

Come l'araba fenice?

I sociologi nel Servizio Sanitario Nazionale

A cura di Rocco Di Santo,
Guido Giarelli, Giulia Mascagni



Salute e Società – *Health & Society*

FrancoAngeli 

Salute e Società – *Health & Society*

COLLANA DIRETTA DA / EDITOR **GUIDO GIARELLI**

La collana editoriale, attiva dal 2002, si propone di rappresentare un punto d'incontro di carattere interdisciplinare tra le scienze umane e sociali orientato a investigare il complesso nesso tra salute, malattia, medicina da una parte e società e cultura dall'altra secondo una pluralità di approcci epistemologici, teorici e metodologici. Essa accoglie sia testi di carattere manualistico, antologico, monografico di alta qualità e innovativi, sia i risultati di studi, ricerche e indagini di carattere qualitativo e/o quantitativo empiricamente fondati e orientati a contribuire al miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Tutti i testi, in italiano o inglese, sono sottoposti a *peer review* in doppio cieco da parte di due *referee* anonimi esperti dello specifico tema trattato e possono essere pubblicati anche in *e-book*.

The editorial series, active since 2002, aims to represent an interdisciplinary forum between the human and social sciences oriented at investigating the complex link between health, disease, medicine on one hand and society and culture on the other one according to a plurality of epistemological, theoretical and methodological approaches. It includes both high-quality and innovative texts of manual, anthological, monographic nature, and the results of studies, researches and surveys of a qualitative and / or quantitative nature that are empirically founded and aimed at contributing to the improvement of the quality of health services. All the texts, in Italian or English, are subjected to double-blind peer review by two anonymous referees who are experts in the specific topic dealt with and can also be published in e-books.



COMITATO SCIENTIFICO / SCIENTIFIC BOARD

Ellen Annandale (*University of York*)
Rita Bichi (*Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*)
Piet Bracke (*Universiteit Gent*)
Hannah Bradby (*Uppsala Universitet*)
Mario Cardano (*Università di Torino*)
Cleto Corposanto (*Università Magna Græcia, Catanzaro*)
Anna Rosa Favretto (*Università di Torino*)
Boaventura de Sousa Santos (*Universidade de Coimbra*)
Siegfried Geyer (*Medizinischen Hochschule Hannover*)
David Hughes (*University of Swansea*)
Enrique Perdiguero-Gil (*Universidad Miguel Hernández, Alicante*)
Mike Saks (*University of Suffolk*)
Graham Scambler (*University College London*)
Alberto Scerbo (*Università Magna Græcia, Catanzaro*)
Stefano Tomelleri (*Università di Bergamo*)
Giovanna Vicarelli (*Università Politecnica delle Marche*)

COMITATO EDITORIALE / EDITORIAL BOARD

Charlie Barnao (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Alessia Bertolazzi (*Università di Macerata*), Micol Bronzini (*Università Politecnica delle Marche*), Silvia Cervia (*Università di Pisa*), Carmine Clemente (*Università di Bari*), Maurizio Esposito (*Università di Cassino e del Lazio Meridionale*), Davide Galesi (*Università di Trento*), Angela Genova (*Università di Urbino Carlo Bo*), Linda Lombi (*Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*), Beba Molinari (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Umberto Pagano (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Alessandra Sannella (*Università di Cassino e del Lazio Meridionale*), Mauro Serapioni (*Universidade de Coimbra*), Eleonora Venneri (*Università Magna Græcia, Catanzaro*), Roberto Vignera (*Università di Catania*).

RESPONSABILI REDAZIONALI / EDITORIAL MANAGERS

Marilyn Mantineo, m.mantineo@unicz.it
Anna Trapasso, annatrapasso1@gmail.com

Come l'araba fenice?

I sociologi nel Servizio Sanitario Nazionale

A cura di Rocco Di Santo,
Guido Giarelli, Giulia Mascagni

FrancoAngeli 

Il volume è stato pubblicato con il contributo di AIS – Associazione Italiana di Sociologia e S.I.S.S. – Società Italiana di Sociologia della Salute

La cura redazionale ed editoriale del volume è di Giulia Mascagni

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione , di <i>Rocco Di Santo e Guido Giarelli</i>	pag.	7
I. Il ruolo dei sociologi della salute nel SSN: come la professione sociologica ha attraversato i diversi processi di riforma		
1. L'istituzionalizzazione accademica della sociologia della salute in Italia: una pluralità di percorsi e orientamenti , di <i>Mara Tognetti</i>	»	27
2. Dalla riforma del Titolo V all'autonomia differenziata: una ricostruzione storico-critica , di <i>Giovanna Vicarelli</i>	»	42
3. Il sociologo nelle politiche socio-sanitarie: una prospettiva europea in trasformazione , di <i>Remo Siza</i>	»	59
II. Competenze ed esperienze dei sociologi nei servizi sanitari e sociosanitari		
4. Il paradosso del sociologo nella sanità locale: tra profilo professionale misconosciuto e competenze strategiche , di <i>Angela Genova e Giulia Mascagni</i>	»	73
5. Medicina territoriale e sociologi della salute: quali prospettive dopo il decreto del Ministero della Salute n.77/2022 , di <i>Caterina Musella e Paolo Ugolini</i>	»	87

affatto soggettivo: e cioè che non si tratta di affermarsi come “bravi sociologi”, ma di far capire quanto la sociologia possa essere *utile* al sistema in tutti i processi e contesti precedentemente ricordati.

Se è così, adesso tocca a quanti hanno il compito di prepararli questi sociologi per portarli ad un livello di “bravura” che permetta loro di mantenere alta la reputazione della sociologia fin dal loro ingresso nel mondo del lavoro. Ben s’intende: è compito altrettanto vitale, da parte dei sociologi professionisti che abitano le organizzazioni sociosanitarie, quello di evitare di incorrere nel rischio della “rana bollita” riprendendo la nota metafora del rischio della gradualità di Noam Chomsky (2014) che temo si attagli alla nostra professione, abituata a temperature docili e a conseguenti, fatali, abitudini adattive.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2023), *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*, Centro Studi e ricerche in salute internazionale e interculturale, Università di Bologna (<https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/>).
- Campebelli M., Lepore V., Tognoni G. (2010), *Epidemiologia di cittadinanza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Chomski N. (2014), *La fabbrica del consenso*, Il Saggiatore, Milano.
- Costa G. (2017), *La salute disuguale in Italia*, «Scienzainrete.it» (<https://www.scienzainrete.it/>).
- Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. *et al.* (2017) (a cura di), *40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (2014), *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Dal Ponte F., Ferrara L., Tozzi D.V., a cura di (2022), *La trasformazione del Distretto Socio Sanitario. OASI REPORT 2022*, Cergas Bocconi, Milano.
- Morin E. (2017), *La sfida della complessità*, Le Lettere, Firenze.
- Salvi R. Fabbri F. (2008) (a cura di), *Il Profilo di Comunità: una sintesi*, Regione Emilia-Romagna. Disponibile al link: (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/piano-sociale-e-sanitario/il-profilo-di-comunita/SintesiProfilocomunitaRIMINI.pdf>).
- Venturi R. (2021), *Ecologie della perturbazione. Intervista con Anna L. Tsing*, «Antinomie. Scritture e immagini» (<https://antinomie.it/index.php/2021/06/25/ecologie-della-perturbazione-intervista-con-anna-l-tsing/>).

11. Valutazione, qualità e accreditamento istituzionale

di *Anna Zenarolla*

Introduzione

Qualità, valutazione, accreditamento istituzionale sono termini che rimandano a riflessioni teoriche, prassi operative e strumenti strettamente connessi tra loro, che non stupisce trovare trattati insieme. Meno evidente, forse, può apparire il loro legame con la sociologia della salute e meno scontata pertanto può risultare una riflessione su questo nesso e sul contributo che questa disciplina e la figura del sociologo possono dare alla loro pratica e al loro sviluppo. Il tema in realtà non è nuovo. Un'ampia riflessione e una ricca letteratura sono state prodotte a livello nazionale, in particolare dalla comunità accademica e professionale afferente all'Associazione Italiana di Sociologia e alla Società Italiana di Sociologia della Salute sin dagli anni Novanta del secolo scorso. Pare, tuttavia, alquanto attuale riproporne alcune acquisizioni che rischiano di venire dimenticate, mentre invece risultano particolarmente utili in un momento in cui il Sistema Sanitario Nazionale (Ssn), dopo essere stato messo a dura prova dalla pandemia da Covid-19 e su sollecitazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sta cercando di definire nuovi modelli organizzativi e nuovi standard di assistenza.

Collocandosi nell'alveo di quanto maturato dalla ricerca e dalla riflessione svolta nell'ambito della sociologia della salute italiana e riferendosi per ragioni di spazio solo ad alcuni dei principali contributi prodotti al suo interno, questo saggio si propone di presentare l'apporto che la sociologia della salute può fornire ai percorsi di implementazione della qualità, della valutazione e dell'accreditamento. Tre paiono essere gli ambiti nei quali tale apporto può risultare più rilevante: la definizione di una cornice teorica di riferimento che consenta di evitare di ridurre il loro sviluppo a una mera questione tecnica e procedurale; la costruzione degli indicatori, che rappresentano uno degli elementi cruciali sia della qualità che della valutazione e

dell'accreditamento istituzionale; la costruzione di comunità di pratiche per evitare l'irrigidimento nella standardizzazione e, di contro, promuovere l'apprendimento e il miglioramento continuo. I paragrafi che seguono cercheranno di descrivere come il contributo della sociologia della salute in questi tre ambiti può essere declinato.

1. Individuare una cornice teorica

Il primo e fondamentale apporto che la sociologia della salute può dare allo sviluppo della qualità, della valutazione e dell'accreditamento istituzionale è quello di fornire una cornice teorica all'interno della quale collocarli affinché non si riducano a mera questione tecnica e procedurale di applicazione di norme, standard e requisiti più o meno vincolanti.

Il termine qualità, infatti, rimanda a un concetto tutt'altro che semplice sebbene connaturale al pensare e al sentire delle persone che spontaneamente lo associano a ciò che è bello e buono, quasi "prezioso" (Juran, 1995), ossia di valore in un oggetto o una persona. La connaturalità al pensare e al sentire delle persone pare contrastare la difficoltà che esse incontrano quando provano a dire in che cosa consista la qualità, astraendo dagli oggetti o dalle persone che la possiedono. Nel momento in cui riescono a farlo, inoltre, emerge la grande differenza delle definizioni date alla qualità degli stessi oggetti e delle stesse persone, frutto della soggettività con la quale viene percepita e definita da ognuno. Da qui il grande sforzo e la particolare attenzione con cui si è cercato di definirla, misurarla e svilupparla, dapprima all'interno del sistema produttivo e poi in quello dei servizi.

Nell'ambito dei servizi sanitari tale sforzo ha attraversato a tre stagioni (Giarelli, 2002a): quella iniziale in cui la qualità fa il suo ingresso negli Stati Uniti, agli inizi del secolo scorso, come assicurazione qualità (*Quality Assurance*), ossia come forma di controllo della variabilità degli esiti terapeutici attraverso un processo formalizzato e sistematico volto a misurare il livello qualitativo delle cure mediche. Con tale accezione viene introdotta anche in Italia nel 1984 tramite la Società italiana di Verifica e Revisione della Qualità (VRQ) e viene recepita prima dal DPR 384/90, che prevede la costituzione di apposite commissioni di verifica e revisione della qualità dell'assistenza sanitaria erogata e delle cure mediche, a livello nazionale, regionale e di azienda sanitaria, e poi dal D.Lgs. 502/92, che individua l'adozione di un sistema di verifica e revisione della qualità come prerequisito per il riconoscimento di un'istituzione sanitaria da parte del Ssn. Il rischio, insito in tale

approccio, di ridurre la qualità alla sola dimensione della competenza tecnico-professionale, inaugura negli anni '80 una seconda stagione della qualità, caratterizzata dall'ingresso nel sistema sanitario degli approcci ispirati al *Total Quality Management (TQM)* e al *Continuous Quality Improvement (CQI)* che spostano l'attenzione sugli aspetti organizzativo-gestionali e sulle aspettative del cliente. Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana innescato dai D.Lgs 502/92 e 517/93 contribuisce a spiegare la diffusione di questi approcci al suo interno. La terza stagione della qualità, infine, si apre con gli anni '90 e si caratterizza per l'attenzione al cliente, alla soddisfazione delle sue aspettative e al riconoscimento della sua libertà di scelta che portano all'introduzione nel nostro Paese degli Uffici relazioni con il pubblico, della carta dei servizi e all'emanazione del DM 15 ottobre 1996 contenente gli indicatori per la valutazione della personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, al comfort alberghiero e alla prevenzione.

La riflessione sociologica ha accompagnato il succedersi di queste stagioni e di questi approcci e modelli di sviluppo della qualità, cercando di collocarli all'interno di una prospettiva teorica che offra ad essi una cornice di senso in grado di renderli effettivamente significativi per la specificità del contesto nel quale venivano applicati. Muovendo dal presupposto del carattere relazionale della persona (Donati, 1988) e del concetto stesso di salute/malattia, lo sguardo del sociologo della salute sulla qualità delle cure e dell'assistenza non può che cogliere come le diverse prospettive dalle quali la si è considerata e le molteplici dimensioni in cui la si è declinata per renderla operativa non possano rimanere separate ma debbano essere tenute insieme. La qualità sociosanitaria «non può essere letta semplicemente in modo dicotomico come efficacia sistemica o mera percezione del cittadino malato. Efficacia tecnica e soddisfazione soggettiva sono effetti di un particolare tipo di organizzazione sanitaria e di una riuscita relazione medico-paziente. Tuttavia, la qualità sociosanitaria non è esclusivamente connessa all'una o all'altra, bensì è il risultato di una loro proficua integrazione (connessionismo)» (Cipolla, 2002, p. 15). Per questo Giarelli, nel saggio poc'anzi menzionato, auspica l'avvio di una quarta stagione caratterizzata dall'interconnessione delle dimensioni sulle quali le tre stagioni precedenti si sono focalizzate, secondo un approccio di tipo correlazionale in un'ottica pluralista e multidimensionale che esita in un «*triangolo della qualità* (...) la cui declinazione non è più il risultato della prevalenza di un punto di vista [...], ma dell'interconnessione dei rispettivi interessi e punti di vista: la *qualità erogata*, [...]; la *qualità percepita*, [...]; la *qualità sociale*, [...]» (2002, p. 434). In tal senso, pertanto, nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari,

richiamandosi alla tradizione del costruttivismo (Berger e Luckmann, 1969) e della sociologia relazionale (Donati, 1988), la qualità si configura come processo di costruzione di significati condivisi (Zenarolla, 2007).

2. Condividere criteri e costruire indicatori di valutazione

Il secondo contributo che la sociologia della salute può portare ai processi di sviluppo della qualità, della valutazione e dell'accreditamento riguarda la definizione dei criteri e degli indicatori di valutazione. Essi costituiscono un elemento di cruciale importanza per tutti e tre i processi: per il loro tramite, infatti, la qualità riesce a passare dal livello astratto a quello concreto, rilevabile e misurabile; su di essi poggia la formulazione dei giudizi della valutazione; su di essi si strutturano i sistemi di accreditamento. Tanta è la loro importanza quanta la complessità della loro definizione e costruzione. La valutazione, infatti, non è solo ricerca ma anche espressione di giudizi, che devono essere orientati da valori e criteri pratici. Efficienza, efficacia, economicità sono criteri diffusamente riconosciuti. Ciò che pare non essere altrettanto diffuso è un altro criterio che lo sguardo del sociologo della salute non manca di cogliere: il criterio dell'equità. Nel contesto dei servizi, infatti, la valutazione non può esimersi dall'interrogarsi in merito al rapporto tra bisogni, necessità e domanda, al tradursi dei bisogni in domanda, al rapporto tra domanda effettiva e domanda potenziale e agli ostacoli incontrati da quest'ultima.

Oltre a ricordare l'importanza di non dimenticare il criterio dell'equità, il sociologo della salute può ulteriormente contribuire al processo valutativo evidenziando che i criteri di valutazione non stanno tutti sullo stesso piano, ma alcuni sono più importanti di altri. In particolare, tra efficienza ed efficacia va stabilita una gerarchia: «prima essere efficaci e poi efficienti. [...] una gerarchia logica e di scelta “politica”, non di scansione temporale separata. [...] la gerarchia fra i due concetti non va intesa in termini temporali, ma di centralità dell'efficacia sia dal lato teorico, che etico, che politico» (Altieri, 2009, p. 21). La valutazione, così come la ricerca e la riflessione sociologica, non è neutra. In merito al criterio di efficienza, infine, il contributo della sociologia della salute è anche quello di mettere in evidenza la presenza di «un'efficienza riproduttiva», un'efficienza cioè non solo a breve termine e limitata a ridurre il consumo di risorse, ma rivolta anche al lungo periodo e a garantire la riproduzione delle risorse nel tempo. Nel contesto dei servizi sociosanitari essa può «significare che ogni servizio deve contenere necessa-

riamente in sé il momento della prevenzione e quello dell'educazione socio-sanitaria, condizioni imprescindibili per ridurre la proliferazione di bisogni che richiedono consumo continuo di risorse. [...] Efficienza riproduttiva può anche significare individuazione e valorizzazione di risorse esistenti sul territorio, magari latenti e sommerse (trasformabili in volontariato, solidarietà, competenze utili), che possono richiedere costi iniziali al fine di una loro mobilitazione ma che poi, a lungo termine, possono sopperire a carenze di risorse pubbliche» (Altieri, 2009, p. 23).

Per quanto riguarda gli indicatori, invece, il contributo che la sociologia può portare riguarda la correttezza metodologica della loro costruzione, da intendersi non solo come garanzia del rispetto dei requisiti che gli indicatori devono avere per poter essere considerati tali – aspetto comunque tutt'altro che scontato e per nulla secondario – ma anche come garanzia della correttezza del metodo col quale vengono costruiti. L'indicatore, infatti, è qualcosa che sta al posto di qualcos'altro, qualcosa che rimanda a qualcos'altro grazie a un rapporto di indicazione. Tale rapporto chiama in causa il problema della sua natura, stipulativa o meno, e di chi possa validamente istituirlo, vale a dire il solo valutatore o anche altri soggetti implicati nella valutazione (Palumbo, 2010). Orbene, il contributo del sociologo della salute a questo proposito pare poter essere proprio quello di ricordare la natura stipulativa e negoziale (Altieri, 2002 e 2009) degli indicatori, che non possono essere frutto di una scelta meramente tecnica compiuta dal solo valutatore, ma devono essere l'esito di un processo di confronto e co-produzione con i diversi soggetti implicati nel processo valutativo, in coerenza con la prospettiva che ritiene la stessa conoscenza e gli stessi dati qualcosa di co-prodotto dal ricercatore e dai soggetti coinvolti nella ricerca (Cipolla, 1988; Palumbo, 2010). Gli indicatori, infatti, «da processi di significazione sono spesso diventati strumenti di ricerca quando non addirittura dati oggettivamente connotati, misurazioni (o presunti tali, naturalmente). [...] gli indicatori – che dovrebbero essere uno strumento del pensiero orientato all'analisi – diventano oggetti ipostatizzati che si sostituiscono ad esso» (Bezzi, 2010, p. 97) e non stimolano più il pensiero e la riflessione. La riflessività e l'argomentazione, invece, sono ciò che consente di ancorare gli indicatori, e con essi la valutazione, alla realtà sociale e ai significati condivisi e co-costruiti che si generano dai processi sociali che avvengono al suo interno. La «riflessività e l'argomentazione sono fondamentalmente ascritte all'adozione di un pensiero *relazionale* nei processi di comprensione e di interpretazione della realtà. Questo “stile cognitivo” modifica le pratiche di acquisizione, di elaborazione e di trasmissione della conoscenza ed è principalmente orientato all'apprendimento, alla “reciprocità” nonché alla dinamica di *transazione* tra saperi e

identità “in costruzione”, con ampi margini di “creatività” nella scelta dei linguaggi, dei codici interpretativi e delle regole da utilizzare» (Venneri, 2010, p. 80).

Questa connotazione riflessiva e argomentativa degli indicatori rappresenta un valore aggiunto, seppur costitutivo, dei processi di valutazione che la sociologia della salute può aiutare a valorizzare, consentendo a essi di configurarsi anche come processi di apprendimento per i soggetti implicati e di miglioramento continuo per le organizzazioni coinvolte.

3. Promuovere comunità di pratica

Lo sviluppo di processi di apprendimento e di miglioramento continuo rappresenta l'ulteriore contributo e valore aggiunto che il sociologo della salute può portare anche nei percorsi di accreditamento istituzionale. L'accREDITAMENTO istituzionale è stato introdotto in Italia dal D.lgs.502/92 nel corso di un processo di trasformazione delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie volto a estendere la possibilità di operare all'interno del Ssn a una pluralità di soggetti, tra cui i cittadini possano scegliere liberamente.

In termini generali, l'accREDITAMENTO istituzionale si struttura come un processo di accertamento del possesso di standard qualitativi, predeterminati in relazione alle tipologie delle prestazioni da erogare, a seguito del quale viene delineato un sistema regolativo che prevede prima l'autorizzazione al funzionamento, concessa sulla base della presenza di requisiti formali e strutturali, e poi l'accREDITAMENTO, inteso come verifica su standard di qualità stabiliti per accedere ai contratti col Ssn. Con tale istituto si è voluto, da un lato, fornire maggiori garanzie agli utenti dei servizi in merito alle loro finalità e alla loro adeguatezza e, dall'altro, introdurre elementi di competitività all'interno del sistema sociosanitario riconoscendo alle strutture private un ruolo sempre più paritario in un contesto di competizione controllata.

La legge 328/2000, con l'articolo 11, estende l'accREDITAMENTO istituzionale a tutti i servizi sociali, rendendolo uno strumento centrale per l'acquisto di servizi da soggetti del terzo settore e attribuendone la responsabilità ai Comuni. A questi ultimi, infatti, affida il compito di: attivare sistemi di garanzia di corretta erogazione dei servizi in collaborazione con altre organizzazioni private, profit e non profit; rilasciare l'accREDITAMENTO in base a criteri generali stabiliti dall'ente regionale; determinare modalità di erogazione e tariffe per le prestazioni congruenti con la programmazione regionale e locale.

La procedura di accREDITAMENTO prevede che gli standard in base ai quali riconoscere l'accREDITAMENTO vengano individuati a priori, in sede legislativa,

come garanzia della qualità erogata da un determinato servizio o struttura. Gli standard così individuati riflettono una concezione di qualità riferita agli aspetti individuabili ex ante, ossia quelli strutturali e organizzativi, partendo dal presupposto che l'adeguatezza strutturale e organizzativa di un servizio sia predittiva della sua capacità di produrre prestazioni di qualità. Si tratta di una concezione di qualità statica, legata a un modello di controllo predeterminato e finalizzato alla sanzione o all'estromissione, secondo il principio dell'esclusione di ciò che non è conforme al modello dato. Così intesa però, la qualità risulta priva di quella tensione al nuovo, al desiderato che costituisce il presupposto per il miglioramento continuo dei servizi. La fissazione di requisiti organizzativi e strutturali atti a stabilire a priori un livello minimo di efficienza e qualità del servizio, inoltre, se favorisce lo sviluppo di pratiche di lavoro più razionali e strutturate, può indurre una specializzazione e una tecnicizzazione settoriale che rischiano di esaurire negli interventi legati alle singole prestazioni la possibilità di un'azione e di una progettualità più complessiva.

La sociologia della salute può contribuire a evitare che l'accreditamento abbia come conseguenza l'irrigidimento del sistema su una visione minimalista di qualità come quest'ultima e può aiutare a promuovere, per contro, un'interpretazione della qualità e della valutazione come quelle descritte nei paragrafi precedenti, ossia di tipo relazionale e co-costruito (Zenarolla, 2007).

In tale prospettiva si ritiene importante recuperare l'interpretazione dell'accreditamento come «provvedimento, avente natura concessoria, con il quale l'autorità preposta attribuisce ai servizi accreditati la natura di “servizi sociali pubblici” e al soggetto accreditato quella di concessionario della pubblica amministrazione», che porta a configurarlo come un «patto» con cui i titolari della funzione sociale dei servizi ne attribuiscono l'esercizio a soggetti terzi, pubblici o privati (Dalla Mura, 2001 e 2003). Così inteso, l'accreditamento non rimane un atto unidirezionale di conferimento di un riconoscimento formale, ma può diventare lo strumento attraverso cui ente accreditante e soggetti accreditati instaurano tra loro un rapporto di condivisione di finalità – ossia lo sviluppo della qualità e del miglioramento dei servizi – e di mezzi con cui perseguirla, ossia i requisiti di accreditamento e gli indicatori di valutazione. Il rapporto tra ente accreditante e soggetti accreditati può pertanto evolvere verso lo sviluppo di una comunità di pratica (Wenger, 2006) che, in una logica di rapporto tra pari anziché tra concorrenti, intraprende un percorso di valutazione integrata e partecipata (Altieri, 2002 e 2009; Giarelli, 2002; Tomei, 2006) capace di generare apprendimento e miglioramento organizzativo.

Così inteso, inoltre, il processo di valutazione pone anche le basi per promuovere un più effettivo coinvolgimento del terzo protagonista dei processi di accreditamento, ossia il cittadino utente. La funzione equiparatoria dell'accREDITamento e il criterio di uguaglianza tra pubblico e privato a esso sotteso rappresentano il presupposto per assicurare all'utente la libertà di scegliere tra soggetti di diversa natura equiparati nell'erogazione dei servizi. Rendere effettivo questo diritto richiede l'adozione di adeguati metodi e strumenti di coinvolgimento e di rilevazione del punto di vista dei cittadini utenti (Altieri, 2009; Giarelli, 2002) che vanno ben oltre la mera rilevazione della soddisfazione del cliente e che la competenza sociologica può garantire.

4. Buone prassi dall'esperienza

L'impostazione teorica e metodologica descritta nei paragrafi precedenti ha trovato applicazione nel percorso per la definizione del regolamento di autorizzazione e accREDITamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori della Regione Friuli Venezia Giulia. L'emanazione del Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 0158 del 22 dicembre 2022 *Regolamento per la disciplina delle procedure di autorizzazione, vigilanza e accREDITamento delle strutture residenziali, semiresidenziali e a ciclo diurno che svolgono attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie a favore di minori e per la determinazione dei criteri e delle modalità di iscrizione e tenuta del registro di tali strutture, in attuazione degli articoli 31 e 33 della legge regionale 31 marzo 2006, n.6*, infatti, è avvenuta attraverso un percorso – iniziato nel 2007, interrotto e ripreso con continuità dal 2014 – di condivisione e confronto tra Direzione regionale, servizi sociali dei Comuni, servizi di neuropsichiatria, consultori ed enti del Terzo settore gestori delle comunità per minori attive in regione, al quale ha partecipato in funzione di supporto tecnico e metodologico anche l'Area Welfare di Comunità dell'attuale Azienda Sanitaria Universitaria Integrata “Isontino-Giuliana” con la presenza della figura di un sociologo.

Il percorso ha voluto in primo luogo cogliere l'occasione per introdurre nel sistema regionale un approccio alla pianificazione guidato dalla valutazione dei bisogni e non dall'offerta dei servizi. Dapprima, pertanto, è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da una rappresentanza degli enti sopra richiamati, che ha lavorato alla chiarificazione dei bisogni ai quali le strutture di accoglienza residenziale, semiresidenziale e diurna per minori devono rispondere. In tale prospettiva esso ha cercato di delineare i profili di

bisogno utili per orientare non solo l'accesso a queste strutture ma il complessivo percorso di presa in carico da realizzare al loro interno e, di conseguenza, la tipologia di comunità da prevedere nel regolamento. Particolare attenzione in questa fase è stata riservata a far sì che i profili individuati non venissero intesi come tipologie separate l'una dall'altra ma consentissero di mantenere l'unitarietà della persona che può presentare una multiproblematicità tale da portarla a presentare contemporaneamente più profili di bisogno così come l'unitarietà del suo percorso evolutivo e del conseguente percorso di presa in carico i quali, a loro volta, possono passare da un profilo all'altro. Sono stati così individuati tre profili di bisogno, uno di tipo socio-educativo, uno di tipo socio-assistenziale e uno di tipo educativo-riabilitativo integrato.

Il percorso per la definizione dei profili di bisogno e dei percorsi di presa in carico e per l'individuazione delle modalità organizzative e metodologiche per la loro valutazione e attuazione ha portato alla stesura di specifiche linee guida – Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico di minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali – approvate dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 273 del 28 febbraio 2020.

Tali linee hanno costituito la base per procedere alla stesura del regolamento sopra citato che contiene la definizione delle tipologie di comunità residenziale, semiresidenziale e diurna, accompagnata dall'individuazione per ognuna dei rispettivi requisiti di autorizzazione e di accreditamento. Questi ultimi sono stati individuati in maniera condivisa in modo da assicurare la convergenza sul loro significato e sulla loro utilità e secondo una logica di progressività volta a favorire il miglioramento continuo degli enti accreditati.

Il percorso è stato completato con la costituzione di un Organismo Tecnico Accreditante che si occuperà di curare i singoli processi di accreditamento. Esso costituisce lo spazio e lo strumento idoneo per dare continuità al percorso svolto attraverso l'applicazione dell'impostazione teorica e metodologica che lo ha sinora accompagnato. In tal senso la presenza e la competenza sociologica al suo interno offrono un contributo fondamentale.

Riferimenti bibliografici

Altieri L. (2002), “Verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi”, in C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri L., , *op. cit.* (a cura di), 95-126.

Altieri L. (2009), *Valutazione e partecipazione*, FrancoAngeli, Milano.

Berger P.L., Luckmann T. (1969), *La realtà come costruzione sociale*, il Mulino, Bologna.