

Rassegna Legislativa

Dopo la legge di riforma dei servizi sociali: il nuovo contesto istituzionale ed i decreti attuativi

(2° parte)

Paolo Ferrario

Docente di politica sociale

3. Gestione dei servizi sociali e contratti di appalto

La gestione dei servizi alla persona è una sfida quotidiana particolarmente problematica e complessa a causa delle diverse variabili che ne influenzano lo sviluppo (politico-legislative; amministrative; organizzative; professionali). La differenziazione dei bisogni e l'incremento della domanda producono continuamente tensioni sull'offerta dei servizi che tendono a sviluppare dinamiche di costo crescenti rispetto alle risorse disponibili.

In questo quadro, nell'ultimo trentennio in Italia, le politiche sociali hanno oscillato fra un'impostazione tendenzialmente pubblicistica (anni Settanta e Ottanta) ed un'altra tendenzialmente orientata a modi di allocazione delle risorse governate dal mercato (anni Novanta e successivi). Fra queste due vocazioni la legge di riforma dei servizi sociali, in un perfetto schema riformistico, aspira a sviluppare un sistema di *welfare mix* così impostato:

- agli *enti locali, Regioni e Stato* le competenze di: programmazione e organizzazione; gestione ed offerta di servizi; ruolo promozionale dei soggetti appartenenti al terzo settore
- ai *soggetti imprenditoriali* del “Terzo settore” ed agli altri enti privati i ruoli di: produzione dell'offerta dei servizi e di agire come soggetti attivi nella progettazione e realizzazione concertata degli interventi
- ai *soggetti del volontariato* funzioni finalizzate all'espressione organizzata di solidarietà sociale, di auto-aiuto ed anche di concorso all'offerta di “prestazioni complementari” a servizi che richiedono una organizzazione complessa attraverso lo strumento della convenzione¹

Ne segue che, per quanto concerne le modalità di gestione dei servizi sociali, la legge di riforma prevede l'utilizzo di varie forme amministrative: la *gestione diretta* da parte dei Comuni, avvalendosi di mezzi, strutture e di proprio personale; la *gestione in concessione*, mediante l'affidamento della gestione a soggetti esterni, utilizzando le procedure di appalto; la *gestione mediante “accreditamento sociale”*. Quest'ultima forma è già regolata nell'ambito dei servizi sanitari e potrà essere introdotta anche nel settore dei servizi sociali.

¹ Dpcm 30.3.2001

Lo strumento amministrativo dell'appalto dei servizi è stato diffusamente utilizzato nei decenni precedenti e con riferimento ad esso si possono distinguere alcuni tipi di comportamento operativo collegabili ai diversi momenti storici:

- *bassa regolazione*: tipica degli anni Ottanta nel periodo caratterizzato dallo sviluppo della rete dell'Unità Sanitaria Locale e dei primi processi di rafforzamento di ruolo dei Comuni
- *regolazione non specifica*: caratterizzata dall'utilizzo di una cultura amministrativa tipica degli appalti d'opera e poco congruente con le caratteristiche organizzativo-strutturali dei servizi alla persona
- *miglioramento degli strumenti*: si tratta di un importante processo di sviluppo professionale (tecnico ed amministrativo) dovuto sia all'introduzione di nuove regole legislative², sia all'elaborazione tecnico-scientifica sulla materia³
- *regolazione specifica*: riferibile con certezza all'introduzione della legge di riforma e alla sua successiva attuazione

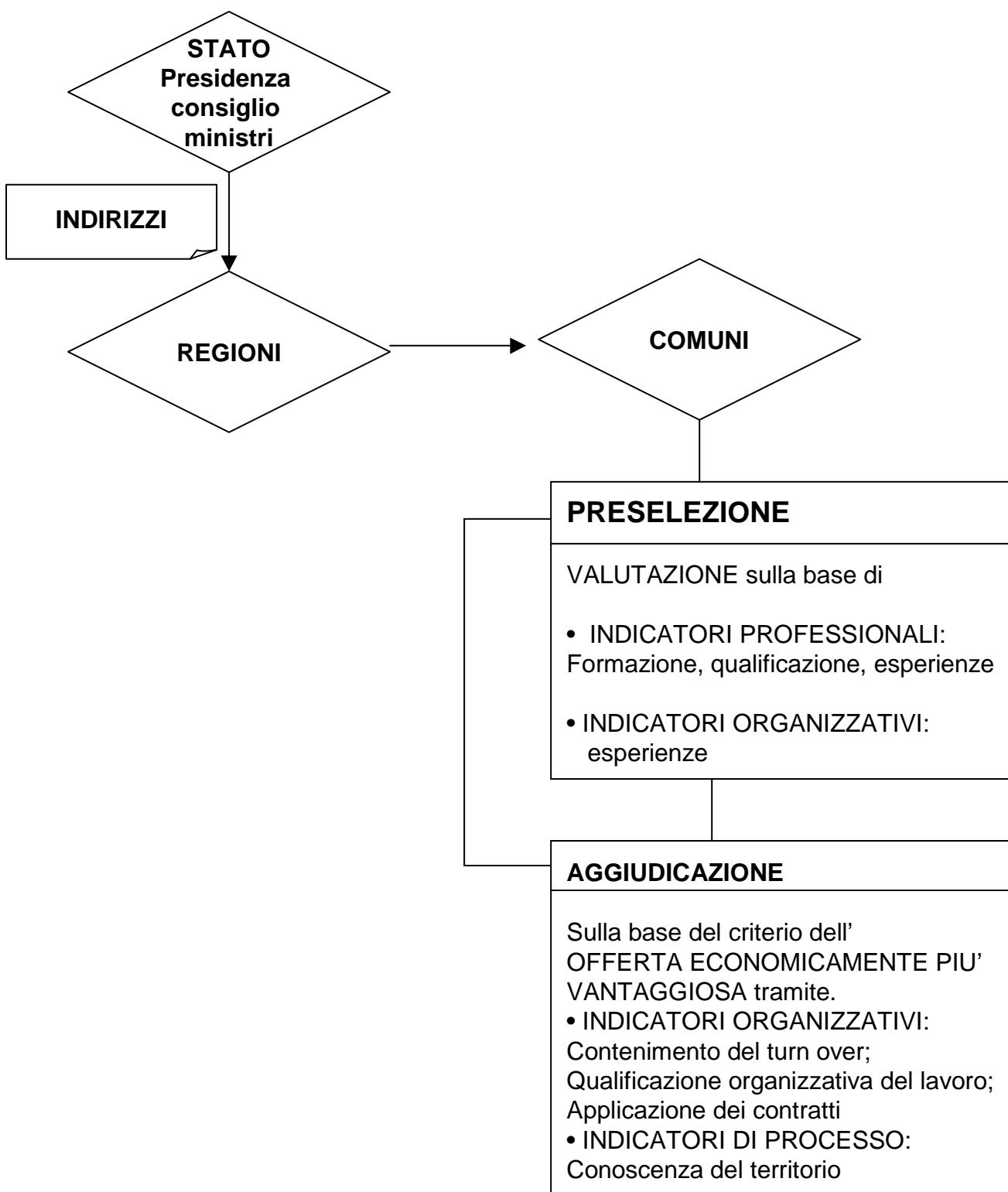
Nel merito di quest'ultimo punto assume un forte significato la recente normativa di regolazione dei rapporti tra enti pubblici ed il terzo settore per *l'affidamento dei servizi sociali*⁴. Il grafico 1 ne illustra sinteticamente i momenti decisionali e la struttura dei contenuti.

² In particolare la Direttiva CEE 8 giugno 1992 n. 50, *Procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi* e il Decreto legislativo 17 marzo 1995 n. 157, *Attuazione della direttiva 92/50 CEE in materia di appalti pubblici di servizi* che ha definito la nozione di "appalto pubblico di servizio", le relative procedure di aggiudicazione, i criteri per l'utilizzo della trattativa privata ed i criteri di aggiudicazione. Anche le Regioni sono intervenute a fornire direttive ed istruzioni. Per la Regione Lombardia si può ricordare la delibera di giunta regionale 28 ottobre 1999 n. 6/46004 *Sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la gestione dei servizi socio-sanitari, assistenziali ed educativi*

³ Si ricordano in particolare: Ministero dell'Interno – Direzione generale dei servizi civili, *Convenzioni tra enti pubblici e soggetti privati per l'erogazione di servizi socio-assistenziali*, a cura dell'IRS – Istituto per la Ricerca Sociale, Roma 1991, pag. 68; Maccapani Achille, *L'appalto dei servizi sociali e i relativi capitolati*, Editrice Apollonio/Ica, Brescia, 1994, p. 92; Battistella Alessandro, *Vademecum sull'utilizzo della convenzione tra enti pubblici e soggetti privati in ambito socio-assistenziale*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 12-13, 1998, pag. 2-36

⁴ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della L. 8.11.2000 n. 328*. Per commenti sull'argomento si segnalano: Bova Francesco, *Un sistema di regole tra pubblico e privato per l'affidamento dei servizi alla persona*, in *Rassegna di Servizio Sociale*, n. 4, 2001, pagg. 119-128; Corrà Danilo, *L'affidamento dei servizi sociali agli enti del terzo settore*, in *Terzo Settore – Il Sole 24 Ore*, n. 12, 2001, pagg. 62-66

Grafico 1



Entrando nel dettaglio è opportuno segnalare i seguenti punti chiave di quest'azione normativa:

- *obiettivi*⁵: tra i necessari indirizzi generali per regolare i rapporti fra sistema pubblico e soggetti del terzo settore le Regioni sono chiamate a promuovere

⁵ vedi art. 1

l'offerta e il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, a favorire la pluralità dell'offerta e delle prestazioni, a favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali tese a valorizzare le capacità progettuali ed organizzative, a favorire forme di co-progettazione

- *criteri per la preselezione* dei soggetti presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione di servizi⁶: formazione, qualificazione ed esperienza professionale degli operatori; esperienza organizzativa maturata nei settori operativi di riferimento
- *criteri per l'aggiudicazione*: deve avvenire sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto di indicatori organizzativi (contenimento del turn over, qualificazione organizzativa del lavoro, applicazione dei contratti lavorativi) e di indicatori di processo (conoscenza del territorio). Inoltre è esplicitamente esclusa la possibilità di procedere all'affidamento di servizi con il metodo del massimo ribasso⁷
- *caratteristiche del servizio*: oggetto dell'acquisto o dell'affidamento deve essere l'organizzazione complessiva del servizio o della prestazione con assoluta esclusione delle mere prestazioni di mano d'opera⁸
- *co-progettazione*: per affrontare specifiche problematiche sociali i Comuni possono indire istruttorie pubbliche per la progettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare per la realizzazione degli obiettivi. Le Regioni possono adottare indirizzi per definire le modalità di indizione e funzionamento delle istruttorie pubbliche e per fornire anche forme di sostegno⁹

Nel decreto è individuabile quell'orientamento alla qualità che è fortemente presente nelle culture professionali dei servizi e nelle recenti regole normative: tale indirizzo è ravvisabile quando si parla di "valorizzare i diversi elementi di qualità che il Comune intende ottenere dal servizio appaltato"¹⁰ e quando si parla di contratti che prevedano "forme e modalità per la verifica degli adempimenti ... compreso il mantenimento dei livelli qualitativi concordati"¹¹.

4. Gestione dei servizi sociali e accreditamento sociale

Come ripetutamente rilevato nelle analisi sulle politiche attuative di questa legge, uno dei suoi obiettivi esplicativi è di creare un mercato regolato dei servizi sociali, ossia di favorire

⁶ vedi art. 4 c. 1

⁷ vedi art. 4 c. 2 e 3

⁸ vedi art. 5 c. 3

⁹ vedi art. 7

¹⁰ vedi art. 6 c. 2

¹¹ vedi art. 6 c. 4

imprenditorialità organizzative e professionali nel settore capaci di fornire prestazioni ai cittadini ed al sistema pubblico.

Nell'ambito di tale indirizzo è sicuramente inquadrabile lo strumento amministrativo dell'accreditamento che, in termini generali, può essere definito come un:

"provvedimento concessorio" attraverso il quale l'ente pubblico attribuisce ai servizi accreditati la natura di "servizi sociali pubblici" e al soggetto accreditato quello di "concessionario della pubblica amministrazione"¹².

Questo strumento non è nuovo. Esso è entrato a far parte integrante del funzionamento del sistema sanitario dove, durante gli anni Novanta si è affermato il cosiddetto modello dell' "accreditamento istituzionale"¹³, definibile come:

processo tecnico e amministrativo attraverso cui le strutture autorizzate, pubbliche o private, ed i professionisti che ne facciano richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale

Nel quadro normativo sanitario esso si configura come un'attività amministrativa e di gestione che ha il fine di regolare l'entrata dei soggetti erogatori nel Servizio Sanitario Nazionale.

In una prima fase attuativa (1992-1997)¹⁴ è stato definito un modello di "accreditamento come procedimento"¹⁵, cioè scandito attraverso i momenti di: 1. verifica del possesso di requisiti minimi; 2. accettazione delle tariffe da parte dei fornitori; 3. adozione di verifiche sulla qualità delle attività e delle prestazioni.

Questo modello non era adatto a favorire la definizione delle caratteristiche qualitative e quantitative precedenti e successive all'accreditamento. Inoltre tale sistema, in assenza di puntuale forme di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni, aveva determinato un incremento incontrollato della domanda sanitaria, per regolare la quale è stato poi necessario introdurre piani annuali delle prestazioni quali correttivi di questo meccanismo

¹² Dalla Mura Franco, *Autorizzazione e accreditamento*, in Studi Zancan – Politiche e servizi alle persone, n. 2, 2001, pag. 161

¹³ Il tema è stato ampiamente approfondito in: Battistella Alessandro, *L'accreditamento istituzionale: una sfida difficile*, in Prospettive Sociale e Sanitaria, n. 21, 2001, pagg. 1-6; Balma Renato e Clerico Giuseppe, *L'accreditamento in sanità*, in *I servizi sanitari in Italia – 2000*, a cura di Gian Luca Fiorentini, Il Mulino, Bologna, 2000, pagg. 231-262; Maino Franca, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2001, pagg. 110-120

¹⁴ Decreto legislativo n. 517/1993 e Dpr 14.1.1997 sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie

¹⁵ In Balma R., Clerico G. op. cit., pag. 237-

istituzionale¹⁶. Cioè è stato necessario connettere la programmazione dei servizi sanitari con le attività di gestione.

L'introduzione di questa contrattazione del piano annuale delle prestazioni è stata accompagnata dalla individuazione e relativa introduzione di "ulteriori requisiti" strutturali e gestionali rispetto a quelli minimi. Si è così arrivati ad un modello di accreditamento definito come "processo delle tre A":

- *Autorizzazione*: possesso di requisiti minimi¹⁷
- *Accreditamento*: possesso di ulteriori requisiti oltre a quelli autorizzativi ed accettazione del sistema tariffario¹⁸
- *Accordi contrattuali*: delimitazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni compatibili con i livelli assistenziali programmati e con le risorse finanziarie disponibili¹⁹

La funzione dell'accreditamento discende dunque dalla necessità di assicurare alcuni requisiti qualitativi alle prestazioni erogate da una pluralità di soggetti erogatori, tra i quali il cittadino ha libertà di scelta. In definitiva questo meccanismo amministrativo mira ad ottenere una varietà di obiettivi, fra cui quelli di: rendere omogenei alcuni requisiti minimi, assicurare determinati standard di offerta, favorire la libera scelta, regolare il mercato dei soggetti erogatori.

E' un sistema che si struttura su alcuni precisi soggetti istituzionali e flussi finanziari: a) la spesa sanitaria a livello statale e regionale; b) la programmazione delle Regioni; c) il funzionamento delle ASL quali enti funzionali delle Regioni per l'erogazione dei servizi sanitari.

Poiché la legge di riforma (tenendo conto degli orientamenti politici della coalizione politica di che, allora, era all'opposizione) ha voluto estendere anche ai servizi sociali queste modalità, vale la pena di osservare che in questo settore l'applicabilità è ben più complessa. Basta riflettere sulle seguenti variabili: i Comuni finanziano i servizi sia attraverso fondi regionali, ma soprattutto attraverso fondi che impegnano il proprio bilancio; la rete dei Comuni è molto più estesa e frammentata di quella delle ASL (circa 200 queste ultime rispetto agli 8.000 Comuni italiani); l'erogazione dei servizi sociali è meno standardizzabile di quella dei servizi sanitari; mentre le Asl possono ammortizzare eventuali errori nel piano dei costi sulla spesa regionale, ogni comune deve agire esclusivamente su impegni di spesa caricati sul proprio bilancio.

¹⁶ Piano sanitario nazionale 1998-2000. Sul tema si veda: Vecchiato Tiziano, *Il contesto istituzionale e gestionale in cui si colloca l'accreditamento*, in Studi Zancan – Politiche e servizi alle persone, n. 5/6, 2001, pagg. 81-96

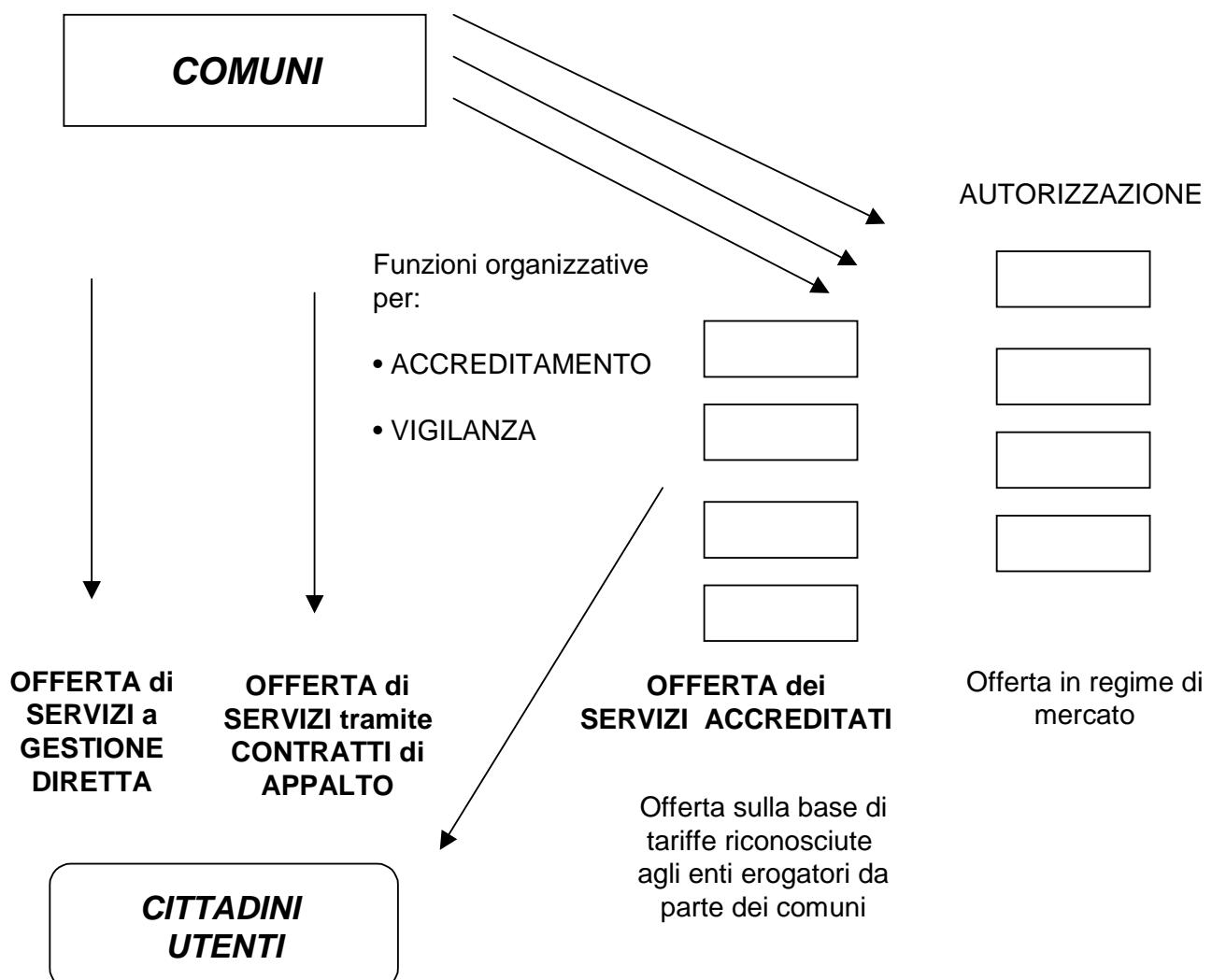
¹⁷ Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, coordinato con le modifiche del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, art. 8 ter

¹⁸ idem, art. 8 quater

¹⁹ idem, art. 8 quinque, c. 2

E' probabilmente per questi motivi che il legislatore nazionale ha tentato posto alcune limitazioni e cautele all'utilizzo di questo strumento, affermando che esso riguarda esclusivamente "i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale"²⁰. In rapporto a questo contenuto formale della norma è aperta una interpretazione (che sarà risolta nelle diverse applicazioni che metteranno in atto le regioni italiane): se sono inquadrabili nel modello amministrativo dell'accreditamento tutti i servizi (e quindi anche quelli di accesso, territoriali, domiciliari) o solamente quelli residenziali o semiresidenziali. Per ora si può affermare che la normativa nazionale regola solamente le funzioni di autorizzazione di questi ultimi.

Il grafico 2 mette in evidenza l'effetto che si intende ottenere attraverso l'accreditamento sociale:



E' cioè possibile individuare quattro aree operative coesistenti nell'offerta di servizi sociali:

1. servizi a *gestione diretta* da parte dei Comuni; 2. servizi sociali gestiti mediante gli

²⁰ Legge 328 art. 11

strumenti dell'*appalto*; 3. servizi sociali finanziati tramite *accreditamento*; 4. garanzie qualitative minime (autorizzazione) per servizi sociali offerti in *regime di mercato*.

Le responsabilità istituzionali per l'attuazione dell'accreditamento sociale sono distribuite a tre livelli:

- i *Comuni*, che devono gestire i processi di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e che devono, conseguentemente, corrispondere ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate²¹
- le *Regioni*, che devono definire i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o privata²²
- lo *Stato*, che deve fissare i *requisiti minimi* strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale²³

Il Dipartimento della Solidarietà Sociale ha già emanato quest'ultimo atto amministrativo²⁴, i cui contenuti sono di seguito sintetizzati.

Gli *obiettivi* del provvedimento sono di favorire il potenziamento delle strutture a ciclo diurno (che potranno anche collegarsi con le strutture residenziali) e promuovere lo sviluppo delle strutture di tipo familiare e delle comunità di accoglienza dei minori.

I *soggetti destinatari* degli interventi sono²⁵:

- minori per gli interventi integrativi o sostitutivi della famiglia
- disabili e anziani per interventi finalizzati al mantenimento o al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia
- malati di AIDS e persone con disagi psico-sociali prive del necessario supporto familiare e bisognose di assistenza continuativa

Sono individuate tre fasce di requisiti minimi:

1. *requisiti comuni delle strutture a ciclo diurno e residenziale*²⁶, a loro volta articolati in:

- *requisiti strutturali*: possesso dei requisiti previsti dalle norme urbanistiche edilizie di prevenzione incendi, di igiene e sicurezza; ubicazione in luoghi abitati facilmente raggiungibili con mezzi pubblici e tali da consentire la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti; dotazione di spazi destinati ad attività di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto ed organizzati in modo da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la privacy

²¹ Legge 328/2000 art. 6, c.2, lett. C); art. 11 c. 3

²² art. 8,, c. 3 , lett. F)

²³ idem, art. 9, c. 1, lett. C); art. 11, c. 1

²⁴ Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Solidarietà Sociale, Decreto 21 maggio 2001, n. 308, *Regolamento concernente "requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale*

²⁵ art. 2

²⁶ art. 5

- *requisiti professionali*: applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi; presenza di figure professionali sociali e sanitarie qualificate in relazione alle caratteristiche e bisogni dell’utenza ospitata; presenza di un coordinatore responsabile della struttura
 - *requisiti relativi al processo di erogazione del servizio*: adozione di un registro degli ospiti e predisposizione di piani individualizzati di assistenza; predisposizione di progetti educativi individualizzati per i minori che indichino gli obiettivi da raggiungere, i contenuti, le modalità di intervento, il piano delle verifiche; organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita degli ospiti; adozione da parte del soggetto gestore di una “*Carta dei servizi sociali*” comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con indicazione delle relative prestazioni
2. *requisiti comuni ai servizi*²⁷ attraverso : presenza di figure professionali qualificate; presenza di un coordinatore responsabile; adozione della Carta dei servizi sociali; adozione di piani individuali di assistenza
3. *requisiti specifici delle strutture* che sono distinte in:
- *strutture a carattere comunitario*: caratterizzate da bassa intensità assistenziale, bassa e media complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza con limitata autonomia personale priva del necessario supporto familiare o per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza
 - *strutture a prevalente accoglienza alberghiera*: caratterizzate da bassa intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti
 - *strutture protette*: caratterizzate da media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza non autosufficiente
 - *strutture a ciclo diurno*: caratterizzate da diversi gradi di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell’utenza ospitata.

E’ opportuno segnalare che per i minori sono richiesti ulteriori requisiti di tipo organizzativo in relazione alle necessità educativo-assistenziali²⁸. Degna di nota è l’individuazione di “comunità di tipo familiare” e “gruppi appartamento” con funzioni di accoglienza e bassa intensità assistenziale che accolgono, fino a un massimo di 6 utenti, anziani, disabili, minori o adolescenti, adulti in difficoltà per il quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale. Queste strutture abitative devono possedere esclusivamente i requisiti strutturali previsti per gli alloggi destinati a civile abitazione. Per le comunità che accolgono i minori, le Regioni devono stabilire specifici requisiti organizzativi, adeguati alle necessità educativo-assistenziali dei bambini e degli adolescenti.

²⁷ art. 6

²⁸ art. 3

Al regolamento sono allegate alcune tabelle contenenti i requisiti strutturali (ricettività; posti letto per camera; servizi igienici in rapporto al numero degli ospiti) e le caratteristiche degli arredi ed attrezzature in rapporto alle diverse tipologie di servizio.

I due decreti qui esaminati mettono in evidenza l'ulteriore passaggio nella direzione del *pluralismo gestionale* che le regole legislative in materia di servizi sociali hanno promosso in questi ultimi anni: 1. gestione diretta dei servizi sociali da parte dei comuni singoli o associati; 2. gestione tramite agenzie operative attivate dai comuni (istituzione o azienda speciale); 3. gestione attraverso contratti di affidamento a soggetti erogatori esterni; 4. gestione attraverso l'accreditamento sociale; 5. gestione delegata alla Asl sulla base di accordi amministrativi inter-istituzionali; 6. gestione integrata inter-istituzionale tramite accordi di programma.

L'affidamento dei servizi tramite appalto e l'accreditamento si configurano come strumenti disponibili per le strategie operative dei comuni. L'appalto di servizi è una scelta che può essere messa in atto quando l'ente intende progettare un'attività secondo le proprie intenzionalità. Il procedimento passa attraverso le seguenti fasi: 1. definizione degli obiettivi; 2. definizione delle quantità e della qualità del servizio; 3. elaborazione del capitolato contrattuale che descrive le caratteristiche che si vogliono ottenere attraverso l'esternalizzazione; 4. procedure di aggiudicazione; 5. applicazione del contratto.

L'accreditamento si configura invece come una ricerca di un punto di incontro tra la domanda dell'ente pubblico e l'offerta dell'ente gestore sulla base di requisiti organizzativi stabiliti a livello statale (livelli minimi) e regionale (criteri specifici). Sembra di poter sostenere che nell'appalto di servizio è ravvisabile una maggiore vicinanza fra l'ente ed il servizio offerto (nel senso che, attraverso il capitolato, il comune può definire in modo preciso i contenuti del servizio che intende offrire ai propri cittadini), mentre nell'accreditamento si afferma una specie di delega ad un soggetto esterno, sia pure sulla base di caratteristiche operative definite ed aventi un valore generale. Attraverso questa politica amministrativa sono già fin d'ora ravvisabili due percorsi d'uso da parte dell'utenza:

- accesso ai servizi accreditati sulla base di un'attività accompagnamento simile a quella proposta nelle metodologie del *case manager* (accesso, precisazione degli obiettivi, individuazione dell'unità d'offerta utile alla persona sulla base del progetto individuale, verifica dei progressi del piano di assistenza) organizzato dal *servizio professionale di ambito*²⁹
- accesso spontaneo alle unità di offerta da parte delle famiglie attraverso i "titoli per l'acquisto dei servizi sociali"³⁰

²⁹ Legge n. 328/2000, art. c. 4

³⁰ idem, art. 17

Vale davvero la pena di seguire con attenzione l'evoluzione delle pratiche operative dei servizi alla persona: c'è davvero il rischio che, in nome della libertà di scelta dei cittadini e del ruolo sussidiario della famiglia, si apra una nuova forma di abbandono e di solitudine degli utenti in situazione di bisogno. Occorre ricordare ancora una volta la cautela che il legislatore nazionale ha voluto elaborare in questo campo applicativo, dicendo che i criteri e le modalità per la concessione dei buoni servizi devono collocarsi “nell'ambito di un percorso attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari”³¹. Nei processi istituzionali ed organizzativi dell'accreditamento gioca un ruolo fondamentale la Carta dei servizi. Infatti “l'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento”³².

In termini generali la carta dei servizi è definibile come una documentazione scritta, orientata alla comunicazione esterna e rivolta ai cittadini/utenti, con cui l'ente:

- esplicita le sue *finalità*
- dichiara le *prestazioni* che si impegna ad erogare
- dichiara come intende operare in caso di mancato *rispetto delle prestazioni* promesse

E' del tutto evidente la forte implicazione organizzativa di questo strumento, cioè quella di orientare il fornitore a mettere al centro le esigenze dell'utente-cliente.

Questa norma aiuta gli operatori e le organizzazioni, in quanto rende obbligatoria l'adozione di un documento ad evidenza esterna in cui devono essere dichiarati, oltre i livelli di qualità, anche le modalità di partecipazione dei cittadini e le correlate forme di difesa.

La carta dei servizi si colloca in una zona di confine fra la tutela delle posizioni soggettive degli utenti³³ e le effettive capacità professionali ed organizzative che l'ente è capace di produrre. Vale la pena di segnalare l'importanza della scelta del legislatore. Avendo deciso di puntare sulla carta dei servizi, che attiva processi interni di miglioramento organizzativo, piuttosto che sulla certificazione di qualità affidata ad agenzie esterne (che ha l'effetto di delegare ad altri questi compiti) la legge dà un forte contributo alle capacità professionali di tutti gli operatori con funzioni di assistenza diretta o di coordinamento organizzativo che in questi anni hanno accresciuto le loro competenze per lo sviluppo dei servizi alla persona.

³¹ Legge n. 328/2000, art. c. 2

³² Legge n. 328/2000, art. 13, c. 3

³³ Legge n. 328/2000, art. 13, c. 1