

LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONE E ALLA COMUNITÀ NELLA LEGISLAZIONE STATALE VIGENTE

di Luigi Colombini

– Già Docente di legislazione ed organizzazione dei servizi sociali – Università statale UNITRE – Roma – Corsi di laurea in DISSAIFE e MASSIFE
Collaboratore del Sindacato Nazionale Unitario Assistenti Sociali – SUNAS - e del Centro Studi IRIS Socialia e redattore di OSSERVATORIO LEGISLATIVO SUNAS
Responsabile “Rassegna normativa” di WELFORUM

I PRESUPPOSTI DELLA VALUTAZIONE

I riferimenti concettuali che sono a monte dello svolgimento dell'attività dell'amministrazione sia pubblica che privata per ciò che concerne l'erogazione di prestazioni e di servizi (e fra questi i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali) afferiscono a tre cardini fondamentali che sono la competenza, la responsabilità e la valutazione.

Il principio della competenza è alla base dell'esercizio della attività amministrativa, e richiede l'individuazione dell'ufficio, della struttura, del professionista che svolge una determinata funzione in base a una specifica titolarità o ad una specifica certificazione.

Per il professionista l'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato, salvo che la legge non disponga diversamente, e tale condizione è propedeutica all'esercizio competente della professione.

La responsabilità attiene al concetto del “rendere conto” del “responsum” , ossia di colui che è tenuto a rispondere dei suoi atti, intendendo per esso sia la amministrazione in senso lato che lo specifico funzionario, a cui compete lo svolgimento di una specifica attività.

La valutazione afferisce alla analisi dell'attività e al suo grado di incidenza e di successo rispetto alle risorse impiegate e agli obiettivi da raggiungere.

Per ciò che concerne la valutazione ed il monitoraggio dei servizi alla persona ed alla comunità, così come sono stati definiti dal d. lgs. n. 112/98 (1), questi sono strettamente connessi al modo con cui il sistema di welfare nel suo complesso ha avviato un profondo processo di riforma che, iniziato nel 1998 con il suddetto decreto legislativo, è proseguito con il d.lgs. 229/99 e la legge 405/01 per ciò che concerne la sanità, e con la legge 328/00 per ciò che concerne i servizi sociali.

In via preliminare va comunque specificato che la titolarità del servizio pubblico, sanitario, sociosanitario e sociale, fa capo ai Comuni ed alle Aziende Unità Sanitarie Locali, soggetti ai quali la normativa vigente demanda il compito di assicurare i servizi e di rispondere ai bisogni degli utenti nel rispetto della regolamentazione del sistema.

I soggetti titolari svolgono in tale contesto anche la funzione di committenza, intesa quale funzione istituzionale che tende ad assicurare le prestazioni e i servizi individuati e programmati

1) sanità: attengono alla tutela della salute umana le funzioni e i compiti rivolti alla promozione, alla prevenzione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione, nonché al perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

servizi sociali: " si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia).

nel Piano Attuativo Locale per ciò che concerne la AUSL o nel Piano di Zona per ciò che concerne i Comuni, singoli o associati nell' ATS, mediante l'assegnazione ai soggetti accreditati di specifiche attività in base a un quadro finanziario predeterminato.

Pertanto tale funzione di committenza, ovvero l'attuazione della programmazione mediante la specificazione dei bisogni di servizi, va riconosciuta in capo ai Comuni ed alle Aziende USL per gli interventi e gli oneri di rispettiva competenza.

A) LA VALUTAZIONE EX ANTE

A fronte del riconoscimento della titolarità piena del servizio pubblico, va peraltro sottolineato che per ciò che concerne la gestione dei servizi sono stati collocati sullo stesso piano sia il pubblico che il privato (D. lgs. n. 502/92 e legge n. 328/00) sulla base di rigide condizioni, dettate dallo Stato e che sono:

- l'autorizzazione;
- l'accreditamento.

L'autorizzazione, come è noto, è rilasciata dalla istituzione pubblica competente per territorio ed è subordinata alla verifica di compatibilità sulla base di specifici requisiti di funzionalità e di sicurezza delle strutture e dei servizi che svolgono attività socio- assistenziali e socio-sanitarie.

Quindi l'autorizzazione riguarda e si impone a tutte le strutture ed i servizi che svolgono le attività, indipendentemente dal loro successivo ed eventuale accreditamento per l'inserimento nel circuito di servizio pubblico.

L'accreditamento costituisce un atto di "natura concessoria", che deve essere rilasciato secondo procedure ispirate all'imparzialità e che il soggetto istituzionale preposto all'esercizio di tale funzione adotta legando la decisione assunta alla rispondenza del servizio o della struttura sia alla programmazione che ai criteri ed i requisiti di qualità.

Attraverso l'accreditamento l'ente pubblico competente attribuisce ai servizi accreditati la natura di "servizi sociali pubblici" e al soggetto determina al soggetto accreditato lo status di concessionario della pubblica amministrazione.

Tra i soggetti committenti ed il soggetto erogatore accreditato si instaura, quindi, un nesso di servizio pubblico, che abilita un servizio o una struttura ad erogare attività in nome e per conto del titolare del servizio pubblico.

L'accreditamento, inoltre, comporta l'accertamento della conformità dei servizi e delle strutture alle norme sulla qualità e funge da sistema di qualificazione e di verifica con la contestuale valutazione della capacità di erogazione e produzione del servizio in corrispondenza al fabbisogno espresso.

Tali condizioni presuppongono l'esistenza di specifici requisiti e indicatori che abilitano il soggetto gestore ad erogare i servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali sulla base delle seguenti modalità:

- gli accordi contrattuali per la sanità;
- l'affidamento per i servizi sociali.

E' quindi implicito nelle stesse modalità di verifica e di riscontro dei requisiti previsti dalla normativa vigente il riferimento alla necessità di procedere ex ante alla valutazione dei servizi offerti.

Tale verifica viene pertanto definita da specifiche norme:

- con vari decreti ministeriali che risalgono al DPR 14 gennaio 1997 sono stati definiti i criteri ed i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- con il D.M 21 maggio n. 308 è stato emanato il "Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle

strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della legge 328/00".

B) LA VALUTAZIONE IN ITINERE

L'altro aspetto fondamentale è connesso alla necessità di definire il processo di valutazione "in itinere", e quindi le modalità operative per verificare lungo tutta la attuazione dello specifico intervento e la realizzazione del servizio la valutazione stessa da intendere, per l'appunto, quale processo continuo che pone i politici, i manager, gli operatori e gli utenti nella condizione di avere come continuo punto di riferimento il miglioramento della prestazione.

Pertanto la valutazione in itinere si pone l'obiettivo di dare un aiuto e un sostegno continuo a coloro che in prima linea erogano i servizi (amministratori, operatori, terzo settore), con la prospettiva di eventuali modifiche rispetto alle ipotesi iniziali, e comunque nel contesto della valutazione in itinere si collega anche la riproposizione di un ruolo della supervisione e di guida sul lavoro in grado di valutare l'azione dell'operatore, non in termini fiscali, ma in termini di aiuto e di miglioramento.

C) LA VALUTAZIONE EX POST

In tale contesto la valutazione, in quanto processo di ricerca basato sulla raccolta di dati ed indicatori, che interviene "ex post", ha necessità di poter disporre di strumenti e di indicatori adeguati, e quanto più possibili scientificamente testati, che debbono portare alla formulazione di un giudizio critico sullo svolgimento delle modalità della azione e degli interventi portati avanti, e quindi sulla effettiva capacità, quanto ad efficacia ed efficienza, di incidere sulla realtà individuale, comunitaria, sanitaria e sociale.

IL PERCORSO NORMATIVO DELLA VALUTAZIONE

Dalla discrezionalità all'obbligo

La "filosofia" della valutazione e del relativo processo, sommariamente sopra descritto, nel passato ha costituito un riferimento operativo e funzionale comunque destinato alla "buona volontà" degli amministratori e degli operatori, così che in effetti tutto era connesso alla disponibilità ed alla discrezionalità dell'Ente gestore a portare avanti adeguati momenti di valutazione.

Infatti l'Amministrazione, in genere, ha basato la propria attività solamente sul principio della competenza, affidando alla sua propria capacità di essere efficace, in rapporto alle risorse disponibili, e al regolamento. (2)

Pertanto solo con fatica sono stati introdotti in seguito i concetti della responsabilità e della valutazione sull'attività svolta, e a tale riguardo è doveroso ricordare che, in termini generali, le due leggi che hanno introdotto il principio della capacità di verifica e di controllo sugli atti della Pubblica Amministrazione sono stati la legge n. 142/90 relativa all'ordinamento delle autonomie locali e il successivo d. lgs. 267/00 – Testo unico sulle autonomie locali - e la legge n. 241/90

2) Per ciò che concerne una esperienza che risale agli anni '60, si può ricordare che solamente l'AAI nella propria configurazione organica istituì l'"Ufficio Organizzazione e metodi" che aveva lo specifico compito di procedere alla valutazione e a conseguenti proposte di modifiche e di miglioramento dell'assetto organizzativo dell'Amministrazione, che, come è noto, nell'immediato dopoguerra ha introdotto negli anni '50 in Italia il servizio sociale professionale, dando un contributo assolutamente prezioso alle Scuole di Servizio Sociale, con uno specifico programma di assistenza tecnica e con la sperimentazione di servizi innovativi, quali gli Uffici di Zona di Servizio Sociale, dove veniva svolta l'attività di segretariato sociale, servizio sociale professionale, assistenza domiciliare e promozione di servizi aperti, quali i centri sociali per anziani e soggiorni di vacanza per minori, handicappati ed anziani.

relativa alla trasparenza amministrativa, che in effetti hanno posto i cittadini e le loro organizzazioni interessate nelle condizioni di valutare e verificare il buon andamento della attività burocratico-amministrativa sia attraverso gli istituti della partecipazione (petizioni, istanze, proposte, richieste di referendum) sia attraverso l'individuazione del "responsabile" del procedimento, sia infine attraverso la capacità riconosciuta ai cittadini interessati di intervenire nella formulazione del procedimento amministrativo.

E' stato quindi con gli anni '90 che nella prospettiva di una necessaria modificazione dell'assetto della Pubblica Amministrazione, con il d. lgs. 29/93 – successivamente modificato con il d. lgs. 80/98 - si è passati dal principio della sola competenza, al principio della responsabilità di risultato sia in riferimento alla attività svolta che alla realizzazione dei programmi e dei progetti posti in essere.

E' stato altresì specificato che nelle amministrazioni pubbliche sono istituiti servizi di controllo interno, o nuclei di valutazione, con il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

I servizi o nuclei determinano almeno annualmente, anche su indicazione degli organi di vertice, i parametri di riferimento del controllo.

E' pertanto su uno scenario completamente mutato rispetto al passato, che si è venuto a determinare anche sul piano normativo il principio della valutazione, che nel contesto dei servizi alla persona ed alla comunità, assume un particolare rilievo ed importanza.

Lo sviluppo successivo: il diritto del cittadino a fruire di servizi adeguati

Con la Direttiva 27 gennaio 1994 del presidente del Consiglio dei Ministri, nel quadro di un riconoscimento del diritto dei cittadini in quanto fruitori e consumatori di servizi ad avere trattamenti e prestazioni adeguate, sono stati fissati i principi cui deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione.

Pertanto sono stati considerati servizi pubblici, anche se svolti in regime di convenzione o mediante convenzione, quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, alla:

- salute;
- assistenza;
- previdenza sociale;
- istruzione;
- libertà di comunicazione;
- libertà e sicurezza della persona;
- libertà di circolazione;
- erogazione di energia elettrica, acqua e gas.

Nel contesto del suddetto provvedimento sono stati individuati specifici principi che in effetti costituiscono la sintesi operativa a cui riferirsi per lo svolgimento della prestazione professionale.

Si richiama l'attenzione sulla correlazione esistente fra i principi ivi individuati e quelli che sono i principi, i metodi e le tecniche del servizio sociale professionale, e quindi il modo con cui i principi stessi si connettono a quanto già gli assistenti sociali esprimono come proprio portato e bagaglio professionale.

I principi fondamentali che sono alla base del provvedimento sono:

- Eguaglianza

Le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi pubblici e l'accesso ai servizi pubblici devono essere uguali per tutti, senza distinzioni riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche.

Di particolare rilievo la disposizione (connessa anche alla definizione dei livelli essenziali per l'esercizio dei diritti civili e sociali, successivamente introdotta nella Costituzione) che garantisce la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse aree geografiche dell'utenza, anche quando esse non siano facilmente raggiungibili, sia tra le diverse categorie o fasce di utenti, con particolare riferimento agli utenti portatori di handicap.

- **Imparzialità**

I soggetti erogatori hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti nei confronti degli utenti a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.

- **Continuità**

L'erogazione deve essere continua, regolare e senza interruzioni.

- **Diritto di scelta**

L'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio.

- **Partecipazione**

La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio deve essere sempre garantita, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti dei soggetti erogatori.

Viene ribadito che l'utente ha diritto di accesso alle informazioni che lo riguardano, secondo quanto disposto dalla legge n. 241/90.

- **Efficienza ed efficacia**

Il servizio deve essere erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia, e gli enti erogatori adottano le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi.

A tali principi che sono quindi strettamente connessi all'esercizio della professione di tutti coloro che svolgono servizi alla persona ed alla comunità, si accompagnano ulteriori riferimenti fondamentali che chiamano in causa i soggetti gestori ed erogatori delle prestazioni che quindi debbono assicurare i seguenti impegni:

L'adozione degli standard

Entro tre mesi i soggetti erogatori individuano i fattori da cui dipende la qualità del servizio, e, in base ad essi adottano standard di qualità e quantità.

Gli standard sono sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche.

Dovere di valutazione della qualità dei servizi

I soggetti erogatori svolgono apposite verifiche sulla qualità e l'efficacia dei servizi prestati.

Sanzioni

Viene specificato che per i servizi erogati da pubbliche amministrazioni, l'inosservanza dei principi

della direttiva è valutata ai fini dell'applicazione delle sanzioni amministrative e disciplinari previste a carico dei dirigenti generali, dei dirigenti e degli altri dipendenti.

Per i servizi erogati in regime di concessione o mediante convenzione o comunque rogati da soggetti non pubblici, l'inosservanza dei principi della presente direttiva costituisce inadempimento degli obblighi assunti contrattualmente dai soggetti erogatori.

La carta dei servizi pubblici

Connesso a tale atto è stato il d.l. n. 163/95, convertito in legge 273/95, con cui è stato affermato l'impegno ad affrontare la qualità dei servizi pubblici prevedendo l'emanazione di "carte dei servizi pubblici" secondo i settori di intervento che sono stati individuati con successivi DPCM 19.5.95 e 2.12.97.

I settori per i quali devono essere definite le Carte dei servizi pubblici sono:

- Sanità;
- Assistenza e previdenza sociale;
- Istruzione;
- Comunicazione e trasporti;
- Energia elettrica;
- Acqua;
- Gas;
- Fisco.

Per ciò che concerne in particolare la carta dei servizi sanitari e sociali, tenuto conto della sua adozione in varie realtà regionali e locali, gli aspetti più rilevanti sono i seguenti.

Nella carta dei servizi sono definiti:

- i criteri per l'accesso ai servizi;
- le modalità del relativo funzionamento; le condizioni per facilitarne la valutazione da parte degli utenti;
- le procedure per assicurare la tutela delle situazioni giuridiche soggettive e degli aventi diritto ai servizi e alle prestazioni.

NB: La carta dei servizi prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

L'adozione della carta dei servizi costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

La carta deve prevedere il diritto di:

- godere di azioni che promuovano e proteggano la salute della persona, della famiglia, della comunità;
- non essere discriminati a ricevere servizi in un contesto di normalità di vita;
- esprimere le proprie potenzialità e scelte nel progetto personale condiviso;
- scelta tra una pluralità di prestazioni sociali offerte.

La carta dei servizi contiene:

- le informazioni sulle diverse prestazioni offerte e sulle tariffe praticate;
- l'indicazione dei soggetti autorizzati ed accreditati;
- i criteri di accesso;
- le modalità di erogazione e le modalità di funzionamento;
- l'indicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- le regole da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla carta, nonché le modalità di ricorso da parte degli utenti.

Le condizioni preliminari per la fruizione dei servizi

A tale riguardo si ritiene di riassumere un quadro di riferimento al fine di contribuire a definire, proprio alla luce delle indicazioni disposte nei vari atti, attraverso parole-chiave i livelli di attenzione e di considerazione che occorre tenere presenti.

Il primo riferimento è costituito dal criterio della accessibilità che deve essere inteso quale principio fondamentale che la dottrina francese definisce più incisivamente "prossimità", tale da garantire agli utenti la immediata e diretta fruizione dei servizi.

Il concetto di accessibilità, peraltro, non concerne solo i servizi di primo livello, generalmente collocati al livello distrettuale, ma anche tutti gli altri livelli dove, stante la complessità degli interventi, si richiede una organizzazione complessa e di eccellenza.

Il rispetto del principio di accessibilità, peraltro, avrebbe benefici notevoli anche per ciò che concerne la riduzione del fenomeno delle correnti di ricovero che ancora oggi penalizzano i cittadini residenti in aree sprovviste di una adeguata rete di protezione socio-sanitaria con aggravio della spesa sanitaria nelle Regioni deficitarie (Calabria, Basilicata, Puglia, Molise,

Campania, fra le più colpite) e con un aumento, per queste Regioni, della “bilancia sanitaria passiva”.

L'altro aspetto che occorre considerare ai fini della valutazione dei servizi socio-sanitari è quello relativo alla equità.

Il principio di equità costituisce il riferimento fondamentale per le politiche di welfare, ed attiene al “compiuto” sistema di sicurezza sociale articolato sulla previdenza, sulla sanità e sull'assistenza.

Per comprendere tale principio, si ritiene opportuna l'illustrazione del suo contrario, l'iniquità e suoi effetti perversi, come è stato messo in evidenza da vari studiosi.

Quale premessa fondamentale si deve sottolineare che il sistema di welfare si basa sulla quota di ricchezza prodotta e destinata alla protezione sociale, secondo una consolidata tradizione e prassi che ha caratterizzato il sistema europeo di welfare, ed alimentata dalla fiscalità generale, anche ai fini della redistribuzione della ricchezza prodotta, anche in osservanza dei principi costituzionali di progressività del prelievo fiscale, e della solidarietà sociale.

Quindi un sistema che si basa sull'apporto di tutti i cittadini, e non una graziosa concessione erogata secondo la buona disponibilità dei governanti.

L'iniquità contributiva è quella che si riferisce alla disparità di livello di partecipazione finanziaria da parte dei cittadini: basta pensare all'evasione fiscale, al lavoro sommerso, alla elusione fiscale, all'abuso di dichiarazioni reddituali false che danno diritto a prestazioni per rendersi conto che tale fenomeno comporta un danno enorme alla stessa costruzione del sistema di welfare, perché impedisce una chiara ed esatta individuazione delle entrate.

L'iniquità distributiva è caratterizzata dalla difformità e dalla disparità di trattamento dei cittadini in ordine alla fruizione dei servizi e delle prestazioni.

Gli indicatori definiti a tale proposito sono di fondamentale importanza per il superamento dell'iniquità.

E' quindi con riferimento agli effetti negativi dell'iniquità che va definito il concetto di equità, che presuppone la costruzione di un sistema basato sulla “responsabilità” di tutti gli attori chiamati in causa, in modo da evitare abusi e sprechi.

L'ulteriore elemento da considerare è l'uniformità: tale principio è chiaramente indicato nel Decreto 12.12.01, citato, e si propone quindi di rendere l'offerta tale da consentire a tutti i cittadini la fruizione a parità di bisogno a parità di prestazioni.

Infine il principio della appropriatezza è di fondamentale importanza per la definizione di un quadro di offerta che si basa sulla effettiva utilità della prestazione, legata alla definizione dei Livelli Essenziali Assistenziali, intesi nella loro indispensabilità, utilità ed efficacia.

E' noto che l'inappropriatezza delle prestazioni determina un danno non solo alla struttura deputata all'erogazione, ma anche all'utente, e a tale proposito si rileva come vari studi dimostrano che il peso economico degli interventi inappropriati incide negativamente sui costi complessivi della struttura.

La soddisfaccibilità della prestazione costituisce infine l'aspetto più delicato nel contesto della definizione degli indicatori.

A le riguardo si rileva che tale ambito di osservazione è stato tenuto nella dovuta considerazione, e comunque fa riferimento alla percezione soggettiva dell'utente, in rapporto alla prestazione offerta; tale processo fu avviato dalla Regione Lombardia fin dagli anni '90 dettando disposizioni alle AUSL ed ai Comuni intorno alla cosiddetta “customer satisfaction.”

Il bilancio sociale

Nel contesto del processo di valutazione e di monitoraggio dell'attività svolta, sia per ciò che concerne il comparto pubblico che per il comparto privato, con particolare riferimento alle cooperative sociali, dal 2006, a seguito di una specifica direttiva del Dipartimento della Funzione

Pubblica, ha fatto il suo ingresso il bilancio sociale, peraltro già largamente adottato nel mondo dell'impresa privata.

Il bilancio sociale si propone di valutare l'azione svolta e comunicarla ai portatori di interesse (stakeholders) sulla base dei seguenti principi:

- fornire un'informazione completa, esauriente e trasparente sull'utilizzo delle risorse della collettività;
- rendere più visibili per funzioni/aree di intervento e per categorie dei portatori di interesse i risultati conseguiti;
- individuare i beneficiari degli interventi;
- valutare la capacità di incidenza degli interventi sulla comunità territoriale.

Secondo la direttiva sopra citata il bilancio sociale serve innanzitutto:

- a pianificare

con l'individuazione delle strategie, dei programmi, delle risorse e le specifiche azioni per ogni portatore di interesse.

- a rendicontare

con la misurazione dei risultati in termini di efficienza e di efficacia sociale delle azioni e di corrispondenza rispetto alle previsioni.

- a valutare

con l'espressione di un giudizio complessivo sui risultati attesi e sui risultati raggiunti.

- a comunicare

ai portatori di interesse i risultati raggiunti.

LA VALUTAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

L'avvio

Il complesso problema della valutazione e della verifica della efficienza e della qualità dei servizi sanitari ha radici che sono connesse alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale istituito con la legge n. 833/78.

A fronte di quanto specificato nella stessa legge, e con il coevo avvio di una legislazione regionale di recepimento che si è protratta fino al 1982, in effetti gli intendimenti volti a qualificare e a verificare il sistema sanitario sono stati costantemente presenti.

Nella prima impostazione, peraltro, la ricerca delle modalità più adeguate per raggiungere l'obiettivo di una effettiva capacità di incidere sulla qualità del servizio sanitario e di controllarne la realizzazione, era affidata alle Unità sanitarie locali, che, come è noto, si configuravano quali "strutture operative dei comuni (che ne erano titolari) per la gestione della salute e si basavano sulla partecipazione diretta dei cittadini, in una sorta di assemblearismo permanente che, partendo dal basso, arrivava, attraverso l'assemblea della USL e il comitato di gestione, ad essere la presunta garante dell'efficienza e della qualità dei servizi.

E' comunque con il d.lgs. 502/92 che si è da una parte superato il presupposto che la partecipazione dei cittadini di per sé stessa avrebbe garantito misure di controllo e di verifica, e dall'altra si sono introdotti ulteriori protagonisti nella complessa problematica della valutazione e verifica dei servizi.

Con il citato d. lgs. 502/92, pertanto, anche nel campo della sanità si sono determinati percorsi più specifici volti sia a determinare i controlli che a riconoscere i diritti dei cittadini a partecipare attivamente alla stessa funzione di verifica e controllo.

L'art. 10 dello stesso decreto, infatti specifica che "allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi e i flussi informativi dei soggetti

erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori pubblici e privati e il SSN.”

Inoltre è specificato che d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato regioni e sentiti la Federazione nazionale dell’ordine dei medici e gli altri ordini e collegi competenti, sono stabiliti con decreto del Ministro della sanità i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità, che devono essere, fra l’altro oggetto e riferimento nella Relazione sullo stato sanitario del Paese

All’art. 14 è stata dedicata una attenzione particolare al riconoscimento dei diritti dei cittadini nell’ambito della sanità.

E’ infatti specificato che “al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del SSN il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente:

- alla personalizzazione e all’umanizzazione dell’assistenza;
- al diritto all’informazione;
- alle prestazioni alberghiere;
- dell’andamento delle attività di prevenzione delle malattie”.

Si può notare, per inciso, che nel contesto del dispositivo è fatto esplicito cenno alle “prestazioni alberghiere” , che sono state quindi espunte dal contesto generale dell’offerta della prestazione sanitaria, e quindi surrettiziamente individuate quale prestazione autonoma ed aggiuntiva, con i riflessi che tale disposizione ha avuto specialmente per ciò che concerne le prestazioni extra-ospedaliere e in particolare le RSA, dove è prevista la retribuzione a parte delle prestazioni cosiddette alberghiere da parte degli utenti (a meno che non intervenga il Comune nei casi di assoluta impossibilità a pagare da parte degli utenti e loro familiari).

Nel prosieguo della predetta disposizione, che comunque ha rappresentato l’avvio di una attività di monitoraggio e di verifica, è stato quindi specificato che “le Regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, con la programmazione regionale, per la definizione delle risorse umane, tecniche e finanziarie”.

“Le Regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull’organizzazione dei servizi.”

“Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell’ impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti ogni qualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie”.

“Le Regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale”.

....”Il Ministro della sanità, in sede di presentazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all’attuazione degli indicatori di qualità”.

“Il Direttore generale dell’unità sanitaria locale e il direttore generale dell’azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l’anno apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l’andamento dei servizi anche in relazione all’attuazione degli indicatori di qualità e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.”

A tale riguardo si deve rilevare che a differenza di quanto indicato nella prima riforma e negli atti normativi regionali, la partecipazione, individuata in un ambito indifferenziato e scarsamente

regolamentato, è stata oggetto di una maggiore definizione e ruolo: da forme partecipative assolutamente non gestibili, anche ai fini della attività di verifica e di controllo, con la nuova normativa si è in effetti determinata una partecipazione “mediata” e “filtrata”, con il riconoscimento delle rappresentanze formali dei cittadini, così come espresse dalle organizzazioni sindacali, dagli organismi di volontariato e di tutela dei diritti.

La partecipazione quindi non si esprime solo a livello di programmazione, ma anche al controllo e alla valutazione dei servizi.

Da tale assunto si determina, per converso, l'esigenza di una partecipazione qualificata preparata, in grado non solo di rappresentare le esigenze degli utenti, ma anche esprimere adeguati strumenti per il controllo e la valutazione.

Le sedi e i luoghi per lo svolgimento delle attività di controllo e di valutazione sono individuate ai vari livelli in cui si realizzano le politiche sanitarie, e in tale contesto è particolarmente rilevante l'ambito distrettuale, da intendere quale sede privilegiata per la effettiva realizzazione e sviluppo degli istituti partecipativi.

Per ciò che concerne la sanità, con il citato DPCM 19 maggio 1995 è stato emanato lo “Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari” sulla base dei principi indicati dalla citata Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994.

Nel contesto del suddetto provvedimento, a prescindere dalle più specifiche indicazioni in ordine ai diritti dell'utente che si traducono nella osservanza della carta dei servizi, sono individuate le modalità per giungere ad una definizione giuridica degli elementi di valutazione.

Pertanto particolare attenzione è stata data a operare distinzioni concettuali fra:

- i fattori di qualità di un servizio, che costituiscono gli aspetti più rilevanti per la percezione della qualità del servizio da parte dell'utente che fa esperienza concreta del servizio, e che attengono sia ad aspetti oggettivi (qualità e quantità) che soggettivi, riconducibili alla percezione dell'utenza;
- indicatori di qualità, che sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano una certa organizzazione: i tipi di indicatori da tenere presenti sono: indicatori di processo; indicatori di struttura; indicatori di esito. In effetti con detti indicatori si tende a porre in essere una osservazione “dinamica” della prestazione e del servizio offerto, che deve costituire la “risultante” di un percorso adeguato e monitorato nella sua articolazione non solo progettuale, ma anche operativa e nella sua “resa”;
- standard di qualità, che rappresenta il rapporto tra l'obiettivo previsto e l'effettiva prestazione. Il problema degli standard è nevralgico sia per quanto concerne l'impegno ad erogare una determinata e la sua qualità, sia l'aspettativa dell'utente la risposta alle sue esigenze.

Tali elementi di valutazione vanno a costituire il complesso del “pacchetto” che occorre tenere presente ai fini della valutazione e della verifica.

Se tale riferimento costituisce un livello di valutazione oggettiva, ad ulteriore rafforzamento della attività viene specificato il ruolo della partecipazione che, connessa alla legge n. 241/90 deve essere orientata anche in riferimento alla rilevazione del gradimento, da parte dell'utenza, della prestazione sanitaria, per ciò che concerne il controllo di qualità.

Lo stesso controllo di qualità deve quindi prendere in esame:

- la qualità dei rapporti con il personale;
- il comfort offerto;
- le modalità di prenotazione ed erogazione della prestazione.

L'individuazione degli indicatori

Il successivo Decreto 24 luglio 1995, recante “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del SSN” ha individuato con maggiore esattezza gli indicatori da

considerare quale strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie.

Gli indicatori quindi rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali.

Ne consegue quindi un quadro di riferimento molto articolato in ordine alla adozione degli indicatori da parte dei responsabili della conduzione e della gestione della sanità, con particolare riferimento alle competenze della Regione e dei Direttori generali delle AUSL.

Gli indicatori di efficienza e di qualità del SSN sono stati quindi individuati ai fini del monitoraggio degli obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale 1994-1996, e rappresentano il primo esempio di un impegno concreto a "governare" l'andamento dei processi connessi alla programmazione, gestione, valutazione e verifica della sanità.

Nell'economia della presente trattazione, si riportano, considerata la complessità della materia, gli indicatori più importanti che di per sé stessi costituiscono un riferimento metodologico ai fini della valutazione e della verifica estremamente interessante:

Il quadro oggettivo di riferimento per la definizione del set di indicatori

I dati di riferimento

- Popolazione residente (per classi di età e sesso);
- Estensione territoriale;
- Indice di dipendenza;
- Attesa di vita alla nascita;
- Attesa di vita a 75 anni;
- Tasso di mortalità infantile;
- N. casi di morti evitabili;
- Mortalità per tutte le neoplasie;
- Mortalità per malattie cardiovascolari in soggetti in età 66 anni.

L'offerta

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
 - Indicatori di Domanda ed accessibilità;
 - Indicatori di risorse;
 - Indicatori di attività;
 - Indicatori di Risultato;
- Assistenza sanitaria di base
 - Indicatori di Domanda ed Accessibilità;
 - Indicatore di risorse;
 - Indicatori di attività;
 - Indicatori di risultato
- Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale
 - Indicatori di domanda e di accessibilità;
 - Indicatori di risorse;
 - Indicatori di Attività;
 - Indicatori di risultato;
- Assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati
 - Indicatori di domanda ed accessibilità;
 - Indicatori di risorse;
 - Indicatori di attività;
 - Indicatori di risultato.

Gli indicatori dalla parte dell'utente

Con il Decreto 15 ottobre 1996 recante “approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie”, è stato definito ulteriormente il quadro della valutazione e verifica dell’offerta.

In tale contesto si è quindi posta l’attenzione sull’obiettivo di rendere l’offerta “a misura d’uomo”, con l’individuazione di parametri che di per sé stessi costituiscono una “chiave” di riferimento per l’organizzazione funzionale dell’offerta dei servizi e delle prestazioni, questa volta dalla parte dei cittadini, e non solo dalla parte di chi è deputato alla gestione della sanità.

Il referente primario nella raccolta delle informazioni necessarie per la produzione degli indicatori e della loro trasmissione alla Regione e al Ministero della sanità è il direttore generale dell’AUSL e per la parte applicabile il direttore generale dell’Azienda Ospedaliera.

L’aspetto più importante dei suddetti indicatori è costituito dalla determinazione tramite punteggio delle varie componenti.

Il quadro delle garanzie

Nel complesso percorso della definizione di un quadro organico di riferimento tale da consentire un sistema di valutazione e di verifica “a regime”, e quindi tale da rendere governabile la gestione della sanità, con il decreto 12.12.01 è stato approvato il Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria.

Tale provvedimento, peraltro, è la risultante di un complesso iter legislativo che si connette agli obiettivi non solo di definire un sistema di garanzie, ma anche collocarne l’azione nel contesto delle politiche di “governo” dell’offerta dei servizi ai cittadini anche sotto il profilo della rispondenza delle attività ai principi di congruo rapporto costi-benefici ed efficacia-efficienza.

In premessa al decreto viene sottolineato che con il d. lgs. n. 502/92 è stato, fra l’altro, introdotto il principio dell’obbligo da parte dello Stato di definire gli standard dei servizi socio-sanitari e indicare i criteri per la qualità dei servizi stessi.

Il decreto riconduce alla potestà centrale la competenza a stabilire un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle regioni a Statuto ordinario.

Il set di indicatori interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari, inclusi i relativi costi.

Allo scopo di consentire un’interpretazione integrata delle informazioni riportate dal “set di indicatori”, le informazioni stesse sono corredate dai dati riguardanti lo stato di salute e il contesto socio-ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento.

In base a quanto indicato in termini generali nel decreto, si presuppone il superamento della concezione “statica” della raccolta delle informazioni e della acquisizione degli indicatori, essendo evidente l’obiettivo di pervenire ad una lettura “dinamica” delle informazioni, e legare l’analisi stessa alla realtà effettiva nella quale operano i servizi.

Tale orientamento, peraltro, è stato anticipato da varie Regioni che hanno in proposito adottato specifici provvedimenti (Lombardia, Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Veneto, Marche, Valle d’Aosta, ecc.).

Per ciò che concerne le modalità e i livelli di utilizzo, gli indicatori sono utilizzati a livello nazionale e regionale.

E’ altresì specificato che le informazioni fornite dagli indicatori richiedono una lettura congiunta e complessiva dell’intero sistema degli indicatori, alla luce degli elementi sullo stato di salute e sul contesto socio-ambientale, e un utilizzo appropriato dei risultati.

Particolare rilievo nel contesto del provvedimento è stato dato alla definizione univoca e condivisa degli indicatori, in base all'esperienza in materia realizzata dal Ministero della sanità attraverso l'utilizzo di indicatori basate sulle informazioni rilevate, e anche in relazione alle tendenze internazionali in materia e le esperienze in corso di attuazione nell'ambito dell'Unione europea.

Gli indicatori sono così intesi:

- a) – indicatori: informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali;
- b) dati di base: dati elementari utilizzati in forma aggregata per la costituzione degli indicatori;
- c) parametri di riferimento: sono individuati sulla base dei valori nazionali o di indicazioni di esperienze internazionali o di indicazioni normative e programmatiche;
- d) criteri di selezione: criteri in base ai quali si misura la validità, l'utilità, la misurabilità e la capacità discriminante;
- e) classificazione: raggruppamento degli indicatori sulla base dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- f) standardizzazione: aggiustamento del dato grezzo sulla base delle variabili che ne condizionano i risultati: la più comune forma di standardizzazione è effettuata per le caratteristiche della popolazione di riferimento (sesso e struttura per età)
- g) qualità dei dati di base; insieme delle caratteristiche che rendono affidabile un dato;
- h) rappresentazione dei dati: modalità statistiche che misurano la tendenza alla dispersione dei dati;
- i) validazione dei dati: approvazione definitiva, convalida e riconoscimento ufficiale dei dati di base a seguito dei meccanismi di controllo e della valutazione della qualità dei dati.

La definizione del "pacchetto" di indicatori, per come è espressa, supera la attuale frammentazione esistente fra le Regioni caratterizzata da una notevole difficoltà di acquisizione di dati (anche a causa della non uniforme presenza degli Osservatori sanitari), e pertanto con tale elencazione si realizza la definizione di un "linguaggio comune" volto a garantire sia l'uniformità che la attendibilità delle informazioni.

Di rilievo il disposto che il direttore generale dell'azienda è responsabile della corretta rilevazione e della tempestiva trasmissione dei dati

Viene affermato l'impegno di pubblicare annualmente, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento, dal Ministero della salute in uno specifico rapporto nazionale, di cui è data diffusione pubblica.

L'elenco degli indicatori

L'elenco degli indicatori assume notevole importanza in relazione alla possibilità di definire un quadro complessivo, articolato e pertinente, dell'andamento della gestione e dell'offerta dei servizi sanitari.

Inoltre la definizione dell'elenco degli indicatori si connette ai Livelli Essenziali di Assistenza, e ne costituisce un valido complemento.

Nel prosieguo dell'analisi del decreto, vanno altresì evidenziate le altre schede di indicatori, specifiche e pertinenti, che concernono l'analisi dell'efficienza delle prestazioni, la popolazione interessata per aree-problema e fasce di età, e i relativi costi, secondo la ormai acquisita classificazione dell'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale, l'assistenza ospedaliera.

LA VALUTAZIONE E IL MONITORAGGIO AL LIVELLO LOCALE: L'ATTO AZIENDALE

Oltre che a livello di normativa statale e regionale, l'ulteriore riferimento ai fini della definizione dello "stato" normativo che attiene alla valutazione ed al monitoraggio è riscontrabile nell'atto aziendale della AUSL.

Come è noto, con il d.lgs. 229/99 è stato disposto che le Aziende Unità Sanitarie locali sono tenute a dotarsi dell'atto aziendale, che quindi rappresenta lo statuto locale della salute, con cui l'AUSL definisce la propria missione e la propria conseguente organizzazione, così come lo Statuto del comune è da intendere la carta costituzionale locale.

In tale contesto negli atti aziendali sono indicati specifici riferimenti in ordine alla valutazione ed al monitoraggio delle prestazioni e dei servizi.

In genere vi sono indicate le modalità con cui svolge gli interventi rivolti alla persona, avuto riguardo ai principi ed alla mission ed alla vision di riferimento.

Per ciò che concerne lo svolgimento delle attività, è nel governo clinico che viene particolarmente evidenziata la articolazione funzionale degli interventi, avuto riguardo ai seguenti aspetti fondamentali:

- * la presa in carico, con particolare riferimento alle fasce deboli;
- * la formulazione dei percorsi assistenziali;
- * il monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Ne consegue quindi un preciso impegno della AUSL, anche a fronte di una poderosa legislazione di sostegno come sopra illustrata, per portare avanti azioni specifiche in ordine alla valutazione ed al monitoraggio delle attività.

La funzione preposta a tale compito, negli Atti Aziendali, è in genere attribuita ad una specifica struttura aziendale di verifica e valutazione (nucleo di valutazione), che opera in staff alla direzione strategica e in posizione di autonomia, con il compito di assicurare le attività di verifica dei risultati e di valutazione permanente del personale.

Ulteriori strumenti ai fini della valutazione e del monitoraggio sono i seguenti:

- l' Audit civico, che è definito negli Atti aziendali quale uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali; l'Audit civico viene definito quindi un processo che si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte, attraverso una attività di monitoraggio sulla base di specifici indicatori.
- la Conferenza dei servizi di cui all'art. 14, comma 4 del d.lgs. 229/99), indetta dal Direttore generale con cadenza annuale, rendendo noti i dati relativi all'attività svolta, all'attuazione degli obiettivi.
- la Consulta sanitaria, come organismo di consultazione di organismi di volontariato e di tutela dei diritti del cittadino per fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi erogati. La Consulta, quindi, assume un ruolo fondamentale in ordine ad aspetti connessi anche alla valutazione, con riferimento alla propria titolarità, fra l'altro, a:
 - elaborare proposte finalizzate al miglioramento della qualità e all'umanizzazione del servizio;
 - promuove progetti di indagine di gradimento.

L'ulteriore livello di più immediata operatività, in cui la valutazione ed il monitoraggio diventano assolutamente inquadrabili nella normale attività degli operatori è il distretto sanitario, che viene individuato, fra l'altro, quale sede specifica per:

- la valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- la valutazione e la conduzione dell'assetto erogativo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche ai fini dell'appropriatezza e della domanda delle risposte assistenziali.

LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI

Mentre per i servizi sanitari, stante il peso rilevante degli stessi nel contesto dell'offerta dei servizi alla persona, sono stati emanati molteplici provvedimenti che si sono svolti in un percorso che copre un periodo trentacinque anni, per ciò che concerne i servizi sociali, a livello statale, si

è dovuta attendere la legge n. 328/00 per poter definire un quadro di riferimento certo per il monitoraggio e la verifica dell'andamento della gestione dei servizi.

Pertanto, l'attenzione conferita alla attività di verifica e di monitoraggio è limitata a enunciazioni assorbite in articoli più complessi.

All'art. 3, comma 1, è specificato che "per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità ed efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione dell'impatto di genere.

Per ciò che concerne le competenze dei comuni:

All'art. 6, comma 3, lettera c) fra le competenze dei comuni è ascritta quella di "adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione; alla lettera d): il comune è competente a "effettuare forme di consultazione dei soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di tutela degli utenti per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi; alla lettera e) è infine attribuita ai comuni la competenza a garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

Per ciò che concerne le competenze delle Regioni:

All'art. 8, lettera e) è specificata la loro funzione, fra l'altro, alla "promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste; alla lettera h) la definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni".

La tutela degli utenti

All'art. 13 è specificato che entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, si sarebbe dovuto adottare lo schema di riferimento per la carta dei servizi sociali, in cui, fra l'altro, sarebbero state indicate le condizioni per facilitare le valutazioni dei servizi da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti.

Il finanziamento e la verifica

Analogamente a quanto disposto per la sanità, anche per il versante sociale si è inteso collegare il finanziamento alla verifica ed al monitoraggio.

Infatti, secondo l'art. 20 il Governo avrebbe dovuto provvedere a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali, con riferimento, tra l'altro, a "prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati.

Al livello locale particolare rilievo a tale riguardo è stato dato alla funzione dell'Ufficio di Piano, che costituisce una struttura tecnico-amministrativa dove, attraverso opportune forme di coordinamento, si realizza l'integrazione fra i Comuni e la ASL, tra pubblico e privato sociale.

L'azione strategica dell'Ufficio di piano si realizza essenzialmente attraverso:

- la circolazione delle informazioni;
- l'attivazione di tavolo di lavoro tematici di ordine generale;
- momenti di verifica e valutazione dei risultati raggiunti.

GLI AMBITI DELLA VALUTAZIONE

Le "sfere" dell'attività di monitoraggio e di valutazione

Dal quadro sopra esposto, si rileva che le "sfere" interessate alla attività di monitoraggio e di valutazione fanno essenzialmente riferimento a due ambiti che costituiscono assieme il

complesso degli attori chiamati alla costruzione del sistema sanitario: la “sfera interna” e la “sfera esterna”.

La “sfera interna” attiene ai soggetti che sono preposti istituzionalmente all’organizzazione dell’offerta del servizio, e che, ciascuno per la propria competenza, riconosciuta sul piano costituzionale e normativo, deve assolvere in ordine ai compiti assegnati anche in termini di verifica e di controllo, e che di seguito si elencano:

- i politici: sono portatori, sulla base del mandato dei cittadini in quanto elettori e valutatori, dei programmi e delle scelte strategiche che fanno riferimento ai valori e agli obiettivi da realizzare, e procedono a verificare e valutare l’operato.
- i manager: che, sulla base dei titoli e dell’esperienza professionale acquisita e dimostrata con appropriate certificazioni (d.lgs. 229/99) procedono, quindi alla messa in atto della tattica, con l’attività di programmazione, pianificazione, gestione, controllo e valutazione e quindi sono titolati a gestire e a mettere in atto le scelte strategiche definite dai politici; nell’ambito dei servizi sociali la figura dirigenziale è individuabile nel coordinatore sociale, che opera a livello di ambito sociale.
- gli operatori: costituiscono la testa, il cuore e gli arti attraverso i quali si realizzano concretamente i programmi, le attività e i processi di autovalutazione e di monitoraggio in base a quelli che già sono indicati nel quadro della specifica preparazione professionale e ulteriormente precisati nel codice deontologico;
- i sindacati: rappresentano la sede, riconosciuta negli atti aziendali, di confronto con l’Azienda sanitaria per il perseguimento della tutela della salute e del soddisfacimento dei bisogni dei cittadini-utenti. In tale contesto è prevista la consultazione dei sindacati secondo procedure standardizzate e trasparenti. Analoga funzione viene svolta nell’ambito dei servizi socioassistenziali, come disposto anche dalla Regione Lazio.

A tale quadro di riferimento vanno aggiunti gli operatori privati, e del terzo settore che in quanto commissionati, sulla base dell’accreditamento per lo svolgimento di specifici servizi, debbono essere oggetto di controlli e di monitoraggio da parte dei committenti.

La “sfera esterna” è quella che fa riferimento alla rilevanza esterna dell’offerta, e che quindi rappresenta il complesso dei destinatari e dei soggetti coinvolti nella fruizione dei servizi e nella loro valutazione.

Quindi la “sfera esterna” della valutazione e del monitoraggio attiene ai soggetti verso i quali sono rivolti gli interventi e i servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali.

Nel quadro di una profonda evoluzione della partecipazione, a fronte di un assemblearismo indifferenziato, questa è andata progressivamente a qualificarsi e a delinarsi con maggiore chiarezza, fino a configurarsi in quanto sintesi dei “portatori di interesse” (stakeholders) e quindi portatori di bisogni che devono essere soddisfatti e costituzionalmente riconosciuti come titolari di diritti civili e sociali a cui deve corrispondere l’impegno da parte dello Stato a definire i livelli essenziali per il loro esercizio (e, fra questi, il diritto alla salute e all’assistenza).

- Gli utenti: sono i primi interessati alla valutazione dell’offerta dei servizi, e a tale riguardo gli strumenti più importanti sono: l’ Audit civico, sopra richiamato, che è definito negli Atti aziendali quale uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. La Conferenza dei servizi di cui all’art. 14, comma 4 del d.lgs. 229/99), indetta dal Direttore generale con cadenza annuale, rendendo noti i dati relativi all’attività svolta, all’attuazione degli obiettivi.
- Le associazioni degli utenti: secondo quanto indicato dal d.lgs. 229/99, In genere è previsto che alla Conferenza dei servizi partecipano i cittadini, gli operatori della Azienda sanitaria, gli amministratori locali, le OO.SS, gli enti ed organismi pubblici e privati che operano sul territorio.

- organizzazioni di volontariato: sono specificatamente indicate nel d.lgs 502/92, quali soggetti interessati al controllo ed alla valutazione delle prestazioni sanitarie.
- sindacati: oltre che svolgere un ruolo all'interno della Azienda, e dell'ambito sociale, in quanto portatori di interessi dei lavoratori e dei pensionati in quanto fruitori ed utenti, sono pienamente titolati a svolgere uno specifico ruolo quanto a valutazione e controllo dei servizi.

OSSERVAZIONI

Dalla analisi e dall'esame della normativa che sta a monte dell'attività di valutazione e di verifica sulla attività dei servizi sanitari e sociali, risulta evidente lo sforzo del legislatore, di pervenire alla configurazione di un sistema adeguato volto non solo a definire gli aspetti "ragioneristici" del processo di valutazione e verifica, ma anche tutti gli aspetti funzionali, organizzativi, strutturali, finanziari, patrimoniali, ecc. che debbono caratterizzare qualsiasi azienda ed istituzione che deve essere produttiva, efficace ed efficiente.

Il complesso degli indicatori di per sé stesso costituisce una guida ragionata per sviluppare non solo una adeguata attività di monitoraggio, ma anche di autoanalisi e di autovalutazione estremamente interessante e proficua.

Si ritiene che il processo di valutazione verifica intorno al modi di definire un sistema logico di valutazione vada definito a livello locale con la attribuzione di specifiche competenze al distretto sanitario, per la sanità, ed all'Ufficio di Piano per i servizi sociali, sulla base di apposite linee guida emanate dalle Regioni, in osservanza delle disposizioni statali e regionali vigenti.

A conclusione della presente trattazione, si deve quindi evidenziare che le basi e i presupposti per giungere alla definizione del sistema di monitoraggio e di valutazione dei servizi sanitari, sono ben individuati, e la loro applicazione deve comunque diventare un atto di "routine" tale da determinare un collegamento continuo con l'obiettivo dello sviluppo e del miglioramento dell'offerta.

Il sistema di valutazione si connette infatti anche al processo di accreditamento delle strutture, e dei servizi socio-sanitari, secondo una azione costante di vigilanza, controllo e rispetto degli standard.