



Prot. n. A00GRT/ 147710 / R.60.20

Data 9.6.2011

Oggetto: L.R. 82/2009 - Circolare su: PROGRAMMAZIONE, ACCREDITAMENTO E SISTEMI DI AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ALLA PERSONA

- ai Sindaci dei Comuni toscani
- ai Direttori generali delle Aziende UU.SS.LL. della Toscana
- ai Direttori delle Società della salute
- ad ANCI, URPT ed UNCEM
- alle rappresentanze sindacali
- alle rappresentanze del Terzo settore
- alle rappresentanze dei gestori
- all'ARET – IPAB

### **Premessa**

L'applicazione della legge regionale 28.12.2009, n.82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) si è rilevata, come testimoniano le numerose richieste di chiarimenti provenienti dai comuni, per più aspetti problematica. I punti che hanno suscitato i maggiori dubbi sono:

- 1) quello relativo alla portata e al ruolo del principio di libera scelta, sancito dall'art.2, comma 4;
- 2) quello, strettamente connesso, al primo, dei sistemi di affidamento dei servizi sociali e socio-sanitari a soggetti privati, alla luce sia delle previsioni della legge stessa, sia dei principi comunitari in materia di appalti e concessioni;
- 3) quello della individuazione dei servizi da accreditare, soprattutto con riferimento alla formula "servizi alla persona", così come definiti dal comma 2 dell'art.1.

Appare necessario, pertanto, fornire alcuni chiarimenti in merito a i temi che ci sono stati segnalati

### **Accreditamento, programmazione e libera scelta**

Per quanto riguarda il primo punto, la norma da esaminare è quella contenuta nell'art.2, comma 4 che testualmente recita:

*"I destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili anche tramite titoli di acquisto..."*

La mancanza di una puntuale indicazione legislativa in merito alla fase successiva a quella dell'accREDITAMENTO (si pensi alla sequenza accREDITAMENTO-accordo che contraddistingue l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie: cfr 8 quater e 8 quinquies del d.lgs. 502/1992) da un lato ed

il riconoscimento esplicito del diritto di scelta degli utenti fra strutture e servizi accreditati dall'altro, hanno indotto alcuni operatori a ritenere non solo i soggetti accreditati immediatamente abilitati a erogare prestazioni con oneri carico dell'ente pubblico, ma addirittura quest'ultimo obbligato a rilasciare voucher senza limitazioni e per tutti i tipi di servizi e/o di strutture

La definizione del rapporto tra accreditamento e libertà di scelta è strettamente legata alla **funzione** che si riconosce all'accREDITamento non in astratto ma nell'ambito del sistema dei servizi sociali delineato dalla citata legge 82/2009 e dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n.41 "*Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*" che ne costituisce il quadro di riferimento normativo.

La Regione Toscana con la legge n. 82/2009 ha inteso istituire un sistema di accreditamento istituzionale in grado di garantire servizi qualitativamente e quantitativamente omogenei sul territorio per dare una risposta adeguata e appropriata ai bisogni assistenziali degli utenti.

Ai sensi dell'articolo 2, ai commi 1 e 2:

*“Per accreditamento istituzionale si intende il riconoscimento del possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3 per le strutture autorizzate, per i servizi di assistenza domiciliare e per gli altri servizi alla persona.*

*L'accREDITamento attribuisce ai soggetti pubblici e privati l'idoneità ad erogare prestazioni sociali e socio sanitarie per conto degli enti pubblici competenti, ed ha validità su tutto il territorio regionale”.*

Come si legge nella “Relazione illustrativa” alla proposta di legge:

*“Con l'accREDITamento si risponde all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori dei servizi assistenziali e di accertare la capacità a soddisfare determinati livelli di assistenza, la garanzia della qualità dell'offerta e dell'appropriatezza dell'uso delle risorse, delle modalità di accesso nell'organizzazione della rete dei servizi pubblici e di assicurare il permanere nel tempo dei requisiti richiesti, nonché il miglioramento continuo della qualità autopromosso dagli stessi.*

*La finalità dell'accREDITamento è di rendere certo, accessibile ed efficace il complesso dei servizi per concretizzarsi in qualità dei servizi che assicuri l'eguaglianza e l'equità nell'accesso, la personalizzazione del processo di aiuto e la sua valutazione in termini di efficacia, la globalità della presa in carico tramite l'integrazione professionale e delle risorse presenti nella comunità, **la partecipazione della persona alle scelte che la riguardano**, l'appropriatezza organizzativa e metodologica degli interventi, la valutazione della soddisfazione degli utenti.*

*L'istituto dell'accREDITamento, attraverso il riconoscimento pubblico del possesso di determinati requisiti di qualità deve essere inteso come:*

- strumento per tutelare i diritti dei cittadini, **puntando a rendere esigibile il diritto di scelta, attraverso la garanzia di un accesso informato e consapevole ai servizi erogati da produttori pubblici e privati della rete accreditata;**

- strumento di **regolazione dell'accesso al mercato**, attraverso selezione dei produttori di prestazioni sulla base di standard di qualificazione predefiniti;

- strumento per la costruzione di una rete di fornitori di servizi sociali e socio-sanitari **atta a garantire, secondo principi di trasparenza, interventi appropriati;**

- **presupposto per l'individuazione di soggetti che, secondo appositi accordi negoziali, possono concorrere all'erogazione di prestazioni a carico del sistema.**

**- l'empowerment della capacità di scelta degli utenti."**

Dall'articolo 2 della legge 82/2009 e dalla connessa "Relazione illustrativa" risulta evidente l'intento del legislatore di configurare l'accreditamento come strumento di qualificazione dei soggetti **idonei** a prestare un servizio pubblico.

Con l'accreditamento si mira a operare il processo di selezione degli erogatori dei servizi assistenziali accertandone la capacità a soddisfare determinati livelli di assistenza, per garantire la qualità dell'offerta e l'appropriatezza dell'uso delle risorse. In tal modo si vuole rendere certo, accessibile ed efficace il complesso dei servizi di qualità che assicuri l'eguaglianza e l'equità nell'accesso.

La legge 82/2009, pertanto, configura l'accreditamento come presupposto per l'individuazione di soggetti che possono concorrere all'erogazione di prestazioni a carico del sistema:

*"l'idoneità ad erogare prestazioni sociali e socio sanitarie per conto degli enti pubblici competenti"* va intesa come una condizione necessaria, ma non sufficiente per poter erogare il servizio con oneri a carico della pubblica amministrazione.

La rete di fornitori di servizi sociali e socio-sanitari preconstituita a seguito dell'accreditamento è in grado di garantire interventi appropriati ma (esclusa l'ipotesi dei titoli d'acquisto su cui ci soffermeremo più avanti) potrà concorrere all'erogazione di prestazioni a carico del sistema solo a seguito di accordi negoziali.

Si ricorda a questo proposito, che la stessa legge quadro sull'assistenza sociale (l. 8.11.2000, n.328), all'art.3, comma 2, lettera b) elenca fra "Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali" proprio quello della concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, e fra questi ed soggetti del terzo settore. Si tratta di un principio generale, sviluppato in numerose disposizioni normative nazionali e regionali (cfr ad

esempio, gli artt.6, del comma 2, lettera a, 11, comma 3 della L.328/2000 e gli artt.17, comma 3 e 30, comma 2 della l.r.41/2005) che verrebbe evidentemente disatteso se il modello fondato sull'accreditamento - voucher (un modello in cui l'ente pubblico e l'erogatore privato non dialogano e non collaborano) fosse l'unico ammissibile.

Le stesse conclusioni ci vengono suggerite anche dalla lettura dell'art.2, quarto comma della l.r. 82/2009 secondo cui *"I destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e **disponibili**..."*, dove per disponibilità deve intendersi proprio l'inserimento delle strutture e dei servizi nel circuito della programmazione socio- assistenziale (sia dal punto di vista finanziario che da quello dell'offerta).

Mutuando l'esperienza del settore sanitario, attraverso il sistema dell'accreditamento si punta a promuovere una "concorrenza regolata" fra gli erogatori dei servizi sociali con l'obiettivo di consentire ai destinatari dei servizi sociali di scegliere a quale soggetto sia esso pubblico o privato rivolgersi per le prestazioni cui ha diritto: si tratta però di "concorrenza regolata" sia perché l'accreditamento presuppone il possesso dei requisiti connessi alla tipologia del servizio da svolgere ma soprattutto perché l'erogazione dei servizi da parte dei soggetti accreditati è condizionata, di norma, dalla stipula di appositi accordi negoziali con l'ente pubblico.

Alla luce di quanto esposto, è chiaro che la funzione di accreditamento dei fornitori delle prestazioni va inquadrata nell'ambito della prioritaria funzione di programmazione locale del sistema integrato che deve assicurare il percorso assistenziale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

L'accreditamento comporta la qualificazione dei soggetti pubblici e privati erogatori di prestazioni assistenziali come idonei a fare parte del sistema integrato e quindi in grado di prestare un servizio qualificabile oggettivamente come pubblico, ma le prestazioni assistenziali devono risultare nella disponibilità del soggetto pubblico ovvero devono essere **sostenibili** dalle risorse economiche e finanziarie pubbliche.

L'articolo 2, quarto comma, deve essere, pertanto, inteso nel senso che i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e sostenibili, in coerenza con gli obiettivi programmatici e le risorse stanziare dall'ente pubblico.

Sulla base del complesso delle norme che disciplinano il sistema sociale integrato, non c'è pertanto automatismo fra l'effettività del diritto di scelta e l'accreditamento. Siamo in presenza, invece, di un procedimento complesso che si articola in diverse fasi:

- accreditamento istituzionale che opera la selezione dei fornitori sulla base dei requisiti che li garantisce come idonei e perciò potenzialmente in grado di garantire le prestazioni assistenziali;
- raccordo con gli strumenti di programmazione, che può avvenire sia attraverso lo strumento del voucher (in questo caso la programmazione dell'ente pubblico è puramente economica), sia attraverso la stipula di appositi accordi, preceduti dall'esperimento di procedure selettive "ad evidenza pubblica" (in questa ipotesi, che nella prassi è e continuerà ad essere la più frequente, la programmazione condiziona direttamente l'offerta di servizi)
- esercizio della libertà di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili

Tale ricostruzione è confermata anche nel Piano Sociale Integrato Regionale 2007/2010 in cui si legge che: *“L’accreditamento consiste nel riconoscimento pubblico del possesso di ulteriori requisiti di qualità rispetto a quelli autorizzativi ed è titolo necessario per l’erogazione dei servizi da parte e per conto degli enti pubblici competenti, nel rispetto degli obiettivi della programmazione regionale e locale...Potrà essere individuato l’utilizzo di “buoni servizio” quali strumenti di accesso al sistema dei servizi e strutture accreditate e le indicazioni tariffarie di riferimento per gli enti locali titolari delle funzioni amministrative e gestionali dei servizi”* (paragrafo 2.3.3 pag.30).

### **I sistemi di affidamento dei servizi sociali e socio-sanitari**

Come abbiamo già visto, qualora i comuni ricorrano all’utilizzo dei titoli di acquisto, un problema di affidamento di servizi non si pone, perché il rapporto corre direttamente tra utente e soggetto erogatore. Ma a parte alcune, ben definite, tipologie di servizio, in cui il voucher potrebbe rivelarsi addirittura l’unico strumento praticabile (si pensi al fenomeno, in continua crescita delle c.d. badanti), i comuni e le società della salute, analogamente a quanto avviene in sanità dovranno ricorrere ad accordi con gli erogatori privati. In questo caso però la mancanza di disposizioni legislative ad hoc, come quelle degli articoli 8 quater e 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 (a proposito dei quali la giurisprudenza amministrativa ha parlato anche di “concessioni ex lege”) da una parte e la limitatezza delle risorse disponibili (che obbligano l’ente pubblico ad una selezione molto incisiva “a monte”) dall’altra, impongono a comuni e società della salute di utilizzare gli strumenti previsti dalla normativa vigente per l’affidamento dei servizi a soggetti terzi (concessioni e/o appalti di servizi). A questo proposito, però, occorre subito precisare che anche negli ambiti non disciplinati analiticamente dal c.d. codice dei contratti (i servizi sociali e sanitari rientrano fra quelli compresi nell’allegato II B del d.lgs. 163/2006), trovano applicazione, oltre alle disposizioni specifiche richiamate dall’art.20, alcuni principi comunitari fondamentali come quelli di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, espressamente richiamati dall’art.2 codice. Questo comporta l’inapplicabilità di quelle disposizioni normative nazionali (DPCM 31 marzo 2001) e regionali (art.12 della l.r.87/1997 sulle cooperative sociali) che consentivano gare riservate o affidamenti diretti con l’unica eccezione dei servizi effettivamente privi di rilevanza economica, ovvero di servizi svolti a fini esclusivamente solidaristici (non remunerati o remunerati solo con un effettivo rimborso spese) per i quali continua ad essere applicabile l’art.13 della l.r. 26.4.1993, n.28 “Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici. Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato”. A parte casi di questo genere, che sono abbastanza limitati, i comuni e/o le società della salute dovranno, pertanto procedere all’affidamento dei servizi, mediante procedure ad evidenza pubblica. Quanto alla disciplina applicabile, saranno in larga parte le stazioni appaltanti, a doverla definire attraverso propri regolamenti, nel rispetto del principio cardine della par condicio e delle (poche) indicazioni presenti nella legislazione vigente. Allo stato attuale, infatti, ci sono solo l’atto di indirizzo e coordinamento del 31 marzo 2001, cui rinvia l’art.19 della l.r. 41/2005 e la direttiva regionale, approvata con DCR 199/2000, due provvedimenti, in parte superati dai richiamati principi comunitari. Rimangono certamente valide e attuali però, alcune indicazioni di massima, come quella di escludere il sistema del massimo ribasso (divieto sancito anche dal primo comma del citato art.19) e di utilizzare il criterio dell’offerta più vantaggiosa.

### **Gli “oggetti” dell’accredimento (strutture e servizi)**

L’art.25 della l.r.24.2.2005, n.41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) individua due tipologie di “oggetti” da accreditare: le strutture residenziali e semi-residenziali da una parte ed i servizi alla persona dall’altra.

#### Accreditamento delle strutture

Per quanto riguarda le strutture, il discorso è abbastanza semplice: per sapere se una struttura deve essere accreditata, basta verificare se rientra nell’elenco delle strutture contenuto nell’art.21 della l.r.41/2005, cui l’art.4, comma 1 della l.r.82/2009 rinvia. In caso di riscontro positivo, la struttura deve essere accreditata; se invece, la struttura non rientra nell’elenco, non deve essere accreditata (neppure come servizio). Le **tipologie di strutture** oggetto di accreditamento sono, in forza delle disposizioni di legge appena richiamate, le seguenti:

- Struttura residenziale per persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria Assistenziale)
- Struttura residenziale per persone disabili gravi con attestazione di gravità (Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili)
- Struttura residenziale a carattere comunitario per persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale
- Struttura residenziale a carattere comunitario per persone adulte disabili prevalentemente non in situazione di gravità (Comunità Alloggio Protetta)
- Struttura residenziale per l'accoglienza e il trattamento di persone dipendenti da sostanze da abuso
- Centro di pronta accoglienza per minori
- Casa di accoglienza e gruppo appartamento per minori
- Comunità familiare e Comunità a dimensione familiare
- Gruppo appartamento per adolescenti e giovani
- Struttura semiresidenziale per persone anziane
- Struttura semiresidenziale per persone disabili
- Struttura semiresidenziale per minori.

**Non rientrano invece, fra le strutture da accreditare (e neppure tra i servizi) quelle che l’art.22 della l.r. 41/2005 sottopone al (solo) obbligo di comunicazione di avvio di attività (DIA).**

#### Accreditamento dei servizi

Per quanto riguarda i servizi (cfr art.7 s.s. della l.r.82/2009), prima di addentarsi in merito al nodo più problematico, quello della individuazione degli “altri servizi alla persona”, è opportuno chiarire preliminarmente due punti, dai quali sono nati non pochi equivoci e che rischiano di far proliferare il numero degli accreditamenti. Il primo riguarda il concetto stesso di servizio, che in quanto complesso di attività (materiali) destinate ad uno scopo, non può essere confuso né con il progetto, (che può averne rappresentato l’origine) né con la singola prestazione (che del servizio rappresenta solo un elemento). Il secondo riguarda il nesso inscindibile fra servizio e soggetto (associazione o ente che sia) che lo eroga (cfr commi 1 e 2 dell’art.7 ), per cui il servizio che si accredita è sempre il servizio erogato in concreto da qualcuno (altrimenti non si saprebbe neppure a chi riferire i requisiti previsti dall’allegato C del DPGR 3.3.2010, n.29/R).

Per venire alla questione “centrale”, invece (cfr art.7 s.s. della l.r.82/2009), non è certo facile delimitare, a priori, i confini della nozione di “servizi alla persona”. L’art.1, comma 2 della l.r.82/2009 vi fa rientrare *“il complesso dei servizi tesi a garantire l’uguaglianza rispetto a differenti stati di bisogno, la valorizzazione delle capacità e delle risorse personali, nonché il sostegno alla autonomia dei soggetti permanentemente o temporaneamente non autosufficienti o comunque in situazioni di disagio, anche in relazione alla fruizione dei servizi stessi.”* Si tratta, com’è noto, di un concetto dai contorni assai sfumati, che lo stesso legislatore nazionale ha sempre preferito definire “in negativo”, (ovverosia attraverso la definizione di quello che “non” è ) una volta richiamando il limite della previdenza (si pensi all’art.22 del DPR 24.7.1977, n. 616), una volta quelli della previdenza, della sanità e dell’amministrazione della giustizia (cfr art.128 del d.lgs.112/1998). La definizione contenuta nell’art.128 del c.d. decreto Bassanini, espressamente richiamata dall’art.1 della l. 328/2000 (*per «servizi sociali» si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia*), però, qualche elemento di chiarezza in più rispetto alla vecchia definizione del 1977 (cfr. il citato art.22 del DPR 616/1977) lo offre. Il riferimento alle “situazioni di bisogno e di difficoltà” in cui la persona può trovarsi nel corso della sua vita (e che i servizi hanno il compito di rimuovere), infatti, sembrerebbe escludere dall’ambito dei servizi da accreditare quei servizi di natura ricreativa e/o culturale che sono stati in passato (cfr ad esempio il capo VII “Beni culturali” del titolo III del DPR 616/1977 dedicato ai servizi sociali) ricompresi nell’ambito dei servizi sociali. Ma al di là di questa e poche altre delimitazioni, l’area dei servizi che possono essere ricondotti alla definizione dell’art.128 del d.lgs.112/1998 e dello stesso art. 1, comma 2 della l.r.82/2009 è vastissima e destinata ad ampliarsi ulteriormente con la crescita dei bisogni.

Deve trattarsi, però di servizi che nascono da bisogni reali degli assistiti. Da questo punto vista, si ricorda che l’art.7 della l.r. 24 febbraio 2005 n. 41, prevede quale modalità di accesso al sistema dei servizi sociali integrato, il percorso assistenziale personalizzato (cfr art.7, comma 3 “il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare, in forma coordinata, integrata e programmata, l’accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi, in relazione ai bisogni accertati”) fondato sulla presa in carico unitaria e sulla valutazione complessiva, “multiprofessionale” dei bisogni.

Si ritiene opportuno, infine, fornire alcune precisazioni in merito al c.d. trasporto sociale e all’accredimento degli operatori individuali. Per quanto riguarda il trasporto sociale, si tratta del servizio di trasporto “non sanitario” (che cosa debba intendersi per trasporto sanitario è specificato dall’art.76 ter, comma 1, lettere a, b e c della l.r. 40/2005) destinato a determinate fasce di utenza caratterizzate da particolari condizioni di fragilità o comunque “di bisogno”.

Per quanto riguarda l’accredimento degli operatori individuali, con questa espressione ci si riferisce alla figura dell’assistente individuale/badante. In una logica di sistema a rete, si raccomanda ai comuni, nella definizione del percorso di accreditamento, di coordinare le proprie azioni con tutti i soggetti individuati nel progetto regionale “Sistema integrato di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari” approvato con dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 466 del 31 marzo 2010.

Cordiali saluti,

Il dirigente del settore  
Qualità dei servizi e partecipazione del cittadino

Marco Menchini



Il Responsabile dell’Area di Coordinamento  
“Socio-sanitario regionale”

Andrea Leto

