



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



L'ACCREDITAMENTO SOCIALE INTEGRATO IN TOSCANA

Documenti
ARS Toscana

settembre
2025 **127**



L'ACCREDITAMENTO SOCIALE INTEGRATO IN TOSCANA

Per citare questo volume:

AA.VV. *L'accreditamento sociale integrato in Toscana*, Collini F, Gemmi F (a cura di), Firenze, Agenzia regionale di sanità della Toscana, 2025, Collana dei Documenti ARS, 127, ISSN on-line 1970-3252.

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Fabrizio Gemmi

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498 del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

L'ACCREDITAMENTO SOCIALE INTEGRATO IN TOSCANA

Pubblicazione a cura di

Francesca Collini¹, Fabrizio Gemmi¹

Autori

Chiara Bartolini²

Tommaso Bellandi³

Leonardo Colli²

Francesca Collini¹

Luciana Galeotti²

Eleonora Moretti³

Barbara Trambusti²

Federica Vecchio²

Franco Balli⁴

Svaldo Sensi⁵

Editing, layout e impaginazione

Elena Marchini¹

¹ Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Regione Toscana - Direzione Sanità, welfare e coesione sociale - Settore Integrazione socio-sanitaria

³ Azienda USL Toscana Nord-ovest

⁴ Opera Santa Rita Fondazione ETS - Prato

⁵ RSA Don Alberto Gori - Capannori (LU)

INDICE

PREMESSA	pag. 5
INTRODUZIONE	8
1. LA STORIA: DALLE PREMESSE AI GIORNI NOSTRI	11
2. IL NUOVO MODELLO E LE PRINCIPALI MODIFICHE NORMATIVE	18
3. IL NUOVO SISTEMA PER LE STRUTTURE	25
4. LA VERIFICA DELLE STRUTTURE	35
5. I RISULTATI A QUATTRO ANNI DALL'ULTIMA MODIFICA NORMATIVA	40
6. L'ESPERIENZA DEI MANAGER DELLE STRUTTURE	48
7. LA GESTIONE DEI PROBLEMI EMERSI NELLE STRUTTURE: ALCUNE STRATEGIE	53
8. LE SFIDE PER IL FUTURO	59
CONCLUSIONI	61
RIFERIMENTI NORMATIVI	63

PREMESSA

L'accreditamento sociale integrato non è soltanto un atto tecnico-amministrativo: è lo strumento attraverso cui la Regione Toscana sceglie di tradurre in pratica un principio fondamentale delle proprie politiche sociali e socio-sanitarie: la centralità della persona. Dietro ogni norma, ogni requisito, ogni verifica, ci sono infatti vite reali, famiglie, comunità che chiedono sicurezza, dignità, vicinanza e opportunità di benessere.

Il percorso che ha portato alla definizione del nostro modello di accreditamento è stato costruito nel tempo con il contributo di istituzioni, enti gestori, operatori, associazioni e rappresentanze sociali. È un percorso che guarda lontano: non semplicemente a garantire standard minimi di qualità, ma a favorire un miglioramento continuo dei servizi, un'attenzione concreta alla persona e alla sua storia di vita.

All'interno delle politiche regionali, l'accreditamento trova oggi un solido collocamento. Per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, la Regione ha avviato un processo di profonda revisione del modello delle RSA, attraverso la programmazione dei servizi socio-sanitari prevista dalla recente [legge regionale 6 febbraio 2024, n. 2](#) (*"Disposizioni in materia di verifica di compatibilità per le strutture residenziali e semiresidenziali ai sensi dell'articolo 8-ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992"*), accompagnata da un importante impegno finanziario. Sono state assegnate maggiori risorse alle Aziende sanitarie per garantire massima copertura al bisogno, con un monitoraggio attento della spesa e una revisione delle quote sanitarie, in stretta connessione con il Patto sul welfare.

Sul fronte della disabilità, abbiamo adottato atti fondamentali per rafforzare la presa in carico integrata e la progettazione di vita, lavorando in collaborazione con i gestori delle strutture, le associazioni e i sindacati. Sono stati rivisti i sistemi tariffari e si è consolidato, anche in termini strutturali, il percorso del "Dopo di noi", con l'apertura e il sostegno di appartamenti dedicati, capaci di garantire autonomia e inclusione sociale.

Infine, per quanto riguarda i minori, l'accreditamento si pone come strumento di garanzia per la qualità dei percorsi educativi e di tutela, in un quadro che richiede sempre più attenzione, delicatezza e responsabilità da parte delle istituzioni.

Questa pubblicazione raccoglie e restituisce il senso di questo cammino collettivo. Ci mostra come la qualità dei servizi non nasca solo da regole e controlli, ma dal dialogo costante tra chi governa, chi gestisce e chi vive quotidianamente i servizi stessi.

Desidero ringraziare con gratitudine tutti coloro che, a vario titolo, hanno contribuito e continuano a contribuire a questa trasformazione: amministratori locali, professionisti, operatori, famiglie e associazioni. È solo attraverso una rete coesa e partecipe che possiamo rendere più forte e umano il nostro sistema sociale e socio-sanitario integrato, capace di accompagnare ogni cittadino toscano nei momenti di fragilità e di costruire comunità più giuste e inclusive.

Serena Spinelli
Assessora alle Politiche sociali e per l'integrazione socio-sanitaria
Regione Toscana

La riforma del sistema di accreditamento per le strutture e i servizi socio-sanitari ha richiesto un ampio lavoro di modifica normativa e documentale. L'obiettivo era creare un sistema più agile, capace di rispondere rapidamente alle esigenze di una rete di offerta diversificata, che include enti pubblici, privati, organizzazioni non-profit e professionisti individuali.

Il tutto è stato finalizzato a un obiettivo primario: garantire ai cittadini l'accesso a servizi di qualità, centrati sulla persona e facilmente accessibili. Per raggiungere tale scopo, è stato necessario ridefinire le responsabilità, suddividendole tra il livello regionale, le Aziende sanitarie territoriali e i Comuni.

Una spinta verso una maggiore sicurezza delle cure e una gestione più trasparente del rischio clinico, elementi centrali della [legge 8 marzo 2017, n. 24](#) (*"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*), ha ulteriormente rafforzato questa evoluzione. In questo contesto, la legge ha posto l'accento sulla prevenzione del rischio clinico, promuovendo una cultura della sicurezza che è diventata parte integrante del processo di accreditamento.

Questo documento, a cura dell'Agenzia regionale di sanità, descrive l'evoluzione normativa che ha permesso l'attivazione del nuovo sistema di accreditamento e presenta i primi risultati, in termini di risposta dei quasi ottocento soggetti erogatori che operano sul territorio regionale. Il testo è stato redatto grazie al contributo del personale del Settore Integrazione socio-sanitaria e di vari attori del sistema di accreditamento, tra cui rappresentanti della Commissione Qualità e sicurezza, del Gruppo tecnico di valutazione e del management delle strutture.

La fotografia che emerge mostra un sistema pienamente operativo, in grado di supportare la crescita complessiva della rete dei servizi. Il modello adottato prevede requisiti e indicatori diversificati per le varie tipologie di strutture, come quelle per anziani, disabili e minori.

Come ogni sistema complesso, l'accreditamento sociale integrato richiede una costante manutenzione e un continuo aggiornamento dei requisiti e degli indicatori sulla base dei risultati delle verifiche e dei feedback riportati dai team di valutazione. Questi team agiscono come un'interfaccia attiva tra il sistema regionale e la rete degli erogatori. La loro capacità di interagire in modo costruttivo con i vari stakeholder ha contribuito allo sviluppo di un management più consapevole e dinamico, oltre che alla promozione di servizi che pongono al centro il rispetto della persona assistita.

Federico Gelli
Direttore Sanità, welfare e coesione sociale - Regione Toscana
commissario ARS Toscana

INTRODUZIONE

di Barbara Trambusti

L'istituto dell'accreditamento contribuisce a delineare le politiche di welfare regionali insieme alle altre azioni di sistema che le Regioni hanno messo in atto dopo l'approvazione della [legge 8 novembre 2000, n. 328](#) (*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*). L'accreditamento, infatti, orienta il sistema di produzione ed erogazione dei servizi e regola il mercato dell'offerta, crea meccanismi diversi di concorrenza, incide quindi sul grado di soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini, sull'esigibilità dei diritti, sulle condizioni di equità di accesso, sulla qualità delle prestazioni.

Le regole dell'accreditamento intervengono nella delicata relazione tra pubblica amministrazione, soggetti produttori di servizi e cittadini, quindi nella parte più esposta del processo di costruzione dei sistemi di welfare regionali e locali, quella dell'incontro fra domanda e offerta di prestazioni e servizi che determina ricadute sulla qualità delle risposte alle persone.

In Toscana, l'istituto dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento istituzionale sono stati definiti dalla [legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41](#) (*"Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"*) che, nel disegnare l'insieme di azioni necessarie ad assicurare il diritto al benessere ed all'inclusione sociale dei cittadini, ha inteso dotare il sistema di strumenti di garanzia di qualità. Successivamente, la [legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82](#) (*"Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato"*) si è prefissata l'obiettivo strategico di realizzare un accreditamento orientato alla promozione di un processo in cui le esigenze, i bisogni e le aspettative dei cittadini vengono attentamente considerate e i servizi vengono valutati sulla base del loro impatto sulla qualità della vita e sul benessere della comunità. L'orientamento alla soddisfazione dei bisogni contribuisce a rendere maggiormente esigibili i diritti dei cittadini, in primis il diritto alla salute, nonché a raggiungere un livello di omogeneità di attuazione sul territorio e quindi a creare condizioni di equità sociale e uniformità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

In quest'ottica, l'istituto dell'accreditamento rappresenta un incentivo allo sviluppo di percorsi di qualità, caratterizzati da attenzione alla persona e alla progettazione individualizzata.

Su queste basi, la Regione Toscana ha promosso e attuato un percorso di profonda revisione del proprio modello di accreditamento con nuovi strumenti normativi, come

il [decreto del Presidente della Giunta regionale 11 agosto 2020, n. 86/R](#) (*"Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato"*). Si è inteso in tal modo sostenere una sempre maggiore qualificazione dell'offerta, favorendo meccanismi di innovazione e di miglioramento continuativo dei servizi del sistema sociale integrato rivolti ai cittadini, che sono l'obiettivo principale delle politiche di welfare regionale.

Questa pubblicazione si colloca in un momento cruciale per il consolidamento e lo sviluppo del sistema di qualità che è stato immaginato e avviato e contribuisce a ricostruire e far conoscere quelle che sono state le direttrici del cambiamento utili a proseguire il cammino in maniera integrata e partecipata.

Ringrazio tutta la squadra che negli anni ha contribuito alla realizzazione di tutto questo: Luciana Galeotti, Eleonora Moretti, Tommaso Bellandi, Antonella Rosa, Francesca Collini, Barbara Giachi, Franca Menconi, Leonardo Colli, Federica Vecchio.



CAPITOLO 1

LA STORIA: DALLE PREMESSE AI GIORNI NOSTRI

1. LA STORIA: DALLE PREMESSE AI GIORNI NOSTRI

di Luciana Galeotti

Uno dei principi cardine della [legge 8 novembre 2000, n. 328](#) (*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*) è costituito dalla enunciazione secondo la quale, per realizzare i servizi sociali in modo unitario e integrato, gli enti locali, le Regioni e lo Stato, ognuno nell'ambito delle rispettive competenze, sono tenuti a programmare gli interventi e a reperire le risorse a tali fini necessarie. Questo deve avvenire in modo coordinato con gli interventi sanitari, dell'istruzione nonché con le politiche attive del lavoro e, grossa novità, anche con il coinvolgimento del Terzo settore.

Nel percorso prefigurato, ai Comuni (v. articolo 6, comma 2, lettera c) spettano le funzioni di "autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica", mentre alle Regioni (v. articolo 8, comma 3, lettera f) spetta la "definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica".

Inoltre, con la [legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3](#) (*"Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"*) l'assetto dei rapporti tra Stato, Regioni ed Enti locali è stato modificato sostanzialmente, spostando il baricentro dallo Stato alle Regioni, rafforzando il principio dell'approccio integrato e partecipativo nell'attuazione delle politiche del sistema integrato, pur mantenendo un ruolo centrale dello Stato, che deve definire i livelli essenziali delle prestazioni.

In tale mutato quadro normativo, la Regione Toscana ha approvato [la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41](#) (*"Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"*), disciplinando entrambe le funzioni comunali: sia l'autorizzazione, con successivo regolamento regionale per l'individuazione dei requisiti minimi, sia l'accreditamento istituzionale, con la specifica legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 (*"Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato"*).

Tuttavia la Regione Toscana, a partire dagli anni '80, aveva adottato forme di autorizzazione per tutte le strutture, in particolare quelle sociali dedicate alla tutela dei bambini e delle bambine, in gran parte ricomprese nell'art. 21 della [l.r. 41/2005](#).

Con il [decreto del Presidente della Giunta regionale 26 marzo 2008, n. 15/R](#) (*"Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41"*) sono stati così normati i requisiti minimi strutturali, organizzativi e di personale delle strutture previste dall'art 21 della [l.r. 41/2005](#) per ottenere l'autorizzazione al funzionamento, in analogia al sistema sanitario. L'autorizzazione di una struttura costituisce il provvedimento mediante il quale una pubblica amministrazione, in funzione preventiva, consente l'esercizio di un'attività inerente un diritto soggettivo o una potestà pubblica. Il legislatore regionale è intervenuto con norme di salvaguardia, in continuità con le disposizioni esistenti, permettendo il mantenimento delle autorizzazioni già erogate in forma definitiva e prevedendo la possibilità di terminare i procedimenti in corso. Nel regolamento si definivano la composizione e la funzione della Commissione multidisciplinare (CM) delle Aziende sanitarie territoriali (v. art. 20, comma 3). Il Comune stabiliva e stabilisce tutt'ora le regole di funzionamento della commissione, assicurando la tutela di tutti coloro che sono accolti in struttura.

La stessa [l.r. 41/2005](#), all'articolo 25, rinvia la disciplina dell'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi alla persona ad una successiva legge. Tale disposizione è stata attuata attraverso la [l.r. 82/2009](#). L'accREDITAMENTO riguarda le strutture autorizzate ed i servizi, quali:

- assistenza domiciliare erogata da organizzazioni per attività socio assistenziale
- assistenza domiciliare erogata da organizzazioni per attività socio sanitaria per non autosufficienti
- assistenza domiciliare erogata da organizzazioni per attività socio educativa
- assistenza domiciliare erogata da operatori individuali – assistente familiare (badante)
- altri servizi alla persona.

Così nel 2009 è stata approvata la prima legge sull'accREDITAMENTO del sistema sociale integrato, e nel 2010 il relativo regolamento di attuazione, il [decreto del Presidente della Giunta regionale 3 marzo 2010, n. 29/R](#) (*"Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82"*), contenente i requisiti generali e specifici distinti per tipologia di servizi, le modalità per la concessione, gestione ed erogazione dei titoli di acquisto, gli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti e infine le modalità attuative dei processi informativi. Per titolo di acquisto si intende il documento rilasciato all'assistito dai servizi socio-sanitari territoriali competenti, nel quale sono indicati il corrispettivo sanitario (quota sanitaria) e sociale (quota sociale o alberghiera).

Il percorso dell'accREDITAMENTO istituzionale è oggi articolato secondo il cosiddetto modello delle "3A":

- autorizzazione al funzionamento, requisito preliminare e indispensabile per poter richiedere l'Accreditamento istituzionale;
- accreditamento istituzionale, che consente alla struttura di operare in nome e per conto del servizio pubblico;
- accordo contrattuale, che è un atto di diritto pubblico che regola il rapporto tra la struttura privata accreditata e la pubblica amministrazione, definendo modalità, quantità e condizioni per l'erogazione dei servizi.

La [l.r. 82/2009](#) è stata modificata dal 2017 per migliorare la qualità del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni e l'adeguatezza alla soddisfazione dei bisogni delle persone. La prima stesura della legge aveva già evidenziato limiti del sistema di accreditamento. Ad esempio, la check list dei requisiti generali costituiva un elenco di *items* generici uguali per tutte le tipologie di struttura, da quelle per minori a quelle per persone non autosufficienti e una non perfetta coerenza tra indicatori e requisiti. La competenza dell'istituto era stata posta in capo ai Comuni con commistioni tra l'organo di verifica e controllo e la CM preposta all'autorizzazione. La legge presentava anche nodi critici rispetto ai principi di trasparenza amministrativa e terzietà tra organismi preposti al percorso di controllo autorizzativo e di accreditamento.

Nel novembre del 2013, la Regione ha dato avvio ad un tavolo istituzionale per la semplificazione dei requisiti ed indicatori della [l.r. 82/2009](#), con la finalità di rendere questi strumenti più appropriati per tutte le strutture, soprattutto per quelle per minori e quelle per anziani non autosufficienti, avvicinando quest'ultime ai processi già attivi in ambito sanitario - v. [legge regionale 5 agosto 2009, n. 51](#) (*"Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento"*). I lavori sono stati condotti con il più ampio coinvolgimento degli stakeholder interessati - Comuni, ANCI, Servizi del territorio, gestori dei Servizi - con il supporto tecnico dell'Agenzia regionale di Sanità (ARS), del laboratorio Management & Sanità (MeS) della Scuola superiore Sant'Anna e dell'Istituto degli Innocenti, in modo da concretizzare il principio in materia di tutela della salute contenuto nell'art. 8-bis, comma 3, del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) (*"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*), in base al quale le strutture socio-sanitarie devono essere assoggettate allo stesso regime di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali delle strutture sanitarie.

In particolare le strutture come quelle dedicate ai minorenni, orientate fin qui alle pratiche connesse ai delicati adempimenti strettamente legati agli obblighi di accoglienza, tutela e protezione, hanno saputo rispondere positivamente alla sfida. Hanno dimostrato capacità di adattamento e volontà di adeguarsi agli standard richiesti confrontandosi con indicatori quantitativi e qualitativi a servizio della promozione del benessere del minorenne stesso.

Il modello di accreditamento proposto, che per molti versi si ispira a quello in uso nel sistema sanitario, si caratterizza per una particolare attenzione alla qualità dei servizi, sia residenziali che semiresidenziali, promuovendo un approccio sempre più orientato alla trasparenza, valutazione e miglioramento continuo. Il tema delle buone pratiche, già consolidato anche in molte strutture sociali per minorenni, ha favorito un percorso di omogeneizzazione e qualificazione dell'offerta, rafforzando la capacità delle comunità di accoglienza di integrare dimensione educativa, relazionale e di protezione.

Gli aspetti salienti della modifica del testo legislativo hanno riguardato il ruolo di governo assunto dalla Regione all'interno del processo di accreditamento, in quanto le strutture sono accreditate attraverso un provvedimento della Giunta regionale, che si avvale dei controlli del Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV) per le strutture del sistema sociale integrato, che rientra nell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA), insieme all'istituzione di una sezione dedicata all'accREDITAMENTO del sistema sociale integrato all'interno della Commissione Qualità e sicurezza, prevista dalla [l.r. 51/2009](#).

Sempre allo scopo di uniformare i due sistemi, viene introdotta la stipula di accordi contrattuali con le strutture (articolo 2 della [l.r. 82/2009](#)).

L'introduzione degli accordi contrattuali apre scenari complessi, poiché risulta progressivamente più difficile far convergere esigenze come quella di un'offerta di qualità, appropriata e sicura e un numero crescente di utenti, rispetto a una disponibilità di risorse sempre più contenuta.

Per garantire la libera scelta dell'utente, limitatamente al modulo base delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), la Regione si avvale di strumenti come il [Portale delle RSA](#) della Toscana e della [deliberazione della Giunta regionale 11 ottobre 2016, n. 995](#) (*"Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della d.g.r. 398/2015"*).

Nel 2018 è stato abrogato il regolamento di attuazione dell'articolo 62 della [l.r. 41/2005](#), vale a dire il [d.p.g.r. 15/R/2008](#), e approvato il nuovo decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R (*"Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41"*) nel quale è stato aggiornato l'istituto dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali previste dall'articolo 21 della [l.r. 41/2005](#).

Le modifiche più rilevanti erano relative a:

- portare all'interno del sistema anche le strutture autorizzate antecedentemente al regolamento, al fine di ridurre così il divario che si era creato, richiedendo

anche alle strutture già autorizzate di effettuare significativi adeguamenti strutturali;

- prendere atto delle richieste avanzate dal territorio, a fronte dell'esigenza di fornire servizi sempre più specializzati visti i bisogni crescenti e diversificati.

Inoltre, è stata introdotta una differenziazione nell'applicazione del regolamento a seconda che si trattasse di:

1. strutture di nuova istituzione;
2. strutture già operanti che intendono trasferirsi in altra sede ovvero modificare la tipologia di servizio erogato, che, per il tipo di cambiamenti da apportare, devono richiedere nuova autorizzazione;
3. strutture già operanti che intendono incrementare il numero di posti letto ovvero modificare la destinazione d'uso di locali o spazi, che, dato che si tratta di cambiamenti di minore entità, sono tenuti ad integrare l'autorizzazione già in loro possesso, limitatamente a quanto modificato, ma devono comunque adeguarsi ai requisiti organizzativi e professionali previsti dal regolamento;
4. strutture già operanti che non intendono effettuare alcun cambiamento, che, per mantenere l'autorizzazione già in loro possesso, devono adeguarsi ai requisiti organizzativi e professionali previsti dal regolamento.

Mentre nell'autorizzazione al funzionamento è la CM a svolgere la funzione di controllo per conto del Comune, per quanto riguarda l'istituto dell'accreditamento, nell'ottica di garantire la trasparenza dell'azione amministrativa e di realizzare una maggiore economicità nella gestione, è stato istituito il GTRV per le strutture del sistema sociale integrato, di cui si avvale la Giunta regionale per i controlli sulle strutture e la cui composizione, insieme al funzionamento, sono disciplinati dal regolamento di attuazione della [l.r. 82/2009](#) e dal [decreto del Presidente della Giunta regionale 11 agosto 2020, n. 86/R](#) (*"Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato"*).

La nuova procedura risponde alla necessità di uniformare i due percorsi di accreditamento, sanitario e per le strutture socio-sanitarie, fino a questo punto nettamente separati, gradualmente ricondotti ad un unico sistema. Il nuovo sistema di accreditamento individua in modo sistematico gli erogatori dei servizi assistenziali, accertando nel contempo la loro capacità a soddisfare determinati livelli di assistenza. Garantisce inoltre la qualità dell'offerta e l'appropriatezza nell'uso delle risorse, nelle modalità di accesso alla rete dei servizi pubblici, e assicura il mantenimento nel tempo dei requisiti richiesti, puntando al miglioramento continuo della qualità, auto promossa dagli stessi soggetti fornitori.

Il sistema attuale prevede che le strutture siano autorizzate dal Comune e accreditate dalla Regione, mentre i servizi sono soggetti ad accreditamento da parte del Comune, secondo standard esclusivamente qualitativi. Il Comune istituisce un elenco dei fornitori dei servizi accreditati, tra i quali rientrano anche le attività erogate da operatori individuali, in possesso di specifici requisiti professionali previsti dalla normativa.

L'ultima modifica alla l.r. 82/2009, vale a dire la [legge regionale 29 novembre 2023, n. 45](#) (*Riordino del sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato. Modifiche alla l.r. 82/2009*), contempla l'ampliamento delle finalità della pubblicità e diffusione degli elenchi di erogatori dei servizi, prevedendo che quelli degli operatori individuali costituiscano uno strumento di supporto all'incontro tra domanda e offerta di assistenza familiare, rendendoli disponibili ai soggetti interessati (come famiglie e caregiver), con l'obiettivo di facilitare l'accesso a prestazioni qualificate e regolari.

A differenza delle strutture residenziali e semiresidenziali, i servizi di assistenza domiciliare e gli altri servizi alla persona accreditabili rimangono di competenza dei Comuni. Questo perché sono maggiormente soggetti a aggiornamenti ed evoluzioni dell'offerta. Questi servizi rappresentano un esempio tipico di strumenti di sussidiarietà orizzontale, il che sottolinea ulteriormente l'importanza che il processo di accreditamento resti affidato ai Comuni, enti pubblici di prossimità e in grado di cogliere e rispondere alle necessità dei territori e dei destinatari.

Questa specificità dei servizi alla persona comporta un processo di revisione e confronto continuo tra Comuni e Regione, volto a garantire un miglioramento costante della qualità dell'offerta, rendendola sempre più aderente alle esigenze dei cittadini e capace di rispondere efficacemente alle loro necessità in continua evoluzione.

In questo contesto, l'istituto dell'accREDITAMENTO, come evidenziato, rappresenta uno strumento fondamentale all'interno del mercato sociale, promuovendo un adeguamento del percorso di accoglienza e del sistema sociale integrato. Affinché possa generare risposte realmente efficaci, è tuttavia essenziale che sia adeguatamente conosciuto e compreso da tutti gli attori coinvolti, e non percepito come un mero adempimento burocratico, bensì come un'opportunità concreta per il perseguimento di obiettivi di qualità chiari, condivisi e suscettibili di essere definiti e aggiornati nel tempo.



CAPITOLO 2

IL NUOVO MODELLO E LE PRINCIPALI MODIFICHE NORMATIVE

2. IL NUOVO MODELLO E LE PRINCIPALI MODIFICHE NORMATIVE

di Eleonora Moretti

La prima legge della Regione Toscana in tema di accreditamento del sistema sociale integrato è la [legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82](#) (*"Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato"*).

È una norma profondamente innovativa, che introduce formalmente i principi dei sistemi di gestione per la qualità, attraverso l'istituto dell'accREDITamento, al fine della promozione di un miglioramento continuo delle prestazioni erogate e della garanzia di un maggior livello di esigibilità dei diritti dei cittadini.

La disciplina dell'istituto dell'accREDITamento in oggetto era originariamente basata su due atti normativi:

- la [l.r. 82/2009](#) (*"AccREDITamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato"*);
- il regolamento di attuazione, approvato con d.p.g.r. 29/R/2010.

Ad oggi, tale istituto risulta regolamentato attraverso tre atti normativi:

- la [l.r. 82/2009](#) *"AccREDITamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato"*;
- il [d.p.g.r. 86/R/2020](#), che è il nuovo Regolamento di attuazione della l.r. 82/2009;
- la [deliberazione della Giunta regionale 15 marzo 2021, n. 245](#) (*"Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accREDITamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"*).

Con la [d.g.r. 245/2021](#) si è completato il nuovo quadro normativo regionale di riferimento per l'accREDITamento del sistema sociale integrato. A far data dall'approvazione di questa deliberazione di Giunta regionale è stato abrogato il Regolamento di attuazione approvato con [d.p.g.r. 29/R/2010](#).

Qui di seguito le principali modifiche alla disciplina normativa della [l.r. 82/2009](#) introdotte fino ad oggi, che vanno di fatto a promuovere un modello di accREDITamento per il sistema sociale integrato regionale, volto al perseguimento di più elevati livelli di performance di qualità erogata.

Fra gli articoli che sono stati oggetto di modifiche, va innanzitutto menzionato l'articolo 2 della [l.r. 82/2009](#), a cui è stato introdotto il comma 3 bis, che sancisce come l'accreditamento costituisca condizione preliminare e necessaria per la stipula di accordi contrattuali con i soggetti pubblici e privati del sistema sociale integrato, compatibilmente con le risorse disponibili. L'accreditamento costituisce quindi il presupposto per la stipula di accordi che regolamentano il rapporto tra la struttura/servizio accreditato e l'ente pubblico.

Il vigente articolo 3 disciplina come l'accreditamento si basi su un sistema di requisiti generali, contenuti nel regolamento di attuazione, e su un sistema di requisiti specifici e di indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, definiti con deliberazione di Giunta regionale. Viene quindi introdotta la deliberazione di Giunta regionale, come nuovo ed ulteriore strumento normativo, rispetto alla disciplina originaria della norma.

I requisiti per l'accreditamento attengono all'intero processo di produzione, erogazione e fruizione dei servizi e sono volti a promuovere la capacità di piena promozione dei diritti di cittadinanza delle persone e l'apporto delle comunità di riferimento in termini di solidarietà, coesione e qualità della vita.

Il capo II della [l.r. 82/2009](#), dedicato alla disciplina dell'accreditamento delle strutture, è stato oggetto delle più consistenti modifiche, rispetto al testo originario del 2009.

In particolare, costituiscono novità:

- che sia la Giunta regionale il soggetto titolato a ricevere e gestire le istanze di accreditamento. Si tratta di un cambio della governance dell'accreditamento per le strutture soggette ad autorizzazione (ex art. 21 [l.r. 41/2005](#)), che dal Comune passa alla Giunta regionale;
- che i requisiti generali di accreditamento siano distinti per tipologia di struttura. Nel sistema normativo originario era presente un'unica check list di requisiti generali, comune per le strutture residenziali e semiresidenziali. L'aggiornamento normativo ha introdotto maggior specificità, al fine della promozione di livelli maggiori di aderenza dei requisiti alle caratteristiche processuali peculiari per ogni tipologia di struttura;
- l'introduzione della durata dell'accreditamento, pari a 5 anni, che decorrono dalla data di presentazione dell'istanza;
- che la Giunta regionale, in caso di eventuali irregolarità riscontrate relative all'autorizzazione, provveda alla segnalazione al Comune competente per territorio, affinché quest'ultimo proceda ad effettuare le opportune verifiche. Questa modifica normativa è importante, visto il collegamento dell'istituto

dell'autorizzazione con quello dell'accREDITamento, nel senso che il primo è condizione necessaria per il funzionamento della struttura, ma costituisce anche il presupposto per il corretto rilascio dell'accREDITamento;

- la trasmissione alla Giunta regionale, e non più al Comune, della documentazione relativa agli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- gli indicatori a cui è associato uno standard e il cui controllo non si sostanzia più nel solo accertamento dell'avvenuta trasmissione da parte delle strutture accreditate della check list di verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Gli indicatori, quali strumenti di misurazione, acquisiscono nel processo di accREDITamento un valore strategico, a garanzia dei livelli di qualità delle prestazioni erogate; sono correlati ai requisiti ed individuati partendo dall'analisi dei fattori di qualità. Ad ogni indicatore è associato uno standard da raggiungere, che attraverso il sistema di monitoraggio permette di individuare eventuali scostamenti e di implementare, di conseguenza, azioni correttive in itinere. Gli indicatori permettono comparabilità dei valori monitorati nel tempo e nello spazio, al fine di promuovere valutazioni volte ad attivare processi di miglioramento;
- l'introduzione dell'istituto della decadenza dell'accREDITamento, qualora la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti non sia effettuata da parte della struttura, entro un anno dall'accREDITamento e successivamente con periodicità annuale e qualora la struttura non sia in grado di effettuare la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti a causa di inattività protrattasi per un anno. Nel testo originario della norma, la decadenza era unicamente prevista come conseguenza del venir meno del provvedimento di autorizzazione, fattispecie questa che, ovviamente, permane anche nel testo aggiornato della legge;
- la titolarità della Giunta regionale, e non più del Comune, ad effettuare i controlli sulle strutture accreditate, avvalendosi del Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV) e non più della Commissione multidisciplinare (CM). Un gruppo tecnico regionale, organizzato in sottogruppi costituiti da tre componenti, che opera in ottemperanza ad un proprio regolamento interno di funzionamento, al fine di garantire un sistema di controllo che promuova anche uniformità operativa a livello dell'intero territorio regionale;
- i controlli sulle strutture accreditate che sono a campione entro un anno dalla trasmissione della documentazione relativa alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti e, successivamente, ogni anno, e che sono a campione anche nel caso di rinnovo dell'accREDITamento;
- che sia la Giunta regionale, in caso di esito negativo del controllo, a stabilire un termine per l'adeguamento e che, in caso di mancato adeguamento entro

il termine stabilito, proceda ad inviare formale sollecito e, qualora non sia data risposta nei termini stabiliti dal sollecito stesso, proceda alla revoca dell'accreditamento, che non potrà essere concesso nuovamente prima di sei mesi. Il testo originario prevedeva che, in caso di mancato adeguamento, il Comune revocasse l'accreditamento con provvedimento motivato, ammettendo così di fatto, che l'accreditamento potesse venir chiesto nuovamente, anche subito dopo la revoca. La norma, così modificata, introduce un elemento valoriale di garanzia di maggior tutela della qualità dei servizi erogati ai cittadini e del diritto alla salute;

- che sia la Giunta regionale e non più il Comune ad istituire l'elenco delle strutture accreditate, prevedendone forme idonee di pubblicità e di aggiornamento.

Le suddette modifiche normative hanno introdotto elementi sostanziali di miglioramento, andando a definire un processo di accreditamento controllato e misurato, grazie al sistema di indicatori e relativi standard, garantendo, altresì, maggior uniformità di attuazione a livello di territorio regionale e maggior partecipazione del cittadino al proprio percorso individualizzato, sviluppando logiche di rete fra soggetti pubblici e del privato sociale e garantendo qualità e sicurezza nell'assistenza.

In un processo di accreditamento, basato sulla presentazione di istanze corredate da apposite dichiarazioni sostitutive, il sistema dei controlli si configura fortemente strategico, al fine della garanzia di soglie di appropriatezza, efficacia ed efficienza, a tutela dei diritti dei cittadini fruitori delle prestazioni.

Il capo III della [l.r. 82/2009](#) è dedicato ai servizi di assistenza domiciliare e agli altri servizi alla persona. La governance dell'accreditamento dei servizi, anche successivamente agli aggiornamenti normativi introdotti in questi anni, è confermata in capo ai Comuni.

Nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare, una specifica disciplina normativa è dedicata all'accreditamento dell'operatore individuale (ove l'unica figura professionale normata è quella dell'assistente familiare).

Le più importanti modifiche introdotte per quanto riguarda l'accreditamento dell'operatore individuale, sono:

- il rilascio dell'accreditamento, che avviene da parte del Comune competente, individuato tenendo conto del domicilio dell'operatore individuale, a far data dalla presentazione della dichiarazione sostitutiva ovvero dalla presentazione della documentazione attestante il possesso dei requisiti di accreditamento,

qualora non sia possibile presentare autocertificazione ai sensi del d.p.r. 445/2000;

- l'abrogazione dell'adempimento normativo relativo alla trasmissione degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- la diffusione degli elenchi degli erogatori dei servizi accreditati da parte del Comune alle istituzioni interessate, anche al fine di promuovere l'incontro fra domanda ed offerta di assistenza da parte degli operatori individuali: significativo in questo caso il collegamento con il progetto regionale denominato *Pronto badante*.

Per l'operatore individuale è presente un'unica check list di requisiti di accreditamento, che non distingue fra generali e specifici, e che ritroviamo declinata all'interno della [d.g.r. 245/2021](#).

La più importante modifica normativa introdotta per quanto riguarda l'accREDITAMENTO dei servizi di assistenza domiciliare (ad eccezione dell'operatore individuale, di cui si è già detto) e degli altri servizi alla persona, è l'inserimento della decadenza dell'accREDITAMENTO, nel caso in cui la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti non sia trasmessa al Comune competente, entro un anno dall'accREDITAMENTO e successivamente con periodicità annuale. I servizi di assistenza domiciliare erogati da organizzazioni, sono articolati per:

- attività socio-assistenziali;
- attività socio-sanitarie per non autosufficienti;
- attività socio-educative.

Per queste tre tipologie di servizi, sono disciplinati requisiti di accREDITAMENTO generali (contenuti nel Regolamento di attuazione del [d.p.g.r. 86/R/2020](#), in un'unica check list comune per tutte e tre le tipologie) e specifici per ogni servizio (contenuti nella [d.g.r. 245/2021](#)).

Per gli altri servizi alla persona è presente un'unica check list di requisiti, che non distingue fra generali e specifici, e che ritroviamo declinata all'interno della [d.g.r. 245/2021](#). Attualmente, non è presente a livello normativo, una tipizzazione degli altri servizi alla persona, configurandosi di fatto quest'ultima, come una categoria aperta.

Da un punto di vista procedurale, un'importante innovazione introdotta, sia per le strutture che per i servizi, è rappresentata dall'utilizzo dei sistemi informativi per la gestione delle procedure di accREDITAMENTO, che prevedono come interfaccia gli Sportelli unici per le attività produttive (SUAP) dei Comuni competenti per territorio.

La Regione Toscana ha dato attuazione al proprio sistema di accreditamento per il sistema sociale integrato nel suo complesso, intendendolo come strumento dinamico di garanzia di soglie sempre più appropriate di qualità, a partire dalle quali si devono sviluppare logiche di miglioramento, imprescindibili in un contesto in cui un fondamentale obiettivo è costituito dal rendere esigibile il diritto alla salute, inteso nella sua accezione più ampia.

In una logica di sviluppo del “ben-essere” del cittadino, l’accreditamento si focalizza soprattutto sulle dimensioni di processo, lungo tutta la catena del percorso di erogazione delle prestazioni.

L’istituto dell’accreditamento toscano è inteso come strumento per l’implementazione di sistemi di gestione per la qualità, basati su approcci per processi misurati e sull’adozione di percorsi di autovalutazione e di controlli, diretti ad assicurare interventi sempre più orientati in termini di appropriatezza, di efficacia e di efficienza gestionale.

Le modifiche normative introdotte in questi anni, sono state volte a promuovere altresì processi per l’integrazione fra servizio e territorio, fra pubblico e privato, in un’ottica di sussidiarietà, di rete, di partecipazione e di lavoro multiprofessionale.

L’accreditamento adottato dalla Regione Toscana è attuato attraverso il “ciclo di Deming”, con la nota sequenza *Plan Do Check Act* (PDCA). Il ciclo PDCA persegue una dinamica di circolarità che si basa su una pianificazione iniziale (*Plan*), sull’agire in base alla pianificazione fatta (*Do*), sulla verifica (*Check*), vale a dire sul confronto fra gli obiettivi predefiniti e i risultati ottenuti, e sulla *Action*, la fase che va dalla definizione di eventuali azioni correttive alla preparazione di successive pianificazioni (*Plan*), secondo la logica del miglioramento continuo.



CAPITOLO 3

IL NUOVO SISTEMA PER LE STRUTTURE

3. IL NUOVO SISTEMA PER LE STRUTTURE

di Francesca Collini

La logica del nuovo sistema di accreditamento per le strutture trae ispirazione dai principi legati alla qualità dell'assistenza, introdotti da Avedis Donabedian negli anni '60, e della sicurezza, più recentemente sanciti dalla legge 8 marzo 2017, n.24 (*"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*).

Controllare la qualità dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale è fondamentale per trovare modi per migliorare. Aiuta a stabilire punti di controllo e misure di qualità, affinché le persone che necessitano di cure e sostegno siano al sicuro. Avvalendosi di questo modello, l'assistenza può utilizzare meglio le risorse disponibili e ciò può portare a migliori risultati con bassi costi aggiuntivi.

Inoltre, il fatto che la sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute implica che ogni struttura deve attivare misure preventive e organizzative per evitare eventi avversi (errori, infezioni, disorganizzazione), promuovere segnalazioni, analisi e prevenzione degli errori.

Se i principi della qualità si basano su tre componenti principali: struttura, processo ed esito, possiamo dire che l'autorizzazione verifica la componente strutturale, l'accreditamento si concentra sul processo e infine l'accreditamento di eccellenza, a cui questo sistema potrebbe ambire, arriva a misurare anche gli esiti.

Le tipologie di strutture cui attiene il sistema sono residenziali e semiresidenziali e si occupano di accoglienza verso anziani, disabili, persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale, persone dipendenti da sostanze da abuso, minori, compresi adolescenti e giovani. Per ciascuna tipologia sono stati pensati e realizzati requisiti e indicatori personalizzati, suddivisi a loro volta tra generali e specifici (v. **Tabella 3.1**).

Tabella 3.1 - Strutture ex art. 21 l.r. 41/2005 come definite dal regolamento d.p.g.r. 2/R/2018: tipologie, utenza accolta, numero di requisiti e indicatori

Tipo di utenza accolta	Tipologia di struttura	Acronimo	Requisiti (n.)		Indicatori (n.)	
			Generali	Specifici	Generali	Specifici
Persone anziane	Struttura residenziale per persone anziane non autosufficienti (Residenza sanitaria assistenziale)	RSA	32	27	41	28
	Struttura semiresidenziale per persone anziane	SSA	28	24	36	25
Persone con disabilità	Struttura residenziale per persone disabili gravi, con attestazione di gravità (Residenza sanitaria assistenziale per Disabili)	RSD	33	30	41	33
	Struttura residenziale a carattere comunitario per persone adulte disabili, prevalentemente non in situazione di gravità (Comunità Alloggio Protetta)	CAP	33	24	41	27
	Comunità Alloggio Protetta – Dopo Di Noi	CAPDDN	33	24	41	27
	Struttura semiresidenziale per persone disabili	SSD	29	26	35	29
Minori	Centro di pronta accoglienza per minori	CPA	30	16	25	8
	Casa di accoglienza e gruppo appartamento	CG	31	16	27	8
	Comunità familiare	CF	27	16	17	4
	Comunità a dimensione familiare	CDF	31	16	25	8
	Gruppo appartamento per adolescenti e giovani	GAAG	31	16	27	8
	Struttura semiresidenziale per minori	SSM	27	16	27	8
Persone a rischio psico-sociale e/o con disagio relazionale	Struttura residenziale a carattere comunitario per persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale	RPS	34	26	37	20
Persone con dipendenze	Struttura residenziale per l'accoglienza ed il trattamento di persone dipendenti da sostanza da abuso	RATDA	30	18	31	13
Altro	Struttura residenziale multiutenza	MUL	25	16	17	4

Lo schema dei requisiti (v. **Tabella 3.2**) riporta, oltre la descrizione del capitolo, anche il codice in un'unica colonna esplicitato in forma compressa, in cui cioè i primi tre caratteri si riferiscono al tipo di utenza accolta (es. anziani: ANZ), i successivi tre alla tipologia di struttura (es. RSA), le due seguenti indicano il requisito generale (es. RG) e gli ultimi 2 cifre sono cifre relative al numero di requisito cui si fa riferimento (es. 01). Infine, in un'ultima colonna, una nota che esplicita criteri, definizioni ed esempi specifici utili a definire il reale possesso del requisito, sia alle strutture sia al gruppo tecnico regionale di valutazione quando è in sede di verifica e controllo.

Lo schema degli indicatori è un pò più articolato (v. **Tabella 3.3**). Riporta il capitolo e il codice dell'indicatore in un'unica colonna, in forma compressa come descritto in precedenza, con l'aggiunta di ulteriori 3 cifre che fanno riferimento all'indicatore di interesse. Poi viene indicato il requisito cui fa riferimento l'indicatore e successivamente tutte le informazioni relative all'indicatore: il fattore di qualità che si desidera misurare, il numeratore, denominatore e il periodo temporale in cui l'indicatore deve essere calcolato affinché sia possibile oggettivare la misurazione. Inoltre viene specificata la fonte documentale da cui provengono le informazioni e/o i dati per il calcolo dell'indicatore e, infine, lo standard minimo di riferimento da raggiungere che il sistema richiede.

Tabella 3.2 - Schema dei requisiti

Capitolo	Codice	Requisito	Note esplicative per le strutture e il gruppo tecnico regionale di valutazione
Organizzazione del servizio	ANZ.RSA.RGo1	La Carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e sono diffusi	L'aggiornamento della Carta dei servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche, ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).

Tabella 3.3 - Schema degli indicatori

Capitolo	Codice indicatore	Requisito	Fattore di qualità	Indicatore numeratore	Indicatore denominatore	Periodo di riferimento*	Fonte documentale	Standard
Il sistema di gestione per la qualità	MIN.CFD.RG30.101	Le registrazioni delle attività sono leggibili, firmate e datate da parte di coloro che le hanno eseguite. La struttura ne garantisce la rintracciabilità e la conservazione	Rintracciabilità delle registrazioni	Numero di persone accolte con cartelle personalizzate che abbiamo registrazioni firmate e datate	Numero di persone accolte con cartelle personalizzate nel periodo di riferimento	Il periodo di riferimento riguarda 1 giorno indice	Cartelle socio-educative	100%

Il contenuto si articola in diverse aree tematiche principali, i capitoli, che definiscono gli standard operativi e di qualità e sicurezza che le strutture devono rispettare:

1. Organizzazione del servizio

- Carta dei servizi e regolamento interno - devono essere aggiornati, consegnati a ogni persona assistita o al suo rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore e curatore) e diffusi, anche tramite la pubblicazione sul sito web della struttura. L'aggiornamento può essere attestato dalla data sulla carta stessa o da un verbale di incontro.
- Piano complessivo delle attività e dei risultati attesi - deve essere definito, basato sulla qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza, tenendo conto della rete territoriale di riferimento. Questo piano deve essere redatto con il contributo di diverse figure professionali e portato a conoscenza di tutto il personale. Si riferisce all'organizzazione generale del servizio e non al piano personalizzato del singolo. La sua coerenza con gli indirizzi regionali e locali deve essere documentata, e deve essere aggiornato e valutato tramite un sistema di indicatori.
- Giornata tipo - deve essere definita con l'indicazione delle attività svolte per fasce orarie dalle persone accolte, aggiornata e resa disponibile a loro o ai loro rappresentanti legali, e diffusa (anche via web).
- Organigramma e funzionigramma - devono essere presenti e accessibili al pubblico. L'organigramma è la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura con le relazioni gerarchiche, mentre il funzionigramma rappresenta le funzioni e sottofunzioni degli organi.

2. Percorso assistenziale/socio-educativo e assistenziale

- Cartella personale/socio-educativa/assistenziale - per ogni persona accolta, deve essere aperta al momento dell'inserimento e costantemente aggiornata una cartella che tenga conto della sua storia di vita, dei suoi bisogni, della situazione familiare e delle condizioni di salute. Per le strutture per minori e multiutenza, include anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria.
- Periodo di osservazione e progetto personalizzato - dal giorno dell'ingresso, è previsto un periodo di osservazione per l'elaborazione del progetto personalizzato. Il progetto personalizzato (o educativo individuale/assistenziale individuale), redatto dopo l'osservazione (entro 30 giorni per assistenza, 60 giorni per socio-educativo), deve essere condiviso con la persona o il suo rappresentante legale e i professionisti dei servizi territoriali, non solo tramite firma per presa visione ma con effettiva partecipazione. La verifica e la condivisione del progetto personalizzato avvengono almeno ogni sei mesi per alcune tipologie di strutture.

- Continuità assistenziale e dimissioni - la continuità del percorso è garantita attraverso i rapporti con professionisti esterni e la rete territoriale. Le dimissioni devono essere concordate o comunicate con preavviso di almeno 15 giorni in caso di mancato accordo.
- Gestione del rischio assistenziale - la struttura deve definire le tipologie di rischi (es. cadute o somministrazione farmaci *Look Alike/Sound Alike* - LASA), descriverli e individuare modalità di prevenzione e gestione.

3. Personalizzazione del servizio

- Dignità e rispetto - protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona e il mantenimento delle capacità residue devono essere adottati durante tutto il processo assistenziale e di cura.
- Pratiche religiose - deve essere garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose, sia in struttura che all'esterno, nel rispetto della libertà e dignità altrui.
- Rumori molesti - vanno attuate buone pratiche per evitarli, e il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
- Comunicazioni esterne - la struttura deve garantire e facilitare le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno, definendo i principali mezzi di comunicazione a disposizione.
- Gestione beni personali - la persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali, che devono essere conservati in un luogo sicuro e con modalità che ne garantiscano la registrazione delle operazioni.
- Media digitali - deve essere definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali (es. TV, PC, tablet, smartphone).
- Comfort degli ambienti di vita - deve essere valutato periodicamente (almeno ogni 2 anni). Il concetto di "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
- Piano di attività di animazione e socializzazione - per anziani e disabil, è elaborato in base ai progetti personalizzati e reso disponibile. Per minori e multiutenza è un piano generale di attività socio-educative/socio-riabilitative/di socializzazione, interne ed esterne e ne sono informate le persone accolte.

4. Sviluppo delle competenze

- Fascicolo personale e delle competenze - per ogni operatore la struttura deve disporre di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato.
- Piano di formazione e sviluppo delle competenze - redatto in base ai bisogni formativi degli operatori, al mantenimento e sviluppo delle attività della struttura e alla tipologia di persone accolte. Il piano è diffuso agli operatori.

- Elenco eventi formativi - la struttura deve disporre di un elenco aggiornato degli eventi formativi (obbligatori e non) realizzati durante l'anno, con l'elenco dei partecipanti.
- Modalità di inserimento neoassunti - per il personale neoassunto/neoinserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisca la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze.

5. Il Sistema di gestione per la qualità

- Modalità di redazione e approvazione dei documenti - devono essere definite in una procedura che includa scopo, applicabilità, riferimenti normativi, definizioni, descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo e un sistema di monitoraggio con indicatori.
- Disponibilità e accessibilità dei documenti - i documenti del sistema qualità devono essere disponibili e accessibili agli operatori.
- Registrazioni delle attività - devono essere leggibili, firmate e datate da chi le ha eseguite. La struttura deve garantirne la tracciabilità e la conservazione, ad esempio tramite un deposito firme.
- Indagini periodiche - la struttura deve condurre indagini periodiche (almeno ogni 2 anni) per la valutazione dei servizi da parte delle persone accolte e/o di soggetti terzi, e indagini di clima interno. I risultati devono essere analizzati e condivisi entro tre mesi per tradurli in azioni di miglioramento.
- Gestione relazioni con il pubblico - prevede l'adozione di uno strumento per segnalazioni/reclami, una tempistica di risposta e una modalità di restituzione delle azioni di miglioramento.

6. Qualità e sicurezza (con focus su requisiti specifici e relativi indicatori)

- Gestione dell'igiene e dell'abbigliamento - esistenza di un documento per la promozione dell'autonomia in igiene, cura dell'aspetto e abbigliamento. Garantita la fruizione di servizi come barbiere/parrucchiere/estetista.
- Servizi di lavanderia e guardaroba - documento per la gestione dei servizi con rintracciabilità degli indumenti personali.
- Protocolli specifici per la gestione assistenziale e sanitaria - basati su evidenze scientifiche/professionali e redatti in base alla tipologia di persone accolte, riguardano:
- Prevenzione e gestione delle cadute. Include la valutazione della sicurezza degli ambienti e dei presidi:
 - prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione (UdP);
 - prevenzione e controllo del rischio nutrizionale (con diete personalizzate);
 - prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (incluso formazione sull'igiene delle mani, disinfezione ambienti ecc.);

- sicurezza nella gestione delle terapie farmacologiche (con schede di terapia compilate, datate e firmate). Include il controllo delle scadenze dei farmaci;
- prevenzione di atti autolesionistici (con analisi del rischio strutturale e organizzativo);
- prevenzione di atti di violenza (a danno di assistiti e operatori, con formazione);
- prevenzione degli allontanamenti imprevisti;
- controllo del dolore (con misurazione basata su evidenze e attivazione di interventi terapeutici).
- Qualità del servizio di ristorazione - valutata periodicamente la qualità percepita e in linea con linee guida regionali.
- Gestione delle contenzioni - procedura per l'analisi delle contenzioni (fisiche e farmacologiche), individuazione delle cause e piano di miglioramento, con formazione del personale e audit.
- Gestione delle emergenze - documento per emergenze cliniche, tecnologiche e gestionali, con personale formato.

7. Relazioni e benessere (con focus su requisiti specifici e relativi indicatori)

- Mantenimento dei rapporti con familiari e rete amicale - facilitato dalla struttura in coerenza con il progetto personalizzato.
- Promozione della relazione tra persona assistita e operatore - specifico per strutture a rischio psico-sociale.
- Lavoro di rete - promozione di incontri per favorire il lavoro di rete.
- Mantenimento/sviluppo capacità - promozione di autonomia, autogestione, capacità relazionali, sociali e di inserimento formativo/lavorativo tramite l'integrazione della rete territoriale.

Rispetto al precedente sistema sono stati eliminati tutti i requisiti già inclusi nel sistema di autorizzazione al funzionamento e sottoposti al controllo periodico della Commissione multidisciplinare, organo di verifica e controllo del Comune. Ad esempio non vi sono più i requisiti generali sul possesso dell'autorizzazione, sulla denominazione della struttura, sulla natura giuridica o sul piano di lavoro, poiché sono informazioni già verificate e controllate durante l'istituto dell'autorizzazione.

Sono stati eliminati i requisiti che per loro natura costituiscono un appesantimento burocratico e non producono un reale miglioramento del sistema. Ad esempio non sarà più chiesto se la struttura ha adottato un documento che ne espliciti la missione, le politiche complessive, gli obiettivi, la nomina di un responsabile del sistema informativo, essendo informazioni che attengono al contenuto della Carta dei servizi.

Sono stati eliminati i requisiti già previsti come adempimento da altre normative vigenti nazionali. Ad esempio non si troverà più il piano annuale per la manutenzione programmata della struttura e degli impianti, essendoci il [decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#) (*"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"*), né il requisito sul rispetto della normativa sulla privacy, regolata da normativa nazionale, stante il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (*"Codice in materia dei dati personali"*).

Per contro sono stati introdotti nuovi requisiti per colmare carenze esistenti, utili a rendere il sistema di univoca comprensione, in un'ottica di omogeneità dell'attuazione della legge su tutto il territorio regionale. Ad esempio, in riferimento ai requisiti specifici RS06, RS07 e RS08, del capitolo qualità e sicurezza, è richiesta l'adozione di protocolli basati su evidenze scientifiche e professionali rispetto alla prevenzione e gestione delle cadute, alla prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione e alla prevenzione e controllo del rischio nutrizionale. Questi sono temi essenziali nella gestione e salute degli anziani ospiti delle RSA, rispetto ai quali occorre rispettare standard minimi di qualità.

È stato applicato un metodo strutturato per costruire indicatori documentando in modo esplicito la metodologia di calcolo, specificando le fonti da cui provengono i dati e stabilendo un obiettivo quantificabile da raggiungere (target o standard di riferimento) entro un determinato lasso di tempo. Tutto questo è fondamentale per garantire che le misurazioni siano efficaci, pertinenti e confrontabili. Un approccio metodico infatti assicura che gli indicatori siano allineati agli obiettivi strategici e che forniscano informazioni affidabili e tempestive. Infine è stato creato un collegamento tra requisiti e indicatori favorendo la coerenza del legame tra questi due strumenti.

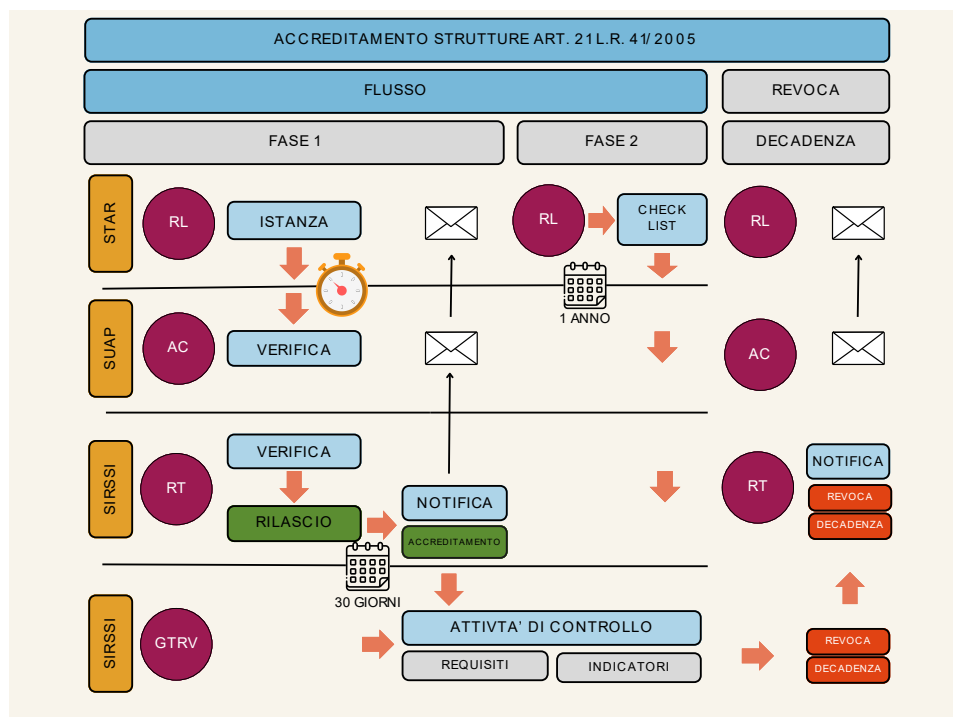
Ad esempio, se proviamo a leggere il requisito generale MIN.CPA.RG02, vale a dire la definizione del piano complessivo delle attività e dei risultati attesi, questo ha un legame con l'indicatore MIN.CPA.RG02.I01 che va a misurare la conoscenza del piano da parte del personale della struttura. Le fonti documentali e da consultare sono sia il questionario di clima interno che il report sintetico sull'analisi dei risultati del questionario. In questo caso verranno conteggiate il numero di risposte positive alla domanda sulla conoscenza del piano, contenuta nel questionario di clima interno. Lo standard da raggiungere sarà almeno del 70% di risposte positive.

Ultimo elemento innovativo del sistema, ma non meno importante, è la dotazione tecnologica di un sistema informativo regionale (**Figura 3.1**). Gli utenti vi accederanno tramite il Sistema informativo regionale sociale e socio-sanitario integrato (SIRSSI), attraverso il quale dovranno essere presentate le istanze di accreditamento, verranno

gestite le verifiche da parte del Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV) e il rilascio stesso dell'accreditamento. Tale sistema è stato integrato con il Sistema telematico di accettazione regionale (STAR), già noto perché in uso quando viene fatta la richiesta di autorizzazione. Da esso passano anche tutte le attività di controllo dei requisiti e degli indicatori richiesti per l'assegnazione dell'accreditamento stesso.

L'utilizzo di un sistema informativo permette e permetterà nel tempo di analizzare gli indicatori inviati dalle strutture e le conformità rilevate in modo da comprendere gli elementi di forza e debolezza del sistema per poi spingere il sistema al miglioramento continuo e dunque a innalzare gli standard minimi di qualità e sicurezza.

Figura 3.1 - Schema di funzionamento del sistema informativo regionale sociale e socio-sanitario integrato (SIRSSI)



Legenda: RL Rappresentante legale, AC amministrazione comunale, RT Regione Toscana, GTRV Gruppo tecnico regionale di valutazione, SUAP Sportello unico attività produttive, STAR Sistema telematico di accettazione regionale, SIRSSI Sistema informativo regionale sociale socio-sanitario integrato.



CAPITOLO 4

LA VERIFICA DELLE STRUTTURE

4. LA VERIFICA DELLE STRUTTURE

di Chiara Bartolini

LA COSTITUZIONE DEL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE

I valutatori del sistema sociale integrato sono stati selezionati da una commissione esaminatrice come stabilito nel [decreto dirigenziale 11 settembre 2020, n. 14151](#) (*"Avviso di selezione pubblica per l'iscrizione nell'elenco regionale dei valutatori del sistema sociale integrato, ai sensi dell'art 5 comma 1 della l.r. 82/09"*). L'inserimento dei valutatori nell'elenco regionale era subordinato al possesso di requisiti di ammissibilità e agli esiti della valutazione dei requisiti e del colloquio attitudinale valutati dalla commissione esaminatrice.

Il Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV), nominato a seguito della selezione con [decreto dirigenziale 29 marzo 2021, n. 4990](#) (*Costituzione del Gruppo tecnico regionale di valutazione ai sensi dell'art. 6, comma 2, del d.p.g.r. 86/R/2020*), era composto da 26 valutatori.

I valutatori hanno partecipato ad un percorso di formazione organizzato e gestito dal Settore regionale, con il contributo di esponenti della Commissione Qualità e sicurezza regionale, dell'Istituto degli Innocenti di Firenze e di altri professionisti del settore, che si è svolto in due edizioni. Sono stati approfonditi gli aspetti normativi, oltre ad una panoramica dei requisiti generali e specifici che le varie tipologie di strutture hanno in comune, per poi operare dei focus specifici su minori, persone anziane, persone con disabilità e strutture multiutenza. In particolare, è stato analizzato il modello dell'assistenza nelle RSA in Toscana, soprattutto dal lato della sicurezza dei pazienti.

La seconda parte della formazione ha preso in esame gli indicatori. Infine, sono stati illustrati i sistemi informativi di STAR e SIRSSI, le modalità e gli strumenti a disposizione dei valutatori per effettuare l'attività di controllo. A conclusione di questo percorso, la formazione ha previsto la conduzione di visite di prova presso strutture che si sono messe a disposizione per simulare i sopralluoghi finalizzati alla verifica del possesso dei requisiti e della conformità agli indicatori.

Nell'ottica della formazione continua, i valutatori hanno potuto partecipare, anche come uditori, ad altri eventi di approfondimento dedicati agli enti e agli stakeholder

del territorio, quali Comuni e soggetti erogatori di servizi accreditati. Importante è stata anche la partecipazione dei valutatori agli incontri di follow-up organizzati dal Settore regionale con le strutture che erano state sottoposte a controllo e che avevano completato il percorso di adeguamento alle prescrizioni impartite dal team di verifica.

A novembre 2022, quando è stato nuovamente possibile l'accesso alle strutture dopo la pandemia da COVID-19, sono iniziati i controlli ufficiali su strutture di primo accreditamento (art. 6 comma 1 bis della [l.r. 82/2009](#)) e da luglio 2023 sono cominciate anche le verifiche su strutture che hanno presentato comunicazione di adeguamento (art. 6 comma 1 ter della l.r. 82/2009).

Con la [delibera 25 settembre 2023, n. 1133](#) (*"Istituzione elenco integrativo di valutatori al Gruppo tecnico di valutazione del sistema sociale integrato l.r. 82/2009 e d.p.g.r. 86/R2020"*) è stato approvato un elenco integrativo di 12 valutatori che partecipano a rotazione in base alla graduatoria per le sostituzioni. I valutatori presenti in questo elenco sono stati adeguatamente formati per lo svolgimento delle attività ed hanno effettuato delle verifiche di prova in affiancamento ai team di valutatori esperti.

Per supportare la gestione dell'iter di accreditamento è stata predisposta sul SIRSSI una sezione specifica ad uso del GTRV che contiene lo scadenziario delle strutture, lo scadenziario e la gestione del ciclo di vita delle pratiche, l'anagrafica delle strutture, il campione annuale estratto per la verifica delle attività di autovalutazione. All'interno di ogni pratica sono inserite le check list dei requisiti generali, dei requisiti specifici e degli indicatori per la compilazione on line da parte dei valutatori ed è prevista la generazione automatica del verbale del sopralluogo e delle check list allegate.

I VALUTATORI

I valutatori facenti parte del GTRV, nel rispetto del regolamento interno e delle norme comportamentali che tengono conto dei principi etici e deontologici del ruolo ricoperto, partecipano alle verifiche programmate periodicamente dal coordinatore in base alle loro disponibilità, alla formazione continua, a riunioni periodiche, alla revisione della documentazione inviata dalle strutture nei casi di rilevazione di non conformità.

Ai valutatori compete un compenso per ciascun sopralluogo effettuato ed il rimborso delle spese sostenute nella misura prevista per i dirigenti regionali.

IL COORDINATORE

Il coordinatore, scelto dal Settore regionale tra i valutatori in base alla graduatoria della selezione, ha il ruolo di coordinare, programmare ed organizzare l'attività del gruppo tecnico, oltre a partecipare ai sopralluoghi come valutatore.

In base alle date di disponibilità fornite dai valutatori e alle loro incompatibilità dichiarate, predispone il calendario delle verifiche sulle strutture di primo accreditamento e sulle strutture che hanno presentato comunicazione di adeguamento estratte nel campione annuale, individuando per ciascuna verifica un team di tre valutatori, la cui composizione varia ogni volta. Il coordinatore effettua inoltre le sostituzioni su richiesta dei valutatori e gestisce problematiche relative ad aspetti organizzativi e gestionali dei sopralluoghi in stretta collaborazione con il Settore regionale.

Rafforzare la collaborazione e migliorare l'omogeneità del team di valutatori nell'interpretazione dei requisiti e degli indicatori e nel comportamento da tenere durante i sopralluoghi è stata fin da subito una priorità, data la multidisciplinarietà delle competenze e l'eterogeneità della provenienza dei valutatori (dipendenti pubblici, ex dipendenti pubblici in pensione, dipendenti di enti privati e cooperative sociali, liberi professionisti e consulenti del settore). Per questo motivo vengono organizzate periodicamente riunioni di confronto e giornate di formazione e di approfondimento.

Il coordinatore si rapporta costantemente con il Settore regionale al quale, trimestralmente, presenta una relazione di sintesi sul lavoro svolto. Al coordinatore compete un'indennità di carica ed il rimborso delle spese sostenute nella misura prevista per i dirigenti regionali.

L'ATTIVITÀ DEL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE

Il processo di controllo viene svolto attraverso un sopralluogo nella struttura da parte di un team di tre valutatori, di cui uno viene nominato responsabile di verifica, che ha il compito di contattare la struttura e di inviare, con almeno 15 giorni di preavviso, il programma di verifica al legale rappresentante.

Il sopralluogo inizia con una riunione di apertura tra i valutatori, il rappresentante legale della struttura o suo delegato ed il personale scelto dalla struttura, in cui vengono spiegate dal responsabile del team di verifica le modalità, i tempi e le finalità della verifica. Viene inoltre effettuata una visita degli spazi della struttura.

Il controllo, principalmente documentale, è finalizzato a verificare e valutare l'adesione della struttura al modello di accreditamento regionale attraverso le evidenze presentate a sostegno dei requisiti e della conformità agli indicatori.

I valutatori operano per supportare le strutture nel percorso di accreditamento e per individuare aree di miglioramento attraverso il confronto con i professionisti della struttura. Ad oggi, infatti, le strutture sono state molto accoglienti ed il clima del sopralluogo è stato solitamente positivo e di collaborazione reciproca.

Per la verifica della conformità degli indicatori vengono effettuati controlli a campione, garantendo il 10% della casistica, sulla seguente documentazione: cartelle personali degli assistiti, progetti individuali e fascicoli del personale.

Al termine del sopralluogo viene predisposto un verbale di verifica con allegate le check list dei requisiti ed indicatori che viene condiviso e sottoscritto da tutto il team di verifica e dal rappresentante legale della struttura o suo delegato. Nel caso in cui il verbale rilevi il completo possesso dei requisiti, il Settore regionale competente dà comunicazione al legale rappresentante della struttura e la pratica viene conclusa positivamente.

Nel caso in cui il verbale rilevi il non possesso di uno o più requisiti, il Settore regionale competente, tenendo conto della proposta dei tempi di adeguamento stimati dal team di verifica insieme alla struttura in sede di verbalizzazione, definisce il tempo per l'adeguamento e ne dà comunicazione alla struttura. Il tempo di adeguamento stabilito per legge è di minimo 30 giorni.

I tempi di adeguamento per l'invio della documentazione concordati al termine dei sopralluoghi dai valutatori e le strutture oscilla da un minimo di 30 giorni ad un massimo di 150 giorni in base alla numerosità e complessità delle integrazioni alla documentazione concordate per il superamento delle non conformità. La media dei tempi di adeguamento è di 60 giorni. Al 15/05/2025, il superamento delle non conformità si è concluso nella maggioranza dei casi già con il primo invio dei documenti da parte della struttura, soltanto per 85 strutture è stata necessaria un'ulteriore revisione della documentazione per l'adeguamento.

I controlli hanno evidenziato complessivamente una buona tenuta del sistema di accreditamento su tutte le tipologie di strutture, soprattutto relativamente a:

- gestione ed aggiornamento delle cartelle personali degli assistiti che spesso sono informatizzate;
- completezza e revisione periodica dei piani individualizzati;
- predisposizione di protocolli per la gestione delle attività assistenziali/educative.

Le aree di miglioramento rilevate riguardano in particolare:

- definizione del piano delle attività e dei risultati attesi;
- identificazione e gestione del rischio assistenziale;
- formazione del personale;
- verbalizzazione delle riunioni;
- condivisione del sistema documentale con tutto il personale.



CAPITOLO 5

I RISULTATI A QUATTRO ANNI DALL'ULTIMA MODIFICA NORMATIVA

5. I RISULTATI A QUATTRO ANNI DALL'ULTIMA MODIFICA NORMATIVA

di Federica Vecchio e Leonardo Colli

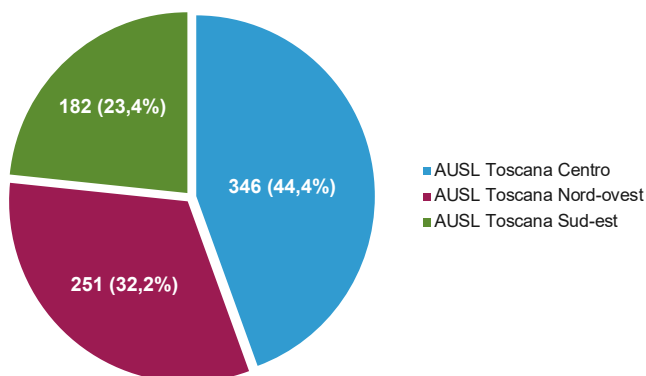
In questo capitolo vengono presentati i dati sull'andamento del processo di accreditamento delle strutture e dei servizi del sistema sociale integrato e sull'attività di controllo sulle strutture, prevista dall'articolo 6 della [l.r. 82/2009](#). I dati su numero e tipologia delle strutture accreditate sono aggiornati al 31/12/2024, mentre quelli relativi all'attività di controllo delle strutture al 15/05/2025. I dati relativi ai servizi accreditati risalgono invece al 31/12/2022, data in cui è avvenuta l'ultima trasmissione da parte dei Comuni alla Regione degli elenchi comunali degli erogatori dei servizi accreditati.

LE STRUTTURE ACCREDITATE

In Toscana, le strutture accreditate sono 779. L'86% di queste strutture (669 su 779) si è adeguata ai nuovi requisiti nell'arco di un anno dall'approvazione della [d.g.r. 245/2021](#) e ne ha dato comunicazione alla Regione entro lo stesso termine (art. 13 [l.r. 82/2009](#)). Le 110 strutture restanti hanno presentato una nuova istanza.

Delle 779 strutture residenziali e semiresidenziali accreditate, 346 ricadono nel territorio di competenza dell'Azienda USL Toscana Centro, 251 in quello dell'Azienda USL Toscana Nord-ovest e 182 in quello dell'Azienda USL Toscana Sud-est (v. **Figura 5.1**).

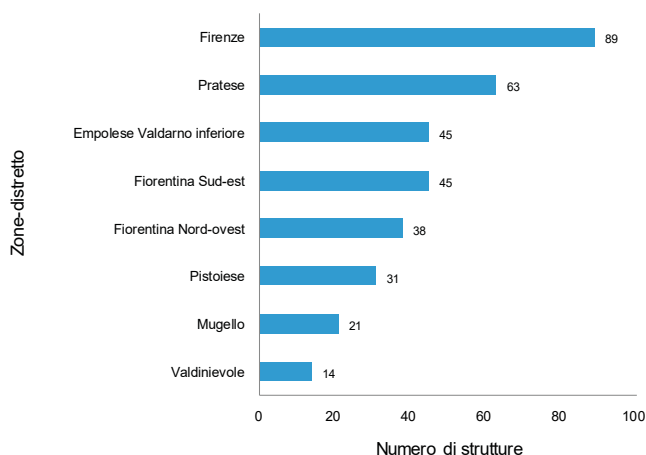
Figura 5.1 - Numero di strutture residenziali e semiresidenziali accreditate al 31/12/2024



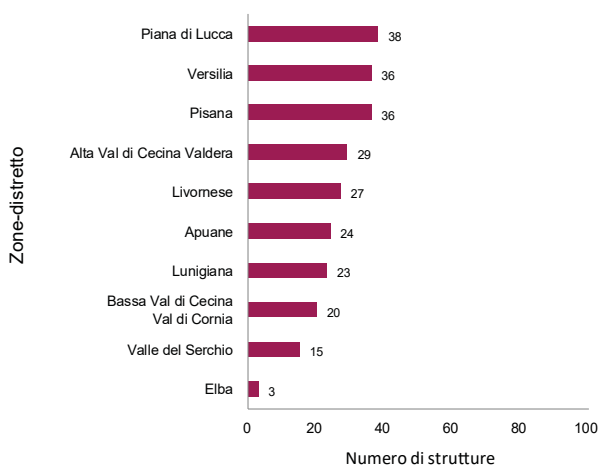
In particolare nell'Azienda USL Toscana Centro le due Zone-distretto con un maggior numero di strutture accreditate sono Firenze e Pratese rispettivamente con 89 e 63 strutture (v. **Figura 5.2**). Nell'Azienda USL Toscana Nord-ovest le tre zone dove si concentra il maggior numero di strutture accreditate sono la Piana di Lucca (n. 38), Versilia (n. 36) e la Pisana (n. 36). Anche nell'Azienda USL Toscana Sud-est, due sono le Zone-distretto in cui si trova il maggior numero di strutture accreditate: la Zona Aretina e la Senese con 36 e 32 strutture.

Figura 5.2 - Numero delle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate al 31/12/2024 suddivise per Azienda USL e Zona-distretto.

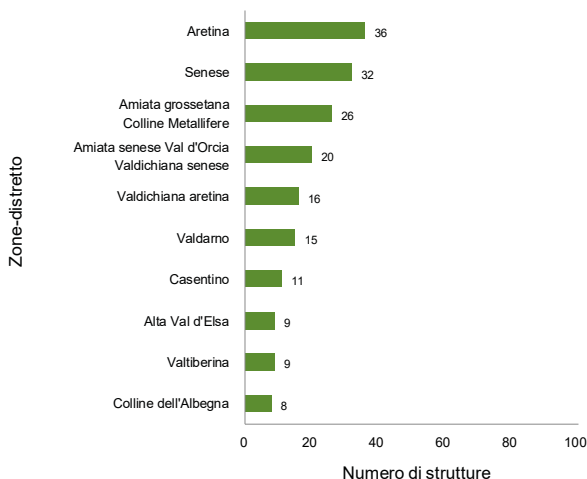
Azienda USL Toscana Centro



Azienda USL Toscana Nord-ovest

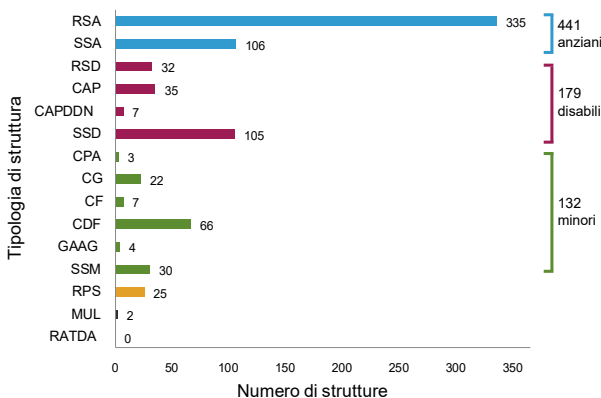


Azienda USL Toscana Sud-est



Le strutture accreditate destinate ad accogliere persone anziane sono complessivamente 441, quelle per persone con disabilità 179, quelle per persone a rischio psico-sociale e/o con disagio relazionale 25, quelle per minori 132 (v. **Figura 5.3**). Non sono presenti strutture accreditate per persone con dipendenze mentre ci sono 2 strutture residenziali multiutenza accreditate.

Figura 5.3 - Numero di strutture residenziali e semiresidenziali accreditate al 31/12/2024, suddivisione per tipologia



Legenda: RSA Struttura residenziale per persone anziane non autosufficienti, SSA Struttura semiresidenziale per persone anziane, RSD Struttura residenziale per persone disabili, CAP Struttura residenziale a carattere comunitario per persone adulte disabili, CAPDDN Comunità Alloggio Protetta – Dopo Di Noi, SSD Struttura semiresidenziale per persone disabili, CPA Centro di pronta accoglienza per minori, CG Casa di accoglienza e gruppo appartamento, CF Comunità familiare, CDF Comunità a dimensione familiare, GAAG Gruppo appartamento per adolescenti e giovani, SSM Struttura semiresidenziale per minori, RPS Struttura residenziale a carattere comunitario per persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale, MUL Struttura residenziale multiutenza, RATDA Struttura residenziale per l'accoglienza ed il trattamento di persone dipendenti da sostanza da abuso.

Se guardiamo la tipologia di struttura in dettaglio notiamo che le RSA sono le strutture accreditate più presenti nel territorio toscano (n. 335). Tra le strutture destinate alle persone con disabilità, la SSD, ovvero il centro diurno, è la tipologia di struttura più utilizzata (n. 105). Tra le strutture accreditate dedicate ai minori, le CDF sono il maggior numero: 66.

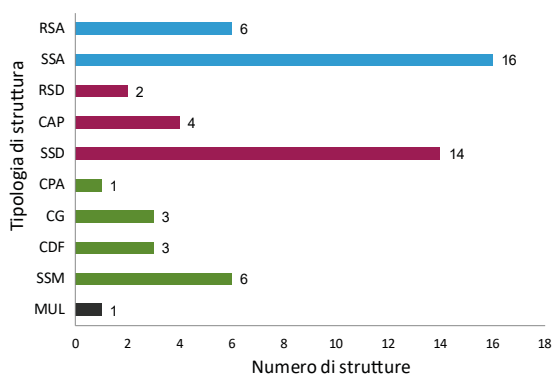
LE STRUTTURE CON ACCREDITAMENTO DECADUTO

Ai sensi dell'articolo 6 bis della [l.r. 82/2009](#), è prevista la decadenza dell'accREDITAMENTO istituzionale in seguito a specifiche condizioni in cui viene a trovarsi la singola struttura, riconducibili in ultima istanza all'inattività o chiusura della struttura stessa. È utile precisare che la decadenza non coincide con la revoca dell'accREDITAMENTO. Infatti, questa è prevista dall'articolo 6 comma 3 della [l.r. 82/2009](#) in caso di mancato adeguamento, a seguito di controllo concluso con prescrizioni, e si distingue da essa anche per il fatto che una struttura decaduta può ripresentare una nuova istanza in qualsiasi momento. In caso di revoca, un nuovo accREDITAMENTO non può essere chiesto prima di 6 mesi.

Delle 56 strutture con accREDITAMENTO decaduto, 16 sono SSA, 14 SSD, 6 SSM, 6 RSA, 4 CAP, 3 CDF, 3 CG, 2 RSD, 1 CPA e 1 MUL (v. **Figura 5.4**).

Si osserva come la maggior parte delle strutture con accREDITAMENTO decaduto sia di tipo semiresidenziale: 14 SSD, 16 SSA e 6 SSM, per un totale di 36 su 56. La spiegazione risiede nelle misure di prevenzione adottate durante la pandemia da COVID-19, che hanno previsto la temporanea sospensione dell'attività dei cosiddetti centri diurni.

Figura 5.4 - Numero di strutture residenziali e semiresidenziali uscite dal sistema di accREDITAMENTO per decadenza, suddivisione per tipologia di struttura (art. 21 l.r. 41/2005 e Allegato A d.p.g.r. 2/R/2018)



Legenda: RSA Struttura residenziale per persone anziane non autosufficienti, SSA Struttura semiresidenziale per persone anziane, RSD Struttura residenziale per persone disabili, CAP Struttura residenziale a carattere comunitario per persone adulte disabili, CAPDDN Comunità Alloggio Protetta – Dopo Di Noi, SSD Struttura semiresidenziale per persone disabili, CPA Centro di pronta accoglienza per minori, CG Casa di accoglienza e gruppo appartamento, CF Comunità familiare, CDF Comunità a dimensione familiare, GAAG Gruppo appartamento per adolescenti e giovani, SSM Struttura semiresidenziale per minori, RPS Struttura residenziale a carattere comunitario per persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale, MUL Struttura residenziale multiutenza, RATDA Struttura residenziale per l'accoglienza ed il trattamento di persone dipendenti da sostanza da abuso.

I CONTROLLI SULL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE

L'attività di controllo sulle strutture accreditate si avvale del Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV), che opera attraverso sopralluoghi effettuati da team di 3 valutatori ciascuno. Ogni sopralluogo si conclude con un verbale, nel quale possono essere indicate delle prescrizioni. La struttura sottoposta a controllo è tenuta ad adeguarsi nel tempo indicato, al fine di mantenere l'accREDITAMENTO.

Il numero totale delle strutture controllate da parte del GTRV al 15/05/2025 è 379. Di queste, l'84% (n. 319) soddisfa il possesso dei requisiti e la conformità agli indicatori, mentre il 16% (n. 60) deve concludere il percorso di adeguamento alle prescrizioni impartite in occasione del sopralluogo.

Delle 319 strutture conformi, 244 (76,5%) hanno concluso un percorso di adeguamento in seguito alle prescrizioni impartite, mentre 75 (23,5%) risultavano già conformi al sopralluogo.

Solo 23 strutture (3%) hanno evidenziato carenze importanti sia nei requisiti che negli indicatori. Si tratta di 19 strutture per anziani, 2 per minori e 2 per persone con disabilità.

In queste occasioni il team di verifica ha concordato con le strutture una tempistica per l'adeguamento compresa tra i 90 e i 150 giorni. Le strutture che hanno concluso il proprio percorso di adeguamento non sono riuscite a farlo entro la scadenza prevista, ma c'è stato bisogno di almeno un sollecito (art. 6 comma 3, [l.r. 82/2009](#) con secondo invio di documentazione).

Inoltre, per alcune di queste strutture, sono state notate potenziali carenze o irregolarità circa i requisiti autorizzativi. La Giunta regionale ha dunque proceduto a effettuare una segnalazione ai Comuni in cui le strutture sono ubicate, non solo in osservanza dell'articolo 4 comma 4bis della [l.r. 82/2009](#) ma anche nell'ottica di mantenere attive le sinergie tra i due enti, garantendo così la sicurezza delle strutture stesse.

L'ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI

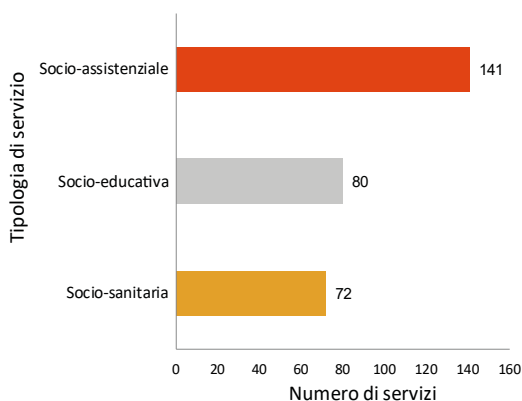
Per quanto riguarda l'accREDITAMENTO dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona, i dati in possesso degli uffici regionali sono più limitati, non solo perché la competenza è del Comune in cui il soggetto erogatore del servizio ha la sede operativa (oppure il Comune in cui è domiciliato, nel caso degli operatori individuali), ma perché la nuova normativa non prevede più la trasmissione alla Regione dell'elenco comunale degli erogatori dei servizi accREDITATI (l.r. 45/2023: modifica del comma 5 dell'art. 7 della [l.r. 82/2009](#)). Tuttavia permane l'obbligo per il Comune di istituire detto elenco e di darne forme idonee di pubblicità e di aggiornamento.

Vengono quindi riportati di seguito i dati relativi ai servizi all'unica trasmissione degli elenchi comunali alla Regione avvenuta in questo ciclo di accreditamento ovvero al 31/12/2022. Sono 293 i servizi di assistenza domiciliare erogata da organizzazioni e 450 gli altri servizi alla persona.

Inoltre per completezza, gli operatori individuali accreditati risultano essere 7.763 al 15/05/2025.

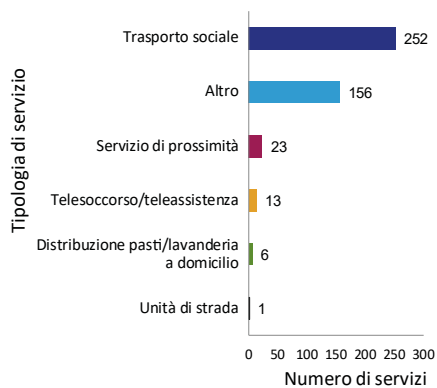
I servizi di assistenza domiciliare erogati da organizzazioni sono differenziati in base alla tipologia di utenza a cui sono dedicati: socio-educativo, socio-assistenziale e socio-sanitario per non autosufficienti (v. **Figura 5.5**). Risultano accreditati 80 servizi per attività socio-educativa, 141 per attività socio-assistenziale e 72 per attività socio-sanitaria per non autosufficienti.

Figura 5.5 - Numero di servizi di assistenza domiciliare al 31/12/2022, suddivisione per tipologia



Gli altri servizi alla persona si suddividono in cinque tipologie: servizio di prossimità (23 servizi accreditati), distribuzione pasti/lavanderia a domicilio (6 servizi accreditati), telesoccorso/teleassistenza (13 servizi accreditati), unità di strada (1 servizio accreditato) e trasporto sociale (252 servizi accreditati) (v. **Figura 5.6**). Vi è poi una sezione definita "altro" che contiene 156 servizi accreditati. Trovano collocazione proprio in quest'ultima categoria i servizi dedicati alle persone con demenza; si tratta infatti di 21 servizi accreditati, tra cui musei, caffè e atelier Alzheimer.

Figura 5.6 - Numero di altri servizi alla persona al 31/12/2022, suddivisione per tipologia





CAPITOLO 6

L'ESPERIENZA DEI MANAGER DELLE STRUTTURE

6. L'ESPERIENZA DEI MANAGER DELLE STRUTTURE

di Franco Balli

Riguardo alle strutture sociali e socio-sanitarie, la fondazione Opera Santa Rita e la COOP 22 gestiscono 14 servizi residenziali e semiresidenziali, oltre ad alcuni servizi domiciliari ed altri servizi alla persona. Tutti sono accreditati secondo il sistema sociale integrato. Sui primi, residenziali e semiresidenziali, abbiamo avuto 7 controlli del Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV).

Per quanto ci riguarda, la fase preliminare di avvicinamento alle visite è stata molto positiva.

Gli incontri fatti on line, ai quali hanno partecipato i referenti degli Enti e dei Servizi, sono stati esaustivi ed anche i materiali prodotti sono stati utili per la nostra preparazione.

Inoltre, una nostra struttura si è prestata per una visita di test su requisiti e su indicatori. Tale procedura è stata molto apprezzata, ha fatto capire la metodologia che il GTRV avrebbe adottato e, di conseguenza, ha permesso di perfezionare i contenuti documentali e le modalità della loro gestione.

Sarebbe opportuno effettuare ulteriori incontri, anche da remoto, o utilizzare altri strumenti, per condividere le esperienze ed eventualmente chiarire alcuni aspetti relativi ai controlli, anche perché la nostra esperienza non necessariamente coincide con quella di altri soggetti.

Questo per evidenziare le buone prassi replicabili, ed eventuali errori ricorrenti o errate interpretazioni.

Tutte le visite del GTRV si sono svolte sempre con grande spirito collaborativo, con competenza e disponibilità da parte delle commissioni, che si sono sempre dimostrate rispettose nei confronti della struttura sottoposta a sopralluogo; le visite sono risultate occasioni di arricchimento e di confronto. Infatti, le varie osservazioni e prescrizioni sono servite per perfezionare in maniera più puntuale la documentazione e la gestione del servizio.

Secondo la nostra esperienza, il sistema e le procedure di controllo e verifica adottate risultano ben adeguate:

- sono chiare, in quanto ogni requisito è ben specificato e le richieste per il suo soddisfacimento sono oggettive e circostanziate con un sistema di indicatori definiti e valutabili;
- sono complete, in quanto riguardano tutti gli aspetti della gestione e della qualità del lavoro e tengono conto delle figure protagoniste del servizio.

L'organizzazione aziendale si è adattata bene a questo sistema, in quanto la metodologia è molto vicina al Sistema qualità aziendale già adottato e favorisce il monitoraggio interno, eseguito attraverso audit.

Anche la tenuta delle cartelle personali degli ospiti, in seguito alla maggiore specificazione dei contenuti del sistema di accreditamento, è migliorata, sia nella parte educativa (osservazione continua, storie di vita, bisogni, abitudini personali, attività sportive, culturali ecc.), sia in quella amministrativa (anagrafiche, situazione familiare, autorità giudiziarie, ecc.), sia in quella sanitaria (monitoraggio farmaci, vaccinazioni, applicazione protocolli infermieristici ecc.).

Questo processo sta portando a un'evoluzione organizzativa all'interno delle strutture, con un'attenzione maggiore alla figura del Coordinatore del servizio che è fondamentale nel primo controllo e nel monitoraggio, soprattutto nei servizi più articolati, sia per numero di ospiti che di operatori.

Per adeguarsi alle modalità dell'accREDITamento, anche il sistema di diffusione della documentazione all'interno delle strutture è stato perfezionato, sia nella parte di coinvolgimento degli operatori, che nel monitoraggio dell'applicazione di procedure, protocolli, istruzioni.

Importante è la valorizzazione del lavoro di rete, che si declina anche nel continuo contatto con il territorio (associazioni del Terzo settore, scuole e altre istituzioni o agenzie formative ecc.) e, su questo aspetto, la nostra Fondazione con la COOP 22, si è sempre impegnata fortemente.

Abbiamo sempre considerato fondamentali la crescita e la partecipazione dei nostri ospiti come cittadini e come protagonisti nel territorio e, nello stesso tempo, le nostre strutture sono sempre state aperte alla realtà esterna (volontariato, tirocini formativi ecc.).

Altro aspetto importante è la valorizzazione della trasparenza e la condivisione dei nostri risultati con gli ospiti, le famiglie o loro rappresentanti, che ci portano ad avere una partecipazione continua ed effettiva con *feedback* e proposte da parte loro.

Avere tutti processi di attivazione ed erogazione dei servizi definiti in modo chiaro aggiunge forza e consapevolezza al nostro lavoro, oltre che a valorizzarlo esternamente.

A mio avviso sarebbe interessante poter sperimentare strumenti, come requisiti e indicatori, legati sinergicamente per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, non solo per il mondo delle strutture, ma anche per i servizi.

di Svaldo Sensi

L'organizzazione delle strutture erogatrici assistenza residenziale in Toscana deve garantire l'adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare. Il modello è fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativa e gestionale agli enti erogatori, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale attraverso i requisiti dettati dall'accREDITAMENTO.

Partendo da questo assunto, nel rispetto dei dettami normativi, la RSA Don Alberto Gori garantisce la coerenza fra i bisogni rilevati ed espressi nel progetto assistenziale e l'insieme delle risposte sanitarie, socio-sanitarie ed alberghiere attivabili da parte della struttura garantendo la copertura del fabbisogno di risorse tecnico-professionali, con riferimento agli standard prestazionali individuati. In questo contesto di riferimento, la scelta del modello organizzativo-gestionale fondato sul principio della flessibilità degli interventi in relazione alla centralità dei bisogni dell'utente presuppone, in particolare, l'utilizzo coordinato del personale, da realizzarsi attraverso la costituzione di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali, coordinati ed operanti in maniera integrata. Tale flessibilità organizzativa risponde all'esigenza di realizzare una razionale ed unitaria gestione delle risorse a disposizione, ottimizzando l'impiego del personale, delle attrezzature, degli spazi assistenziali e dei posti letto in modo funzionale alle esigenze degli ospiti.

Allo scopo di rispondere ai requisiti di accREDITAMENTO, nell'anno 2024 è stato ideato ed attuato un progetto di revisione del modello di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, intendendo rispondere prioritariamente ai seguenti obiettivi:

- individuazione di un modello validato;
- costruzione di una relazione di fiducia con i familiari/tenuti per legge;
- facilitazione dei rapporti con gli MMG di riferimento;
- flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che trova nel Piano di assistenza individualizzato (PAI), con scadenza semestrale, la sua espressione operativa;
- innovazione tecnologica: l'introduzione della domotica.

Il modello assistenziale della RSA Don Gori, individuato attraverso un approccio metodologico *Bottom-Up*, con lavori di gruppo multidisciplinari, si basa sulla figura del care manager: ogni ospite è collegato a una expertise professionale (infermiere, fisioterapista o educatore professionale) in funzione del bisogno prevalente, in

triangolazione con il medico di Medicina generale e i familiari. Questo modello ha sviluppato una relazione di fiducia e collaborazione con il familiare oppure con il tutore legale, che condivide in tempo reale le valutazioni dei risultati di PAI partecipando attivamente alle eventuali variazioni degli obiettivi senza attendere la scadenza temporale, ma mutuando gli interventi personalizzati sulle reali necessità socio-assistenziali dell'ospite; arrivando ad una estremizzazione della personalizzazione degli interventi socio-assistenziali.

L'organizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale produce l'individuazione di livelli d'intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno assistenziale, ai quali si riferiscono, attraverso la guida del care manager, l'équipe ed i competenti Servizi socio-sanitari per l'individuazione della risposta più appropriata agli specifici bisogni rilevati.

Il principio guida del modello, quindi, non è solo legato all'individuazione di un punto di riferimento per il medico di medicina generale e la famiglia, ma concorre all'adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa, evitando il più possibile che, nelle diverse fasi del loro percorso, venga meno l'informativa e il coinvolgimento dei servizi di riferimento territoriale.

Per migliorare la qualità dell'assistenza abbiamo inoltre introdotto la domotica; grazie a dispositivi ambientali di sicurezza riusciamo a prevenire le cadute e a monitorare i due parametri vitali della frequenza cardiaca e del respiro, incentivando nel contempo la crescita professionale degli operatori. La domotizzazione è risultata essere anche uno strumento di contrasto all'isolamento sociale: l'anziano allettato partecipa alle attività ludico-ricreative socializzanti e ha la possibilità di interagire con le attività fisioterapiche svolte in altri locali.

Inoltre, si è tenuto conto delle segnalazioni pervenute dal personale e dai familiari e delle difficoltà incontrate nella gestione dei rapporti con i medici di medicina generale disponibili al servizio presso le strutture di ricovero, con buoni risultati: non intaccare l'imprescindibile esigenza di assicurare tale servizio per gli ospiti, riducendo la numerosità dei medici di medicina generale (da 59 a 12), grazie anche ad una proficua collaborazione con la Zona-distretto di Lucca.

Per rendere le visite più tempestive è stato attivato anche un sistema di televisita e teleconsulto che permette, nel rispetto della privacy, valutazioni e consulti a distanza, così come la possibilità di modificare la scheda terapia unica (STU) direttamente dai dispositivi informatici del medico di medicina generale.



CAPITOLO 7

LA GESTIONE DEI PROBLEMI EMERSI NELLE STRUTTURE: ALCUNE STRATEGIE

7. LA GESTIONE DEI PROBLEMI EMERSI NELLE STRUTTURE: ALCUNE STRATEGIE

di Tommaso Bellandi

La sezione dedicata all'ambito socio-sanitario della Commissione regionale qualità e sicurezza, svolge una funzione di supervisione e monitoraggio delle attività realizzate per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, nonché di consulenza e supporto al settore regionale competente. Nell'ambito di questa funzione, i componenti della Commissione hanno partecipato alla selezione ed alla formazione dei componenti del Gruppo tecnico regionale dei valutatori (GTRV). Fin dalla conduzione di quest'attività preliminare all'avvio delle verifiche, l'impostazione della funzione di valutazione è stata orientata al riconoscimento, all'analisi ed all'apprendimento dai problemi emersi durante le verifiche, al fine di indirizzare le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali verso il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure. Seppure le verifiche si realizzino principalmente mediante un'analisi documentale, i valutatori sono stati preparati e sollecitati a condurre interviste in cui i direttori ed il personale delle strutture possono illustrare come nel concreto vengono applicate le indicazioni contenute nei documenti alle persone assistite, come vengono risolti i problemi assistenziali quando si manifestano, come vengono raccolti ed impiegati i dati relativi agli indicatori di valutazione dei requisiti. L'integrazione di requisiti ed indicatori di sicurezza delle cure è stata nelle intenzioni una leva per favorire l'emersione e la discussione dei problemi assistenziali, come ad esempio le cadute o le infezioni correlate all'assistenza, o ancora il tema molto delicato della prevenzione e gestione della contenzione.

Dalla lettura dei risultati dei primi anni di attività del GTRV, la Commissione ha rilevato l'esigenza da un lato di verificare la qualità delle valutazioni condotte nelle strutture, dall'altro di promuovere e sostenere iniziative di formazione e disseminazione in particolare della cultura della sicurezza. Per entrare nel merito della qualità delle valutazioni effettuate dal GTRV, la Commissione ha deciso di condurre un audit di secondo livello, mentre per la cultura della sicurezza sono state pianificate e condotte alcune iniziative di livello regionale e di Area vasta, descritte nel dettaglio di seguito. Inoltre, la pandemia da COVID-19 è stata da un lato un evento drammatico che ha colpito duramente, anche in Toscana, le persone assistite, le famiglie ed il personale delle strutture socio-sanitarie; dall'altro un'occasione per costruire percorsi condivisi sia per la prevenzione che per la gestione dei rischi associati alla malattia da COVID-19 nella popolazione fragile degli anziani non autosufficienti, delle persone

con disabilità e dei minori utenti delle strutture e dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Nei seguenti paragrafi sono descritte in sintesi le attività promosse e svolte dalla Commissione come contributo alla gestione dei problemi di qualità e sicurezza emersi nelle strutture.

L'AUDIT DI SECONDO LIVELLO

Questa iniziativa è stata promossa e realizzata per verificare l'affidabilità del nuovo sistema di accreditamento delle strutture socio-sanitarie, tenendo conto sia dell'esperienza dei valutatori che degli enti gestori che hanno ricevuto le visite. Gli obiettivi specifici sono stati i seguenti:

1. analizzare eventuali criticità nell'applicazione e verifica dei requisiti e degli indicatori all'interno del processo di accreditamento;
2. verificare l'appropriatezza degli strumenti documentali delle verifiche condotte dal GTRV (struttura delle check list di controllo, format dei verbali/note e delle lettere di comunicazione attinenti al processo di controllo ecc.);
3. raccogliere elementi utili al miglioramento dei requisiti e degli indicatori di accreditamento, delle modalità di controllo e di restituzione dei risultati.

L'audit è stato progettato e condotto da un gruppo di lavoro che ha coinvolto i componenti della Commissione regionale qualità e sicurezza - Sezione socio-sanitario - con diversa estrazione professionale, il Settore regionale competente e il Coordinatore del GTRV ed ha coinvolto tre strutture, una per Area vasta. Le strutture sono state selezionate tenendo conto degli esiti delle verifiche, privilegiando quelle situazioni in cui erano emersi dati molto diversi dalla media regionale, al fine di considerare eventuali difformità nelle valutazioni o nell'interpretazione di requisiti e indicatori.

L'audit regionale di secondo livello è stato quindi condotto nel corso del primo semestre del 2024 seguendo questi passi:

1. acquisizione dei verbali dei controlli sulle strutture accreditate e di eventuali altri dati utili alla verifica (es. presentazione su portale regionale delle RSA, valutazione performance MeS, autovalutazioni relative alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, effettuate dalle strutture accreditate ai sensi dell'art. 5 della [l.r. 82/2009](#));
2. interviste con i valutatori che hanno condotto la verifica;
3. colloquio preparatorio con i direttori delle strutture;
4. colloquio con i direttori dei Servizi sociali delle tre Aziende USL;
5. studio del materiale acquisito;

6. scelta dei temi prioritari oggetto di discussione e approfondimento durante la *site-visit* basandosi sui risultati dei controlli di accreditamento effettuati dal GTRV e sulle autovalutazioni relative alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti inviati dalle strutture;
7. conduzione delle visite con:
 - a. riunione di presentazione,
 - b. intervista di gruppo su organizzazione e attività per la qualità e sicurezza della struttura,
 - c. osservazioni degli ambienti di vita e di lavoro della struttura, brevi interviste etnografiche sul campo con operatori ed ospiti,
 - d. redazione e restituzione di report sintetico con discussione di eventuali azioni di miglioramento;
8. restituzione dei risultati dell'audit alla Commissione regionale qualità e sicurezza ed alle Direzioni dei servizi socio-sanitari delle Aziende.

Si è trattato di una esperienza qualificante per il sistema di accreditamento, che ha mostrato la capacità dei valutatori di individuare problemi effettivi di qualità e sicurezza delle strutture, nonché di valorizzare le criticità emerse durante le prime verifiche sia per sollecitare e sostenere le strutture nei percorsi di miglioramento, che per trarre elementi utili alla successiva revisione dei requisiti e degli indicatori. La presenza sul campo dei componenti della Commissione, compreso il Presidente e la Dirigente del settore competente, è stata altresì un segnale dell'importanza che RT ha dedicato negli anni all'accREDITAMENTO delle strutture socio-sanitarie, costruendo un sistema al tempo stesso rigoroso e dinamico.

LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA

In considerazione delle criticità raccolte dai valutatori in merito all'applicazione delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, a cui il nuovo regolamento ha dato ampio spazio, i componenti della Commissione hanno elaborato una proposta per rafforzare la formazione sulla materia e per sviluppare una rete integrante con le funzioni aziendali di *risk management*. In particolare, è stata riconosciuta l'esigenza di garantire e mantenere nel tempo la presenza di almeno un operatore sanitario dotato delle conoscenze e delle competenze per svolgere e coordinare le attività per la sicurezza delle cure, che possa supportare la Direzione nella prevenzione e nella gestione dei rischi, assumendo il ruolo di facilitatore previsto dall'Allegato B della [deliberazione della Giunta regionale 27 novembre 2017, n. 1330](#) ("*Interventi per il miglioramento della sicurezza delle cure nel Servizio Sanitario Toscano*"). Tale figura è una componente fondamentale del sistema di gestione qualità e

sicurezza, previsto dagli stessi requisiti di accreditamento. Le attività del facilitatore sono descritte di seguito ([d.g.r. 1330/2017](#), Allegato B):

Facilitatore alla gestione del rischio clinico ed alla sicurezza del paziente (operatore tecnico o sanitario referente per la gestione del rischio clinico nell'ambito di una struttura semplice o complessa), con funzioni di

- disseminazione delle buone pratiche e della cultura della sicurezza per favorire la segnalazione e l'analisi degli eventi avversi e dei *near miss*;
- organizzazione e coordinamento degli audit per l'analisi degli eventi significativi e delle rassegne di mortalità e morbidità, in modo sistematico e secondo un approccio sistemico;
- facilitazione consapevole delle dinamiche di gruppo in tutte le fasi della gestione dell'evento avverso;
- supervisione dal punto di vista operativo dei processi di gestione dei rischi nei percorsi clinici e assistenziali della propria area di appartenenza;
- partecipazione e sviluppo della comunità di pratiche per la promozione della sicurezza del paziente, mediante la condivisione delle lezioni apprese dall'analisi degli eventi avversi e *near miss*, nonché dall'applicazione e monitoraggio di buone pratiche, raccomandazioni e linee guida.

Per valorizzare le peculiarità delle strutture e dei servizi socio-sanitari, la formazione dei facilitatori per la sicurezza delle cure è stata adattata al contesto organizzativo ed i contenuti declinati per i rischi specifici dei pazienti e delle strutture.

A partire dal lavoro condotto dal Centro GRC e dalle Aziende sanitarie territoriali nel periodo della pandemia COVID-19, è stato pertanto progettato e realizzato un progetto formativo finalizzato alla preparazione dei facilitatori delle strutture socio-sanitarie pubbliche e convenzionate, di modo tale da estendere e consolidare la rete per la sicurezza delle cure per le persone fragili su tutto il territorio regionale.

Gli argomenti del corso di formazione sono i seguenti:

Argomenti di base

- principi di sicurezza dei pazienti,
- teoria dei sistemi ed effetti della complessità sui processi di cura,
- la comunicazione ed il lavoro in gruppo,
- l'apprendimento dagli incidenti per la prevenzione dei rischi,
- il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei familiari;

Metodi e tecniche per la sicurezza delle cure

- le applicazioni di ergonomia e fattori umani per la sicurezza,
- metodi e strumenti di gestione del rischio sanitario,
- metodi e strumenti per il miglioramento di qualità e sicurezza;

Buone pratiche e raccomandazioni per la prevenzione di rischi nel contesto socio-sanitario

- la prevenzione delle cadute,
- la prevenzione dei disturbi del comportamento e della contenzione,
- la sicurezza nella gestione delle terapie farmacologiche,
- la prevenzione delle lesioni da decubito e delle infezioni correlate all'assistenza.

I metodi di formazione sono suddivisi per un terzo di lezioni, un terzo di lavori in piccoli gruppi ed un terzo di esercizi pratici per l'applicazione degli strumenti per la gestione del rischio sanitario.

Il corso è stato realizzato a partire dal secondo semestre del 2024 con una prima edizione in ciascuna Azienda sanitaria territoriale. L'evento formativo ha coinvolto sia personale delle Aziende sanitarie che opera nelle, o con le, Strutture socio-sanitarie (infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, coordinatori infermieristici, medici ASC, psicologi), che personale delle Strutture convenzionate (infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi). Il progetto ha beneficiato di una piccola parte dei finanziamenti che derivano dal Piano nazionale di contrasto delle antibiotico-resistenze, grazie al riconoscimento della necessaria integrazione tra le attività di *risk management* e di prevenzione e controllo delle infezioni, nonché della collaborazione tra i Settori regionali competenti, il Centro GRC e le Aziende sanitarie territoriali.

Questa iniziativa, che nel corso del 2025 dovrebbe essere replicata ed estesa, integra le progettualità già in essere nelle Aziende territoriali di lavoro in rete con le strutture socio-sanitarie, che assumono una particolare rilevanza anche per accompagnare gli sviluppi dell'assistenza territoriale previsti dal [decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77](#) (*"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*) e sostenuti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con percorsi assistenziali integrati realizzati grazie alla cooperazione tra strutture che condividono requisiti e cultura della sicurezza.



CAPITOLO 8

LE SFIDE PER IL FUTURO

8. LE SFIDE PER IL FUTURO

di Barbara Trambusti

Questa prima esperienza di accreditamento delle strutture del sistema integrato sociale a gestione regionale ha comportato un grande e complesso lavoro che ha interessato, in prima battuta, gli uffici del Settore regionale Integrazione socio-sanitaria, chiamati a districarsi fra competenze amministrative, informatiche, contabili e fiscali, giuridiche, relazionali.

La costituzione del Gruppo regionale di valutazione e il rapporto con ARS, MeS, Rischio clinico e con colleghi del territorio esperti nelle diverse materie interessate, ha permesso di creare una grande squadra al servizio dei gestori pubblici e privati delle strutture del sociale integrato.

L'obiettivo non è stato quello della vigilanza e controllo, ma di una crescita culturale comune in materia di qualità, della quale tutti hanno potuto usufruire e che ci auguriamo soprattutto si sia potuta diffondere all'interno delle strutture stesse.

Grazie alle modifiche della normativa sull'accreditamento, è stato anche possibile avviare un confronto costruttivo e prezioso con le Commissioni multidisciplinari delle tre Aziende sanitarie territoriali che svolgono per conto dei Comuni la funzione di vigilanza sulle strutture sociali integrate: sebbene requisiti e indicatori dei due sistemi di autorizzazione e accreditamento non siano sovrapponibili, né le finalità e le modalità di funzionamento dei due sistemi siano uguali, lo scopo comune ad entrambi è garantire sicurezza agli ospiti delle strutture e ai lavoratori, nonché competenza e qualità nel servizio offerto.

In materia di servizi, la modifica della normativa sull'accreditamento ha inoltre reso possibile l'avvio di importanti politiche in materia di servizi alle persone non autosufficienti. In particolare grazie agli elenchi degli operatori familiari è stato possibile avviare l'accordo con l'Agenzia regionale toscana per l'impiego (ARTI) – Centri per l'impiego Regione Toscana per il *matching* domanda-offerta delle assistenti familiari (badanti). In pratica gli anziani non autosufficienti e/o i loro familiari, oltre ad ottenere il contributo per l'assunzione di una badante – uno fra i diversi servizi disponibili finanziati dal Fondo per la non autosufficienza, potranno, se lo desiderano, recarsi presso il locale Centro per l'impiego, verificare la disponibilità e scegliere un assistente familiare a partire dagli elenchi dei soggetti accreditati per legge.

Dal punto di vista relazionale, infine, si è stretto, in maniera forte, il rapporto con ANCI e con i Comuni, spesso coinvolti in attività formative e/o in momenti di confronto e chiarimento per garantire omogenee modalità di attuazione della normativa regionale.

È adesso tempo di valutazione dei risultati e revisione del sistema, per renderlo attuale e migliorarlo revisionando requisiti e indicatori sulla base dell'esperienza maturata sul campo anche dal Gruppo dei valutatori.

I dati sono disponibili e i Tavoli con i diversi stakeholder sono già stati avviati.

A breve dovremo anche rinnovare il gruppo dei valutatori e partire con un nuovo ciclo che sicuramente porterà la nostra Regione a tendere a traguardi più sfidanti, in una logica di lavoro di squadra e di gestione integrata della complessità di questo interessante mondo socio-sanitario.

CONCLUSIONI

di Fabrizio Gemmi

Il processo di accreditamento del Sistema sociale integrato messo in atto dalla Regione Toscana non rappresenta solo un atto tecnico-amministrativo, ma uno strumento per tradurre in pratica i principi della centralità della persona e dell'equità di accesso nelle politiche sociali e socio-sanitarie regionali. Mira a ricercare standard elevati di qualità e favorire il miglioramento continuo dei servizi, con metodologia originale e per molti aspetti innovativa, anche se veicolata con dispositivi normativi di tipo tradizionale.

L'azione messa in atto sfrutta la consolidata esperienza maturata nel corso di venticinque anni nel campo dei servizi sanitari, con molti necessari aggiustamenti, dovuti alle peculiari caratteristiche del settore.

L'accreditamento diventa la condizione preliminare per poter stipulare accordi contrattuali, con i soggetti erogatori pubblici e privati, basati su valutazioni oggettive del livello di qualità garantito.

Viene instaurato un principio di ciclicità del processo, introducendo una durata quinquennale dell'accreditamento, sul quale è possibile innestare una dinamica di miglioramento continuo della qualità dell'offerta, cui si richiede di rispondere in modo continuativo alle mutevoli esigenze di soddisfazione dell'utenza. Si introducono indicatori attraverso i quali le singole strutture possono misurarsi per apportare modifiche virtuose dell'organizzazione, in piena autonomia gestionale e imprenditoriale.

Il nuovo modello di accreditamento si ispira ai principi della qualità dell'assistenza, sulla strada tracciata da Avedis Donabedian, considerato, fin dagli anni Sessanta, il padre della filosofia della qualità in sanità.

In Toscana esistono 779 strutture socio-sanitarie accreditate: un patrimonio di enorme valore sociale e civile, a fronte di una cittadinanza caratterizzata da elevati indici di vecchiaia e di dipendenza: la maggior parte delle strutture ha dimostrato di essere in grado di erogare servizi di grande qualità, e di rispondere positivamente e efficacemente alle necessità presentate dal nuovo sistema: i manager delle strutture hanno espresso giudizi favorevoli sull'operato del Gruppo tecnico regionale di valutazione e sull'efficacia complessiva del sistema di accreditamento.

Auspichiamo che il meccanismo introdotto contribuisca a una diffusa crescita della consapevolezza e della mentalità della qualità nel complesso degli erogatori, sia a livello del management che fra gli operatori addetti all'assistenza e ai servizi di supporto, stimolando lo sviluppo autonomo di sistemi di miglioramento continuo, con la possibilità di intraprendere percorsi di certificazione basati su norme internazionalmente riconosciute, come per esempio i sistemi ISO, e mantenere nel tempo la capacità di rispondere ai bisogni della popolazione ospitata e di tutti i portatori di interesse.

RIFERIMENTI NORMATIVI

d.lgs. 502/1992 - [Decreto legislativo n. 502 del 30-12-1992](#). Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, in Gazzetta Ufficiale n.4 del 07-01-1994 - Supplemento Ordinario n. 3.

l. 328/2000 - [Legge n. 328 del 8-11-2000](#). Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, in Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13-11-2000 - Supplemento ordinario n. 186.

d.p.r. 445/2000 - [Decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28-12-2000](#). Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, in Gazzetta ufficiale n.42 del 20-02-2001 – Supplemento Ordinario n. 3.

l.c. 3/2001 - [Legge costituzionale n. 3 del 18-10-2001](#). Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione, in Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24 ottobre 2001.

d.lgs. 196/2003 - [Decreto legislativo n. 196 del 30-06-2003](#). Codice in materia dei dati personali.

l.r. 41/2005 - [Legge regionale n. 41 del 24-02-2005](#). Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, in Gazzetta ufficiale terza serie speciale – Regioni n. 41 del 15-10-2005.

d.lgs. 81/2008 - [Decreto legislativo n. 81 del 09-04-2008](#). Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

d.p.g.r. 15/R/2008 - [Decreto del Presidente della Giunta regionale della Toscana n.15/R del 26 marzo 2008](#). Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), in Bollettino Ufficiale della Regione Toscana 2 aprile 2008, n. 10, parte prima.

l.r. 51/2009 - [Legge regionale n. 51 del 5-08-2009](#). Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento, in Gazzetta Ufficiale terza Serie Speciale - Regioni n.22 del 05-06-2010)

l.r. 82/2009 - [Legge regionale n. 82 del 2009](#). Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

d.p.g.r. 29/R/2010 - [Decreto del Presidente della Giunta regionale della Toscana n. 29/R del 03-03-2010](#). Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato). Allegati A-F compresi nel decreto.

d.g.r. 995/2016 - [Deliberazione della Giunta regionale della Toscana n. 995 del 11-10-2016](#). Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015. [Allegato A](#).

l. 24/2017 - [Legge n. 24 del 8-03-2017](#). Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, in Gazzetta Ufficiale n.64 del 17-03-2017.

d.p.g.r. 2/R/2018 - [Decreto del Presidente della Giunta regionale della Toscana n. 2/R del 09-01-2018](#). Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.2 del 12-01-2018.

d.p.g.r. 86/R/2020 - [Decreto del Presidente della Giunta regionale della Toscana 11 agosto 2020, n. 86/R](#). Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato. [Allegato A \(parte 1, parte 2, parte 3\)](#), [Allegato B](#).

d.d. 14151/2020 - [Decreto dirigenziale n. 14151 del 11-09-2020](#). Avviso di selezione pubblica per l'iscrizione nell'elenco regionale dei valutatori nel sistema sociale integrato, ai sensi dell'art. 5 comma 1 della l.r. 82/09. [Allegato 1 – AVVISO](#). [Allegato 2 – Domanda](#).

d.g.r. 245/2021 - [Deliberazione della Giunta regionale della Toscana n.245 del 15-03-2021](#). Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accREDITAMENTO e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

[Allegato A](#) - Requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali. ERRATO VEDI d.g.r. 1239/2021.

[Allegato B](#) - Requisiti specifici dei servizi di assistenza domiciliare erogato e requisiti di ass. dom. erogato da operatori individuali.

[Allegato C](#) - Requisiti altri servizi alla persona – organizzazioni.

[Allegato D](#) - Indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. ERRATO VEDI d.g.r. 1239/2021.

[Allegato E](#) - Indicatori per Assistenza domiciliare erogata da organizzazioni.

[Allegato F](#) - Indicatori per altri servizi alla persona (AL). ERRATO VEDI d.g.r. 289/2021.

d.g.r. 289/2021 - [Deliberazione della Giunta regionale della Toscana n.289 del 22-03-2021](#). d.g.r. n. 245/2021 “Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accREDITAMENTO e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti”. Modifica per correzione errori materiali. [Allegato A](#) - Requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali ERRATO VEDI d.g.r. 1239/2021.

Allegato D - Indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti ERRATO VEDI d.g.r. 1239/2021.

[Allegato F](#) - Indicatori per altri servizi alla persona (AL).

d.g.r. 1239/2021 - [Deliberazione della Giunta regionale della Toscana n.1239 del 22-11-2021](#). Modifica della deliberazione GR n. 245 del 15 marzo 2021 avente ad oggetto: "Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti".

[Allegato A](#) - Requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali.

[Allegato D](#) - Indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

d.d. 4990/2021 - [Decreto dirigenziale n. 4990 del 29-03-2021](#). Costituzione del gruppo tecnico regionale di valutazione ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del DPGR 86/R/2020.

DM 77/2022 - [Decreto ministeriale n. 77 del 23-05-2022](#). Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, in Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22-06-2022.

l.r. 45/2023 - [Legge regionale n. 45 del 29-11-2023](#). Riordino del sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato. Modifiche alla l.r. 82/2009, in Bollettino Ufficiale n. 67, parte prima, del 13 dicembre 2023.

l.r. 2/2024 - [Legge regionale n. 2 del 06-02-2024](#). Disposizioni in materia di verifica di compatibilità per le strutture residenziali e semiresidenziali ai sensi dell'articolo 8-ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992.



www.ars.toscana.it