbliche amministrazioni locali le quali, normalmente assegnavano la gestione dei servizi dopo la realizzazione di gare di appalto, nelle quali, negli ultimi anni è diventato sempre più decisivo il fattore qualità (superamento degli standard assistenziali, formazione e attrezzature) rispetto al prezzo delle prestazioni.

Come emerge in una recente ricerca Legacoop su un campione di cooperative sociali, è prevalente l'opinione e la convinzione che tale posizionamento non sia dovuto tanto alla vendita dei loro servizi a costi minori, ma dall'impegno della cooperativa a fornire risposte innovative e flessibili basate su qualità e competenze tecniche come emerge anche dalla definizione di "**Mission**" maggiormente condivisa dalle cooperative

“..Rispondere ai bisogni sociali delle persone attraverso l’erogazione di servizi di qualità, anche innovativi realizzati da lavoratori professionisti e coinvolti nelle decisioni e rendere nello stesso tempo ben conto di quello che si fa” ¹⁶.

La natura onlus della cooperazione sociale e la struttura di governance democratica e fortemente orientata allo *stakeholder engagement*, avrebbe fatto emergere **vantaggi comparati** nella produzione di “beni relazionali” (ovvero beni o servizi la cui fruizione richiede un’azione comune di più soggetti) e nella gestione di “beni collettivi” di proprietà pubblica quali sono i servizi sociali (Nussbaum,1996).

Le comuni basi valoriali e motivazionali degli stakeholder coinvolti nelle imprese sociali hanno consentito una diminuzione dei “**costi di transazione**” interni ed esterni associati allo svolgimento di attività economiche aventi valore sociale

Oltre a far emergere vantaggi competitivi nella produzione di qualità sociale e qualità dei servizi e nella capacità innovativa (di prodotto e di processo e diversificazione – ricerca di nuovi servizi che rispondano a nuovi bisogni).

Come emerge dalla ricerca citata (Alberani – Marangoni, 2009), uno dei vantaggi competitivi irrinunciabili per la cooperazione sociale è considerata appunto **l’innovazione**, che ricopre un ruolo strategico perché consente il riposizionamento e la ricerca di nuovi mercati, nonché l’implementazione di un maggiore livello di qualità dei prodotti/servizi offerti attraverso la funzione di diffusione di “buone pratiche” (tramite i consorzi)

Cultura organizzativa , qualità e responsabilità sociale

Le imprese sociali fondono al loro interno la dimensione economico produttiva e la dimensione sociale, dedicandosi alla produzione (rischiosa) di beni e servizi ed al contempo perseguendo obiettivi collettivi non riconducibili alla massimizzazione del profitto.

“Esiste dunque una stretta correlazione tra obiettivi dell’impresa sociale e bisogni collettivi.. Va da se che per ben interpretare e soddisfare bisogni sociali e perseguire obiettivi collettivi, è necessario ascoltare le comunità locali...e includendo nella definizione degli obiettivi utenti e lavoratori..” (Ecchia e Lanzi, 2009) .

¹⁶ ALBERANI A. - MARANGONI L. (2009), “Cooperazione sociale Legacoop in Emilia Romagna: il posizionamento attuale e le prospettive future”, Maggioli, Rimini.

Sono argomenti e valori con cui la cooperazione sociale più strutturata, con la sua cultura organizzativa e con la sua identità d'impresa cerca di declinare i concetti di **qualità** del servizio e **responsabilità sociale**. Concetti che vengono normalmente esplicitati nel **bilancio sociale** redatto da molte cooperative.

Sono concetti che ritroviamo pienamente nelle finalità e negli obiettivi dichiarati dell'accreditamento.

Nel complesso la cooperazione sociale esprime (insieme a molte preoccupazioni) una valutazione sostanzialmente positiva sull'impianto complessivo, sulla filosofia ed i principi dell'accreditamento regionale.

Come emerge dai dati relativi alle domande di accreditamento transitorio presentate in provincia di Ferrara, la cooperazione sociale si qualifica come un soggetto centrale nel sistema di welfare locale: ha richiesto (da sola o congiuntamente ad ASP e Comuni come prevede la procedura transitoria) l'accreditamento di 11 residenze per anziani su 29 per un totale di oltre 900 posti letto gestiti (Tab. 3); di 4 centri diurni su 8 (tab. 4); di 4 centri riabilitativi per disabili su 7 (tab. 5); di 6 centri diurni per disabili su 9 (tab. 6); di 6 servizi di assistenza domiciliare su 9 (tab, 7);

RICHIESTE DI ACCREDITAMENTO TRANSITORIO E PROVVISORIO PRESENTATE AL 30/09/2010

Tabella 3 – Case residenza per anziani autosufficienti

CASA RESIDENZA PER ANZIANI (C. P. + R.S.A.)	N° strutture	N° posti letto convenzionati 2010	Ente gestore richiedente (possibile richiesta congiunta quando la gestione è assicurata da più soggetti)
<i>Distretto Ovest</i>			
Vigarano	1	24	Coop.va sociale /Comune
Bondeno	1	40+20	Coop.va sociale/Comune
Cento	1	90	Fondazione onlus
S. Agostino	1	20	Coop.va sociale /Comune
Poggio Renatico	1	33	Coop.va sociale /Comune
TOT DISTRETTO OVEST	5	227	4 coop.ve soc. 1 Fondazione
<i>Distretto Centro nord</i>			
Ferrara	1	180	ASP+Coop.va sociale *
Ferrara	1	120	Coop.va sociale
Ferrara	1	90	Privato Srl
Ferrara	1	106	Privato srl
Ferrara	1	20	Ente religioso (Opera Pia)
Ferrara	1	55	Casa di cura srl
Ferrara	1	55	Casa di cura srl

Copparo	1	70	Coop. sociale /ASSP
Tresigallo	1	50	Coop.sociale /ASSP
Tresigallo	1	30	USL FE
Serravalle	1	10	Ente Religioso
TOT DISTRETTO CENTRO NORD	11	786	3 coop.ve (+ 1 con ASP), 4 privati; 2 Enti rel.; 1 asp; 1 usl
Distretto Sud Est			
Argenta	1+1	67	ASP+ coop.va soc.(*)
Argenta	1	11	Ente religioso
P. Maggiore	1	27	Coop.va soc
P. Maggiore	1	36	Coop.va soc.
P. Maggiore	1	34	ASP/USL (accr. Provvisorio) agg.Coop.
Ostellato	1	38	Privato srl
Migliaro	1	20	Privato srl
Massafiscaglia	1	31	Coop.va sociale/Comune
Codigoro	1	55	ASP
Codigoro	1	30	ASP/USL (accr. Provvisorio) (agg. coop)
Comacchio	1	40	ASP
Bosco Mesola	1	29	Privato srl
TOT DISTRETTO SUD EST	13	418	4 coop.ve, 3 privati 1 enti relig.; 5 asp;
TOTALE RESIDENZE PER ANZIANI	29	1.431	11 rich. da coop.ve soc. (+1 con ASP) 7 da privati 4 da Fondazioni /Enti religiosi 6 da ASP (*) (1 con coop.va soc.) 1 da USL

Tabella 4 – Centri diurni per anziani autosufficienti

CENTRO DIURNO PER ANZIANI N/AUTO.	N° strutture	N° posti convenzionati 2010	Ente gestore richiedente
Distretto Ovest			
Bondeno	1	5	Coop.va sociale/Comune
Cento	1	12	Fondazione onlus
TOT DISTRETTO OVEST	2	17	1 coop.ve soc. 1 Fondazione
Distretto Centro nord			
Ferrara	1	55	Coop.va sociale
Copparo	1	10	Coop. sociale /ASSP
Tresigallo	1	10	Coop.sociale /ASSP
TOT DISTRETTO CENTRO NORD	3	75	3 da coop.ve;
Distretto Sud Est			
Argenta	1	10	Ente religioso (Op. Pia)
Ostellato	1	5	Privato srl
Codigoro	1	10	ASP
TOT DISTRETTO SUD EST	3	25	1 privati 1 Ente rel.; 1 asp;
TOTALE CENTRI DIURNI	8	117	4 richieste da coop.ve sociali

			1 da privati 2 da Fondazioni /Enti religiosi 1 da ASP
--	--	--	--

Tabella 5 – Centri Socio Riabilitativi residenziali per disabili

CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	N° strutture	N° posti letto convenzionati 2010	Ente gestore richiedente
<i>Distretto Ovest</i>			
Bondeno	1	13	Coop.va sociale
TOT DISTRETTO OVEST	1	13	1 coop.ve soc.
<i>Distretto Centro nord</i>			
Ferrara	1	12	USL
Ferrara	1	13	Coop.va sociale
Jolanda	1	15	Coop.sociale /ASSP
TOT DISTRETTO CENTRO NORD	3	45	3 da coop.ve;
<i>Distretto Sud Est</i>			
Argenta	1	13	Ente religioso (Op. Pia)
Codigoro	1	10	ASP
TOT DISTRETTO SUD EST	3	23	1 privati 1 Ente rel.; 1 asp;
TOTALE CSR	7	81	4 richieste da coop.ve sociali 1 da privati 2 da Fondazioni /Enti religiosi 1 da ASP

Tabella 6 – Centri Socio Riabilitativi diurni per disabili

CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO	N° strutture	N° posti convenzionati 2010	Ente gestore richiedente
<i>Distretto Ovest</i>			
Bondeno	1	16	Coop.va sociale
Cento	1	15	Fondazione
TOT DISTRETTO OVEST	2	31	1 coop.va soc. 1 fondazione
<i>Distretto Centro nord</i>			
Ferrara	1	26	Coop.va sociale
Ferrara (Malborghetto)	1	25	Coop.va sociale
Ferrara (S.Martino)	1	20	USL
Jolanda	1	18	Coop.sociale /ASSP
Jolanda	1	12	Coop.sociale /ASSP
TOT DISTRETTO CENTRO NORD	5	101	4 da coop.va; 1 USL

Distretto Sud Est			
Argenta	1	13	Coop.sociale/Comune
Codigoro	1	18	ASP
TOT DISTRETTO SUD EST	2	31	1 Coop.va; 1 asp;
TOTALE CENTRI DIURNI	9	163	6 richieste da coop.ve sociali 1 da Fondazioni /Enti religiosi 1 da ASP 1 da USL

Tabella 7 – Servizi di assistenza domiciliare

ASSISTENZA DOMICILIARE	N° strutture	N° utenti assistiti 2010	Ente gestore richiedente
Distretto Ovest			
Cento /Mirabello/S.Agostino	1		Coop.va sociale/Comune
Bondeno	1		Coop.va sociale/Comune
Poggio Renatico/Vigarano	1		Coop.va sociale/Comune
TOT DISTRETTO OVEST	3		3 coop.ve soc.
Distretto Centro nord			
Ferrara/Masi T./Vog.	1		Coop.va sociale /ASP
Copparo	1		Coop.sociale /ASSP
TOT DISTRETTO CENTRO NORD	2		2 da coop.va;
Distretto Sud Est			
Argenta	1		
Codigoro	1		Coop.va sociale
Comacchio	1		ASP
	1		
TOT DISTRETTO SUD EST	4		
TOTALE SERVIZI DOMICILIARI	9		6 richieste da coop.ve sociali 1 da ASP 1 da USL