

Anno XXIV n. 1/1997 - Spedizione in abb. post. art. 2 comma 27 L. 549/95 - Filiale di Padova  
**Informazioni e Documentazioni su corsi, studi e ricerche**

# ***SERVIZI SOCIALI***

**LE «CARTE»  
DEI SERVIZI SANITARI,  
SOCIALI, EDUCATIVI**



**Centro Studi e Formazione Sociale  
FONDAZIONE  
EMANUELA ZANCAN**

**SERVIZI SOCIALI - Informazioni e Documentazioni su corsi, studi e ricerche**  
**Periodico bimestrale a cura del CENTRO STUDI E FORMAZIONE SOCIALE**  
**FONDAZIONE «E. ZANCAN» - PADOVA - Via Vescovado, 66- Telefono**  
**049/663800 - Fax 049/663013 - e-mail: zancan@mbox.vol.it**

Anno XXIV - n. 1-1997

Autorizzazione del Tribunale di Padova n. 395 del 15-3-1971

Direttore responsabile: Giuseppe Benvegnù Pasini

Abbonamento annuo L. 60.000, da versare sul c/c postale n. 12106357, intestato a: CENTRO STUDI E FORMAZIONE SOCIALE «E. ZANCAN» - PADOVA; oppure a mezzo assegno circolare o vaglia postale - numero singolo L. 12.000 - numero doppio L. 22.000.

Stampa IPAG - Rovigo

# *SERVIZI SOCIALI*

## **LE «CARTE» DEI SERVIZI SANITARI, SOCIALI, EDUCATIVI**



Centro Studi e Formazione Sociale  
FONDAZIONE  
EMANUELA ZANCAN

## **NOTE SUGLI AUTORI**

*PAOLO DE STEFANI*, ricercatore Centro diritti dell'uomo e dei popoli, Università di Padova

*SERGIO DUGONE*, capo servizi amministrativi Centro di riabilitazione Associazione «La nostra Famiglia», Conegliano (Tv)

*CARLO HANAU*, docente di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari, Università di Bologna, coordinatore dei comitati consultivi misti dell'Asl di Bologna e dell'azienda ospedaliera Malpighi, presidente del comitato diritti dei cittadini

*SALVATORE NOCERA*, esperto giuridico, Ministero Pubblica Istruzione, e presidente Fish - Federazione italiana per il superamento dell'handicap, Roma

## SOMMARIO

PRESENTAZIONE	pag.	5
CARTE DEI SERVIZI: UN APPROCCIO Sergio Dugone	»	7
CARTE DEI DIRITTI: LE NORME INTERNAZIONALI E I LORO PRINCIPI DI ATTUAZIONE Paolo De Stefani	»	12
IL PERCORSO LEGISLATIVO DELLE «CARTE DEI SERVIZI» Sergio Dugone	»	22
LE CARTE DEI SERVIZI SANITARI Carlo Hanau	»	34
CARTE DEI SERVIZI E COMUNI, TRA OPPORTUNITÀ E RESISTENZE Sergio Dugone	»	51

LA CARTA DEI SERVIZI SCOLASTICI Sergio Dugone	» 55
GLI ALUNNI DISABILI NELLA «CARTA DEI SERVIZI DELLA SCUOLA» Salvatore Nocera	» 63
CARTE DEI DIRITTI ED ESIGIBILITÀ DEI DIRITTI Paolo De Stefani	» 68
RISCHI DI MISTIFICAZIONE E CONDIZIONI PER EVITARLI Sergio Dugone	» 74
LE CARTE DEI SERVIZI SANITARI STRUMENTO PER IL CONTROLLO DELLA QUALITÀ DALLA PARTE DELL'UTENTE Carlo Hanau	» 83
SELEZIONE BIBLIOGRAFICA SULLE CARTE DEI SERVIZI PUBBLICI	» 90
SUMMARY	» 96
ABBIAMO RICEVUTO	» 97

## PRESENTAZIONE

Il giornalista Furio Colombo in un recente articolo su «La Repubblica» si chiedeva che cosa vuol dire il «profondo malessere del Nord-Est» di cui si è molto parlato sui giornali. Nella sua analisi egli ritrovava nel fondo un rancore che si aggira non solo nel Nord-Est, ma in tutta Italia.

«Il rancore, egli diceva, non è rivolta, è un sentimento oscuro e diffuso simile all'anidride carbonica: quando si rivela, e si vede il danno, è tardi....; per formarsi, covare, durare, esplodere il rancore ha bisogno di una sfiducia profonda nel funzionamento di tutto».

Questo rancore si rivolge anzitutto contro le istituzioni della società. In realtà questo malessere del Paese, e il rancore che produce, ha le sue radici nello stesso rapidissimo sviluppo della società impresso dalle scoperte della scienza e della tecnologia: le istituzioni, dovendo in un sistema democratico seguire la strada del consenso, hanno un ritmo di cambiamento molto più lento e si trovano tutte in ritardo in rapporto al cambiamento della società, per le comunicazioni, per l'esercito, per il fisco.

Ciò produce disagio nei cittadini, malumore, irritazione che può giungere alla ribellione, alla sfiducia.

Le leggi 142/90 e 241/90 sull'ordinamento delle autonomie locali e sulla trasparenza dell'atto amministrativo, le leggi Bassanini sulla semplificazione e sul decentramento della burocrazia, il federalismo solidale che dovrebbe nascere dalla riforma della Costituzione, tendono a superare il ritardo delle istituzioni sulla società e a rimediare al disagio che esso produce nei cittadini.

Le carte dei diritti, alcune già in atto, altre in fase di preparazione, sono uno strumento per tradurre nella minuta realtà quotidiana dei rapporti fra cittadini e istituzioni tutta questa normativa profondamente innovativa.

Però l'attuazione reale, fedele, non distorta delle carte dei servizi, oltre all'onesto impegno dei dirigenti e degli operatori della pubblica amministrazione, richiede una consapevole e attiva partecipazione popolare che, se è autentica, non è un dono, che potrebbe sapere da «amministrazione del consenso», ma è una conquista che richiede conoscenza, consapevolezza, equilibrio, volontà di costruire, coraggio e costanza.

Il fondamento e l'anima della partecipazione è la solidarietà che «non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di

tante persone, vicine o lontane. Al contrario, è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune, ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siamo veramente responsabili di tutti» (Sollicitudo rei socialis n. 38).

Il presente numero di «Servizi sociali», che raccoglie un accurato e competente approfondimento, a più voci, del tema delle carte dei servizi, vuole essere un contributo a chi si sta impegnando nella gestione delle istituzioni e nella partecipazione popolare alla loro attuazione.

Giovanni Nervo

## CARTE DEI SERVIZI: UN APPROCCIO

Sergio Dugone

Peter Nicols, per molti anni noto corrispondente da Roma dei quotidiani americani e fine conoscitore delle vicende politiche e sociali del nostro paese, affermava che «in nessun paese al mondo, come in Italia, i segreti sono meglio conservati». E, agli interlocutori stupiti dell'affermazione, aggiungeva: «Qui tutti sanno tutto di tutti e di tutto. In realtà lo sanno talmente male per cui il risultato è che nessuno sa veramente niente!»

Ci troviamo ad affrontare un percorso sulle «Carte dei servizi sanitari, sociali ed educativi» avendo tutti ben chiaro che l'esperienza soggettiva di rapporto con lo stato, le istituzioni, gli sportelli dei servizi è - quasi sempre - vissuta come ostacolo, come incontro, ed a volte scontro, con una realtà che tutto regola, norma, autorizza.

Il risultato di questi anni è che affondiamo in un ginepraio di norme che tentano di ordinare tutto e tutti con l'unico risultato che non riescono più a garantire nessuno, a dare certezze alla comunità, a assicurare la vita alla gente.

Se non ci rendessimo conto che siamo dentro ad un dibattito internazionale (di «Carte dei servizi pubblici» in Europa si parla in maniera diffusa dal 1993 anche se da prima erano in atto iniziative varie), ci verrebbe da sospettare che tali documenti siano il risultato dell'ennesima trovata del palazzo: come ricostruire la fiducia nel rapporto cittadini - istituzioni oggi così deteriorato.

Un'operazione gattopardesca in un momento di aspro dibattito politico: cambiare tutto perché nulla cambi? Il rischio c'è, evidente e diffuso sia nei ministeri come in periferia, negli enti locali.

Perché tale rischio sia solo un timore e non diventi certezza occorre la vigilanza di tutti. Anche se sappiamo che norme scritte «dalla parte del cittadino» si sono spesso rivelate - per responsabilità congiunte del potere e della gente - scatole vuote.

Dai decreti delegati della scuola che aprivano la stagione degli organi collegiali, alla legge n. 15/1968 sull'autocertificazione e semplificazione delle pratiche amministrative, alla stessa legge 241/1990 sul procedimento amministrativo, è un registrare continuo di difficoltà, di freni, di ostacoli da un lato, di mancanza di coscienza civica dall'altro.

Ma, guardando l'altra metà dello stesso bicchiere, occorre anche dire che, con gli anni '90, una grande stagione pare essersi aperta ed è una stagione che vede anche il protagonismo nuovo di tanti dipendenti pubblici convinti che le cose possono cambiare.

## IL CONTESTO EUROPEO

A livello europeo, il Ceep (coordinamento enti e imprese pubbliche, Strasburgo), organismo che svolge, da tempo, funzione di rappresentanza delle imprese pubbliche a livello di Comunità europea, ha proposto l'elaborazione di una carta dei servizi pubblici fin dal 1993.

A tutt'oggi non si è ancora arrivati ad un documento dell'Unione, perché a questo livello manca un riconoscimento istituzionale dei servizi pubblici anche se nel Trattato di Roma (art. 90, comma 2) tale concetto è presente con la dizione «servizi di interesse economico generale».

La normativa europea è sostanzialmente neutrale circa gli assetti di proprietà delle imprese che erogano servizi (libera concorrenza ed uguaglianza). Così la nozione di servizi pubblici finisce con l'essere più marcata in Francia, Spagna, Italia, Portogallo, Grecia, mentre negli altri l'effetto giuridico è debole perché si parla di «pubblica utilità» o «pubblico interesse».

Basti qui dire che il Parlamento europeo ha chiesto alla Commissione di definire il concetto di servizio pubblico ed alla comunità di assicurare a tutti i cittadini dell'unione un accesso uguale ai beni e servizi di interesse economico generale (risoluzione B3 - 219/93 del 12/2/1993).

Il dibattito prima ed il progetto poi di una «carta europea dei servizi di interesse economico generale» presentato dal Ceep, con i suoi cinque capitoli:

- definizione e principi base;
- campo dei servizi di interesse economico generale;
- obblighi degli operatori di servizi di interesse economico - generale;
- regole di organizzazione e di gestione dei servizi di interesse economico generale,

ha comunque accompagnato il varo delle prime carte dei servizi di Gran Bretagna (1991), Francia e Spagna (1992) e poi delle altre.

Va anche detto che l'esperienza dei servizi pubblici, a livello internazionale, è eterogenea e di difficile paragonabilità con la situazione italiana.

## IL CASO ITALIANO

Gli anni '90 sono strategici anche in Italia perché il legislatore riesce a porre mano ad un complesso di norme dal contenuto fortemente innovativo e ad innescare un processo i cui frutti sono ancora tutti da raccogliere.

Già con la legge 142/1990 di riforma delle autonomie locali in molti statuti comunali - in linea anche con il dibattito europeo - si sono individuati spazi e modalità per avviare programmi di promozione della qualità dei servizi e di tutela dei cittadini.

La sperimentazione però non si è fermata in ambiti ristretti, ma è sfociata in una collaborazione tra il Dipartimento della funzione pubblica e gli enti che hanno volontariamente aderito ad un programma più generale.

Un primo passo, necessario e significativo, per l'attuazione di un progetto con obiettivi ambiziosi: considerare il cittadino non più come beneficiario, fruitore di una prestazione benevolmente erogata, ma come il «cliente» che paga il servizio (sotto forma di tasse o altro) e che deve essere soddisfatto nella soluzione del suo bisogno.

Al programma di sperimentazione del Dipartimento suddetto hanno aderito numerose aziende aderenti alla Confederazione dei servizi pubblici degli enti locali (Cispel): gas, elettricità, acqua, trasporti, ecc. È proprio in questo settore che si troverà - anche nella pubblicistica più recente - la punta avanzata nella elaborazione e sperimentazione delle carte dei servizi.

Progetti pilota sono stati elaborati, tra gli altri, dall'Azienda energetica municipale di Milano (Aem), dall'Azienda consorziale servizi Reno Bologna (Acoser), dall'azienda multiservizi ambientali veneziana (Amav), dall'azienda comunale energia e ambiente (Acea) di Roma, ecc.

C'è da aggiungere, per completezza, che in diversi casi in ambito Cispel si sta perseguendo la certificazione Iso 9000 (certificazione che rappresenta un altro obiettivo, ancora tutto da scoprire, all'interno del sistema pubblico).

Per i trasporti hanno partecipato le Ferrovie dello Stato, per le unità sanitarie locali la n. 23 Arezzo, la n. 47 Mantova, la n. 3 Perugia, ecc.

Diversi comuni del nord, centro e sud hanno contribuito al lavoro, un ente lirico (il teatro «Carlo Felice» di Genova), alcune scuole (l'Istituto «Calamandrei» di Sesto Fiorentino, la DD «Bachelet» di Ciampino, la Sms «Giovanni Calabria» di Roma, ecc.), alcune Ipab (come l'Istituto Andreoli di Borgonovo).

Dalla sperimentazione è venuta una conferma: i principi ispiratori che conducono alle carte dei servizi, si ritrovano tutti, in embrione, nella L. 241 del 7 agosto 1990 sul procedimento amministrativo.

Quarantatré anni dopo si tenta di disegnare un nuovo rapporto tra amministrazione pubblica e cittadini, riscoprendo il valore, profondo di contenuti, dell'art. 3 della nostra Costituzione.

Il tentativo è quello di passare dalla cultura del cittadino suddito alla più coerente visione del cittadino al centro del sistema dei servizi. Un cambiamento quasi copernicano per portata dei problemi, vastità degli interlocutori, diversità ed eterogeneità della nazione.

È un obiettivo ambizioso che va proposto, coscienti che solo agendo nella formazione di consapevolezze e responsabilità nuove, contribuiremo ad un reale, positivo cambiamento.

#### *Chi comanda nel sistema democratico*

In un momento di forte dibattito tra centralismo, federalismo o addirittura secessionismo, le norme che andremo a esaminare e discutere rispondono in fondo alla domanda: chi comanda nel Paese? lo Stato? le Regioni? gli enti locali? No. I cittadini!

Ma non è né facile né scontato.

A indicare nell'equilibrio fra centro e periferia la ricetta del buon governo è il Censis con la sua recente ricerca: «Il policentrismo italiano: interessi e decisioni». Un'indagine sui soggetti «decisori»: a chi insomma spetta decidere delle politiche sociali, economiche e ambientali nel nostro paese.

Ebbene, distinguendo fra soggetti «istituzionali» e «intermedi» e fra competenze nazionali o locali, rispetto a settori chiave quali lavoro, sanità, assistenza, attività produttive, il centro studi sociali ha contato ben 120 mila centri decisionali.

Il loro numero è massimo proprio nella sanità e nell'assistenza: sono 20 in particolare le istituzioni sanitarie a carattere nazionale (dal Ministero al Cnr alla Commissione di bioetica al Cipe), 32.010 quelle periferiche (assessorati comunali e provinciali, aziende sanitarie locali).

I soggetti intermedi, invece, ad ampia competenza territoriale (per esempio Farindustria, il Tribunale per i diritti del malato) sono 382, quelli periferici 103 (i comitati provinciali della Croce rossa).

Nel settore assistenziale, il Censis ha contato otto soggetti istituzionali a carattere nazionale (dal Ministero della famiglia a quello della sanità a quello del lavoro), 14.744 periferici (delegazioni locali di enti di assistenza e previdenza, assessorati comunali), 165 (fondi e istituti di patrocinio locale) i soggetti intermedi ad ampia competenza territoriale, 9.047 quelli a carattere locale (per esempio le associazioni di volontariato).

In totale sono dunque oltre 32.500 le strutture «decisorie» - come le chiama il Centro Studi - nel solo comparto socio-sanitario.

«Questa articolazione policentrica» commenta il centro studi «è iscritta quasi nel Dna del nostro paese ed è una ricchezza naturale del sistema - Italia, quella che gli ha consentito 'proseguire il testo' di superare fino ad oggi qualunque tipo di sfida legata allo sviluppo e ha smorzato le tensioni legate alle fratture presenti nel tessuto economico e sociale».

Tuttavia il policentrismo rischia di degenerare in anarchia o comunque in una somma di poteri che si annullano a vicenda.

Di conseguenza il governo centrale dovrebbe «innanzitutto prendere atto della complessità che caratterizza la rete decisionale del nostro paese».

Il governo insomma «non può governare come se fosse solo a decidere, ma nell'attribuzione o nella presa d'atto di funzioni delegate deve pensarle in capo ad un insieme di soggetti che deve coordinare e accompagnare in modo permanente».

Allora la conclusione iniziale è che il percorso non è né facile né veloce.

Richiede coraggio, determinazione, sicurezza di guida, chiarezza di obiettivi, condivisione e coesione sociale.

# CARTE DEI DIRITTI: LE NORME INTERNAZIONALI E I LORO PRINCIPI DI ATTUAZIONE

Paolo De Stefani

Ci si potrebbe chiedere se su un tema molto specifico e circoscritto come quello delle carte dei servizi nella pubblica amministrazione italiana, un contributo riguardante le norme internazionali sui diritti umani non sia marginale o poco opportuno.

Due ordini di ragioni inducono a ritenere utile una riflessione su queste tematiche. La prima riguarda il fatto che le carte dei servizi che non abbiano alle spalle una elaborazione matura di carte dei diritti non sono altro che esercizi di ristrutturazione aziendale, probabilmente utili, ma poco rilevanti sul piano della maturazione civile e sociale della collettività. Dal momento che i diritti di cui si parla sono i fondamentali diritti sociali delle persone, risulta opportuno andare a vedere quali sono le carte dei diritti che oggi danno legittimità e forza giuridica e politica a tutte le altre, e queste sono le convenzioni sui diritti umani adottate su scala universale nell'ambito delle Nazioni Unite.

Un altro motivo consiste nel fatto che, forse, il confronto con i meccanismi di implementazione delle convenzioni internazionali sui diritti umani attuati a livello internazionale ci può suggerire qualcosa in merito ai modi di dare attuazione anche alle carte dei servizi, intese come momento terminale di un processo di attuazione di quelle norme che non conosce soluzioni di continuità dal livello internazionale a quello locale.

Un ulteriore argomento che induce a non considerare una divagazione inutile il confronto con la normativa internazionale sui diritti umani può essere rappresentato dalla circostanza che sempre più spesso, e fatalmente, l'operatore sociale e sanitario è chiamato a dare attuazione a direttive e principi di condotta che hanno una normativa internazionale come diretta o indiretta fonte di produzione. Enti locali e aziende sono sempre più spesso chiamate a confrontarsi con problemi che non solo hanno una chiara dimensione internazionale (immigrati, rifugiati, contatti con organizzazioni internazionali governative e non governative, ecc.), ma che richiedono loro l'applicazione di regole e principi di condotta elaborati e fissati in un contesto internazionale. Di fronte a queste situazioni, i modi di agire dell'operatore sociale «periferico» sono due: attendere le direttive dall'auto-

rità centrale (ministero o altro); oppure dotarsi di strumenti culturali e professionali che lo pongano in condizione di recepire autonomamente e attuare in via immediata gli stimoli innovativi.

## I PROCESSI INTERNAZIONALI DI «IMPLEMENTAZIONE» DEI DIRITTI UMANI

Una analisi delle politiche di implementazione dei diritti umani su scala internazionale richiederebbe una trattazione che non può essere contenuta in poche battute. Limiteremo pertanto l'attenzione alle strategie di attuazione politica dei diritti umani messe in campo dalle Nazioni Unite con riferimento ai principali strumenti internazionali rilevanti in materia. Lo scopo non è quello di dare una descrizione esaustiva e neanche quello di evidenziare i problemi di natura giuridica e politica che questi processi fanno emergere nel panorama delle relazioni internazionali. Ci si propone più modestamente di evidenziare, per via di estrema sintesi, alcune linee d'azione che paiono fornire spunti utili a chi, operatore di servizi sanitari, sociali o educativi, si trova di fronte alla redazione o all'attuazione di carte dei servizi.

In effetti, la problematica delle carte dei servizi mette in evidenza un aspetto molto dibattuto nell'ambito delle agenzie di attuazione dei diritti umani facenti capo all'Onu: quello degli indicatori di attuazione dei diritti umani.

Dopo la fase della adozione delle grandi convenzioni internazionali sui diritti umani, sostanzialmente conclusasi negli anni ottanta, si è infatti posto l'accento sulle misure di implementazione di tali regole e sulla elaborazione quindi di standard minimi cui i governi si debbono attenere per non essere ritenuti inadempienti rispetto all'obbligo internazionale, nonché dei relativi criteri di valutazione dei risultati.

Si è messa in moto quindi, a partire dalla seconda metà degli anni ottanta, una complessa azione internazionale, pilotata dal Centro per i diritti umani delle Nazioni Unite, volta a dare contenuto pratico ai diritti solennemente sanciti dalle carte. Le strategie utilizzate sono molte e spesso confuse e sovrapposte. Alcuni principi strumentali e di sostanza possono tuttavia essere individuati e proposti a chi, su un piano totalmente diverso ma non disomogeneo, si confronta con le problematiche delle carte dei servizi.

Alcune definizioni quanto alla sostanza della materia «diritti umani internazionalmente riconosciuti».

La nozione individua un insieme di diritti soggettivi fondamentali e inviolabili, esistenti in capo a soggetti umani individuali e collettivi, riconosciuti da una serie di circa 40 trattati internazionali, di portata universale o regionale: dal Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali alla convenzione europea sui di-

ritti dell'uomo e le libertà fondamentali, alla convenzione sui diritti del bambino, ecc.

Le norme di diritto internazionale che si occupano degli individui possono dividersi in due categorie: quelle che semplicemente impongono agli stati obblighi nei confronti dei cittadini di altri stati in quanto cittadini di quei paesi (in pratica sono sempre obblighi verso uno stato: ad esempio, il patto De Gasperi-Gruber, con i successivi aggiornamenti impegna l'Italia verso l'Austria alla tutela della minoranza altoatesina di lingua tedesca; la sua violazione sarebbe un illecito verso l'Austria e gli altri paesi che fanno da garanti all'accordo); e quella delle norme che riconoscono direttamente certe posizioni di diritto in capo agli esseri umani in quanto esseri umani, anche se nessuno stato si interessa di loro e anche se i loro diritti sono violati proprio dal paese in cui vivono e di cui sono cittadini. Il diritto internazionale dei diritti umani riguarda principalmente questa seconda categoria di norme, che sono altamente innovative sul piano del diritto internazionale, tradizionalmente considerato di natura puramente interstatuale.

Riportiamo in allegato un elenco di alcuni dei più conosciuti strumenti internazionali di natura universale (facenti capo all'Onu) sulla materia dei diritti umani. Le convenzioni lì richiamate sono ratificate da oltre 100 stati e costituiscono il riferimento principale per le migliaia di organizzazioni e gruppi non governativi per i diritti umani operanti in ambito internazionale, nazionale e locale.

#### LA «RETE» DELLE AGENZIE INTERNAZIONALI

Gli interventi coordinati (sia pure in maniera abbastanza debole) dall'Onu sulla materia dei diritti umani obbediscono ad alcuni principi operativi che, ricavati in via empirica, potrebbero essere ricondotti ai criteri del pluralismo delle agenzie di implementazione e dell'approccio negoziale e consensuale.

Con la nozione di pluralismo delle agenzie di implementazione dei diritti umani internazionalmente sanciti si fa riferimento al fatto che il grado di soddisfacimento degli stessi dipende dalla capacità di attivazione degli stessi soggetti titolari di quei diritti.

La regola, in campo internazionale, è il principio di autotutela: ogni soggetto titolare di un diritto deve contare prima di tutto sulle sue proprie forze per vederlo attuato da parte di chi è titolare dei doveri corrispondenti. Il diritto si limita a predisporre le cornici politiche, tecniche e di «buoni uffici» necessarie a garantire lo svolgimento pacifico dei processi di autotutela. Da questo punto di vista si giustifica la «corsa ai diritti umani» cui si sono dedicati i vari gruppi umani: popoli autoctoni, migranti, omosessuali, gruppi etnici, ecc. Nel contesto internazionale, la possibilità di vedersi riconosciuto uno status di protezione agganciato alla tutela

dei diritti umani costituisce una risorsa di legittimità e di peso politico molto importante.

Le carte internazionali naturalmente non mancano di individuare i soggetti titolari degli obblighi corrispondenti ai diritti dei gruppi considerati, e si tratta prevalentemente degli stati che hanno ratificato le convenzioni. Non mancano tuttavia riferimenti ad altre strutture di implementazione dei diritti sanciti dai trattati: organi della società civile, organizzazioni economiche, governi locali, organizzazioni intergovernative e nongovernative internazionali. La attivazione diretta dei soggetti interessati resta tuttavia la forma più sicura di azione per l'implementazione dei diritti umani. Il meccanismo di autotutela più valido è quello della partecipazione diretta o indiretta (elezioni, partecipazione a consulte, organi di controllo, *lobbying* sui decisori politici, ecc.) ai processi politici. Ogni diritto umano, anche quello appartenente alla categoria dei diritti economici o culturali, ha alla base della sua realizzazione l'attivazione di meccanismi di partecipazione (nelle sue forme varie, compresa quella dei regimi occidentali a democrazia rappresentativa, ma non necessariamente confinata a questo modello).

Il pluralismo delle agenzie implica anche che non si adottano prese di posizione a priori sul carattere pubblico o privato dei soggetti che intervengono per rendere effettivo un diritto: non esistono definizioni ufficiali di servizio pubblico o di servizio mediato dal mercato. Quanto viene in rilievo è esclusivamente la realizzazione dei minimi di tutela fissati dagli strumenti internazionali.

Il processo di attuazione delle carte sui diritti umani a livello internazionale si svolge secondo modalità che sono prevalentemente di natura politico-negoziale. È la dinamica politica, aperta in questo caso ad una fondamentale componente nongovernativa e non statale (quella delle associazioni popolari e delle autonomie locali), che decide dell'agenda e delle sue priorità. Manca una funzione di regolazione dall'alto di questa dialettica, la quale procede sulla spinta delle iniziative di autotutela, e non per impulso di organi «ministeriali».

Un modello tipo, fortemente semplificato e banalizzato in verità, di azione internazionale per i diritti umani è schematizzato nel terzo grafico allegato.

Il ruolo degli organi centrali dell'Onu che si occupano di diritti umani consiste nel cercare di tenere sempre desta l'attenzione degli attori politici internazionali su alcune tematiche particolarmente sensibili, promuovendo lo studio tecnico del problema legato all'attuazione di un particolare gruppo di diritti umani o alla realizzazione dei diritti umani in aree sensibili (zone di guerra, paesi in sviluppo, zone interessate da emergenze umanitarie o catastrofi naturali, ecc.).

L'elaborazione di piani d'azione viene svolta in un contesto che è già generalmente fortemente politicizzato. Il contesto può essere il Consiglio economico e sociale dell'Onu, oppure l'Assemblea generale, ovvero qualche altro organo o agenzia specializzata dell'organizzazione. Per tematiche di particolare rilievo, lo

spazio istituzionale della negoziazione è rappresentato da summit o conferenze internazionali (mondiali o regionali) di ampia rilevanza anche presso il pubblico dei non addetti, il cui output può essere anche l'apertura alla firma di un ulteriore trattato. In questi contesti, da alcuni anni a questa parte, si assiste ad una crescente ingerenza degli organi rappresentativi della società civile, che negoziano con i governi ed esprimono una notevole capacità di leadership. La copertura dei mass media contribuisce a dare rilevanza immediata a questi eventi, la cui importanza è destinata ad aumentare nei prossimi anni, anche in parallelo con un contestuale indietreggiamento dell'istituzione statale di fronte alle responsabilità di governo di problematiche eminentemente globali (squilibri economici, sviluppo tecnologico, crisi ambientali, migrazioni, ecc.).

Sui diritti sanciti dalle convenzioni, così come sui piani d'azione che si sforzano di individuare piattaforme comuni di lotta ad alcune emergenze globali in tema di diritti umani (lavoro minorile, schiavitù, violenza alle donne, alfabetizzazione, lotta alle malattie infettive, fame, ecc.), vengono attivate forme di implementazione decentrata ai singoli paesi o aree regionali. I processi di integrazione regionale tra stati (Europa, Sud America, Africa, ecc.) facilitano grandemente il confluire omogeneo delle politiche. Gli stati sono più o meno disposti a collaborare e ad orientare in modo comune le proprie strategie di intervento. Il coordinamento internazionale delle politiche degli stati emerge tuttavia in modo sempre più netto come l'unico modo di affrontare con possibilità di successo i fenomeni sociali di oggi, come è ormai ampiamente riconosciuto in settori quali migrazioni, lotta alla criminalità e al narcotraffico, protezione dell'infanzia, tutela dell'ambiente, ecc.

I risultati di queste politiche sono costantemente al vaglio dei soggetti politici operanti in campo internazionale. Alcune sedi Onu sono particolarmente importanti: la Commissione sui diritti umani del Consiglio economico e sociale (e la collegata sotto-commissione contro le discriminazioni e per la tutela delle minoranze) e i Comitati istituiti da alcune convenzioni, presso i quali si esaminano i rapporti periodici degli stati e, in alcuni casi, si decidono le denunce che i cittadini rivolgono ai paesi rei di aver contravvenuto alle disposizioni dei trattati stessi (comitato sui diritti civili e politici; comitato sui diritti economici, sociali e culturali; comitato contro la tortura; comitato sui diritti dell'infanzia; comitato sulla condizione delle donne; comitato contro la discriminazione razziale).

#### INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLE POLITICHE PER I DIRITTI UMANI

In tutte queste fasi, qui riassunte in modo estremamente sommario, i momenti di implementazione delle norme sui diritti umani sono sottoposti a forme istituzionali o non istituzionali di monitoraggio. Ci sono stati molti tentativi, da

parte di centri di ricerca o istituti dell'Onu, di fissare standard minimi precisi capaci di quantificare i progressi o i regressi verificatisi in un paese nell'attuazione di un particolare diritto umano. I risultati migliori si sono avuti nella messa a punto di sistemi di monitoraggio e *early warning* nei casi del diritto alla pace e alla sicurezza personale delle popolazioni (previsione di crisi belliche, interne o internazionali) e di monitoraggio del grado di soddisfacimento dei diritti economici e sociali (fondato sul valore di sviluppo umano definito dal programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo come un *mix* tra indice di crescita del prodotto interno lordo pro capite, aspettativa di vita e grado di scolarità, a sua volta scomposto in modo tale da tenere conto delle differenze di sviluppo umano, all'interno di un determinato paese, secondo il genere, la provenienza etnica o religiosa, l'età, ecc.). Naturalmente i dati su cui ci si fonda per definire questi standard massimi e minimi sono talvolta poco affidabili e, soprattutto, le elaborazioni non hanno ancora una autorevolezza tale da condizionare il comportamento dei governi.

Sulla materia dei diritti civili e politici l'elaborazione di indicatori affidabili è ancora ad uno stadio arretrato. Molte agenzie, soprattutto governative (celebri i rapporti del dipartimento di stato americano e della stessa Cia), tengono sotto controllo il grado di attuazione di queste categorie di diritti umani nei diversi paesi; vi sono i rapporti che gli stati fanno ai comitati dell'Onu sopra citati e le relazioni che esperti indipendenti, nominati dall'Onu o, più recentemente, anche da altre istituzioni internazionali (Ue, Osce, Oua...), indirizzano all'attenzione della comunità internazionale; alcune potenti e ramificate organizzazioni nongovernative svolgono, sul modello di Amnesty International, un rilevante lavoro di monitoraggio e denuncia sui diritti umani. La complessità delle analisi richieste e il filtro politico che a volte si rende necessario inserire se si vuole dar loro una ricaduta positiva non facilitano il compito di chi vorrebbe introdurre criteri di valutazione oggettivi.

#### PRINCIPI COMUNI ALLE ATTIVITÀ INTERNAZIONALI DI «IMPLEMENTAZIONE» DEI DIRITTI UMANI E LORO RICADUTA SUL PROCESSO DI ELABORAZIONE DELLE CARTE DEI SERVIZI

Da questa breve panoramica si possono estrarre alcuni principi attinenti alla qualificazione politico-giuridica delle attività di attuazione dei diritti umani internazionalmente riconosciuti ad opera degli organi dell'Onu, ma validi in buona misura anche per quanti operano in altri contesti intergovernativi, nonché nell'ambito di organizzazioni di società civile.

Un primo principio acquisito appare essere il riconoscimento del valore fondante della dignità umana, la cui tutela viene prima degli interessi di potenza de-

gli stati. Gli apparati di governo e amministrativi sono finalizzati, anche nei loro elementi di vertice, alla tutela e protezione dei diritti umani. Questi, e le politiche in cui si concretizzano, sono il criterio di giudizio della legittimità o meno di un determinato sistema politico, economico, amministrativo, nonché il principio ispiratore delle riforme che in esso si devono attuare.

Altro elemento comune è la concezione per cui i diritti umani rappresentano un processo di adeguamento delle società ad un determinato ideale di convivenza che le carte internazionali definiscono solo in parte, essendo per il resto lasciato al pluralismo delle culture e delle tradizioni di ogni popolo. I diritti sanciti dalle convenzioni, non essendo espressione di un programma unitario ma piuttosto risultato di un incontro-scontro di vari contributi provenienti da tradizioni politiche e culturali diversissime, non costituiscono semplicemente dei minimi di garanzia, né propongono dei traguardi ideali di tutela. Individuano piuttosto dei processi, ed ogni società trova in essi un riferimento vivo intorno al quale calibrare le proprie politiche, trovando punti di equilibrio variabili, ma comunque reciprocamente confrontabili.

I processi si implicano vicendevolmente: i diritti umani sono tra di loro interdipendenti e indivisibili; la loro attuazione richiede l'attivazione simultanea di processi di democrazia-partecipazione e di *empowerment* socio-economico-culturale.

Rispetto al processo di avveramento dei diritti umani, il ruolo del diritto è tipicamente strumentale. I diritti umani, in altre parole, nel contesto internazionale, non sono (solo) norme da attuare, ma realtà pratiche da realizzare e promuovere. Tra il soggetto fittizio del diritto e quello reale in carne e ossa, è quest'ultimo a prevalere. La liberazione delle differenze interpersonali e sociali, il pluralismo delle soggettività è la forza espansiva dei diritti umani, che sempre tendono a specificarsi in capo a qualche speciale categoria. Lo sforzo, per non perdersi nella confusione delle rivendicazioni, deve essere quello di discernere quanto è realmente immanente all'uomo da quanto è un mero elemento aggiunto. Il diritto, un diritto «debole» e prevalentemente «sapienziale», deve riassumere su di sé il compito di fare da guida all'equità del «dare a ciascuno il suo».

Dalle considerazioni svolte finora la speranza è che emergano spunti di riflessione utili anche per chi si trova alle prese con una carta dei servizi che, come detto, va intesa come l'altra faccia della carta dei diritti. Un trattato sui diritti umani dovrebbe tradursi, secondo questa logica, in una gigantesca carta dei servizi dello stato e degli altri enti chiamati a dare attuazione a quei diritti. Le politiche che organismi internazionali come l'Onu cercano di far adottare agli stati vanno proprio in questa direzione.

Alcune considerazioni conclusive possono contribuire a mettere in luce alcuni degli spunti più direttamente attinenti alla problematica delle carte dei servizi desumibili dalla considerazioni finora svolte.

Alcune delle indicazioni sopra considerate ci portano ad osservare che le carte, pur dovendo essere molto specifiche nell'indicare le prestazioni dell'ente, non dovrebbero essere troppo settoriali, ma sforzarsi di essere strumento utile all'espansione dei diritti del cittadino, proponendosi di introdurlo alla fruizione di determinati servizi non come semplice appendice del servizio stesso, ma come suo attivatore. Devono aprire al cittadino le porte dell'ente e fargli vedere anche come, da queste stanze, si possa accedere ad altri ambienti, ad altri edifici, in una rete di percorsi che la carta dovrebbe aiutare a leggere. Carte integrate, quindi, da adottare, in un processo graduale di ramificazione, d'intesa con i vari servizi dell'ente e in collegamento con quanto altri enti e altri territori realizzano di analogo.

Pare il caso di sottolineare anche il carattere processuale del lavoro sulle carte: esse devono essere messe a punto progressivamente e sempre sottoposte a monitoraggio e verifica, attraverso il dialogo e il conflitto con tutte le soggettività (dirigenza, classe politica, varie categorie di utenti e loro rappresentanze, dipendenti...) da esse implicate.

Il criterio di riferimento non deve essere esclusivamente l'attuale struttura dell'ente, ma i bisogni/diritti dell'utente, tenendo conto delle specificità che identificano ogni categoria di utenti e ogni singolo essere umano. Appiattire la persona che si rivolge al servizio sulle categorie altrettanto massificanti dell'«utente» o del «cliente» non consente di cogliere il fondamento dell'azione amministrativa nella dignità della persona.

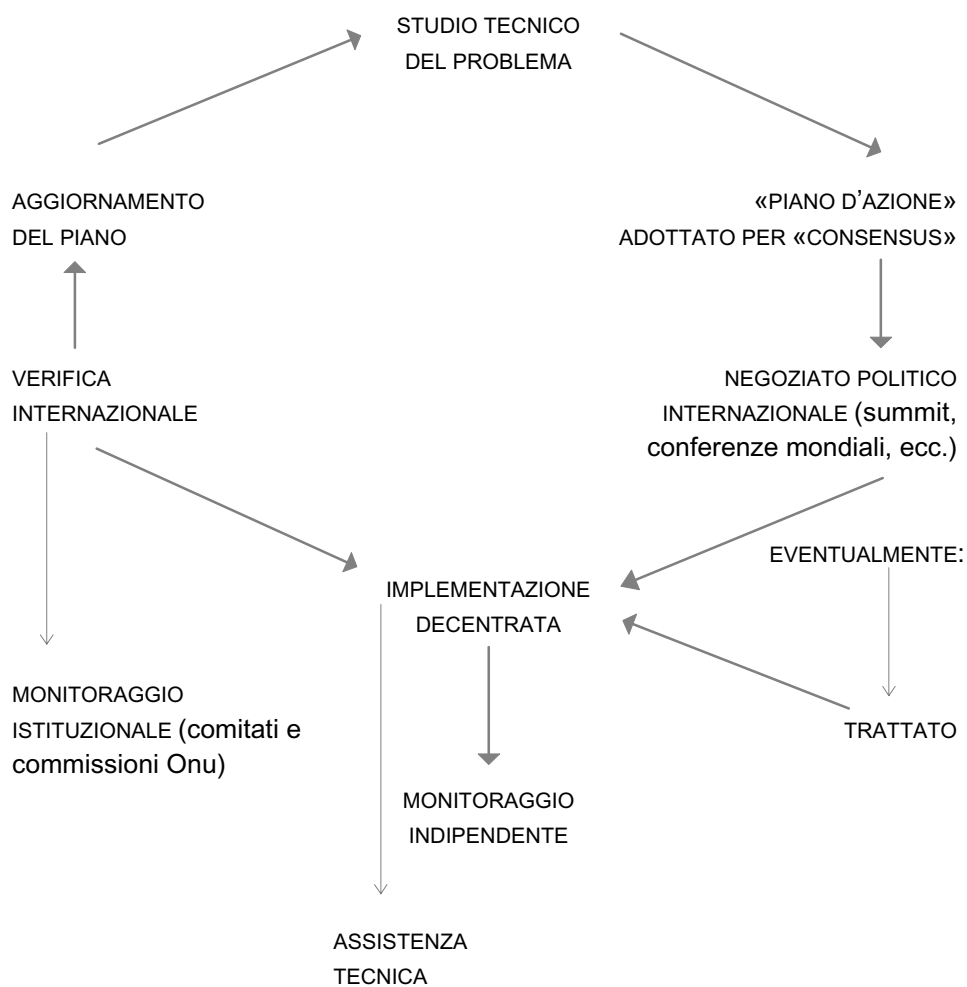
Infine, va evitata l'idea che i diritti della persona possano essere attuati semplicemente adempiendo a delle norme. Il processo di realizzazione dei diritti umani implica l'attivazione di forme di partecipazione (*empowerment*, autotutela), richiede l'accompagnamento costante dei processi innescati e il lavoro intorno a problemi, nonché l'elaborazione di standard di efficacia e di efficienza commisurati alle situazioni reali e mutevoli, non di semplici criteri di conformità alle previsioni di legge. La creatività e la dedizione di chi fa da catalizzatore di queste politiche sono le doti più preziose.

PRINCIPALI CONVENZIONI INTERNAZIONALI IN MATERIA DI DIRITTI UMANI

- Patto internazionale sui diritti civili e politici, adottato dall'assemblea generale delle Nazioni Unite il 16 dicembre 1966, ratificato dall'Italia il 15 settembre 1978; reso esecutivo con legge 25/10/1977, n. 881.
- Patto sui diritti economici, sociali e culturali, adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite con lo stesso provvedimento del Patto sopra citato.
- Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 21 dicembre 1965; entrata in vigore il 4 gennaio 1969; ratificata e resa esecutiva dall'Italia con legge 13 ottobre 1975, n. 645.
- Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, adottata dall'Assemblea generale dell'Onu il 18 settembre 1979, in vigore dal 3 settembre 1981; ratificata dall'Italia con legge 4 marzo 1985 n. 132.
- Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1984, entrata in vigore il 27 giugno 1987; ratificata e resa esecutiva dall'Italia con legge 3 novembre 1988, n. 498.
- Convenzione sui diritti dell'infanzia, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, legge italiana di ratifica: n. 176 del 27/05/1991.

## Allegato 2

MODELLO DEL PROCESSO DI ATTUAZIONE DEGLI IMPEGNI INTERNAZIONALI IN MATERIA DI DIRITTI UMANI ATTRAVERSO PIANI DI AZIONE, CONFERENZE INTERNAZIONALI, MONITORAGGIO<sup>1</sup>.



1. Il modello si rifà sinteticamente alle procedure in ambito Nazioni Unite.

# IL PERCORSO LEGISLATIVO DELLE «CARTE DEI SERVIZI»

Sergio Dugone

## NORMATIVA GENERALE

*1. Costituzione della Repubblica Italiana (Gu n. 298 del 27/12/1947 in vigore dall'1/1/1948)*

All'interno dei dodici principi fondamentali della carta, l'art. 3 sancisce la pari dignità sociale e l'uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge, nonché il compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti all'organizzazione del Paese.

Altri articoli della carta costituzionale riguardano la salute, l'istruzione e così via.

*2. Legge 7 agosto 1990 n. 241 (Gu n. 192 del 18 agosto 1990)*

«Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi».

I principi ispiratori fondamentali che hanno condotto alla previsione per legge di «carte dei servizi pubblici» si ritrovano tutti, in embrione, nella normativa sul procedimento amministrativo che disegna un nuovo rapporto tra Pubblica amministrazione e cittadini.

Non dimentichiamo che il legislatore, dopo la L. 15/68 sull'autocertificazione ed il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, già con l'art. 17 della legge 23/8/1988 n. 400 si era dotato della possibilità di ricorrere al potere regolamentare per realizzare maggiore semplicità e speditezza in alcuni servizi amministrati.

Con la L. 241/90 viene conferita rilevanza giuridica per tutti a regole di trasparenza, celerità, pubblicità, partecipazione, efficienza ed efficacia, prima confinate nel ristretto campo della mera opportunità e quindi generanti comportamenti difformi da amministrazione ad amministrazione e da settore a settore di uno stesso ente.

Tali regole sono diventate dei veri e propri riferimenti capaci di provocare l'annullamento di atti amministrativi o di costituire responsabilità degli operatori pubblici.

Alla legge 241/90 segue il *Dpr 352 del 27/6/1992* che porta il «Regolamento per la disciplina delle modalità di esercizio e dei casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi».

*3. Decreto legislativo 3/2/1993 n. 29 e norme successive (Dlgs 18/11/1993 n. 470 e Dlgs 23/12/1993 n. 546) (suppl. ord. n. 14 alla Gu n. 30 del 6/2/1993)*

Reca la «Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego».

Traduce operativamente le affermazioni di principio contenute nella L. 241/90. Nasce così «l'ufficio relazioni con il pubblico» in ogni organizzazione istituzionale (art. 12); si individua la responsabilità dei dirigenti ad ogni livello e gli spazi di verifica dei risultati (art. 20); si riprendono concetti, che parevano dimenticati, come sanzioni disciplinari e responsabilità (art. 59).

*4. Legge 14/1/1994 n. 20 (Gu n. 10 del 14/1/1994)*

È la normativa con la quale si riorganizza completamente il controllo esterno della Corte dei Conti istituendone anche le sezioni regionali.

Introduce il concetto, innovativo per l'area pubblica, di «controllo di gestione» che supera il limite di legittimità per accertare la regolarità sotto il profilo di efficienza, efficacia ed economicità delle gestioni degli enti pubblici nonché il funzionamento o meno dei controlli interni (proposto anche dal comma 2 art. 20 Dlgs 29/93).

Stabilendo compiti e attribuzioni proprie del controllore permette, di risulta, di individuare gli obblighi degli uffici pubblici sottoposti.

*5. Direttiva Presidente del Consiglio dei ministri del 27/1/1994 (Gu n. 43 del 22/2/1994)*

«Principi sulla erogazione dei servizi pubblici». Contiene le prime indicazioni per costruire le carte dei servizi. Rappresenta, teoricamente, una rivoluzione nei servizi pubblici. La filosofia di fondo è che il cittadino non è più considerato come il beneficiario di una prestazione benevolmente elargita, ma come un «cliente» che paga un servizio (sotto forma di tasse o altro).

I principi fondamentali sono: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

Gli strumenti individuati: l'adozione di standard, la semplificazione delle procedure, l'informazione agli utenti, i rapporti con gli utenti, il dovere di valutazione della qualità dei servizi, i rimborsi per servizi non rispondenti.

La norma prevede anche spazi di tutela: procedure di reclamo, comitato permanente per l'attuazione della carta dei servizi pubblici, sanzioni.

Da tale direttiva discende la norma ripresa nel decreto del Ministro della Funzione pubblica del 31 marzo 1994 «Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni».

La direttiva Ciampi-Cassese (così è nota nell'ambito pubblico) rappresenta un momento forte di autodiagnosi dei limiti riscontrati nelle modalità di erogazione dei pubblici servizi ed una risposta propositiva agli stessi.

*6. Direttiva Presidente del Consiglio dei ministri dell'11/10/1994 (Gu n. 261 dell'8/11/1994)*

«Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico».

È la norma di attuazione dell'art. 12 del Dlgs 29/93, che definisce finalità, attività, supporti tecnologici, organizzazione e funzionamento degli Urp.

Articoli specifici sono riservati alla comunicazione ed alla formazione. Gli uffici diventano - secondo il legislatore - lo sportello immediato di riferimento del cittadino che varca la soglia del pubblico servizio.

*7. Decreto Presidente del Consiglio dei ministri 19/05/1995 (Dpcm) (Gu n. 123 del 29/05/1995)*

«Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini dell'emanazione degli schemi generali di riferimento di "Carte dei servizi pubblici"».

Il decreto propone una prima individuazione dei settori nei quali emanare, definire e adottare le carte dei servizi: sanità, assistenza e previdenza sociale, istruzione, comunicazioni, trasporti, energia elettrica, acqua e gas.

Rispetto al contenuto del secondo capoverso della direttiva Ciampi-Cassese del 27/1/1994 sparisce la voce «libertà e sicurezza della persona».

È un elemento che non è mai stato spiegato. Ma non è il solo. Quando uscirà la «Carta dei servizi» del settore assistenza e previdenza, ci si accorgerà che essa riguarda il solo settore pensionistico.

8. Decreto legge 12/5/1995 n. 163 convertito in legge n. 273 dell'11/7/1995 (Gu n. 109 del 12/5/1995)

È quasi una anticipazione di ciò che cerca di fare oggi l'intervento Bassani-  
ni.

«Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni».

All'art. 2 «qualità dei servizi» si stabilisce, per gli enti erogatori di servizi (pubblici, in concessione, in convenzione), l'obbligo di adottare le rispettive carte sulla base di schemi generali di riferimento emanati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nella legge di conversione, all'art. 3 - quater, si individuano persino le supplenze in caso di mancata adozione della carta da parte dei singoli enti.

1.9. Legge 14/11/1995 n. 481 (suppl. ord. n. 136 alla Gu n. 270 del 18/11/1995)

«Norme per la concorrenza e la regolazione dei servizi di pubblica utilità. Istituzione delle autorità di regolazione dei servizi di pubblica utilità».

È l'ultimo tassello normativo generale di riferimento, ed è una norma ancora scarsamente utilizzata anche se di importanza fondamentale.

#### LA NORMATIVA SPECIFICA SU «LE CARTE DEI SERVIZI»

##### *Sanità*

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri del 19.5.1995 (Gu n. 125 suppl. n. 65 del 31/5/1995): «Carta dei servizi pubblici sanitari, principi e criteri di attuazione, finalità, materiale illustrativo».

Ministero della Sanità - linee guida n. 2/95: «Attuazione della carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale» (Gu suppl. n. 108 alla Gazzetta n. 203/95).

Esistono diversi riferimenti internazionali nel settore dei diritti in genere e del malato in particolare, cui fa riferimento la carta dei servizi. Se ne riportano i più significativi:

- La *Carta dei diritti del paziente* approvata nel 1973 dalla American Hospital Association;
- la *Carta dei diritti del malato* adottata dalla Cee in Lussemburgo dal 6 al 9 maggio 1979;
- la *Carta dei 33 diritti del cittadino* redatta nella prima sessione pubblica per i diritti del malato in Roma, 29 giugno 1980;
- l'art. 25 della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*;

- gli artt. 11 e 13 della *Carta Sociale Europea del 1961*;
- l'art. 12 della *Convenzione internazionale Onu sui diritti economici, sociali e culturali* del 1966;
- la risoluzione n. 23 dell'Organizzazione mondiale della sanità, 1970, che trovano peraltro piena corrispondenza nei principi della Carta Costituzionale (artt. 23-32).

C'è da sottolineare come la Carta dei servizi pubblici sanitari trovi una specifica radice in quanto già riordinato con il Dlgs n. 502/92 all'art. 14 e trovi aggancio anche nell'accordo di lavoro del comparto sanitario (Dpr 28/11/1990 n. 384) per lo specifico del miglioramento di strumenti di tutela, per agevolare l'utilizzo dei servizi, per informare sui servizi stessi ed aprire l'accesso ai reclami in caso di insoddisfazione.

#### *Scuola*

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7.6.1995 (Gu n. 138 del 15/6/1995): «Schema generale di riferimento della carta dei servizi scolastici».

La norma, oltre a riprendere i principi generali espressi nella direttiva della Presidenza del Consiglio del 27.1.1994, introduce - quali fatti a forte valenza innovativa - il Pei (progetto educativo d'istituto) e la programmazione educativa e didattica con all'interno il «contratto formativo» che si viene a stabilire tra docente - allievo - famiglia.

Ministero della Pubblica istruzione Cm n. 255 del 21/7/1995: «Trasmissione della Direttiva n. 254 del 21 luglio 1995 relativa alla Carta dei servizi scolastici».

Contratto collettivo nazionale di lavoro della scuola 4 agosto 1995 (suppl. ord. Gu n. 207 del 5/9/1995).

La carta dei servizi scolastici ed il progetto educativo di istituto, entrano nell'articolato ai punti 32, 38, 39, 77.

Ministero della Pubblica istruzione Cm n. 317 del 4/10/1995: «Carta dei servizi scolastici».

Informazione, orientamento, monitoraggio nelle scuole da parte delle segreterie tecniche regionali degli ispettori e termine «ordinatorio» e non perentorio per l'approvazione della carta.

C'è da segnalare che, contemporaneamente alla pubblicazione del Dpcm 7.6.1995 «Schema generale di riferimento della carta dei servizi scolastici», il ministro Lombardi, il 2 giugno 1995, faceva approvare dal governo il disegno di legge «Delega al Governo per l'attuazione dell'autonomia scolastica e per il riordinamento della amministrazione scolastica».

Senza autonomia la carta dei servizi è... povera. Tant'è vero che la questione autonomia e - più in generale - riforma della scuola - è tra le priorità anche dell'attuale governo in carica.

#### *Energia elettrica*

Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 18/9/1995 (Gu n. 223 del 23/09/1995): «Schema generale di riferimento della carta dei servizi del settore elettrico».

#### *Gas*

Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 18/9/1995 (Gu n. 223 del 23/09/1995): «Schema generale di riferimento della carta dei servizi del settore gas».

#### *Previdenza e assistenza*

Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 21/12/1995 (Gu n. 4 del 05/01/1996): «Schema generale di riferimento per la predisposizione delle carte dei servizi pubblici nel settore previdenziale e assistenziale»

Il documento, al di là della citazione del settore «assistenziale» da evitare di leggere come «servizio sociale», appare rivolto ai 25 milioni di italiani iscritti a vario titolo a forme previdenziali pubbliche (Inps, Inpdap, Inail, ecc.).

Fra le finalità che illustrano il provvedimento infatti si leggono le seguenti affermazioni.

«In un contesto sociale ed economico caratterizzato da continui cambiamenti e da un quadro di riferimento normativo, in costante trasformazione, nel quale la crescente attenzione ai bisogni dell'utente sempre più impone la ricerca della qualità ed economicità dei servizi pubblici, diventa primario, per il sistema della previdenza e dell'assistenza, l'obiettivo di riuscire a valorizzare la propria azione attraverso l'adozione di un modello gestionale - proprio delle aziende di servizi - orientato alla soddisfazione delle esigenze espresse dall'utente.

Ciò appare tanto più necessario ed improcrastinabile in un comparto che interessa praticamente tutti gli strati della popolazione e dell'attività economica del Paese.

Basti pensare che le amministrazioni e gli enti del settore previdenziale e assistenziale pubblico erogano oltre 22.000.000 tra pensioni e rendite e che le persone iscritte sono circa 25.000.000.

A fronte di una platea così vasta di cittadini interessati ad ottenere servizi estremamente diversificati, tanto di natura previdenziale che assistenziale, attraverso contatti con amministrazioni che agiscono con modalità operative ed organizzative, tempi e criteri ancora non omogenei e scarsamente integrati, la "Carta dei servizi" deve costituire:

- strumento agevole, leggibile, comprensibile e verificabile ad uso del cittadino per la conoscenza generalizzata in ordine al livello di tutela sociale garantito al verificarsi di rischi assicurati o, comunque, protetti, quali l'età, la perdita dell'integrità fisica o della autosufficienza economica, la morte, ecc.;
- impegno forte per i soggetti erogatori ad avviare, pur nel rispetto dei vincoli normativi che ne disciplinano l'attività, un percorso di progressiva omogeneizzazione nella gestione dei rapporti con i propri utenti, anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro per l'esame delle problematiche comuni e l'adozione di soluzioni organizzative e procedurali quanto più possibile uniformi.

Affinché possa efficacemente incidere sulla realtà operativa e sul rapporto con l'utenza, la "Carta" deve riguardare tutti gli aspetti correlati alla "missione" dei soggetti che erogano servizi e deve essere costantemente aggiornata ed adeguata all'evolversi della realtà sociale e dei bisogni della collettività.

A tal fine, la "Carta" di ciascuna amministrazione, prima della diffusione, sarà oggetto di confronto con le associazioni degli utenti e con gli Istituti di patronato, così come è avvenuto per il presente schema generale di riferimento».

Come si vede il «taglio» sembra escludere dalla voce «assistenza» i servizi non previdenziali o assimilati (pensioni di invalidità, assegni di accompagnamento, ecc.) per cui i servizi sociali vanno collocati in altro ambito.

#### *Poste e telegrafi*

Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 30/1/1996 (suppl. ordinario n. 23 alla Gu n. 33 del 9/2/1996): «Carta della qualità del servizio pubblico postale».

#### *Ci sono carte in elaborazione?*

In base al Dpcm del 19/5/1995 sarebbero in elaborazione ulteriori carte. Il condizionale è d'obbligo considerato il tempo trascorso dall'ultima pubblicazione. Mancano le direttive su:

- comunicazioni (per la parte «non postale»);
- trasporti;
- acqua.

Non si sa se si riprenderà quella citata nel secondo capoverso della direttiva pcm del 27/1/1994 su libertà e sicurezza della persona.

Al Dipartimento della funzione pubblica, nel periodo fine 1995 inizio 1996, stavano lavorando sulle carte di:

- università;
- telefoni;
- camere di commercio;
- servizi comunali;

come evidenziato anche dalle dichiarazioni dell'allora ministro della funzione pubblica Frattini (Il sole 24 ore, 8/12/1995, pag. 22).

L'agenzia Asi (n. 18 del 6/5/1996) a pag. 20 annuncia la «Carta dei servizi per le farmacie».

*Ministero: lo sportello del cittadino*

Informazioni sulle carte dei servizi possono essere richieste al Ministero della Funzione pubblica - Roma, sportello del cittadino tutti i giorni dalle ore 9.00 alle 13.30 e dalle ore 15.00 alle 17.30. I telefoni di riferimento sono i seguenti: 06/68003366-3300-3320-3350.

Analoghi servizi sono attivati anche da singoli Ministeri.

*Alcuni elementi per riflettere sulla fatica del cambiamento - legge 241/90*

Dalla relazione presentata al Parlamento (settembre 1995) dalla Commissione per l'accesso agli atti ed ai documenti della pubblica amministrazione da parte del cittadino, risultava - a livello nazionale - che solo il 13,8% dei Comuni ed il 15,6% delle Province avevano un proprio regolamento attuativo della legge 241/90 riguardante i diritti di accesso alle informazioni, agli atti, ai documenti amministrativi, ecc.

La Basilicata risultava essere la regione maggiormente attiva in tale dotazione, Nel Trentino Alto Adige solo 3 comuni vi avevano provveduto.

E questo sarebbe comunque un bel risultato se all'epoca soltanto il 3,4% delle strutture Usl, lo 0,04% delle aziende autonome, lo 0,54% degli enti di ricerca, lo 0,62% delle Università avevano recepito, anche solo in parte, quanto scritto nella L. 241/90.

E non esistono rapporti sullo stato di attuazione della legge 15/1968 sull'autocertificazione che - a tutt'oggi - nonostante gli sforzi fatti e che vanno riconosciuti, resterebbe una grande sconosciuta da cittadini e uffici pubblici.

### *Relazioni con il pubblico: orientare, ascoltare, tutelare*

La direttiva sugli uffici di relazione con il pubblico precede le carte dei servizi. Pur con tutte le perplessità sui piccoli comuni o sui minuscoli enti pubblici, gli Urp dovrebbero esserci all'interno di tutte le pubbliche amministrazioni. In genere sono in locali posti al piano terra o comunque facilmente accessibili e reperibili (segnaletica, elenchi telefonici).

Secondo una indagine del Dipartimento della funzione pubblica, al 4 luglio 1995 nelle 2.971 amministrazioni che hanno risposto (solo il 14% del totale di 20.880), risultavano essere stati istituiti 1.301 Urp, pari al 43,22% degli enti che hanno fornito dati. Di questi, 669 sono di comuni e province; 370 di ministeri; 160 di enti pubblici non economici; 83 della sanità. Agli Urp sono stati assegnati compiti ben precisi:

- aiutare il cittadino nell'esercizio del diritto di partecipazione al procedimento amministrativo;
- fornire informazioni sugli atti amministrativi, sui responsabili, sullo svolgimento e sui tempi di conclusione dei procedimenti, nonché sulle modalità di erogazione dei servizi;
- effettuare ricerche e analisi finalizzate alla conoscenza dei bisogni e delle proposte per il miglioramento dei rapporti con l'utenza;
- promuovere e realizzare iniziative di comunicazione di pubblica utilità per assicurare la conoscenza di normative, strutture pubbliche e servizi erogati e l'informazione sui diritti dell'utenza;
- promuovere anche con il supporto dell'informatica iniziative volte al miglioramento dei servizi per il pubblico, alla semplificazione delle procedure e delle modalità di accesso alle informazioni in possesso dell'amministrazione.

### *La Commissione per l'attuazione degli Urp*

Istituita il 16 gennaio 1995, è composta da cinque membri in rappresentanza dei dipartimenti per la funzione pubblica e per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei ministri; della scuola della pubblica amministrazione; dell'Anci e delle Regioni, nonché da due responsabili di uffici. Le competenze sono:

- consulenza, assistenza tecnico-organizzativa alle amministrazioni e coordinamento generale delle attività finalizzate alla istituzione e al funzionamento degli uffici;
- monitoraggio sullo svolgimento delle iniziative di formazione e di aggiornamento del personale degli uffici;
- promozione di iniziative di comunicazione e informazione ai cittadini utenti;

- analisi e ricerche sulla evoluzione dei bisogni dell'utenza e sulla qualità dei servizi erogati;
- parere sul programma annuale di comunicazione pubblica del dipartimento per l'informazione e l'editoria.

(Commissione per l'attuazione degli Urp, corso Vittorio Emanuele II 116, 00187 Roma, tel. 06/68003223, fax 68003451).

Dopo alcuni entusiasmi iniziali non pare che l'onda lunga degli Urp abbia toccato tutti i servizi pubblici né abbia sostanzialmente modificato comportamenti e procedure anche se vi sono diffusi segnali di maggiore efficienza della pubblica amministrazione.

#### *Carta dei servizi sanitari*

Al 30 aprile 1996 - fonte dipartimento della programmazione del Ministero della sanità - su 310 aziende Usl in Italia, 158 (51%) avevano adottato la carta dei servizi sanitari, 93 (30%) avevano avviato con apposita delibera il processo della sua redazione e pubblicazione, 59 (19%) non avevano attivato alcuna procedura. L'osservatorio ministeriale sulle carte invitava a leggere con prudenza cifre e statistiche in quanto «la lettura dei dati quantitativi non consente ancora una valutazione sul reale impiego delle carte come "patto" con i cittadini».

#### *Sanità, previdenza, assistenza*

Quello che appare evidente è comunque e sempre la complessità. A quella tipica di una società evoluta e moderna, nel nostro paese si è sovrapposta quella creata da un sistema di governo spesso in balia di interessi e poteri contrastanti.

Non mancano le analisi approfondite della situazione.

Sanità «in fermento», assistenza «frantumata», previdenza sostanzialmente controllata a livello centrale dall'Inps. Questo il quadro che emerge all'indagine 1995 del Censis sui risultati del decentramento dello stato sociale, che disegna uno stato ancora improntato al «vecchio modello assistenziale che trasferisce soldi invece di erogare servizi». A livello locale poi tendono a riprodursi gli stessi meccanismi che operano nell'amministrazione centrale.

Questi vincoli, per il Censis, condizionano le trasformazioni «positive» in atto nella sanità; «emblematico» è il caso degli ospedali con meno di 120 posti letto (224 ancora aperti per un totale di 16.931 posti letto, 79 chiusi o riconvertiti) da cui, in base a stime del ministero della sanità, potrebbero essere recuperati 3.000 miliardi. Ma su cui pesano «resistenze e interessi locali». Tanto che il Ministero della Sanità ha decentrato il problema alla programmazione regionale.

Altro esempio è quello della «gestione rigida del personale» cui si sentono «condannati» i direttori generali delle Usl: secondo i primi risultati di un sondaggio tra i manager (15% delle risposte), il 53% lo indica come ostacolo alla realizzazione della riforma della sanità. Seguito dalla difficoltà di adeguamento ai cambiamenti (43%), di dotarsi di strumenti di valutazione e controllo delle prestazioni (35%), di gestione di risorse economiche e personale (25%). I direttori vogliono più responsabilità (78%) e un ridimensionamento delle competenze statali (76%). Pesano inoltre le «condizioni di partenza» con cui le regioni hanno affrontato la riforma: il rapporto contribuzione - spesa «mostra uno spostamento positivo rispetto alla media nazionale al Centro Nord e negativo al Sud»; il numero dei dipendenti è di 12-13 per 1.000 abitanti al Centro Nord; 10,7 al Sud. «Migliora» però il rapporto Usl - cittadini: l'85% ha un ufficio per i rapporti con il pubblico, l'80% una carta dei diritti.

Se la sanità è il settore più in fermento, l'assistenza è il più «polverizzato»: in assenza di legge quadro, operano senza coordinamento 8.259 assessorati locali, dei 43.348 miliardi erogati nel '95 per l'assistenza sociale poi, 23.225 miliardi (67,7%) sono andati a prestazioni in denaro, 11.123 (32,4%) a servizi.

Il centralismo «domina» la previdenza nonostante i «divari localistici» evidenziati dal Censis: al nord ovest corrisponde il 33,3% delle erogazioni complessive contro il 19,3% del Centro, la spesa pro capite va da 4,9 milioni del Nord Ovest a 2,8 milioni al Sud. È chiaro che in siffatte condizioni, gli spazi per razionalizzazioni, tagli, risparmi, riqualificazioni della spesa senza impatto, o con impatto minimo sulle famiglie, è oggettivamente possibile.

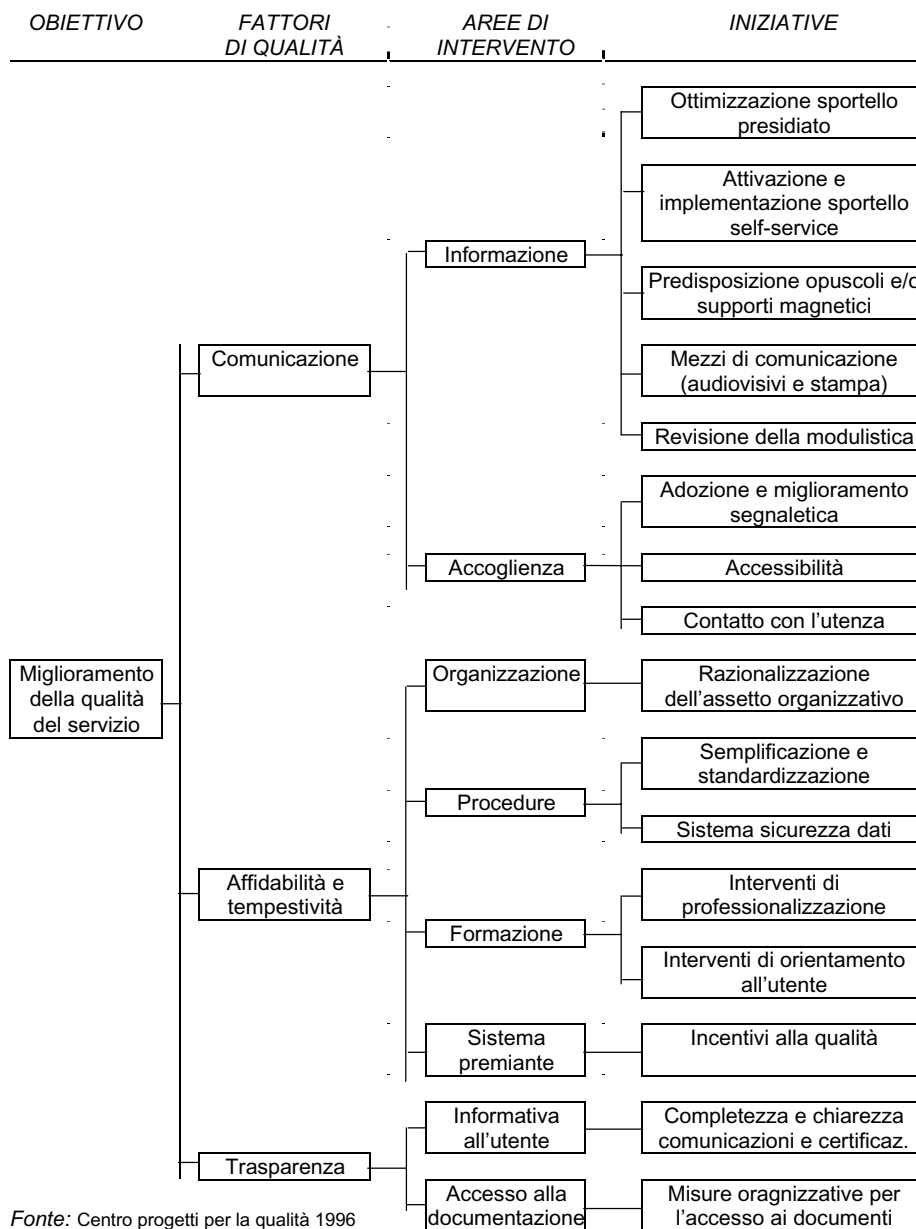
#### *Carta dei servizi scolastici*

Il 5 marzo 1996 il n. 15 del periodico «La tecnica della scuola» sottolineava a p. 2 che meno del 3% delle scuole, alla data, avevano adottato la «Carta dei servizi». Il n. 361 di «Tuttoscuola» dell'aprile 1996 riporta una dichiarazione dell'allora sottosegretario alla Pubblica istruzione Luciano Corradini che affermava «solo 800 scuole su un totale di 33 mila hanno presentato una propria carta dei servizi»...

Come pensare, del resto, immediatamente mobilitabile una realtà che non ha uguali come complessità, diffusione territoriale, eterogeneità di situazioni, arcaicità organizzativa? E come pensare che un «potere» che anche nella piccola scuola è fatto dall'esercizio burocratico si possa modificare e diventare «servizio»? E se la «carta» apre altre strade, può un consiglio di istituto o di circolo affrontare in queste condizioni, il passaggio dalla certificazione alla progettualità? Con quale professionalità da parte di tutti?

Sono interrogativi aperti. Oggi più che mai.

## Mappa delle iniziative di miglioramento del servizio



Fonte: Centro progetti per la qualità 1996

# LE CARTE DEI SERVIZI SANITARI

Carlo Hanau\*

## PREMESSA

Come di recente affermato (Rescigno P., 1996) le carte dei diritti, fra le quali spiccano per importanza quelle dei malati, riguardano alcune categorie di cittadini, e per ciò stesso sono mal tollerate dal nostro sistema giuridico, che si basa sul principio della tutela della generalità dei cittadini. In effetti le pretese di alcune categorie potrebbero creare una sorta di «diritto diseguale», che contrasterebbe con il principio di fondamentale eguaglianza iscritto nella Costituzione.

Tuttavia occorre riconoscere che vi sono di fatto sostanziali diseguaglianze fra i cittadini, in parte legate alla natura umana ed alle alterne vicende della sorte. Per correggere queste disparità i soggetti interessati, se ne hanno la forza, come singoli o come associati, eventualmente tramite tutori che ne assumono la rappresentanza, tentano di far riconoscere i loro diritti in apposite norme. Infatti nessuna obiezione è venuta contro il legislatore che ha stabilito dei «privilegi» nei confronti dei bambini ospedalizzati, come nel caso della legge regionale dell'Emilia Romagna, n. 24 del 1980.

I malati sono indubbiamente cittadini in condizione di grande debolezza, sia per la condizione di dipendenza dagli altri che spesso si accompagna alla malattia, sia per l'ignoranza sulle possibilità di scelta fra diversi interventi sanitari e sulle conseguenze in termini di probabilità di guarire, di migliorare, di peggiorare, sia sui costi economici relativi (Domenighetti G.F., 1994). Anche ammettendo che fossero pienamente informati, ben difficilmente ci si potrebbe attendere un comportamento simile a quello del consumatore libero e razionale, in quanto lo stato di malattia, soprattutto se grave, toglierebbe loro la lucidità nella decisione. Questo è il motivo per cui i medici si impegnano a non curare se stessi o i loro stretti congiunti.

La constatazione di cui sopra non deve arrestare il nostro impegno perché venga sempre dato al malato il massimo dell'informazione possibile, affinché se

---

\* Relazione tenuta al seminario della Fondazione «E. Zancan» su: «Le carte dei servizi sanitari, sociali, educativi», 15-21 settembre 1996 a Malosco (Tn) e pubblicata anche in Geddes M., Berlinguer G., a cura di (1997), *La salute in Italia*, ed EDS, Roma.

ne possa ottenere quel consenso informato che è la giustificazione legale per l'intervento sanitario non obbligatorio sul suo corpo (AA.VV., 1993) ma sarebbe pura illusione ritenere che il malato possa equipararsi al consumatore di vitto, libero di scegliere fra più fornitori, capace di valutare qualità e prezzi dei pasti.

Il malato, non a caso chiamato paziente, necessita di una tutela ben più ampia di quella della libera concorrenza in favore di un generico consumatore: su queste basi si giustifica l'istituzione degli ordini dei medici chirurghi e dei colleghi professionali delle altre figure professionali sanitarie, i cui atti costituiscono una palese violazione delle regole sulla concorrenza. Lo Stato si pone a garanzia del paziente attraverso questi enti pubblici con appartenenza obbligatoria per tutti i produttori libero professionisti.

Purtroppo si può facilmente constatare che gli ordini non danno grande risalto alla tutela degli interessi degli utenti e spesso si concentrano sull'altra parte delle loro finalità, quella che concerne la tutela della categoria di professionisti. Una recente e lodevole operazione è stata condotta dalla Federazione nazionale ordini dei medici chirurghi con l'approvazione del nuovo codice deontologico nel 1995, che risulta fortemente innovativo rispetto al precedente, ad esempio sul tema del consenso informato, la cui trattazione rispetta finalmente i principi della nostra legislazione per ciò che riguarda il diritto del malato.

Anche gli infermieri, attraverso l'organo ufficiale della Federazione nazionale colleghi Ispasvi (Martellotti E., 1996) hanno dato la loro disponibilità a rispettare un patto con il malato, formato di dodici impegni in suo favore, che costituiscono una specie di offerta unilaterale simbolicamente accettata alla presenza della stampa a Roma il 9/5/1996 dalle due associazioni nazionali specificamente impegnate nella difesa dei diritti dei pazienti, il Coordinamento per i diritti dei cittadini (Co.Di.Ci.) ed il Tribunale per i diritti del malato del Mfd.

## LA STORIA DELLE CARTE DEI DIRITTI DEL MALATO

Nel nostro Paese il problema dei diritti del malato è stato messo a fuoco nel suo aspetto sociale e politico dal movimento di medicina democratica a cavallo del 1970 (Bert G. et al., 1976) e da quella riflessione è nata l'esperienza della Lega per i diritti del malato, da noi costituita a Bologna all'inizio degli anni settanta, che diede origine a diverse espressioni culturali, fra le quali conferenze, dibattiti e la pubblicazione di un testo di educazione civico-sanitaria (Hanau C., 1980), che proponeva agli studenti della scuola media lo studio dei diritti e doveri dei cittadini, sani e malati, all'interno del Servizio sanitario nazionale appena costituito e, più in generale, nei confronti del mantenimento della salute, che dipende in gran parte dai comportamenti, individuali e sociali.

Nel 1980, a Roma, il Movimento federativo democratico (Mfd), un movimento politico nato dal convegno sui mali di Roma del febbraio '74, ha dato vita al Tribunale per i diritti del malato, che raccogliendo le denunce, le proteste e le proposte dei malati e dei loro familiari ed elencando le più importanti e le più frequenti, ha compilato la prima carta dei diritti del malato, proclamandola in una pubblica manifestazione nella piazza capitolina (Ranalletta D., 1995). In tale carta risulta facile leggere «a contraris» la summa dei difetti presenti nei servizi sanitari, soprattutto negli ospedali pubblici, in quanto la proclamazione di ogni diritto, ad esempio quello di poter riconoscere il nome dell'operatore, avveniva proprio perché a quel tempo nessun operatore portava il cartellino di riconoscimento, nonostante l'esigenza fosse ampiamente avvertita dai malati.

Il Tribunale per i diritti del malato si è esteso a molte città, fra le quali Bologna, ove la carta dei diritti del malato è stata proclamata nel 1983, dopo una raccolta di denunce svoltesi nell'arco di due anni presso i maggiori ospedali locali (Hanau C., 1984). Le Carte dei diritti del malato erano espressione di una forma di partecipazione dei cittadini al governo della sanità, che tramite l'organizzazione del «Tribunale», che si può definire «di avvocatura», potevano far conoscere ai funzionari delle Usl, alla stampa cittadina ed ai dirigenti politici le loro richieste intese all'eliminazione dei difetti e dei soprusi a loro danno (la malasanzità). Accanto alla raccolta delle proteste, alcune indagini sono state condotte su campioni rappresentativi di utenti dei servizi sanitari in Italia: oltre a quelle periodiche dell'Istat (1996), le Acli (1991), e il Mfd-Tribunale per i diritti del malato (Ce.R.Fe, 1992) hanno effettuato ricerche sull'opinione dei malati nei confronti dei servizi sanitari, utilizzando spesso come item i punti indicati nelle carte.

Le carte non avevano tuttavia alcun potere coercitivo nei confronti di chi non le rispettava e da questa constatazione è derivata una proposta di legge quadro nazionale, presentata nel convegno del Tribunale per i diritti del malato svoltosi a Firenze il 12-13 maggio 1983. Tale iniziativa si fondava sul presupposto errato che le carte potessero assumere un valore vincolante per analogia con gli usi raccolti presso le Camere di commercio, e perciò non stupisce il fatto che tale proposta di legge sia rimasta senza alcun seguito per tanti anni. In realtà le carte non rappresentavano gli usi correnti, ma al contrario il desiderio di modificare degli abusi generalizzati; inoltre il diritto alla prestazione sanitaria discende direttamente dalla legge n. 833 del 23/12/1978 e non da un contratto fra le parti.

Pure il tentativo di coinvolgere il difensore civico, istituito a quell'epoca, per dare autorevolezza a quanto stabilito nelle carte, favorendone il rispetto, non ha dato grandi risultati, nonostante alcune leggi regionali, prima fra tutte la legge della Toscana n. 36 del 1/6/1983, prevedessero la competenza del difensore civico sulle unità sanitarie locali. Queste forme di tutela, che si erano diffuse in Toscana ed in Umbria, sono attualmente rimaste in alcune poche realtà locali;

un'esperienza è stata recentemente riportata da un difensore civico (Carli M., 1996) che presiede la commissione mista conciliativa dell'Usl di Lucca. Secondo la delibera istitutiva, tale commissione ha lo scopo di favorire «la massima reciprocità di comprensione, rispetto e collaborazione fra cittadini e lavoratori dipendenti, istituisce apposite procedure di ordine conciliativo, atte ad affrontare e dirimere le controversie insorte dalla violazione dei diritti previsti dalla carta dei diritti del cittadino malato, proclamata a Lucca l'11 marzo 1989, o comunque ad essa riconducibili». La commissione riceve gli esposti, istruisce le pratiche sendo le parti interessate ed emette pronunce che vengono affisse all'albo. Ovviamente resta «salvo e impregiudicato ogni eventuale procedimento disciplinare, contestualmente o susseguentemente avviato dall'Usl» per il quale nessuna conciliazione è influente, in quanto il procedimento non dipende dalla querela di parte.

Le carte dei diritti del malato e le commissioni miste conciliative sono ancora citate nel Dpcm del 19.5.1995, schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari», pubblicato nella Gu del 31/5/1995, che al paragrafo 3.3 prevede l'istituzione della commissione mista conciliativa, attivata dal responsabile dell'ufficio relazioni pubbliche (Urp), formata da rappresentanti dell'Usl, della Regione e delle associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini, ed eventualmente presieduta dal difensore civico. Al paragrafo 3.4 il Dpcm cita, sul tema della partecipazione, ed in particolare della «rilevazione del gradimento, da parte dell'utenza, della prestazione sanitaria (controllo qualità)... qualità misurata sulla base degli standard indicati nelle normative nazionali vigenti ed in armonia con altre fonti significative (leggi regionali sui diritti dei cittadini, carte dei diritti del cittadino malato, ecc.)».

Lo schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari proposto dal Dpcm è cosa ben diversa dalle carte dei diritti del malato, anche se ne ripropone alcune esperienze, come la commissione mista conciliativa. Pertanto è utile conoscere le intrinseche limitazioni di questo organo, al fine di non ricadere negli stessi errori sperimentati in passato. Anzi tutto, come già accennato, la funzione di conciliazione non può andare oltre la semplice spiegazione «amichevole» fra le parti, mentre la pronuncia emessa non comporta alcuna conseguenza giuridica. Qualunque sanzione venisse imposta a un dipendente da tale commissione sarebbe invalida, in quanto il procedimento disciplinare è regolato da una precisa normativa pubblicistica, che nei fatti si dimostra alquanto garantista per l'operatore ed è spesso inefficace a produrre sanzioni a suo carico. Rimane pertanto alla commissione mista conciliativa soltanto la funzione di presa d'atto dei segnali di disservizio indirizzati all'Usl, che può costituire un'utile forma di vigilanza per impedire che l'Urp, dipendente dalla direzione aziendale, si trasformi in un ufficio reclami schierato dalla parte dell'azienda.

Indipendentemente dall'istituzione della commissione, la funzione di advocacy dell'utente può essere assolta da associazioni di puro volontariato, come quelle che aderiscono al Co.Di.Ci., che non avendo una struttura burocratica da mantenere non dipendono dalle commesse e dalle facilitazioni concesse dal Ministero, dalle Regioni, dall'Aiop (associazione italiana ospedalità privata), dall'Assofarma (associazione delle farmacie) e dalle aziende sanitarie, e risultano più libere da condizionamenti di quelle che potrebbero essere definite come naturali «controparti»; in caso contrario, quando le associazioni acquistano una forte strutturazione, come nel caso del movimento federativo democratico, e della struttura collaterale Cerfe (centro di ricerca e documentazione febbraio '74), l'organizzazione guadagna maggior visibilità e maggiore incidenza, ma inevitabilmente perde alcuni gradi di libertà.

#### LE CARTE DEI SERVIZI SANITARI IN EUROPA

Le carte dei servizi sanitari si distinguono da quelle dei diritti dei malati in quanto emanazione dell'autorità che dirige i servizi sanitari, pubblici o privati che siano. Nel 1973 l'associazione americana degli ospedali approvò un codice dei diritti del malato, ove si specificavano concreti doveri nei confronti dei malati (in primis quello all'informazione); la sua adozione venne raccomandata agli ospedali dal Dipartimento federale della salute (Ranalletta D., 1995). Analogamente deve essere intesa come raccomandazione la recente dichiarazione sulla promozione dei diritti dei malati in Europa, emessa dall'ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità nella riunione del 20-30 marzo 1994 ad Amsterdam. Le carte dei servizi acquistano rilevanza al momento in cui sono fatte proprie dall'autorità che gestisce il servizio, divenendo *regolamento*.

L'intendimento delle carte consiste, secondo Borgenhammar (1996) nel favorire il passaggio dalla situazione paternalistica del rapporto fra operatore e paziente a quella di una situazione di diritto, ove sia garantita l'esigibilità dei diritti stessi. Perciò si vede come un progresso la carta dei servizi svedese, che prevede un'istruttoria gratuita per i pazienti che chiedono un indennizzo per danni. Nell'Europa del Sud le carte, anche quando vi sono, non prevedono sanzioni per il mancato rispetto. Nell'Europa dell'Est era in vigore il massimo grado di centralizzazione e quindi poco era tenuto in conto il diritto dei pazienti: il primo esempio di carta è della Lituania, nel 1994, e prevedeva il diritto di scegliere il produttore, di ricevere l'informazione ed altro ancora, ma a causa dei problemi finanziari che travagliano quel Paese la carta è stata emendata nei suoi punti significativi nel 1995.

In forma più o meno accentuata, il problema del deficit del bilancio dello Stato coinvolge tutti i Paesi, e si ribalta con grande peso sul capitolo della spesa

sanitaria pubblica, molto più rilevante nei sistemi di tipo servizio sanitario nazionale. Dovendo risparmiare, il decisore politico tende a tagliare ove maggiore è la consistenza del bilancio, sanità e previdenza sociale. Questa operazione rende impossibile una gran parte dei miglioramenti della qualità delle prestazioni, intesa in tutti i sensi: infatti persino l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure esigono spesso degli investimenti aggiuntivi, se non altro per la formazione del personale.

Ancora l'autore citato ricorda che l'alternativa della spesa privata sul mercato, col modello domanda-offerta, oggi tanto in voga, genera il rischio che i servizi sanitari si trasformino in un business stile «compra o muori». Lo Stato poi tende a delegare a comuni e regioni tanto il finanziamento quanto la definizione delle priorità, e questi enti, per mancanza di risorse, devono mettere in pratica tagli e razionamenti. È interessante notare come invece le leggi danesi proibiscano allo Stato di scaricare gli oneri economici sui propri livelli inferiori. Più sono i fattori che influiscono sulle applicazioni pratiche, tanto maggiori saranno le «deviazioni» dagli intenti originari. Ovviamente la mancanza di fondi si ripercuote pesantemente più di ogni altro fattore sulle deviazioni dalla buona pratica di cura.

Le carte sono un tipo di regole, fatte nell'interesse dell'individuo, che spesso mostra una certa sfiducia nei confronti dell'amministrazione, dominata secondo i più da una «teoria della scelta pubblica» in base alla quale i politici ed i funzionari pubblici cercano soltanto il loro tornaconto. Le carte, tuttavia, non possono sostituirsi ad una buona amministrazione, che resta indispensabile per il corretto funzionamento del servizio.

La Gran Bretagna fornisce il primo e più riuscito esempio di carta dei servizi, e nasce per iniziativa del governo conservatore nel 1991, all'interno di un piano decennale tendente a migliorare le prestazioni dei servizi pubblici. Gloria Craig (1996), funzionario dirigente del gruppo che si occupa dell'attuazione delle carte, descrive la situazione attuale. La carta interessa la totalità delle scuole, ospedali, stazioni di polizia, municipi, dipartimenti ed enti governativi, società di servizi, e questo dà l'idea della vastità dell'opera. Tutte le diverse carte si basano su sei principi che ogni servizio pubblico dovrebbe rispettare:

- standard: spesso nell'inglese corrente vengono impropriamente definiti standard i requisiti minimi garantiti ad ogni utente (Hanau C., 1996); in questa accezione devono esistere standard specifici per i livelli di servizio che i singoli utenti possono ricevere, pubblicati in modo comprensibile per tutti ed esposti al momento della prestazione dei servizi stessi;
- trasparenza ed informazione: informazioni complete, accurate e chiare su servizi, obiettivi e risultati devono essere disponibili per tutti;
- scelta e consultazione dell'utente: ovunque possibile gli utenti devono poter scegliere e gli operatori dei servizi devono tener conto del punto di vista

dell'utente nell'impostazione degli standard qualitativi del servizio stesso; questo principio si va affermando ora, nella seconda metà del piano decennale;

- cortesia e solerzia: i servizi dovrebbero essere egualmente fruibili per tutti coloro che ne hanno diritto e forniti nel modo più conveniente per ciascun utente. Gli operatori pubblici dovrebbero essere cortesi ed indossare abitualmente un cartellino recante impresso il loro nome;
- rimediare agli errori: se gli standard non vengono rispettati occorre riparare alla mancanza in modo rapido e con il minor disagio possibile per l'utente;
- soldi ben spesi: il contribuente deve essere conscio del fatto che i servizi pubblici funzionano a dovere (efficacia) e che il denaro pubblico viene impiegato nel migliore dei modi (efficienza).

I risultati ottenuti dopo i primi cinque anni di svolgimento del piano sono i seguenti.

Esistono 40 nuove tipologie di carte che coprono ogni settore della pubblica amministrazione, oltre a svariate migliaia di carte locali. Molte carte nazionali sono state riviste, spesso dopo una consultazione con gli utenti. Si pubblicano molte più notizie; si divulgano dati sulle prestazioni di ospedali, enti locali e servizi di emergenza. Questo permette al cittadino di interessarsi al servizio e di effettuare comparazioni fra l'uno e l'altro.

La carta prevede un riscontro oggettivo che si traduce in un miglioramento dei servizi. Questi risultati sono più visibili nel settore sanitario, ove la carta è stata più efficace: prima non esisteva alcuna garanzia sulle modalità del trattamento ospedaliero che si sarebbe ricevuto, tanto che nel settembre 1991, data di promulgazione della carta, più di 43.000 inglesi avevano aspettato oltre due anni per ottenere un ricovero. Al momento attuale un'attesa simile è inimmaginabile, ed inoltre, per la prima volta, sono stati soddisfatti gli standard nazionali relativi a quanto a lungo un paziente deve attendere la prima visita di controllo dopo il consulto. In Inghilterra, ad esempio, nove pazienti su dieci vengono visitati entro le 13 settimane ed il termine massimo per tutti dovrebbe essere contenuto entro le 26 settimane.

Ciò che più conta è la rivoluzione culturale che la carta ha fatto compiere nel pubblico servizio. Il numero degli ospedali modello (come quello delle scuole e delle forze di polizia) è davvero impressionante ed anche negli altri enti, che pure non hanno raggiunto simili standard qualitativi, si può constatare, a parte eccezioni, che il loro fine principale è divenuto il servizio del pubblico e non il servizio di se stessi.

Gli enti modello possono aspirare ad uno speciale riconoscimento che si chiama *charter mark* (marchio di qualità della carta). Si tratta di un riconosci-

mento conferito alle organizzazioni pubbliche che abbiano dimostrato di fornire un servizio eccellente ai propri utenti. Gli enti candidati vengono giudicati in base a nove criteri; ai sei di cui sopra si aggiungono altri tre, dovendo dimostrare che:

- il loro bacino di utenza è soddisfatto;
- hanno compiuto sensibili miglioramenti nel servizio reso negli ultimi due anni;
- hanno introdotto almeno un'innovazione per migliorare ulteriormente senza costi aggiuntivi per il contribuente.

Il *charter mark* si è dimostrato uno dei metodi più efficaci per diffondere il messaggio del servizio in favore degli utenti, ed il personale degli enti partecipanti al premio è molto motivato. Gli standard sono elevati e la procedura di aggiudicazione è severa: fino ad oggi il premio è stato assegnato a 417 enti, su svariate migliaia di partecipanti, sempre in aumento anno dopo anno.

Molti fra gli enti vincitori trattano malati anziani e le categorie più deboli, come i centri di riabilitazione cardiaca, i centri di assistenza delle comunità locali ecc., fra i quali il Council Alarm Service del Comune di Colchester.

## LE CARTE DEI SERVIZI IN ITALIA

L'esperienza britannica ha fatto scuola anche in Italia, nonostante differenti siano le condizioni sociali, in primis il rapporto fra medico e paziente, che in Gran Bretagna è molto più fiduciario e «paternalistico».

La necessità che le carte dei diritti dei malati si traducessero in veri e propri regolamenti delle Usl, che altro non sono che le carte dei servizi, era già stata da noi affermata anni addietro (Hanau C., Strada G., 1988) e, sia pure con grande ritardo, si è finalmente affermata anche in Italia, ove le condizioni di partecipazione dei cittadini sarebbero state mature prima che in Gran Bretagna. Si deve tuttavia osservare che l'amministrazione pubblica, e quella sanitaria in particolare, gode meritata stima in quel Paese, mentre da noi l'autoreferenzialità è dominante, e non a caso si è diffuso l'aforisma: l'ospedale funzionerebbe benissimo, peccato vi siano i malati. Non a caso proprio sull'onda della diffusa insoddisfazione nei confronti del nostro servizio sanitario nazionale in Italia si è sviluppata una corrente di opinione pubblica propensa a ridurre il finanziamento e l'importanza rispetto ai servizi privati (Hanau C., 1996) che in Gran Bretagna non ha trovato consensi: quanto esposto può spiegare perché il Governo conservatore della Gran Bretagna non abbia ridotto gli stanziamenti in favore del Nhs (il loro Ssn) mentre da noi la spesa pubblica sanitaria è scesa dal 7 al 4,9% del Pil negli ultimi anni. Se da un lato le aspettative nei confronti del servizio sanitario nazionale sono così elevate che difficilmente possono trovare soddisfazione (Eurisko,

1996), è pur vero che il nostro Ssn presenta un elevato grado di burocratizzazione e clientelismo, e molto spesso utilizza a proprio vantaggio la posizione dominante che occupa in termini di informazione e di potere di adattare la domanda alle esigenze dell'offerta. In questo caso la posizione dominante del sanitario nei confronti del malato e quella della pubblica amministrazione nei confronti del cittadino si accoppiano in una forte sinergia ai danni della persona.

Poiché la pressione fiscale è giunta in Italia ai suoi livelli massimi, si accentua il rischio di una rivolta fiscale simile a quella osservata venti anni addietro in California, a meno di non poter dimostrare al cittadino contribuente che i suoi sacrifici sono ricompensati da servizi di qualità veramente accessibili in caso di bisogno. Pertanto i governi recenti si sono adoperati per migliorare il rapporto fra cittadino e la nostra pubblica amministrazione, che le classifiche internazionali condannano inesorabilmente agli ultimi posti fra tutti i Paesi industrializzati.

In questo quadro politico si colloca lo sforzo di migliorare la pubblica amministrazione, iniziato con la legge n. 241 del 7/8/1990, giustamente ricordata insieme alla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/1/1994 ed a quella dell'11/10/1994 (uffici per le relazioni con il pubblico, di cui al decreto legislativo n. 29 del 3/2/1993) nella presentazione dello schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari», Dpcm del 19/5/1995, pubblicato sulla Gu n. 65 del 31/5/1995, che rappresenta il primo schema di carta dei servizi fra quelli che il dipartimento della funzione pubblica è andato elaborando per scuola, Enel, aziende municipalizzate, ferrovie dello Stato ecc.

Questo schema generale di riferimento si applica al settore ove più difficile è la difesa dell'utente, per tutte le ragioni elencate, sconta le ingenuità della primogenitura e le pressioni di associazioni che improntano la loro ideologia ad una improbabile federatività fra operatori e utenti.

Allo schema generale il Ministero della sanità ha fatto seguire le sue linee-guida n. 2/95: «Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale», pubblicate sulla Gu n. 108 del 31/8/1995, che corregge il difetto di impostazione dello schema, limitandosi a proporre un vero schema, corredato da esempi. Non si ritiene di dover illustrare in questa sede tali documenti, ampiamente ripresi dalla stampa specializzata. Basti ricordare che i principi fondamentali enumerati: 1) eguaglianza, 2) imparzialità, 3) continuità, 4) diritto di scelta, 5) partecipazione, 6) efficienza ed efficacia, riprendono abbastanza fedelmente l'esperienza britannica, così come il progetto del Dipartimento della funzione pubblica denominato «cento progetti» richiama il *charter mark* britannico. Egualmente viene ripreso dall'inglese il significato errato del termine standard, utilizzato nello schema al posto di requisiti minimi, quando è noto che standard indica la misura ideale di riferimento, spesso molto lontano dal valore del requisito minimo garantito.

La pubblicazione dello schema innesca, a norma del secondo comma dell'art. 2 del DI n. 163 del 12/5/1995, la scadenza del termine entro il quale le aziende sanitarie avrebbero dovuto adottare le loro carte dei servizi, pari a centoventi giorni dal 19/5/1995. Lo schema resta infatti un mero punto di riferimento, senza efficacia giuridica per gli utenti o valore cogente per le amministrazioni: soltanto le carte (al plurale) emanate dalle aziende sanitarie acquistano importanza giuridica in quanto regolamenti. Lo schema non contiene infatti i requisiti minimi garantiti a tutti i cittadini italiani, che avrebbero dovuto costituire l'impegno specifico del governo nazionale, una base comune imprescindibile sulla quale le aziende sanitarie avrebbero successivamente costruito i loro propri minimi garantiti, sempre migliorativi dei precedenti.

Le aziende sanitarie, sia locali che ospedaliere, sono state obbligate ad emanare le carte, rispettando la norma cogente dell'art. 14 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e sulla base dei principi della direttiva del 27/1/1994 e dello schema di riferimento. L'art. 14 fissa alcuni principi in materia di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, individuando nel comfort nelle prestazioni alberghiere, nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione per il consenso informato ed all'informazione sull'andamento della prevenzione, i settori di intervento di questa tutela della qualità «dalla parte del malato», che è complementare e diversa da quella qualità che soltanto gli esperti possono giudicare, ex art. 10 del decreto legislativo medesimo, ad esempio con la Vrq. Non a caso la compilazione delle due liste degli indicatori di qualità viene demandata a due commissioni ministeriali diverse, ma si deve riscontrare che il Dpcm viene pubblicato prima dell'approvazione ministeriale degli indicatori ex art. 14, di cui si conosce informalmente la lista dal giugno 1995, ma che non ha ancora terminato il suo iter burocratico (Russo P., 1996). A queste obiettive difficoltà lo schema tende a rimediare scendendo nei minimi particolari delle funzioni regolate dalle carte, proponendo i moduli per le rilevazioni e persino adottando una metodica per favorire un certo tipo di partecipazione degli utenti (Apq, Analisi partecipata della qualità), che è brevettata dal Mfd Tribunale per i diritti del malato e sottende una certa ideologia propria di tale movimento politico. Il risultato mostra uno schema generale troppo particolare, che perciò stesso invita le aziende sanitarie ad uno spicciativo assolvimento dell'obbligo di approvare in tempi stretti la loro carta, adottando sic et simpliciter il contenuto dello schema in una loro deliberazione.

Un'altra forma sbrigativa di adempiere all'obbligo di deliberare una carta consiste nell'adottare un elenco dei servizi esistenti, con indirizzi e numeri telefonici. Questo tipo di documento, se accessibile e pubblicizzato, non è certo inutile: nel 1989 venne stampata una guida ai servizi sanitari della città di Bologna, che venne abbastanza apprezzata (Comune di Bologna, 1989): la presentazione

dell'azienda e le informazioni sulle strutture ed i servizi forniti costituiscono una parte della carta, quella che le linee-guida n. 2/95 individuano come prima e seconda sezione delle quattro complessive, ma non la più importante. La terza sezione riguarda «Standard di qualità, impegni, programmi» e la quarta «Meccanismi di tutela e di verifica».

Al fine di compilare gli «standard» generali (verificabili collettivamente in riunioni pubbliche o nelle conferenze di servizi annuali) e quelli specifici (leggasi i requisiti minimi garantiti ad ogni cittadino che varca la soglia di quell'azienda sanitaria), è necessario impostare un lungo lavoro di ricognizione dell'esistente, tenendo presente che liste di attesa, comfort, strutture che favoriscono la personalizzazione e l'umanizzazione dei servizi possono presentarsi in modo molto differente anche all'interno della stessa azienda, mutando da reparto a reparto, da prestazione a prestazione, e che le restrizioni finanziarie attuali non favoriscono certo il processo di miglioramento che la carta dei servizi ha consentito in Gran Bretagna. Pertanto amare sorprese potrebbe riservare la periodica verifica annuale dei requisiti minimi garantiti, necessaria per constatare l'evoluzione della situazione: invece di un miglioramento, potrebbe verificarsi un peggioramento.

I tempi tecnici necessari fanno fortemente dubitare che le aziende sanitarie che hanno rispettato il termine formale dei 120 giorni abbiano potuto approvare una vera carta dei servizi, completa della terza sezione: in effetti questo dubbio è avvalorato dalla conoscenza delle carte così celermente deliberate, che appaiono nella forma fotocopia dello schema generale oppure, più frequentemente, in quella dell'elenco dei servizi. Per questo si apprezza il tentativo di alcune aziende che hanno dato inizio al processo per la costruzione della carta, impegnando i tecnici e possibilmente anche le associazioni dei cittadini, volontari, pensionati, organizzate per la difesa del consumatore in genere e del malato in particolare, che sono in grado di dare un parere fondato sulla qualità vista dalla parte dell'utente.

Nella quarta sezione delle linee-guida n. 2/95 si prendono in considerazione i meccanismi di tutela e di verifica: viene privilegiato l'ufficio per le relazioni col pubblico come ricevente i reclami dei cittadini e delle associazioni, col compito di istruire le pratiche più complesse secondo un regolamento di pubblica tutela, che soltanto nel nome richiama l'esperienza della Lombardia. Al proposito si deve ricordare che l'art. 14 del decreto legislativo n. 502/92 impone che la raccolta e l'analisi dei segnali di disservizio venga effettuata con la collaborazione degli organismi di rappresentanza dei cittadini.

Lo stato di attuazione delle carte dei servizi sanitari al giugno 1996, secondo il funzionario responsabile della struttura ministeriale dedicata alla carta dei servizi (Verdecchia G., 1996) era il seguente: 100 aziende hanno adottato una carta

completa; almeno 120 hanno in corso un apposito progetto; nel complesso oltre i due terzi del sistema sanitario è attivo sul tema della «Carta».

Fra le molte valide innovazioni proposte dallo schema e dalle linee-guida ha destato l'interesse dell'opinione pubblica un aspetto particolarmente debole: la penale di 50.000 lire che le aziende dovrebbero pagare all'utente in caso di inadempienza dell'obbligo dei minimi requisiti. A nostro parere nessuna somma ristora la lesione del diritto alla prestazione sanitaria, poiché la salute non deve essere monetizzata. Anche ammettendo che un cittadino accettasse 50.000 lire al posto di un esame di cui ha bisogno, chi dovrebbe sostenere questa spesa? Soltanto se tale somma venisse addebitata all'équipe o all'operatore responsabile della mancata prestazione si potrebbe avere un qualche effetto correttivo della disfunzione, ma tale possibilità è vietata dalle norme contrattuali vigenti; non a caso lo schema generale fa riferimento al bilancio dell'azienda sanitaria, sia direttamente che tramite un'assicurazione, chiamata comunque a rispondere dell'obbligo di pagare con denaro pubblico.

Nella sua espressione altrove tanto puntuale stupisce invece che lo schema generale abbia rimandato ad altra sede ed altro tempo la problematica relativa ai malati cronici non autosufficienti ed ai disabili in genere, che nel nostro Paese rappresenta uno degli aspetti più vistosamente trascurati, sia per l'assistenza domiciliare integrata, sia per l'ospedalizzazione della convalescenza e lungodegenza, sia per le residenze sanitarie assistenziali, ove non è in discussione la qualità dei servizi, ma addirittura l'esistenza degli stessi (Hanau C., 1996).

L'altro aspetto particolarmente debole dello schema è rappresentato, secondo le motivazioni sopra richiamate, dalla commissione conciliativa mista, che avrebbe dovuto garantire l'impegno concreto e l'esigibilità reale dei diritti, altrimenti condannati a restare sulla carta.

In sostituzione della commissione conciliativa si ritiene di poter proporre a tutte le aziende sanitarie italiane l'esperienza dei comitati consultivi misti, sperimentati nella Regione Emilia Romagna, quale forma giuridicamente più corretta e insieme più avanzata di partecipazione democratica (AA.VV. 1996), che possono inoltre intervenire appropriatamente nel processo di accreditamento e di certificazione dei servizi sanitari pubblici e privati.

#### I COMITATI CONSULTIVI MISTI

Il Comitato consultivo misto (Ccm) dell'azienda sanitaria città di Bologna si è costituito il 15 giugno 1995, a norma dell'art. 16 della legge regionale n. 19 del 1994, che attua l'art. 14 del decreto legislativo n. 502 del 1992. Il Ccm coordina otto Ccm costituiti successivamente presso ognuno dei due ospedali dell'azienda

(Maggiore, Bellaria), presso ognuno dei cinque distretti e presso il presidio della Prevenzione.

Il comitato consultivo misto dell'Azienda ospedaliera S. Orsola Malpighi si è costituito nel dicembre 1995, ed alla stessa data altri Ccm erano già costituiti presso altre Usl della Regione Emilia Romagna. L'attuazione dei comitati consultivi misti segue il primo esempio, funzionante agli istituti ortopedici Rizzoli da più di tre anni (AA.VV., 1996).

La legge regionale n.19 del 1994 ha anticipato l'emanazione dello schema generale (che ovviamente non ha forza di legge), contenente la proposta - assolutamente non vincolante - della commissione conciliativa, sulla cui validità sono stati espressi seri dubbi: le aziende sanitarie dell'Emilia Romagna sono quindi tenute a costituire i Ccm nel rispetto della legge regionale, ma anche nelle altre aziende italiane la commissione conciliativa potrebbe essere sostituita dal Ccm per quanto concerne le sue funzioni utili (recepimento delle segnalazioni dei disservizi, partecipazione democratica).

I Ccm dell'azienda sanitaria città di Bologna e di quella S. Orsola Malpighi comprendono al loro interno una vasta rappresentanza di associazioni di volontariato e di tutela dei malati e di pensionati ai quali si aggiunge una rappresentanza minoritaria dell'azienda, formata dall'ufficio Relazioni pubbliche e da altri dirigenti (da qui l'attributo di «misto»).

I Ccm hanno lo scopo di controllare la qualità dei servizi sanitari mettendosi dalla parte dell'utente, controllare le code e le liste di attesa, favorire l'informazione ai cittadini sui problemi della salute e della sanità, analizzare i segnali di disservizio costituiti anche dai reclami, fare proposte alla direzione dei servizi, sperimentare, in via preliminare, l'applicazione degli indicatori di qualità dalla parte dell'utente.

Su tutto ciò che riguarda le prestazioni, viste dalla parte dell'utente, i comitati fanno proposte alla direzione dell'azienda, che comunque mantiene ogni responsabilità ed autonomia decisionale (da qui l'attributo di «consultivo»).

Il modello organizzativo dell'azienda sanitaria città di Bologna prevede un comitato in ogni distretto e presidio ospedaliero e nel dipartimento di prevenzione ed inoltre un comitato di coordinamento aziendale. Si tratta di nove comitati che coinvolgono una cinquantina di associazioni e 200 persone.

Il Ccm dell'azienda sanitaria città di Bologna ha iniziato la sua attività sollecitando l'azienda a reperire i dati utili per calcolare quantomeno gli indicatori di qualità già suggeriti dalla commissione ministeriale costituita ex art. 14 del decreto legislativo n. 502/92 e presieduta dal prof. Achille Ardigò. Si tratta di indicatori di qualità nei seguenti campi: personalizzazione, umanizzazione e confortevolezza alberghiera delle strutture ospedaliere e ambulatoriali, che consentiranno un confronto fra presidi, e che precedono una verifica diretta sul campo da

parte dei componenti del Ccm; la situazione «sulla carta», infatti, potrebbe differire da quella reale (ad esempio per le dotazioni di servizi igienici, scarsi e/o non utilizzabili, oppure per le dotazioni di personale).

Si è sentita inoltre l'esigenza di costituire alcuni gruppi di lavoro sui temi che interessano trasversalmente tutti i presidi:

- assistenza domiciliare integrata, in connessione con l'ospedalizzazione a domicilio, le Rsa e le semi-residenze;
- assistenza psichiatrica, che a fine anno ha visto la simbolica chiusura del vecchio manicomio «Roncati»;
- trasparenza ed equità nella fruizione di trattamenti terapeutici e farmacologici in situazioni cliniche particolari, ove il parere di un medico è contraddetto dal medico addetto alle autorizzazioni;
- problema delle cosiddette «badanti».

Le proposte dei gruppi di lavoro e dei Ccm delle otto unità gestionali (Maggiore, Bellaria, cinque distretti e dipartimento di prevenzione) sono riportate alle direzioni gestionali competenti per l'approvazione e la relativa richiesta di attuazione ed inoltrate, se il caso, tramite il Ccm aziendale alla direzione generale affinché ne curi la realizzazione di sua competenza.

È ancora presto per trarre conclusioni sull'attività dei comitati consultivi misti, tuttavia sono state poste alcune importanti premesse, quali la collaborazione fra i rappresentanti delle varie associazioni (che per la prima volta siedono ad un comune tavolo di lavoro) e fra i rappresentanti dell'azienda e quelli dei cittadini.

Già da tempo in tutto il mondo viene posta sempre più attenzione all'*empowerment* dei consumatori, cioè al processo progressivo di consapevolezza e di aumento del potere decisionale degli utenti. La costituzione dei Ccm rappresenta un primo importante passo che l'azienda Usl della città di Bologna ha compiuto in questa direzione, in quanto riconosce al cittadino, oltre al diritto di essere tutelato ed ascoltato per le proprie esigenze individuali, il diritto/dovere di partecipare alle scelte, orientando gli indirizzi strategici aziendali.

Per quanto riguarda il Ccm dell'azienda ospedaliera S. Orsola Malpighi, il clima di concordia anche qui riscontrato fra le oltre 40 associazioni presenti ha consentito di giungere in tempi brevi alla stesura dei regolamenti dei Ccm ed alle elezioni degli uffici di coordinamento.

Si sono quindi formati agili gruppi di lavoro, che in tempi brevissimi hanno iniziato ad esaminare la situazione concreta dei reparti, sul modello di quanto già operato agli istituti ortopedici Rizzoli. Sia ben chiaro che le visite, effettuate dopo congruo preavviso accompagnato dalla richiesta di collaborazione, hanno lo scopo di esaminare la qualità delle cure dalla parte del paziente, e non si possono confondere con le verifiche di qualità degli esperti. Le verifiche puntano su

problemi come il comfort alberghiero, l'umanizzazione del servizio e la sua personalizzazione e sugli altri aspetti per i quali il cittadino ha titolo per giudicare, come ad esempio il consenso informato e le liste d'attesa.

A tutt'oggi si è conclusa la prima serie di visite, che ha visto una notevole collaborazione da parte delle direzioni delle aziende e dei reparti nonché da parte degli operatori che si sono incontrati con i gruppi del Ccm.

Attualmente sono in corso le elaborazioni dei dati raccolti, che dovranno sfociare in una serie di pareri, suggerimenti e proposte del Ccm all'azienda, che dovrebbe dare attuazione alle proposte, iniziando da quelle che comportano una spesa ridotta ed una maggiore importanza per il malato.

Tutti i Ccm, conclusa la prima fase dei lavori, si ripropongono di informare e di ascoltare direttamente i cittadini, costituendo un canale preferenziale di comunicazione fra cittadino ed azienda, finalizzato al miglioramento del servizio. Il Ccm potrà continuare la collaborazione con l'azienda e in particolare con l'ufficio relazioni pubbliche, nei rapporti col cittadino: questionari, esame dei segnali di disservizio, informazioni volte alla tutela della salute e del diritto alla prestazione sanitaria.

Il Ccm ha inoltre la possibilità di dare il proprio contributo per il giudizio sulla conduzione dei servizi non gestiti direttamente dall'azienda, specie in occasione della concessione dell'accreditamento e delle verifiche successive.

Il Ccm ha dato la sua massima disponibilità per la compilazione della carta dei servizi, intesa come requisiti minimi garantiti all'utente nel momento stesso in cui varca le soglie di ciascun presidio sanitario.

L'azione dei Ccm si svolge in un contesto particolarmente difficile, che vede processi di aziendalizzazione, rischi di disintegrazione sia fra ospedale e territorio sia fra sanitario e sociale, ed infine ampie restrizioni dei fondi pubblici dedicati al Servizio sanitario nazionale.

Il processo di aziendalizzazione delle unità sanitarie locali è stato introdotto dal decreto legislativo n. 502/1992, corretto dal successivo decreto n. 517/1993, e inizia a dispiegare i suoi effetti nella Regione Emilia Romagna prima che altrove. Questo processo, che include l'incentivazione dei produttori dei servizi mediante il sistema Drg, viene collocato nel contesto della riduzione delle risorse per la sanità pubblica, per la quale i finanziamenti pubblici si sono ridotti ormai al 4,9% del prodotto interno lordo italiano. Queste restrizioni sono a danno dei malati, i quali sono chiamati a spendere direttamente di tasca loro più che in passato, ottenendo in cambio servizi più modesti.

Le regole di pagamento delle prestazioni sanitarie introdotte di recente (Drg e simili tariffe riconosciute agli ospedali pubblici e privati) privilegiano gli aspetti più tecnici della sanità a detrimento dei servizi territoriali e di quei gruppi come gli

anziani, i malati gravi cronici e disabili, che spesso necessitano di prestazioni sanitarie integrate con quelle sociali e di maggiori cure preventive e riabilitative.

Con tali regole vengono disincentivate le forme di cura che oggi sarebbero più necessarie: day hospital, assistenza domiciliare integrata, cure di riabilitazione nella fase post acuta della malattia, delle quali proprio gli anziani hanno maggiore necessità. Si giunge al punto che per ottenere il prolungamento della durata della degenza loro indispensabile, questi pazienti sono costretti ad uscire da un ospedale per rientrare subito in un altro, cosa che è resa più facile dalla liberalizzazione delle scelte fra ospedale pubblico e privato introdotta in Emilia Romagna, oppure anche nello stesso ospedale, dopo qualche giorno. Tutto ciò si traduce in un danno alla salute per il paziente, che perde la continuità delle cure, ed in una maggiore spesa per il servizio sanitario nel suo complesso, in quanto vengono ripetuti inutilmente tutti gli esami connessi con l'ammissione e tutti gli sforzi diagnostici già fatti.

L'aziendalizzazione, separando le competenze ed i bilanci dei vari ospedali e dei distretti, incentiva il tentativo di scaricare sugli altri presidi l'onere di intervenire: ad esempio l'ospedale è pagato dal fondo sanitario nazionale con una tariffa fissa (indipendente dai giorni di cura e dalla quantità di prestazioni fornite nel corso del ricovero) per ogni malato entrato con una certa malattia (Drg). Perciò l'ospedale ha interesse a dimettere i malati prima possibile, in quanto le entrate restano fisse mentre diminuiscono le spese, che vengono almeno parzialmente scaricate sulla medicina di base e/o sulla famiglia. L'imposizione di tariffe prefissate per ogni ricovero induce ancora la cosiddetta scrematura della clientela, che consiste nel cercare di ricoverare soltanto i pazienti per i quali si possa prevedere un cumulo di bisogni relativamente modesti; questa strategia conduce i responsabili dell'accettazione ospedaliera a dirottare altrove i pazienti con bisogni di interventi sanitari superiori alla media, solitamente anziani con polipatologie.

Nella Regione Emilia Romagna, per evitare alcuni rischi del processo di aziendalizzazione, da sempre paventati, è stata approvata la legge n. 5, del 3/2/1994, che reca il titolo: «Tutela e valorizzazione delle persone anziane; interventi a favore di anziani non autosufficienti». Questa legge, dando attuazione al Posa, prescrive all'art. 19 che i responsabili delle divisioni ospedaliere in occasione delle dimissioni di anziani non autosufficienti di cui al comma 2 dell'art. 2, programmano i tempi e i modi delle dimissioni stesse, sentita la famiglia e di concerto con l'unità valutativa geriatrica territoriale competente, al fine dell'utilizzo della rete di cui all'art. 20. Tale articolo fa riferimento alla rete sociale ed a quella dei servizi: centro diurno, casa protetta, residenza sanitaria assistenziale, regolati in un accordo di programma fra aziende sanitarie e Comuni, ove sono pure da ricomprendersi l'ospedalizzazione a domicilio e il day hospital. La continuità e la completezza del percorso sanitario e sociale dovrebbero essere

garantiti dal responsabile del caso, che l'art. 18 designa nell'assistente sociale del servizio assistenza anziani.

Nonostante tutte le previsioni di legge sopra riportate, il Ccm ha dovuto constatare che gli incentivi economici posti in atto di recente hanno peggiorato il rischio delle dimissioni contro la volontà del soggetto e dei suoi familiari, ed al termine di un seminario organizzato dall'azienda sanitaria città di Bologna e dal Ccm si è concordato su di una nota di protesta contro queste applicazioni deviate del processo di aziendalizzazione, più attente al bilancio che non all'efficacia ed all'efficienza delle cure.

Infine si deve ricordare che il decreto legislativo n. 502 del 1992 ha ridotto il potere delle comunità locali sul controllo della gestione della sanità, ed alcuni Comuni dell'Emilia Romagna hanno partecipato alla costituzione dei Ccm per ri-acquistare, almeno in parte, la possibilità di controllo.

Per concludere, al di là degli aspetti particolari sopra ricordati, preme qui sottolineare che la costituzione dei Ccm rappresenta un primo importante passo che le aziende sanitarie hanno compiuto in direzione di una ampia partecipazione democratica associativa, in quanto si riconosce al cittadino, oltre al diritto di essere tutelato ed ascoltato per le proprie esigenze individuali, il diritto/dovere di partecipare alle scelte, orientando gli indirizzi strategici aziendali.

## CARTE DEI SERVIZI E COMUNI, TRA OPPORTUNITÀ E RESISTENZE

Sergio Dugone

La «carta dei servizi» tocca l'operatività dei Comuni?

È questa una delle domande che più spesso ci si sente fare quando si sostengono dibattiti sulla direttiva Ciampi - Cassese del 27/1/1994 «Principi sulla erogazione dei servizi pubblici» e su tutto ciò che è nato successivamente nell'ambito dei servizi stessi come *spazio progettuale* per la erogazione di prestazioni di qualità che avessero al centro il «cittadino-utente».

I documenti successivi, a livello generale, ed i decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri che hanno pubblicato i materiali di riferimento per la redazione delle carte dei servizi della sanità, della scuola, dell'energia elettrica, del gas, della previdenza ed assistenza, delle poste e telegrafi, non hanno formalmente coinvolto i comuni.

Né finirebbero per coinvolgerli direttamente i documenti in elaborazione su comunicazioni, trasporti, acqua, e così via.

In sostanza se i comuni si aspettano *direttive* per apprestare proprie carte di servizi su prestazioni di propria competenza, pare che non saranno accontentati!

Dobbiamo quindi arguire che i comuni sono «esonerati» dal produrre carte dei servizi per ciò che producono nei confronti della comunità in un determinato territorio? No, tutt'altro.

Dalla L.142/90 in poi, gli statuti prima, le altre norme di incremento dell'*autonomia locale* poi, hanno realizzato negli enti locali quegli spazi liberi di progettualità nei servizi rivolti alla persona e negli standard relativi, che prima erano impensabili.

Il fatto che non vi siano direttive, indicazioni o linee guida ministeriali o governative, non deve quindi essere vissuto come una resistenza a cambiare le cose, come una difesa della conservazione dell'esistente, come una giustificazione a non fare.

Ma piuttosto - al contrario - come una *opportunità*, una sfida da raccogliere, una possibilità in più da realizzare: mettere in revisione la struttura locale e le procedure per l'erogazione dei servizi, coinvolgere il cittadino in un processo di forte identificazione con il proprio comune.

In ogni struttura o servizio pubblico è opportuno rileggersi la normativa uscita in materia di carte dei servizi. È anche possibile, per alcune esperienze significative realizzate nel territorio, andare a verificare nelle *aziende municipalizzate* (trasporti, gas, ecc.) che cosa è successo, quali problemi si sono incontrati, quali percorsi sono stati compiuti, quali errori è possibile evitare.

Per arrivare poi ad un «insieme» di carte dei servizi dell'ente locale che siano un reale strumento di garanzia di quel contratto che - di fatto - si stabilisce tra il fornitore/erogatore del servizio ed il cittadino nella sua veste di cliente/utente, è necessario sviluppare dentro il comune, due moduli di lavoro:

- a livello di settore od a seconda della tipologia dell'ente, è opportuno definire i principali indicatori del servizio ed i relativi parametri di misura;
- a livello di singolo servizio, devono essere individuati e comunicati gli standard specifici, ciascuno dei quali rappresenta la soglia minima di prestazione che viene garantita.

Occorre poi superare la tentazione di realizzare una sorta di carta generale dei servizi, che - per sua stessa natura - finirebbe con l'essere una certificazione di principi e non un percorso di esigibilità dei servizi singoli.

Data la complessità e la diversificazione delle competenze all'interno dell'ente locale, occorrerà invece individuare per ogni servizio, gli elementi che vanno a costituire gli standard di qualità accettabili per gli abitanti del territorio.

Su quali settori i Comuni potrebbero prendere l'iniziativa di realizzare delle proprie carte dei servizi?

Se ne indicano alcuni, suddivisi per aree, in via del tutto empirica e con l'obiettivo di provocare il lettore.

## I SERVIZI ALLA SINGOLA PERSONA

Si tratta di tutti quei servizi che oggi sanciscono la qualità del vivere in un determinato territorio: *servizi materno - infantili, servizi sociali e di comunità, servizi per i disabili e per gli anziani, servizi della cultura e del tempo libero, servizi di trasporto locale.*

Sono servizi organizzati dall'ente locale a disposizione di quei cittadini che sono nelle condizioni per potervi accedere. Sono destinati a migliorare la qualità della vita delle persone e tendono ad integrarsi con la capacità della comunità civile di organizzarsi per dare risposte condivise ai problemi.

Là dove la rete dei servizi avviati dalla comunità ha raggiunto una propria solidità e consistenza i servizi pubblici ne valorizzano la presenza concertandone l'azione in una logica di rete territoriale.

## I SERVIZI DI COMUNITÀ

Lo stare bene collettivo in un territorio, oltre che essere il risultato di servizi individuali significativi, è anche collegato ad un insieme di fattori che sono propri del vissuto comunitario.

Ci sono così servizi che non possono essere tariffati in base al consumo perché individualmente non rilevabile, ma che sono un costo di tutti perché costituiscono un beneficio per tutti: *viabilità, illuminazione e segnaletica pubblica, arredo urbano inteso come vivere nell'agorà, verde pubblico fruibile ed attrezzato, realizzazione e manutenzione degli edifici pubblici.*

Si tratta di servizi con procedure complesse, che sfidano le capacità di gestione manageriale da parte del comune ed interpellano i cittadini sul patrimonio di tutti e sulla sua corretta fruizione.

## I CONSUMI INDIVIDUALI E COLLETTIVI

In molti comuni perdura l'attività di fornitura diretta di *acqua e gas* alle utenze del territorio. A fronte dei contratti di fornitura, il tutto si esaurisce nel pagamento dei consumi fatturati. La carta dei servizi dovrebbe tenere i contatti erogatore/utente informando su cambiamenti e variazioni nelle prestazioni.

Un aspetto significativo dei servizi collettivi è costituito da: *raccolta, asporto e conferimento dei rifiuti solidi urbani, gestione del sistema fognario e degli impianti di depurazione, servizi cimiteriali.*

In questi settori il coinvolgimento dell'utente nel perseguire obiettivi di pubblica utilità (basti pensare alla raccolta differenziata dei rifiuti) è ormai un passaggio vincolante per la qualità della vita nelle comunità locali.

## I SERVIZI AD USO PRIVATO

Si tratta di servizi, per alcuni dei quali sussiste l'obbligatorietà prevista dalla legge, come quelli *demografici, relativi alle concessioni edilizie, alle licenze commerciali, alle autorizzazioni per le attività produttive, all'occupazione di suolo pubblico.*

La qualità di questi servizi è strettamente connessa alla semplificazione delle procedure e ad una corretta informazione rivolta al cittadino da parte degli sportelli preposti.

Non sempre la semplificazione è di competenza locale. Ma in alcuni casi, come per la normativa sull'autocertificazione, occorre dire che il legislatore aveva da tempo provveduto a semplificare, senza che nessuno poi traducesse in pratica la norma.

In tale area andrebbero collocati anche servizi come le *pubbliche affissioni, i parcheggi, l'uso - in via permanente o occasionale - di edifici e spazi pubblici*.

E ciò tenendo conto che, nell'utilizzo di spazi permanenti od occasionali, giocano un ruolo non secondario le politiche per la tutela e la promozione dell'associazionismo a livello locale.

#### LE CARATTERISTICHE DEL PATTO COMUNE/CITTADINO

Ciò che si va a realizzare con le «Carte dei servizi» a livello comunale assume, più che altrove, proprio per l'immediatezza dei rapporti tra la gente ed il palazzo del potere locale, le caratteristiche di un autentico contratto o patto.

In esso si mettono in evidenza i caratteri, per molti aspetti innovativi, dell'azione che i comuni devono inserire nell'erogazione dei servizi.

Si tratta di stabilire azioni che siano caratterizzate da *uguaglianza*. I cittadini hanno pari dignità davanti allo sportello pubblico che avrà particolare attenzione per i soggetti più deboli: anziani, disabili, persone indifese.

Inoltre tali azioni devono essere condotte con *obiettività* impegnando tutto l'ente a comportarsi in modo imparziale verso i bisogni da soddisfare degli utenti.

La *continuità*, altra caratteristica portante del sistema, è anche capacità di ridurre al minimo i disagi in caso di interruzioni. Tali disagi possono anche essere contenuti con una informazione corretta e puntuale ogniqualvolta si interviene per qualche iniziativa. Al riguardo basti pensare a quante volte vengono messe sottosopra le strade per interventi vari, senza che i residenti siano informati dell'oggetto dei lavori, della loro durata, o ricevano le scuse per i disagi arrecati.

Torna alla grande il principio della *partecipazione* dei cittadini: dall'informazione nascono suggerimenti, proposte, reclami. L'obiettivo comune resta il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Infine - quale spina dorsale di un percorso di qualità - il nodo fondamentale dell'*efficienza ed efficacia* che trasforma l'ente locale in impresa erogatrice di servizi che il cittadino paga attraverso il sistema impositivo. Più l'impresa è efficiente ed efficace più è alta la qualità dei servizi e basso il loro costo di produzione.

In questo senso anche le «carte dei servizi» negli enti locali rappresentano una *opportunità scomoda che mette in gioco le capacità di tutti*.

## LA CARTA DEI SERVIZI SCOLASTICI

Sergio Dugone

Non si può parlare della carta dei servizi scolastici se non la si collega al quasi contemporaneo contratto del personale della scuola (Ccnl 4/8/1995).

Entrambi i documenti rappresentano un punto di svolta del complesso, eterogeneo, diffuso sistema educativo italiano: avviano - di fatto - un processo, non facile, per una diversa gestione della scuola e dei suoi servizi e per dare vita ad una nuova professionalità del suo personale.

La proposta dello stato si inserisce inoltre in una realtà dove la partecipazione collegiale aveva suscitato nel 1974 (decreti delegati) un grande entusiasmo e mobilitato risorse sconosciute al sistema scolastico: genitori, studenti, forze sociali, enti locali.

Tale partecipazione, per la mancata autonomia delle scuole, per la mortificazione della mancata riforma del sistema nel suo insieme, aveva conosciuto progressivamente un calo di attenzione e di coinvolgimento. Ma ci sono state e ci sono esperienze significative tuttora in corso.

Per sintesi si può dire che da circa un decennio, soprattutto per l'azione di alcuni, i processi formativi, la ricerca educativa hanno aperto spazi di cambiamento nella scuola: nuovi orientamenti alla materna, nuovi programmi alla elementare e media, nuovi ordinamenti agli istituti professionali, diffuse sperimentazioni nelle scuole superiori.

Quello che non è assolutamente cambiato in tutto questo tempo è la struttura della scuola nel suo insieme: una realtà che rappresenta e riunisce le risorse del futuro del paese, anchilosata su se stessa, incapace di darsi capacità di passo con i cambiamenti sociali, di mettere in sintonia formazione e mercato del lavoro, di educare al governo della complessità.

L'impressione di molti è che la scuola sia stata quasi «aggredita» con una *terapia d'urto* in questi ultimi tempi: la carta dei servizi, il contratto di lavoro, ma anche i processi di razionalizzazione della rete scolastica, l'innalzamento dell'obbligo a 16 anni, il progetto di autonomia, gli indirizzi all'uso dei contenitori scolastici come «spazi sociali», l'invito a riscoprire l'educazione civica per formare i cittadini, la riforma della maturità,... tra atti già editati e progetti presentati con

una determinazione sconosciuta l'impressione è che potrebbe essere la volta buona: la scuola diventa - per tutti - una risorsa per il paese!

Del resto in una società complessa e tecnologicamente avanzata, in una realtà poi fortemente terzariizzata e sempre più esigente in ordine ai diritti della persona e ad un ampliamento reale delle garanzie democratiche, un pubblico servizio non può più rispondere soltanto al puro e semplice, anche se necessario, adempimento della norma, ma anche e soprattutto alla domanda sempre più mirata, puntuale e qualificata degli utenti cui è rivolto.

La chiave dello sviluppo possibile nella nostra società si sposta progressivamente e velocemente dall'energia e dalle materie prime alle risorse umane qualificate, alle conoscenze scientifiche e tecnologiche, alle capacità imprenditoriali e professionali ad ogni livello. È per questo che il sistema scolastico e più in genere formativo, sta diventando la vera risorsa strategica del prossimo futuro.

Se i principi delle carte devono rispondere a parametri di efficienza, efficacia, economicità, trasparenza, partecipazione, ciò significa che il suo modo di essere interno ed il suo proiettarsi all'esterno devono cambiare.

Nelle scuole alcune modalità di operare relative a progettazione, programmazione, gestione e verifica dei processi, per esempio, sono già entrate nel lessico corrente dell'attività didattica, ma non hanno mai sfiorato l'amministrazione, gli organi di partecipazione misti, il rapporto scuola-territorio.

Gli operatori del servizio scolastico vengono oggi chiamati ad operare secondo una logica progettuale con caratteristiche di forte integrazione tra loro per migliori risultati interni e nel rapporto interno - esterno.

Si avvia con fatica nelle scuole una dinamica nuova, che coinvolge tutto il personale al suo interno, che interagisce con studenti e famiglie (progetto educativo di istituto e contratto formativo), che dialoga con istituzioni e servizi al suo esterno, che acquisisce leadership nel territorio.

Questo scenario rappresenta delle opportunità, ma è anche carico di limiti, come vedremo.

## LO SCHEMA GENERALE DI RIFERIMENTO

Lo schema di riferimento della carta ricalca le linee generali del decreto iniziale del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Esso però, contrariamente a quanto avvenuto per la sanità, non è seguito da linee guida attuative, per cui le manchevolezze che vi sono vengono genericamente risolte con l'invito a realizzare carte quale risultato finale, o meglio ancora centrale, di un autonomo processo di elaborazione da parte di ogni singolo istituto. Nella carta, seguendo lo schema, dovranno essere illustrati:

- a) i principi fondamentali ai quali la scuola ispirerà la sua attività;

- b) i «fattori di qualità» di cui fruirà l'utente, ciò che fa la differenza tra una scuola e l'altra;
- c) gli «standard», cioè i livelli qualitativi e quantitativi cui dovranno tendere, tenendo conto delle attese dell'utenza, le attività della struttura organizzativa;
- d) la «valutazione» cioè i meccanismi introdotti per verificare e monitorare l'attività svolta e produrre correttivi «in itinere»;
- e) le «procedure di reclamo» che organizzano la critica costruttiva e producono cambiamenti in modo da evitare contenziosi con la gente.

Ma la Carta siffatta potrebbe essere un aggiornamento di uno dei tanti pieghevoli che già oggi circolano per presentare questa o quella scuola. Per evitare ciò occorre riflettere su due elementi:

- a) la carta deve «indicare gli standard» di qualità e le «modalità di verifica»;
- b) la carta produce sicuramente scopi esterni, ma ha effetto prima di tutto «interno».

Diventa cioè il documento di riferimento per tutte le attività di tutto il personale della scuola. Se il documento finale, approvato dal consiglio di circolo/istituto deve essere il risultato di un autonomo processo di elaborazione esso richiede un percorso non facile, nel quale:

1. tutti accettino la *gestione sociale* della scuola. La scuola non è del preside o direttore didattico, degli insegnanti o di altri detentori di poteri, la scuola è della comunità, è un servizio. Facile a dirsi, non altrettanto a farsi;
2. il percorso di adozione della carta produce in ogni singola scuola una necessità di *riconoscimento ed individuazione* di regole, criteri, procedure che - oltre ad essere esplicitate - dovranno anche corrispondere a comportamenti reali;
3. c'è anche un aspetto negativo che può essere prodotto o alimentato dalla carta. Se essa è giustamente un documento che va pubblicizzato, è evidente che il suo mancato rispetto produce la reazione più diversa da parte degli studenti e delle famiglie... Oltre che una *caduta di immagine* della scuola stessa nel territorio.

## CARTA E PROGETTO EDUCATIVO DI ISTITUTO

Un'altra perla normativa la si rileva dal fatto che il termine «educativo» inserito nel decreto sulla carta della scuola, sparisce negli articoli 38 e 39 del Ccnl.

Questo significa che il «progetto educativo di istituto» e la «carta dei servizi» potrebbero essere la stessa cosa, mentre il «progetto di istituto» (senza l'aggettivo educativo) altro non sarebbe che il «piano annuale delle attività» quale

programma - anno per anno - delle proposte formative e gestionali offerte all'utenza sulla base delle risorse umane ed economiche disponibili? A ben vedere occorre dire che ci troviamo di fronte a tre documenti:

- a) la carta dei servizi scolastici;
- b) il progetto educativo di istituto (all'interno del quale si colloca il contratto formativo);
- c) il piano annuale delle attività.

Le scuole si sono mosse, pur nella incertezza complessiva, su tre binari:

- nel primo collocano la carta dei servizi come documento di valenza pluriennale. Una specie di cornice di riferimento complessivo, un riferimento strategico, della vita quotidiana della scuola, un documento comunque «vivo», aggiornabile;
- nel secondo collocano il progetto educativo di istituto, quale documento annualmente definito, di attuazione della carta. Una base tattica per ogni anno scolastico;
- il terzo binario è eminentemente gestionale perché colloca il Pei dentro una logica gestionale: uso delle risorse umane e materiali, programmazione e scadenario delle iniziative, studio e valutazione delle variabili di percorso, ecc. Praticamente l'attività annuale promossa dal collegio dei docenti.

#### IMPOSTAZIONE DEI DOCUMENTI

L'indirizzo della Presidenza del Consiglio, non aiuta le scuole sul concreto cammino di impostazione e di elaborazione dei documenti sopra citati. Il rischio - molto evidente - è che la maggior parte degli istituti finiscano con il considerare la carta alla stregua di un adempimento burocratico ulteriore cui dare seguito in termini approssimativi, senza coinvolgimento, senza utilizzarne il potenziale di innovazione.

Dagli statuti comunali in poi quante storie potenzialmente capaci di cambiamento non si sono concluse in questo modo? Com'è possibile uniformare le azioni rivolte a:

- specificare i «fattori di qualità» cioè le attese degli utenti;
- prestabilire gli «indicatori di qualità» cioè gli strumenti per misurare i fattori di qualità;
- individuare standard generali ed obiettivi specifici di ciascuna istituzione scolastica;
- individuare i responsabili degli standard;

- realizzare procedure organizzative che tengano in costante monitoraggio le azioni, promuovano le correzioni, forniscano la manutenzione dei documenti aggiornandoli al bisogno...?

Lo schema ministeriale è molto lacunoso in proposito e fermo ad auspici di tipo generale. E poi si dimentica che tanta parte dei riferimenti strutturali/ambientali della scuola sono nell'area degli enti locali, proprietari degli immobili o detentori della loro gestione. E gli spazi della salute, le Ulss? Anch'essi ignorati.

## L'ADOZIONE DELLA CARTA

### *A) Procedure*

Sono parte delle procedure:

- a) l'obbligo di adozione. Il mancato rispetto di tale adempimento comporta responsabilità a carico dei dirigenti scolastici (ai sensi del Dlgs 29/93 articolo 20, commi 9 e 10);
- b) l'obbligo dell'osservanza con effetto «interno» per quanto attiene agli obblighi di servizio ed alla valutazione dei risultati, e con effetto «esterno» perché l'autoregolazione dei servizi, se non rispettata, potrebbe far insorgere contenziosi con l'utenza.

I passaggi sono questi:

1. iniziale in collegio dei docenti ed in consiglio di istituto;
2. fase intermedia lavorativa;
3. una fase finale deliberativa del collegio dei docenti prima, per la parte di propria competenza e del consiglio di istituto poi per il documento nella sua completezza;
4. pubblicizzazione interna ed esterna.

Lo stesso vale per il progetto educativo di istituto (Pei) e per il piano annuale dell'attività.

È appena il caso di sottolineare come il Consiglio di istituto diventi sempre più (anche in assenza di autonomia amministrativa e personalità giuridica della scuola) un organo amministrativo che non può pertanto basare il suo funzionamento sul volontariato dei soli componenti anche per elementari aspetti gestionali (per esempio la stesura dei verbali).

### *B) Reclamo*

L'intento in tutte le carte è chiaramente quello di ridurre, sgonfiare il fenomeno del contenzioso tra pubblica amministrazione e cittadini. L'idea è quella di convogliare - per quanto possibile - i potenziali conflitti di interessi tra pubblica amministrazione e cittadini verso composizioni preventive di natura non giurisdizionale o giustiziale.

Il «reclamo» quindi non è un ricorso con finalità di giustizia, ma una attività di partecipazione volta al miglioramento del servizio medesimo.

La scuola, proprio come luogo formativo potrebbe educare alla partecipazione attivando forme organizzate di raccolta di segnalazioni, suggerimenti, reclami e dimostrando - là dove essi sono fondati ed inducono miglioramenti dei servizi - che vengono usati ed accolti (si veda a questo proposito anche l'esperienza dei «100 progetti al servizio dei cittadini»).

#### *C) La parte amministrativa*

Nella carta sono individuati e specificati:

- i fattori di qualità dei servizi amministrativi che devono essere elencati;
- gli standard per i servizi amministrativi;
- gli indicatori di qualità per i servizi amministrativi;
- i responsabili degli standard.

#### *D) L'area formativa*

I docenti devono possedere, in maniera forte:

- una conoscenza professionale specifica e aggiornata costantemente;
- una capacità di passare da esecutori di norme dettagliate a gestori di azioni organizzativo - progettuali;
- una azione relazionale - decisionale perché un ottimo progetto può produrre effetti negativi se non si è in grado di fare lavoro di squadra a tutti i livelli;
- una cultura del controllo e della verifica.

Prende corpo da queste considerazioni il Pei.

Al collegio dei docenti non è più richiesto di conoscere solo la propria disciplina. Occorre radicarla nel territorio, comprenderne i bisogni emergenti, misurarsi localmente con il futuro per quanto riguarda le condizioni della cultura, del mutamento sociale, del mercato del lavoro.

La scuola non è più un ambito chiuso in cui si trasferiscono nozioni ma una realtà che è radicata in un territorio. Costituiscono fattori di qualità nell'area della formazione:

- la partecipazione come assunzione di responsabilità;

- l'efficienza come funzionamento effettivo;
- l'efficacia come capacità di raggiungere risultati;
- la trasparenza, che non è solo «pubblicità» di ciò che si fa, ma anche capacità di farsi leggere un «contratto» che contenga diritti e doveri dei docenti e degli studenti;
- la flessibilità come fatto innovativo la cui portata è tutta da valutare.

Nel progetto di istituto si terrà conto:

- della «carta di identità» della scuola;
- dell'analisi del territorio e delle risorse che esso offre all'area scolastica;
- dell'analisi delle risorse della scuola non solo in termini di laboratori e attrezzature ma anche di offerta culturale;
- dei rapporti con le agenzie attive nel territorio;
- dell'analisi dell'utenza sotto l'aspetto socioeconomico e culturale;
- della necessità di indicare le finalità istituzionali perseguite lette in chiave territoriale;
- dell'organizzazione del servizio didattico e delle risorse professionali;
- dei criteri e degli strumenti per la valutazione.

#### LA CARTA STRUMENTO VIVO

È chiaro che carta dei servizi scolastici e progetto di istituto sono documenti aperti ad ogni possibile innovazione anche dopo essere stati approvati dagli organi collegiali.

Il progetto di istituto - proprio per le considerazioni fatte precedentemente - dovrebbe seguire la programmazione annuale della scuola. Esso può avere elementi di durata pluriennale sui quali vanno ad innestarsi iniziative specifiche in costante aggiornamento.

La carta invece, sarà soggetta ad operazioni di «manutenzione» ogniqualvolta, a seguito di innovazioni normative, valutazioni dei servizi, opportunità di utilizzo della carta stessa, si dovesse rendere necessario modificare il documento di identità del servizio scolastico.

#### GABBIA O CORNICE?

La carta dei servizi scolastici può essere vissuta in due modi: come gabbia o come cornice, come scadenza burocratico - formale o come opportunità.

Nel primo caso diventa un peso, assume la caratteristica di qualcosa «calato dall'alto», che aumenta il balzello di vincoli e pastoie, comprime la realtà scolastica costringendola alla norma fine a se stessa.

Se vissuta come cornice, la carta finisce con l'accentuare le caratteristiche di valorizzazione del servizio scolastico in tutti i suoi aspetti:

- gestionale;
- didattico - formativo;
- amministrativo;
- ambientale.

Lo scopo della carta è principalmente quello di migliorare l'offerta formativa, perseguito attraverso l'affermazione del concetto di «qualità del servizio», mediante anche un percorso propulsivo che liberi e valorizzi la creatività degli operatori scolastici, e stimoli la crescita umana e culturale degli studenti.

Le ultime annotazioni sul raccordo con il territorio.

Non si tratta di evidenziare le molte attività «interne» alla scuola che potrebbero costituire elementi di dialogo con il territorio (attività integrative e parascolastiche), ma soprattutto di aprire la scuola all'esterno, di creare:

- collaborazione tra scuole;
- collaborazione con altri soggetti esterni;
- superamento dell'autoreferenzialità che affligge il sistema scolastico;
- occasioni di arricchimento al territorio.

In tale contesto ogni scuola può trasformarsi da centro di formazione dei propri studenti a centro di cultura del territorio, un'impresa di servizi formativi rivolti all'interno e all'esterno.

#### IL RISCHIO DELL'AUTOREFERENZIALITÀ

Chi comunque si sente estraneo alla scuola, pur venendo chiamato in causa dalla stessa ad ogni pie' sospinto, è l'ente locale: comune e provincia. Ed anche i servizi sanitari non sono da meno.

Non c'è progetto o iniziativa culturale, sociale, giovanile, sportiva promossa dall'ente locale che non venga considerata con sufficienza, con sospetto, con distacco dalla scuola.

E non c'è iniziativa della scuola di una certa rilevanza - a partire dall'essenziale fabbisogno di edifici ed arredi scolastici per finire alle manifestazioni più diverse - che non finisca con l'invocare il contributo, la partecipazione dell'ente pubblico locale.

Le stesse considerazioni potrebbero essere fatte per il tessuto sociale organizzato che vive ed opera nel territorio. Questo significa che la cultura del cambiamento è difficile da acquisire e che forse accanto al coraggio occorre anche una buona dose di utopia per cambiare veramente la scuola italiana.

## GLI ALUNNI DISABILI NELLA «CARTA DEI SERVIZI DELLA SCUOLA»

Salvatore Nocera

Il n. 138 della gazzetta ufficiale del 15/6/95 pubblica il decreto recante «lo schema generale di riferimento della carta dei servizi della scuola», predisposta, come molte altre, dal Ministero della funzione pubblica.

Data la novità, mi limiterò ad esprimere impressioni personali, più che fornire «interpretazioni» in senso tecnico-giuridico.

Il testo del decreto fa riferimento alle norme che impongono a tutte le amministrazioni pubbliche di individuare gli «standard di qualità» dei servizi erogati e prevedono modalità di valutazione, monitoraggio e controllo da parte di appositi comitati interni al Ministero che relaziona al Parlamento.

Lo «schema» della carta si articola in 11 paragrafi suddivisi, per materia, in un preambolo e 5 parti.

Il preambolo raccoglie, in 6 paragrafi, i «principi fondamentali», cui devono ispirarsi le «carte» che dovranno essere elaborate dalle singole istituzioni scolastiche. *L'uguaglianza, l'imparzialità, l'accoglienza, la scelta della sede scolastica* sono «principi» che riguardano gli alunni con handicap. Si pensi alla sentenza n. 215/87 della corte costituzionale che ha garantito anche agli alunni con handicap il diritto pieno ed incondizionato alla frequenza delle scuole di ogni ordine e grado. Si pensi all'art. 12 comma 3 della legge-quadro che vieta la discriminazione a loro danno, il principio dell'*accoglienza* fa espresso riferimento «all'inserimento ed all'integrazione» di tutti gli alunni nella comunità scolastica ed è un pregio della «carta» aver considerato gli alunni con handicap, nell'insieme degli alunni, senza indulgere a paragrafi specifici, che perpetuano la vecchia mentalità di norme e servizi speciali e separati. Il principio della «scelta» richiama implicitamente la Cm n. 363/94 che predilige il criterio della territorialità anche per alunni con handicap, che favorisce una loro migliore integrazione sociale tramite una seria presa in carico di tutta la comunità locale. Il principio della «*partecipazione e dell'efficienza*» fa espresso riferimento alla collaborazione degli enti locali. Avrebbe potuto essere più esplicito, prevedendo l'obbligatorietà di stipula degli «accordi di programma» o almeno richiamando il decreto istituzionale del 9/7/92 sugli indirizzi per la loro stipula, cosa che, in termini più generali, è stata lamen-

tata dal Consiglio nazionale della Pubblica istruzione nel suo parere sulla «carta», reso il 1/12/95. I principi della «*libertà d'insegnamento*» e dell'«*aggiornamento*» fanno espresso riferimento al «rispetto delle potenzialità evolutive dell'alunno» e richiamano implicitamente il principio dell'individualizzazione didattica che è l'asse portante del processo d'integrazione realizzato dalla scuola italiana, sostenuto dai piani nazionali di aggiornamento che, rivolti inizialmente ai capi di istituto, dovranno sempre più coinvolgere l'intero consiglio di classe, per superare la vecchia logica della «delega» al solo insegnante specializzato per il sostegno.

Il paragrafo 7, intitolato «area didattica», contenuto nella parte prima ed il paragrafo 9, intitolato «condizioni ambientali», contenuto nella parte terza, costituiscono il nucleo essenziale della «carta», riguardando le altre tre parti rispettivamente la qualità dei servizi amministrativi, i reclami, e le modalità di attuazione della «carta». «*L'area didattica*», dopo aver ribadito i principi del coinvolgimento della comunità scolastica, della famiglia, degli enti locali e della società civile nella realizzazione del servizio scolastico, e del rispetto del processo evolutivo dell'alunno nella scelta dei libri di testo, dell'orario di lavoro scolastico e domestico e nel comportamento dei docenti mai minaccioso e mortificante specie verso gli allievi più piccoli sviluppa quattro temi fondamentali:

- il «*piano educativo di istituto*» che, integra il regolamento interno e costituisce il progetto di stile e di vita della singola comunità scolastica; si dice che esso è elaborato dalle «istituzioni scolastiche»; ritengo che, dopo ampia consultazione interna, sia formalmente approvato dal consiglio di circolo o istituto, che è l'organo di governo pluralistico della scuola;
- la *programmazione educativa e didattica*. La prima, elaborata dal collegio docenti, fissa i criteri comuni a tutte le classi circa l'attuazione dei programmi ministeriali e l'accertamento dei livelli iniziali e finali e della valutazione degli alunni. Viene naturale pensare alla legge n. 517/77 ed alla Cm n. 80/95, che contiene pure i criteri per la valutazione degli alunni in situazione di handicap in ogni grado di scuola. La seconda, elaborata dal consiglio di classe o di interclasse o sezione, imposta, a livello interdisciplinare, il lavoro, tenendo conto della composizione dei singoli gruppi di allievi;
- qui si colloca chiaramente, per gli alunni con handicap, il *ruolo di tutto il consiglio di classe o interclasse* e qui si situa quello dell'insegnante specializzato che deve essere una risorsa per tutti i docenti e gli allievi, come espressamente stabilito nel Dm n. 226 del 27/6/95, recante i «Nuovi programmi dei corsi di specializzazione», che dovrebbe essere letto da tutti gli insegnanti e non solo da quelli «di sostegno».

Si potrebbe obiettare che la normativa su questi tre importanti documenti programmatori è già contenuta nel Dpr n. 416/77; la novità della «carta» sta

nel fatto che diviene obbligatoria anche la pubblicazione del «Pei» e della «programmazione educativa e didattica», con diritto per gli utenti di richiederne copie e di conoscere dove i documenti sono consultabili;

- il «contratto formativo» costituisce il «piano didattico personalizzato», per ogni singolo alunno ed a maggior ragione per quelli con handicap. È predisposto dal singolo docente, che però deve tener conto dell'analogo progetto degli altri colleghi. Nel caso di alunni con handicap esso deve pur tener conto del «Piano educativo individualizzato», predisposto unitariamente anche dagli operatori sociosanitari con l'apporto della famiglia, secondo quanto stabilito dall'art. 12 commi 5 e 6 e dall'art. 13, comma 1 legge n. 104/92. Trattandosi di documento specifico per il singolo alunno, la «carta» non ne prevede ovviamente la pubblicazione, ma impone ai documenti di «esplicitare» i loro criteri didattici e formativi sia agli alunni che alla famiglia, che ha possibilità di discuterne e di fare proposte. Debbo ritenere che comunque la decisione finale sui criteri didattici e sulla valutazione spetti ai singoli docenti, in forza della libertà di insegnamento, riconosciuta da Dpr n. 417/77 e dalla normativa sulla valutazione degli alunni e per quelli con handicap dall'art. 13 ultimo comma e 16 L. n. 104/92. È questo «contratto», contenente l'impegno dei singoli docenti e dell'intero consiglio di classe che è fondamentale per una buona «qualità» dell'integrazione scolastica. Su di esso si fonda il processo di crescita della personalità dell'alunno; su di esso fanno assegnamento i genitori per un'effettiva integrazione del loro figlio; su di esso fa assegnamento la società che ha imposto per gli alunni con handicap, nella legge-quadro, a differenza che per gli altri alunni, un piano educativo individualizzato, comprensivo anche di quello didattico, documentato per iscritto.

Malgrado la denominazione altisonante di «contratto», la carta non pare dia a tale espressione il significato tecnico-giuridico che tale parola specificamente comporta. La riprova si ha nell'affermazione che «esso si stabilisce, in particolare, tra docente ed allievo», il quale non ha capacità a stipulare validamente contratti. Forse non sarebbe stato male se la «carta», almeno per gli alunni con handicap, avesse recepito il principio applicato da anni dall'istituto dei ciechi di Stoccolma, che stipula un regolare contratto con i genitori dei singoli allievi che si impegna a seguire a livello di scolarizzazione.

Non sarebbe stato neppure male se la «carta» nel momento in cui stabilisce che tale «contratto» coinvolge (anche) gli enti esterni preposti o interessati al servizio scolastico, avesse pure stabilito procedure di obbligatorietà giuridica di tale coinvolgimento, come convenzioni o «accordi di programma» obbligatori.

Dalla «carta» però si evidenzia certamente un'obbligatorietà di impegno professionale dell'intero consiglio di interclasse o di classe, che ha rilevanza giuridica.

Per garantire una buona realizzazione del «contratto formativo» la parte terza fissa i principi per gli standard di qualità ambientale circa l'igiene, la sicurezza e l'accoglienza confortevole degli alunni nei locali scolastici, imponendo che ne sia data informazione agli utenti ed alle loro associazioni.

Fra tali standard sono espressamente previsti quello dell'eliminazione delle barriere architettoniche e quello di servizi igienici attrezzati per persone disabili.

In conclusione questa, come altre «carte» sembra dettata da una concezione culturale nuova del diritto amministrativo, finora fondato su norme regolamentari la cui violazione rileva prevalentemente in sede di contenzioso di legittimità degli atti. Qui invece sembra volersi porre l'attenzione prevalentemente sul «merito» dell'azione amministrativa, intesa come processo di servizi agli utenti, ai quali poco importa ottenere, dopo un ricorso giurisdizionale, una sentenza di annullamento di atti illegittimi, importa invece ricevere in tempi reali le prestazioni dovute dall'amministrazione. Il fatto stesso che il decreto di approvazione della «carta» faccia espresso riferimento sia alle norme del «codice di comportamento dei pubblici impiegati», sia alle norme di controllo interno all'amministrazione sulla qualità dei servizi, sia ai contratti collettivi di lavoro, lascia intendere che questo nuovo orientamento culturale, senza abrogare la vecchia normativa, vuole ottenere «il buon andamento dell'amministrazione, di cui all'art. 95 Cost., tramite una sorta di «autoregolamentazione» sia delle singole amministrazioni, sia dei singoli dipendenti. Cioè la qualità dei servizi non rimane affidata solo alle sanzioni di illegittimità degli atti o disciplinari (frutto di interventi «eteronomi» cioè esterni), ma alla capacità organizzativa delle singole amministrazioni ed all'impegno professionale dei singoli dipendenti, frutto quindi di un loro convincimento.

Le norme tradizionali continuano ad avere vigore. Rimane quindi il pericolo di impugnative contro le «carte» delle singole istituzioni scolastiche che non recepiscano o recepiscono riduttivamente i principi dello «schema generale di riferimento»; rimane il pericolo di procedimenti disciplinari a carico di personale inadempiente; rimane il rischio di giudizi di risarcimento dei danni, per mancata attuazione dei diritti degli alunni-utenti-clienti, a causa della violazione di norme giuridiche, tra cui anche quelle delle singole «carte» o dello «schema generale» cui esse debbono adeguarsi in tempi brevi.

Ma il nuovo indirizzo di pensiero normativo sembra fare assegnamento sempre meno su questi vecchi strumenti, e puntare di più sulla professionalità organizzativa delle singole amministrazioni ed istituzioni scolastiche e sull'impegno dei lavoratori contrattualmente offerto tramite le loro organizzazioni sindacali. In questo quadro giocherà un ruolo importante l'attuazione «dell'auto-

nomia scolastica», quando diverrà effettiva. Gioca però fin da ora un ruolo non trascurabile la capacità manageriale dei capi di istituto, la cui responsabilità non solo in termini organizzativi, ma anche giuridici emerge con forza, sia in termini negativi, quando si acclarino carenze di qualità, sia in termini positivi, quando si dimostrino miglioramenti i cui risultati giovano per riconoscimenti anche formali.

# CARTE DEI DIRITTI ED ESIGIBILITÀ DEI DIRITTI

Paolo De Stefani

## ESIGIBILITÀ E «CERTEZZA DEL DIRITTO»

La questione della esigibilità dei diritti in generale è una di quelle che da sempre affaticano le menti di giuristi e politici. Come rendere effettivi i diritti sanciti nelle carte? Come sanzionare la loro violazione? A chi rivolgersi? Chi appellare? La presenza di sanzioni (norme secondarie) viene considerata addirittura come la caratteristica distintiva delle norme giuridiche: se non si può sanzionare chi viola la norma, questa non può dirsi appartenere al novero delle regole giuridiche.

Il principio che sottende questa idea della sanzionabilità come criterio identificativo del diritto è il dogma della certezza del diritto. «La legge è uguale per tutti», e la legge è un sistema normativo, un ordinamento appunto, che funziona, idealmente, come un orologio e permette di calcolare ogni mossa successiva alla luce delle regole fissate. Per chi non si attiene alle regole e rompe lo schema meccanicistico del procedere giuridico c'è la sanzione (anch'essa prevista e centellinata dalle norme giuridiche). Se certi interessi contrastano insanabilmente con quelli dell'ordinamento, il principio regolatore è la violenza legale della pena.

Come è noto, il dogma della certezza del diritto, del diritto come macchina perfetta in cui tutto si tiene, è una ideologia recente, nata col mondo borghese e legata allo sviluppo del capitalismo europeo (il dogma è qualcosa di più di un principio o di un valore assunto come tale dal diritto: è il paradigma ordinatore di una concezione scientifica del diritto. Anche prima della rivoluzione borghese le esigenze di certezza erano ben presenti, ma non assurgevano al ruolo di dogma). Nella società borghese capitalistica, il cittadino è un operatore economico (l'imprenditore, prima ancora del proprietario), e il diritto è uno dei principali strumenti a sua disposizione per organizzare, programmare e tutelare i suoi affari. La certezza del diritto è funzionale all'esigenza di tutela del credito e della circolazione dei diritti. I cittadini sono tutti uguali (uguaglianza formale) perché così si facilitano i traffici e gli scambi: statuti personali differenziati, particolarismi locali, diritti che si comprimono e si espandono, corpi intermedi tra lo stato e il cit-

tadino, diritti collettivi...: sono tutte cose che intralciano il dominio dell'uomo d'affari per il quale tutto si può comprare.

La certezza del diritto è stata messa in discussione dai fatti storici e sociali che hanno accompagnato, in questo secolo, lo sviluppo della società capitalistica di massa e del pluralismo giuridico. Sono infatti emersi, dietro lo schermo apparentemente piatto dell'ordinamento giuridico unidimensionale, gli interessi di classe, economici, culturali, dei consumatori, ecc. Interessi talmente forti da non piegarsi neppure di fronte alla minaccia o all'uso effettivo della violenza dello stato. Le costituzioni pluraliste di questo secondo dopoguerra riconoscono che il diritto dello stato nasce da un patto tra diversi, tra soggetti portatori di interessi antagonisti. Di volta in volta sono gli interessi egemonici (l'egemonia non è il totalitarismo!) che dicono cosa è diritto e cosa non lo è, indipendentemente da quanto codici e leggi stabiliscono. Interi corpi legislativi possono rimanere inapplicati (pensiamo alle molte riforme della pubblica amministrazione, non gradite ai sindacati o alla burocrazia; pensiamo alle leggi in materia fiscale; ma pensiamo alla stessa nostra Costituzione, rimasta inattuata per decenni in alcuni suoi punti fondamentali. La stessa «tangentopoli» non è forse la riscoperta e messa in circolazione di norme «dimenticate» dalla prassi politica degli scorsi decenni?). Oppure si verifica il fenomeno inverso: la funzionalità ad un certo disegno egemonico promuove certe norme dal livello di semplici disposizioni regolamentari a quello di regole decisive e altamente rispettate della convivenza civile: accordi (privati) tra singoli uomini politici, provvedimenti *ad personam* in materia di comunicazioni radiotelevisive... Gli esempi di un uso distorto dello strumento legislativo sono ben noti.

L'ultimo sviluppo che ha contribuito a dare una scrollata al dogma della certezza e unidimensionalità del diritto è l'esplosione, a tutti i livelli, dei diritti di identità. I diritti umani mettono infatti l'accento sulle differenze tra i soggetti del diritto, non certo sulla loro omogeneità. La scoperta della valorizzazione delle differenze come strumento principale per costruire l'uguaglianza sostanziale tra gli individui è ciò che sta ponendo in crisi oggi non aspetti marginali del diritto, ma alcuni dei suoi presupposti fondamentali. Lo stesso dibattito sulle autonomie locali e il federalismo, in Italia come in moltissimi altri paesi del mondo, è espressione di questo stesso processo: la liberazione (spesso incontrollata e sicuramente ingovernabile dal punto di vista delle tradizionali concezioni del diritto e dell'ordinamento) dei diritti di autodeterminazione.

In conclusione: la norma non ci dice più cosa *deve* essere il diritto, ma cosa *può* essere diritto. Il diritto è in funzione dei diritti: chi è in posizione di egemonia (a livello globale o nazionale o in una città, all'interno di un'azienda, ecc.) definisce il diritto in base ai propri diritti. Attenzione: questo non vuol dire arbitrio nelle regole o dittatura di parte, anzi. Per certi versi si tratta di una situazione che, ri-

ducendo tendenzialmente il tasso di violenza del diritto, sviluppa i diritti di tutti. Alla base del meccanismo sta infatti il riconoscimento reciproco delle differenze e delle soggettività; l'accettazione del carattere transitorio di ogni forma egemonica e, pertanto, della necessità di far sopravvivere comunque la convivenza tra i diversi. I valori costituzionali diventano riferimento vitale per la vita collettiva, diventano il principale criterio di legittimazione.

Alla dialettica delle norme (regolata dal tecnicismo dei giuristi) si sovrappone la dialettica delle alleanze e dei conflitti tra i soggetti reali portatori dei diritti (al giurista, in questo quadro, sia detto tra parentesi, spetta un ruolo di indirizzo e sanzione dei fenomeni sociali nel senso della giustizia - equità, più che nel senso della legalità o legittimità in senso stretto).

Cosa, dunque, garantisce la effettività di un diritto? Due sono le condizioni che rendono un diritto effettivo:

- a) la possibilità di costruirlo quale diritto umano, ossia tassello indispensabile della identità di un soggetto umano (individuale o collettivo) (questa costruzione è un'operazione in parte giuridica, ma soprattutto culturale e sociale, fortemente legata al momento della comunicazione - una costruzione «retorica» nel senso che è mediata dal linguaggio e dagli altri media);
- b) la collocazione del titolare di quel diritto nel quadro egemonico dato, o la sua capacità di costruire alleanze e contiguità di interessi con il gruppo egemone.

#### LE GARANZIE DI EFFETTIVITÀ DEI DIRITTI. IL MODELLO DEL DIRITTO INTERNAZIONALE E LA SUA RICADUTA SULLA ELABORAZIONE DELLE CARTE DEI SERVIZI

Nel diritto internazionale, per esempio, molti distinguono tra norme obbligatorie e norme declaratorie. A parità di legittimità formale, le prime individuano condotte che sono ritenute (a) di vitale importanza per alcuni consociati (stati, entità economiche, organizzazioni sociali non governative) e (b) riconosciute come tali dai soggetti, statali e non governativi, che esercitano l'egemonia in quel settore o a livello generale (stati membri permanenti del Consiglio di sicurezza, il governo degli Stati Uniti o di potenze regionali, ecc. Se una norma non incontra queste condizioni rimane sulla carta, ma il suo grado di effettiva attuazione è limitato. Nel diritto internazionale, struttura più rudimentale e tradizionalmente «politicizzata» rispetto al (l'ideologia del) diritto interno, queste affermazioni sono ampiamente accettate, e non per questo si rinuncia a considerare l'ordinamento internazionale un sistema giuridico.

Provo ad applicare queste riflessioni al tema delle carte dei servizi.

Le carte dei servizi si presentano come un modo di dare attuazione ad alcune norme di legge emanate a livello nazionale negli ultimi anni. Ci sembra però che esse siano anche (analogamente agli statuti comunali, per es.) un potente strumento per esprimere le identità (collettive) di «pezzi» di pubblica amministrazione, un modo per rigenerare, attivando un processo identitario, gli apparati di uno stato sociale che deve riguadagnarsi una collocazione nel quadro delle nuove egemonie che definiscono la società contemporanea.

La loro rilevanza effettiva nella vita interna di un ente dipenderà da quanto il loro contenuto e le modalità di redazione, aggiornamento e monitoraggio saranno radicate nel vissuto di coloro (operatori, dirigenti, responsabili politici...) che le hanno adottate. Le carte dei servizi calate dall'alto sono presumibilmente destinate a non essere effettive, perché non esprimono l'identità dell'ente. Di fronte al paziente o al cittadino che ne chieda l'applicazione, l'operatore avrà sempre buon gioco nell'opporre i mille cavilli giuridici o pseudo-giuridici che la stessa dirigenza (o i sindacati, o i colleghi...) possono aiutarlo ad individuare per sottrarsi ad una regola che in fondo è solo un regolamento interno...

Il discorso appena fatto vale anche per le comunità di utenti. Quanto più sentiranno che la carta dei servizi appartiene anche a loro, tanto più saranno indotti ad utilizzarla attivamente, a monitorare la sua implementazione, a renderla uno strumento di realizzazione dei loro diritti. Il successo di una carta dei servizi probabilmente dipenderà dalla sua capacità di catalizzare la formazione di una comunità solidale di operatori/utenti che in essa si possano riconoscere.

Assume grande importanza la qualità linguistica del documento, il suo impatto mediatico. Linguaggio semplice e concreto, utilizzo di media diversi dal semplice testo scritto (immagini, video, carte elettroniche...). A proposito dell'inserimento di questi documenti in reti telematiche (reti civiche, dentro o fuori *Internet*), il metodo mi sembra, in prospettiva, particolarmente interessante. Nelle reti informatiche, come si sa, possono essere attivate forme di consultazione e di interrogazione in linea, utilizzando testi ma anche altre modalità multimediali; l'efficacia di queste forme di comunicazione nel creare vincoli di comunanza (comunità virtuali) è nota e merita di essere tenuta in considerazione.

L'esposizione onesta dei punti problematici del meccanismo amministrativo dovrebbe contribuire a rendere la carta dei servizi uno strumento di trasparenza nei rapporti tra ente e utenti. Non c'è bisogno di sbandierare i successi sottacendo i punti deboli, poiché il punto da realizzare è rendere partecipe il pubblico di un processo di continuo adattamento alle esigenze differenziate di ogni utente, attivato e mantenuto con il contributo di tutti gli interessati.

Le carte dei servizi definiscono degli standard minimi di prestazioni che gli utenti dei vari servizi (sanitari, educativi, sociali, ecc.) possono pretendere vengano loro forniti. La strada per rendere esigibili queste posizioni soggettive sarà

facilitata dal fatto che esse possano venire ancorate all'idea di «diritto umano» specifico di una particolare categoria di soggetti (i pazienti di un certo ospedale, oppure gli affetti da una particolare patologia, ovvero gli anziani di un determinato quartiere...). Occorre far vedere come, per quella specifica categoria di persone, quella determinata modalità di erogazione del servizio costituisca un fattore determinate della loro qualità di vita. Invocare semplicemente i propri diritti di «cittadino» non è una buona strada: la nozione è ormai ambigua e comunque rinvia ad uno statuto di eguaglianza politica insufficiente a definire la complessità di oggi. I diritti oggi sono polverizzati, raggruppati in conformazioni mutevoli, ed è la specificità il loro carattere vincente.

Tra gli utenti e l'ente deve essere costruita dunque una forma di solidarietà. Questa non cancella le differenze e i contrasti di interesse, naturalmente, anzi li dovrebbe esplicitare. Il punto di equilibrio dipenderà dal prevalere dell'una o dell'altra componente, e sarà condizionato dall'andamento degli equilibri socio-politici generali esterni all'ambito considerato: posizione delle forze sindacali e corporative della burocrazia, forza dei movimenti sociali e delle associazioni, qualità della leadership politica, ecc. La solidarietà, insomma, non è affatto sinonimo di annullamento dei conflitti, che anzi vengono probabilmente alimentati dall'introduzione della carta dei servizi. Ma la loro portata distruttiva viene contenuta nella misura in cui la carta dei servizi sancisce il riconoscimento reciproco delle parti, definisce il campo del contendere, fa partecipi tutti di un processo che promuove le loro identità, i loro diritti umani.

#### LA TUTELA DELLE IDENTITÀ «MARGINALI»

Come tutelare il soggetto che non riesce ad entrare attivamente in questa dialettica, il soggetto che subisce il discorso dei poteri egemoni senza poter interloquire? Per quanto la carta dei servizi serva infatti a liberare le soggettività e a fissare regole per il rispetto delle differenze, è presumibile che alcuni soggetti permangano sistematicamente esclusi da questo dialogo. In particolare, l'utente non coinvolto nel processo di negoziazione della carta dei servizi e tuttavia bisognoso di ricorrere ai servizi, in che modo può essere recuperato in un circuito che, in partenza, lo emargina? Un soggetto simile potrebbe essere l'utente sporadico di un servizio, membro di una collettività di per sé debole sul piano sociale, le cui esigenze siano state disattese dall'operatore pubblico in violazione della carta dei servizi. Un'immagine che può essere portata per facilitare il ragionamento è quella dello straniero rifiutato dai servizi sociali. Nel breve periodo deve essere individuato uno strumento di revisione e correzione dei comportamenti incoerenti della pubblica amministrazione. Restando salvo il principio della opportunità di utilizzare la nozione di diritti umani a fondamento dell'azione richie-

sta, si rende necessaria tuttavia la predisposizione di un meccanismo di intervento d'autorità che ricostituisca l'equità del rapporto e le condizioni del riconoscimento.

Meccanismi di correzione sono ampiamente disponibili, ognuno presenta vantaggi e limiti. La legge 241/1990 sancisce il principio per cui ogni procedimento ha un suo responsabile: questi è il primo referente per ottenere la correzione dell'errore. Esempi di procedimenti di conciliazione sono stati percorsi con varia fortuna in molti casi. Altri meccanismi ipotizzabili sono quelli riconducibili all'azione di *authorities* indipendenti, particolarmente utili nei contesti in cui non è possibile o non è economico fare regole dettagliate. Naturalmente, nella misura in cui sono da ritenersi utili, anche i mezzi del procedimento disciplinare e dell'azione giudiziaria possono essere messi nel conto. Ma il valore pratico che può avere il ricorso ai mezzi disciplinari o giurisdizionali per garantire l'implementazione di strumenti come le carte dei servizi appare scarso.

Piuttosto vanno individuate forme di monitoraggio (con implicita valenza sanzionatoria, sia pure *extra ordinem*) di tipo indipendente (affidate cioè a strutture di utenti organizzati o miste) e/o di tipo istituzionale, il cui paradigma è la figura del difensore civico.

## RISCHI DI MISTIFICAZIONE E CONDIZIONI PER EVITARLI

Sergio Dugone

In un paese come il nostro i casi di gattopardismo, sia nei comportamenti che nelle norme, sono diffusi e non depongono certamente a favore di una visione ottimistica dei cambiamenti possibili.

Così non è difficile considerare alla stregua di «grida» di manzoniana memoria, l'accelerazione impressa dal legislatore che, dal 1990 in poi, attraverso leggi, direttive, decreti, ha sviluppato un'azione complessa sulla semplificazione dei processi amministrativi, per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni, per la tutela e la promozione dei diritti dei cittadini.

È proprio questo ultimo aspetto che rappresenta la chiave di volta di uno scenario nuovo.

I vari provvedimenti legislativi assegnano infatti primaria importanza al rapporto tra gli erogatori dei servizi e coloro che ne usufruiscono cioè i cittadini, ponendo la pubblica amministrazione di fronte ad una prospettiva alla quale era tutt'altro che preparata. Possiamo parlare di una prospettiva inconsueta, tanta è la carica dirompente innescata.

Diciamo più chiaramente: per ottemperare alle recenti disposizioni di legge, la pubblica amministrazione - centrale o periferica che sia - non è chiamata solo a compiere *uno sforzo di rinnovamento organizzativo straordinario, ma una vera rivoluzione culturale*.

Una rivoluzione dalla quale dovrebbero uscire mutati valori, atteggiamenti, abitudini che sembrano improntare da sempre mentalità e comportamenti di larga parte di dirigenti, funzionari, dipendenti e agenti dello stato e degli enti pubblici in genere, a Roma come in qualsiasi regione e comune d'Italia.

Se la dimensione del problema è quella di una vera rivoluzione culturale, la previsione del successo che attende i vari provvedimenti non può essere ottimistica, quanto meno nel breve termine. Il rischio vero è che non possa esserlo neanche nel medio/lungo termine per tutto quanto si muove dentro e fuori la pubblica amministrazione per frenare ogni cambiamento.

I documenti pubblicati sulla gazzetta ufficiale hanno come connotazione di fondo una cultura del servizio autentica che viene, però, «imposta per legge» alla pubblica amministrazione.

È facile trovare elementi di ironia nei documenti pubblicati. Per esempio la carta dei servizi della scuola prevede - nello schema tipo - per i servizi amministrativi, tre giorni di tempo per il rilascio di certificazioni, quando, quasi dovunque, questo avviene in giornata.

Oppure quando la direttiva sugli uffici delle relazioni con il pubblico (Urp) non fa differenza - e questo è assurdo - tra la massa degli uffici a ogni livello ed il piccolo comune con 5/600 abitanti dove i contatti personali quotidiani superano l'Urp.

O, ancora, quando ci si accorge che con l'avvio di alcune riorganizzazioni dei servizi in aziende Ulss, nonostante la carta dei servizi, i servizi erogati peggiorano.

#### IL VERO PROBLEMA DI FONDO

Difficoltà da superare per un nuovo assetto organizzativo degli uffici pubblici? Oggi, anche per l'avvento dell'informatica, non è un problema.

Difficoltà dipendenti dalle scarse risorse finanziarie ed umane? Le prime, è provato, sono tuttora oggetto di sperperi ben oltre gli attacchi, giustificati o ingiustificati, allo stato sociale; le altre sono complessivamente eccedenti numericamente.

Il problema, in questo ultimo caso, è che esse sono così mal distribuite da esigere forti interventi di mobilità (che vanno ad abbattere anche strutture clientelari consolidate), che nessuno oggi sembra disposto ad accettare.

Ma non sono in questo ambito le vere difficoltà.

Esse hanno radici in due contesti precisi interagenti fra di loro: *le competenze e la rigidità burocratica*.

La legge sembra presumere l'esistenza, nel personale delle pubbliche amministrazioni, di competenze specifiche che invece non ci sono e non tiene conto che la struttura complessa della macchina pubblica in molti casi fa riferimento, soprattutto in certe istituzioni, ad una burocrazia che sfugge alle innovazioni che ne discutono il potere esercitato.

Partiamo da questo aspetto, perché è qui che si annidano i maggiori rischi di mistificazione da un lato e di svuotamento dall'altro di ogni tentativo di cambiamenti.

## L'APPARATO COSTA, MA RENDE?

Le riforme amministrative, in Italia, sono state spesso vanificate dalle resistenze della burocrazia.

La capacità di risposta da parte della burocrazia pubblica agli indirizzi di governo nazionale o locale è materia di ampi dibattiti e di forti paragoni con la formazione della dirigenza pubblica francese o con il metodo statunitense che vede ogni governo portarsi dietro i suoi manager sottraendoli temporaneamente alle professioni.

Nessuno contesta più il fatto che, all'interno degli apparati pubblici, vi sia un patrimonio professionale elevato, motivato e diffuso, che rischia - ogni giorno - di deperire in diversi modi.

È un buon passo avanti rispetto al luogo comune di una burocrazia composta unicamente di fannulloni e di incapaci.

D'altra parte è innegabile che, nell'insieme, la macchina pubblica continui ad arrancare. Non si possono gestire i servizi pubblici con un apparato che ha - nella stragrande maggioranza - una cultura di tipo giuridico, ancorata al rispetto piatto delle norme (spesso usate per aumentare i problemi anziché trovare le soluzioni) con una insufficiente, per non dire assente, attenzione ai risultati.

È così che la dirigenza fatica ad assumere caratteristiche operative proprie del moderno management, per chiudersi a tutela dell'esistente e delle nicchie di tranquillità.

In una situazione di grande fragilità degli esecutivi di governo, la burocrazia rischia di essere più un peso che una risorsa.

Ora, per la prima volta, un insieme di disposizioni di legge e di norme collegate rappresenta un bisturi che incide in profondità in questo settore. Lo Stato chiede ai suoi funzionari di ogni livello di deporre l'alterigia del ruolo e di trasformarsi in servitori civili: primi operatori dello star bene con le istituzioni di una comunità nazionale.

La legge parla chiaro: la valutazione degli standard di qualità ed efficienza dovrà trovare riscontro nella soddisfazione dei cittadini che ricorrono all'amministrazione pubblica o ai pubblici servizi.

Come possiamo pensare che interi uffici si trasformino improvvisamente in servitori civili, attenti e solleciti?

Allora mettiamo in conto tutte le possibili reazioni che i nuovi provvedimenti provocheranno nella burocrazia. Le reazioni prevedibili hanno la specificità tipica del settore:

- a) *un potere di inattività e di insabbiamento del mutamento interno*, per il quale i provvedimenti restano lettera morta o poco più (chi non ricorda - ad esempio - la difficoltà di costituire una anagrafe degli incarichi professionali privati

svolti da dipendenti pubblici?). È un potere che «archivia» le norme, non traduce le direttive in innovazione; non ha tempo per le novità perché oberato dalla quotidianità;

- b) *un potere di ostacolare e scoraggiare il cittadino*. Il cosiddetto muro di gomma che tutti conoscono (il mandare il cittadino da un ufficio all'altro, il richiamare regolamenti e circolari sconosciute per presentare istanze legittime, il caos degli orari degli sportelli, il richiedere documenti inutili o autocertificabili...). È un potere che mortifica la partecipazione, toglie ossigeno alla «cittadinanza attiva»;
- c) *un potere di rivalsa su chi non si rassegna* e ricorre a strumenti di pressione o denunce. Quanti cittadini hanno conosciuto procedure bloccate, pratiche che non avevano soluzione, accertamenti ingiustificati...;
- d) *un potere di radicamento e di riproduzione* per il quale la burocrazia si organizza solo moltiplicando le sue strutture. Così ogni funzione innovativa genera uffici, servizi, organici.

Quest'ultimo è il potere più pericoloso perché è rappresentato da una burocrazia che si organizza solo ed esclusivamente alimentando se stessa, con strutture, procedure, adempimenti.

Anche i nuovi provvedimenti che vogliono semplificare le procedure ed aumentare l'efficienza, rischiano di produrre - di fatto - un appesantimento di strutture e di procedure. Quali poteri possono contrastare tale situazione che oggettivamente potrebbe presentarsi?

- a) *il potere di valutazione* sulla efficienza ed efficacia dei servizi pubblici che spetta ai cittadini, siano essi singoli utenti/clienti o associazioni organizzate;
- b) *il potere di verifica e controllo* che spetta sia agli eletti negli enti pubblici in quanto responsabili delle istituzioni che la gente finanzia attraverso il sistema di prelievo fiscale, sia ai cittadini stessi;
- c) *il potere di denuncia* per quanto riguarda discussioni, carenze, inadempienze, o - per opposto - eccessi di potere, vessazioni o quant'altro. Compito questo dell'intera comunità civile;
- d) *il potere di confronto* tra situazioni ed enti uguali che producono servizi diversi.

Sono poteri collegati alla cittadinanza attiva intesa in senso ampio, all'uso diffuso degli istituti di partecipazione come luoghi in cui crescono i diritti civili ed una comunità si dota di servizi efficienti riqualificando anche i sistemi pubblici di spesa.

## PERSONALE: DAL CLIENTELISMO AL PROTAGONISMO, LA SVOLTA POSSIBILE

Il debito pubblico italiano ha un'ipoteca difficile da gestire. Esso non è costituito da spese per investimenti, spese in conto capitale come si dice. Se fosse così, basterebbe una politica di taglio drastico di tali interventi per rientrare nei bilanci.

Non è così. Il nostro debito pubblico è alimentato dalla spesa corrente: stipendi e pensioni in primo piano. Il capitolo pensioni è già stato affrontato e dibattuto ampiamente in questo periodo e la discussione - considerati anche i trend sociali del Paese - è tutt'altro che conclusa. Per quanto riguarda stipendi, se escludiamo l'area delle aziende a partecipazione statale e la cassa integrazione sostitutiva di stipendi non percepiti dalle aziende, si tratta di stipendi dell'area pubblica.

All'interno di tale area pubblica è bene non ignorare che storicamente e socialmente si è formata una dipendenza che ha avuto come aspetto negativo il clientelismo ma che ha costituito per molti anni - uno dei pochi, forse l'unico - strumento, di ammortizzazione sociale in aree di forte disoccupazione. Senza contare quanto di «collaterale» si è sviluppato in termini di impresa per colmare carenze della Pubblica amministrazione.

Ora, tornando al nostro tema, sulle possibilità di cambiamento culturale della pubblica amministrazione, è evidente che dobbiamo fare i conti con la storia.

Occorre subito una profonda riforma della gestione del personale dello stato e degli altri enti pubblici che vada ben oltre la privatizzazione dei contratti di lavoro già in atto.

Uno Stato moderno esige *un diverso profilo professionale* di tutti i suoi collaboratori, ma questi - a loro volta - hanno il diritto ad essere selezionati, formati, utilizzati ed incentivati in modo totalmente nuovo.

Il che non è poco.

In particolare ciò riguarda l'élite amministrativa (problema che gli Stati Uniti hanno risolto con l'élite al seguito del vincitore di turno alle elezioni di ogni livello) perché i criteri di selezione e valutazione necessari sono stati finora assolutamente inadeguati. Ciò è avvenuto perché le scuole pubbliche di formazione (contrariamente alla Francia, ad esempio) hanno avuto scarse risorse e inesistenti funzioni riconosciute. Ma anche perché la formazione gestita al di fuori del sistema formativo ufficiale è stata indifferenziata: rivolta cioè a fasce di utenti senza riferimenti diretti a concrete situazioni con le dovute e spesso significative eccezioni.

Tutto il contrario di ciò che avviene normalmente in un'azienda, nella quale il management decide su cosa investire e su chi investire e per quali obiettivi investire.

## DAL 1993 IL POSSIBILE CAMBIAMENTO

L'inversione di tale tendenza può partire, oggi, da due elementi diversi. Il primo è il sistema normativo di ingresso nella dirigenza pubblica - previsto dal *decreto legislativo 29 /1993* - che crea un doppio canale di approvvigionamento:

- interno, una selezione cioè rivolta ai funzionari migliori già presenti in servizio;
- esterno, una selezione cioè mirata a giovani laureati da immettere direttamente nelle funzioni dirigenziali.

La prima di tali opportunità è affidata direttamente alle singole amministrazioni che «conoscono» i migliori. La seconda valorizza la *Scuola superiore della pubblica amministrazione* che programma nel 1997 il primo corso/concorso per la dirigenza pubblica.

Il secondo elemento dal quale partire è la individuazione di una vera politica della formazione. Questo significa saldare le esperienze storiche di Università e scuole di formazione, partendo da una ridefinizione dei corsi di alcune facoltà. Già si parla, in alcune università di laurea in «scienza dell'amministrazione» o in «economia dell'amministrazione pubblica» ma si discute anche di nuovi specifici profili all'interno di giurisprudenza, economia, scienze politiche.

Non più quindi formazione diffusa ed indifferenziata ma specifiche formazioni per esigenze determinate. Le singole amministrazioni avrebbero solo il compito - peraltro non facile né scontato - dell'addestramento e dell'aggiornamento permanente del personale in servizio.

## DISINFORMAZIONE, INFORMAZIONE, CONSAPEVOLEZZA

Le carte dei servizi aprono automaticamente la pubblica amministrazione all'esercizio diffuso dei diritti dei cittadini? O il rischio è che il massimo di produzione di documenti in questo senso finisca con il tradursi in una gigantesca opera di *disinformazione* e di illusione?

Il cittadino da suddito diventa «cliente» e dovrebbe muoversi nel «mercato». Per muoversi deve però essere *correttamente informato e adeguatamente consapevole* delle sue scelte.

Questo - in alcuni casi - non avviene. Per esempio nella sanità è il medico che decide sulla necessità, qualità, quantità e utilità dei beni e servizi da fornire al cittadino.

In un confronto internazionale è risultato che nei Paesi dove i medici erano stipendiati i tassi operatori per isterectomia, prostatectomia, tonsillectomia,

emorroidectomia erano inferiori rispetto ai Paesi dove i medici erano pagati a prestazione.

Le implicazioni etiche non sono di poco conto ed un sistema moralmente corretto non dovrebbe produrre queste diversità.

Inoltre in una azienda commerciale, per la legge della domanda e dell'offerta, la produzione è condizionata dai clienti e l'obiettivo è sempre il profitto. Nei servizi pubblici (e nelle relative «aziende») si punta ad ottenere risultati in termini di benessere dei cittadini e, se difettano le risorse, ad essere penalizzati sono i meno abbienti.

Se nei servizi pubblici dovesse prevalere la legge della domanda e dell'offerta e la produzione dei servizi fosse condizionata dai clienti senza alcun sistema pubblico di monitoraggio dei bisogni, *i poveri sarebbero già perdenti* prima ancora di verificare la consistenza delle risorse.

Come nello stato sociale attuale, anche negli aspetti degenerati, chi possiede e gestisce per sé o per gli altri l'informazione usa (o abusa, in termini anche di giustizia distributiva) le risorse e si avvale dei servizi, così - ancora di più dopo le carte dei servizi - il rischio è che aumentando la normativa questa crei circuiti ancora più ristretti di «addetti ai lavori, di garantiti».

Se anche analizzassimo il comportamento dei mass media, anche dei più popolari, ci renderemmo conto che i lettori dei giornali ed i teledipendenti (che non sono i più «poveri») fruiscono di informazioni caratterizzate da un misto di casualità, esigenza di cronaca, dipendenza dalle bizze dei politici, prevalenza di toni emotivamente «carichi», cedimento ai «sentimenti» più o meno turbolenti del momento.

Tutto questo non produce *informazione, consapevolezza, coscienza civica*.

Rassegnazione alla sudditanza a fronte delle opportunità proposte in questi anni? Tutt'altro.

L'idea del servizio pubblico faticosamente sta penetrando nel tessuto sociale. Se ne impossessa l'industria, il terziario. Il clima della competizione interna ed internazionale costituisce a sua volta un condizionamento culturale cui tutti devono sottostare, pena il rischio di soccombere.

Certo in questa situazione anche gli statalisti ad oltranza dei servizi pubblici devono far sì che la loro politica non diventi difesa dell'immobilismo.

La burocrazia, l'apparato, non possono sperare di sopravvivere se il Paese muore. E questo Paese non pare abbia voglia di morire almeno per ora. Per produrre informazione, consapevolezza, servono alcuni paletti significativi:

- *da parte del legislatore e della dirigenza:*

- a) un processo sistematico di delegificazione, di discussione di norme, regolamenti e vincoli obsoleti;

- b) una eliminazione di doppioni a tutti i livelli a cominciare dagli iter parlamentari per la formazione delle leggi, per finire all'ultimo servizio periferico;
  - c) l'attivazione di una cultura positiva di uno stato che si «fida» dei cittadini;
  - d) la mobilitazione di meccanismi veri di controllo sull'uso scorretto di questa fiducia ricorrendo, nel deficit organizzativo istituzionale, anche a forme di «autoregolazione monitorata» (*audited self-regulation*) utilizzati ampiamente e positivamente in Gran Bretagna e Stati Uniti;
  - e) la messa in circuiti virtuosi di intercomunicazione all'interno dello stesso ente e tra enti diversi della massa di notizie di cui la pubblica amministrazione dispone, senza vessare continuamente i cittadini.
- *da parte dei cittadini e delle loro associazioni servono altrettanto:*
- a) una identificazione forte nello stato che abbatta la cultura della «furbizia» diffusa ad ogni livello;
  - b) la coscienza che i propri diritti finiscono là dove cominciano i diritti degli altri: dello stato sociale e dei suoi servizi non si deve fruire se si hanno risorse proprie per affrontare i problemi. Si commettono furti nei confronti dei poveri veri;
  - c) l'attivazione in modo individuale o associato di una democrazia più autentica in cui il controllo sociale sia ampio, radicato, temuto, attivo;
  - d) l'attenzione all'uso di tutte le risorse in quanto bene non inesauribile della comunità;
  - e) la capacità di autorganizzazione perché non facciano le istituzioni quanto la società civile è in grado di fare da sola;
  - f) il sostegno a quanti nelle istituzioni si muovono con caratteristiche di servizio autentico innescando processi innovativi.

#### PER UNA NUOVA SCOPERTA DELLA RESPONSABILITÀ

Ci accorgiamo, ogni giorno, di essere immersi in una realtà non di benessere ma di *ben-avere* nella quale ognuno finisce con il correre per se stesso e per finire con il trovarsi a possedere tutto senza essere niente.

L'uomo di oggi è più che mai chiamato a scoprire che «ha in quanto è» e non «è in quanto ha». È una nuova sfida ad uscire dalla nicchia per ritrovare la comunità, le relazioni nel territorio, la capacità di scoprire le ricchezze non costituite dal denaro, ma da un cammino di umanità.

Le carte dei servizi non devono servire ancora di più a spersonalizzarci, a farci diventare numeri dentro una macchina magari più efficiente di prima.

Le carte dei servizi, ponendo il cittadino - cliente di fronte allo sportello pubblico, ne sentano la dimensione di persona, la voglia di comunità che ne è la caratteristica.

Non esistono né carte dei servizi né carte dei diritti se non riusciamo a tessere le fila di un *progetto di comunità* nella quale - riscoprendo le *responsabilità* che tutti abbiamo come appartenenti al genere umano - si costituiscano, nell'era della telematica e della virtualità, spazi di accoglienza, luoghi di incontro, ambiti di condivisione.

Senza comunità prevale il tecnicismo, il settorialismo, l'efficientismo magari, ma si perde il senso del vivere.

È questo, alla fine, il rischio di mistificazione più profondo, che un sistema di diritti scritti sulla carta ma non praticati nel vissuto sociale della gente finisce con il realizzare.

Torna qui una necessità reale quella degli eletti e della loro capacità di «magistero etico» che sappia indicare alla comunità i rischi ed i limiti dello sviluppo della nostra società perché possano nascere progetti e percorsi autenticamente nuovi.

# CARTE DEI SERVIZI SANITARI STRUMENTO PER IL CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DALLA PARTE DELL'UTENTE

Carlo Hanau

Il Servizio sanitario nazionale sta oggi vivendo una transizione che lo può condurre a miglioramenti sostanziali oppure a un drastico ridimensionamento, verso quella che è stata definita una forma di welfare residuale. La qualità dei servizi viene ad acquistare un valore sempre maggiore per la sopravvivenza stessa del servizio pubblico, che per essere difeso deve dimostrare e convincere sulla sua capacità di rispondere alle richieste dei cittadini, uscendo da una fase di autoreferenzialità.

Il processo di attuazione della qualità dei servizi vista dalla parte dell'utente si è collegato con quello delle carte dei servizi sanitari: mentre erano ancora in corso e stavano per concludersi i lavori della commissione ministeriale ex art. 14 del Decreto legislativo n. 502/1992, il 31 maggio 1995 è apparso sulla Gazzetta ufficiale lo Schema di riferimento per la carta dei servizi sanitari, primo esempio di carta dei servizi pubblici, che imponeva alle aziende sanitarie di emanare la carta dei servizi sanitari entro quattro mesi, a pena di gravi sanzioni per i dirigenti inadempienti.

Con la Carta dei servizi l'Italia segue l'esempio del servizio sanitario nazionale della Gran Bretagna, nonostante differenti siano le condizioni sociali, in primis il rapporto fra medico e paziente, che in Gran Bretagna è molto più fiduciario e "paternalistico" che da noi.

D'altronde l'Italia aveva seguito prima la riforma inglese, con la legge n. 833 del 23.12.1978, ed ancora, nel 1992, i principi ispiratori della riforma della riforma sanitaria inglese, centrata sulla filosofia di una maggiore possibilità di scelta da parte dell'utente, che porta con sé "come in uno zainetto" la disponibilità di spesa a lui affidata -figurativamente- dal servizio sanitario nazionale per il trattamento del suo caso; la somma figurativa viene perciò assegnata in favore dell'azienda da lui prescelta, che si trova a competere con altre aziende per conquistare la clientela. Si tratta del diritto di exit, quello di scegliere il produttore di cure, che comporta un incentivo per quello scelto ed una penalizzazione per quello che

viene scartato. Non stupisce quindi che, anche per ciò che concerne la carta dei servizi, l'esperienza britannica abbia fatto scuola in Italia.

Era già stata da noi affermata anni addietro (Hanau C., Strada G., 1988) la necessità che le Carte dei diritti dei malati, proclamate fin dall'inizio degli anni ottanta dalle associazioni per la difesa dei diritti dei malati, meri atti politici privi di rilevanza giuridica, si traducessero in veri e propri regolamenti delle Usl, le carte dei servizi, e, sia pure con grande ritardo, questa tesi si è finalmente affermata anche in Italia. Ha ritardato questo processo la pretesa di dare un connotato patrizio alle carte dei diritti dei malati, che affiora in diversi documenti del Tribunale per i diritti del malato del Movimento Federativo Democratico, peraltro lodevolmente impegnatosi per la preparazione delle carte dei diritti. Tale dizione ritorna nel più recente documento ministeriale (Ministero della sanità, 1997), ad esempio nella presentazione e nel capitolo sulla pubblicizzazione della carta dei servizi, per sottolineare, con questo mezzo giuridicamente improprio, la giusta esigenza che la carta sia conosciuta dai cittadini.

A nostro parere il cittadino può vantare un diritto soggettivo perfetto alla prestazione sanitaria, che scaturisce dalla legge n. 833 del 23.12.1978, nei confronti dell'Azienda sanitaria pubblica, ma questa resta tuttavia pur sempre una pubblica amministrazione, che si può impegnare sulla base di un proprio regolamento e non di un patto. Il regolamento può e deve identificare le modalità qualitative alle quali la prestazione dovuta dall'azienda sanitaria pubblica al cittadino deve obbedire. Questo regolamento sulla qualità è la carta dei servizi, e deve essere rispettato anche indipendentemente dalla volontà e dall'attività del cittadino per far valere queste regole di qualità, che non scaturiscono da un patto o da un contratto, bensì dalla forza della legge.

La normativa attuale sulla qualità trae origine dal decreto legislativo n. 502 del 30.12.1992 e successive modifiche, che prevede il controllo della qualità dei servizi sanitari pubblici e privati attraverso le disposizioni di cui agli articoli 8, 10 e 14. In base all'art. 10, riguardante la qualità delle cure viste dalla parte degli esperti, è stata creata una commissione ministeriale che ha prodotto una serie di indicatori di qualità e di raccomandazioni per la sua verifica, successivamente pubblicati nel Decreto ministeriale del 24.7.1995 sulla Gu del 10.11.1995. Secondo l'art. 14, riguardante la qualità delle cure viste dalla parte dell'utente, è stata creata un'altra commissione parallela, presieduta dal Prof. Achille Ardigò, i cui lavori sono alla base del Decreto ministeriale sugli indicatori del 15.10.1996, pubblicato sulla Gu del 18.1.1997 e rinnovata nel 1997 per la verifica dell'attuazione degli indicatori stessi. Questi indicatori riguardano i campi principali di interesse della carta dei servizi: informazione, personalizzazione, umanizzazione, confortevolezza, accesso.

La verifica ed il controllo della qualità dalla parte degli esperti sanitari aveva una lunga tradizione, quanto meno a livello di elaborazioni teoriche e di esperienze acquisite in vari Paesi industrializzati, ove costituisce la base stessa della legittimazione della medicina intesa come scienza capace di produrre salute. La qualità della struttura disponibile, del processo di cura, inteso come prodotto intermedio del servizio sanitario, tende a garantire la qualità dell'esito: questo è il risultato finale, il miglioramento dello stato di salute degli utenti, inteso come efficacia della cura, misurabile in vite salvate, in anni di vita guadagnati a causa della cura oppure in qualità di vita aumentata. La determinazione della qualità della struttura, del processo e della qualità del risultato misurata dagli esperti costituisce una ineludibile necessità per superare l'incertezza del medico (Domenighetti G.F., 1994), per validare protocolli di cure e per poterne poi calcolare il grado di efficienza, derivato dal rapporto fra risultati ottenuti e risorse consumate (Hanau, 1996).

Come già da molti anni ha sostenuto Donabedian (1990) esiste una fondamentale convergenza fra qualità vista dalla parte dell'esperto e quella dalla parte dell'utente. Aggiungerei, in accordo con quell'Autore (1996), che la valutazione della qualità della vita, necessaria per la ponderazione degli anni di vita in relazione alla salute (Q.A.L.Y.) è opportuno che venga effettuata dagli utenti, piuttosto che dagli esperti, ed infine che in ogni caso specifico di applicazione di una cura ad un utente non si può presumere che valga per lui l'atteggiamento medio: si deve infatti ottenere e rispettare il suo personale consenso informato, che può variare di molto rispetto a quello della generalità dei malati nelle sue stesse condizioni (Hanau, 1996).

La difficoltà nella misurazione dei risultati degli interventi sanitari e della qualità delle cure, la subordinazione del "consumatore" nei confronti dell'operatore, ancor più forte se il rapporto avviene all'interno di una struttura come quella ospedaliera, costituiscono le cause principali che ostacolano l'attuazione delle carte. Tuttavia altre cause possono spiegare il ritardo nello svolgimento del processo di adozione della Carte dei servizi e prima fra tutte l'inadempienza del Ministero stesso nell'emanazione degli atti necessari preliminarmente (Hanau, 1997).

Le inadempienze del Ministero sarebbero già di per sé sufficienti a dare giustificazione alle Aziende che non hanno fatto nulla: il Ministero è stato categorico nel pretendere che le Aziende emanassero la carta entro ottobre 1995, nonostante i quattro mesi di tempo concesso comprendessero il periodo estivo, ma le Linee guida n.2/95, per l'attuazione della carta, sono apparse sulla Gu soltanto il 31.8.1995; chi avesse preso l'iniziativa di adottare la carta secondo lo Schema di riferimento, apparso sulla Gazzetta ufficiale del 31.5.1995, avrebbe imboccato una strada sicuramente poco corretta e meno produttiva di quella indicata suc-

cessivamente nelle Linee guida. La stampa aveva enfatizzato proprio gli aspetti più deboli dello Schema generale di riferimento della carta: la penale che l'Azienda avrebbe pagato al cittadino insoddisfatto e quella che il cittadino avrebbe dovuto pagare all'Azienda nel caso avesse rinunciato a conoscere l'esito dell'esame: in un caso e nell'altro si sarebbe trattato di misure inadeguate e giuridicamente non realizzabili.

Inoltre soltanto un anno e mezzo più tardi, con il Decreto del Presidente della Repubblica del 14.1.1997 pubblicato sulla Gu del 20.2.1997, il Governo centrale ha adempiuto al suo primario dovere istituzionale, quello di stabilire i requisiti minimi garantiti a tutti gli italiani, lo "zoccolo duro" sul quale le Regioni e le Aziende possono costruire con le Carte dei servizi situazioni migliorative, senza mai scendere sotto il livello minimo che corrisponde al diritto di cittadinanza sanitaria (Hanau, 1996).

Alla scadenza del termine di metà ottobre 1995 ben poche erano le Aziende sanitarie in regola, ed a parte rarissime eccezioni, costituite da quelle Aziende che da tempo lavoravano su questi temi, tutte le rare adempienti lo erano soltanto formalmente, avendo operato una semplice trascrizione in delibera dello Schema di riferimento ministeriale. Infatti anche soltanto per comporre una semplice "guida" ai servizi esistenti, che rappresenta la parte iniziale, necessaria ma non sufficiente, della carta dei servizi, occorrono molti mesi di lavoro di ricognizione. L'informazione deve poi essere trasmessa ai cittadini, affinché si possa innescare il meccanismo della partecipazione, con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni interessate, al fine di individuare le mete privilegiate dell'azione di miglioramento, che vanno ben oltre la compilazione di una guida.

Al 31 luglio 1996, secondo un'indagine svolta dal Ministero della Sanità (1997) mediante questionari autocompilati dalla quasi totalità (299) delle 310 Aziende sanitarie, 190 risultavano avere adottata una carta, 66 avere deliberato il procedimento di adozione, con iniziative in atto, 15 senza iniziative in atto e infine 25 risultavano effettuare iniziative in tal senso pur senza aver deliberato formalmente. Circa la metà delle Aziende (142) non avevano indicato alcun requisito minimo garantito, facendo venire meno quella che è la vera essenza della Carta dei servizi. Le restanti avevano indicato i requisiti, ma soltanto 63 di queste avevano proceduto a verifiche reali (anche solo parziali); infine soltanto 32 Aziende avevano operato azioni di miglioramento a seguito delle verifiche stesse. Il livello di pubblicizzazione delle Carte è basso in 45 casi, medio in 65, alto in 33 Aziende; per il resto è nullo. La conferenza dei servizi, disposta come modalità di partecipazione dei cittadini a questo processo, era stata svolta soltanto in 34 Aziende. Questi dati contrastano con la capacità di istituire un ufficio relazioni col pubblico, che era presente in 240 Aziende alla stessa data di riferimento.

Non a caso due terzi delle Aziende formalmente in regola con la approvazione della carta-fotocopia dello Schema di riferimento ancora oggi non hanno ancora attivato il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini. Queste carte sono "ottriate", cioè sono concesse dall'alto della Direzione Generale, che spesso ha evitato di fissare i requisiti minimi di confortevolezza, di umanizzazione, di personalizzazione ed i limiti massimi di attesa in lista che dovrebbero essere garantiti dalla carta a tutti gli utenti che oggi varcano le soglie dei presidi sanitari di quell'Azienda specifica; non contengono neppure i precisi impegni che l'Azienda deve assumersi per migliorare i punti più dolenti, entro determinati tempi. In breve, si tratta spesso di carte di carta, che dimostrano la capacità della burocrazia di assumere tutto e tutto digerire, senza cambiare la sostanza.

Sembra agire più correttamente il gruppo di Aziende che hanno innescato un processo tendente all'adozione di una carta dei servizi. Si è effettuata una rilevazione dell'esistente, per compilare la parte della carta definita "guida", oppure per aggiornarla, nel caso ve ne fosse già una vecchia. Questo processo coinvolge soprattutto la parte aziendale, che raccoglie informazioni esistenti presso gli uffici ed i servizi, sulle attrezzature, sul personale, sui percorsi di accesso e le liste di attesa, utilizzando le banche dati dei centri di prenotazione; si deve inoltre classificare sistematicamente i segnali di disservizio, i reclami pervenuti alla direzione, perchè possano essere utili al cambiamento.

Contemporaneamente è necessario che si attivi la partecipazione democratica dei cittadini e delle associazioni interessate, perchè la carta non può limitarsi alla ricognizione dell'esistente ed all'informazione tramite una "guida", ma rappresenta un impegno per il raggiungimento di alcuni obiettivi, che devono essere fissati con la partecipazione democratica dei cittadini.

Gli stessi cittadini potranno collaborare attivamente per la verifica sul campo dei dati raccolti presso gli uffici, che spesso sono discordanti: ad esempio quello che sulle carte dell'ufficio tecnico era indicato come uno spazio a disposizione degli utenti potrebbe essere stato trasformato in un deposito di materiale. Anche gli indicatori di qualità dalla parte degli utenti proposti a livello nazionale devono essere testati e implementati a seconda delle esigenze locali, da parte dei cittadini. In particolare le associazioni per la tutela dei malati saranno in grado di offrire il loro fattivo apporto, sulla base della conoscenza dei problemi dei malati e delle loro segnalazioni di disservizio.

L'art.14 del decreto legislativo n.502/92 prevede esplicitamente la partecipazione democratica, che si aggiunge alla generica facoltà di indirizzo che i Comuni mantengono sulle Aziende Usl. La Commissione conciliativa suggerita nel primo Schema di riferimento ministeriale del maggio 1995 non è lo strumento idoneo per realizzarla, perchè troppo ristretta sia come composizione che come ambito di competenza; infatti le organizzazioni che possono e vogliono collabora-

re sono, per fortuna, molte: alle associazioni per la tutela dei malati in genere si aggiungono quelle dei malati di specifiche patologie croniche e invalidanti, i sindacati dei pensionati dipendenti ed autonomi ed altre forme di volontariato e di associazioni senza fini di lucro. Tutti questi soggetti possono essere chiamati in un organo consultivo dell'Azienda sanitaria per rappresentare sia gli iscritti che la generalità degli utenti. La competenza di questo organo non può limitarsi ad un tentativo di conciliazione delle liti insorte fra utenti ed operatori, anche perchè non può darsi alcuna conciliazione per le mancanze dei dipendenti, i quali incorrono nel procedimento disciplinare indipendentemente dalla volontà della parte lesa. Infine la ristrettezza della rappresentanza degli interessi degli utenti nella commissione conciliativa rischia di incentivare un monopolio del controllo da parte di qualche associazione od organizzazione, che spesso mostra di avere interessi anche economici di parte a organizzare le rilevazioni di qualità: non si deve dimenticare che l'associazionismo può perseguire legittimamente lo scopo di dare un lavoro retribuito ai propri dirigenti ed ai propri associati, e che le associazioni, pur senza fini di lucro, sono tuttavia molto sensibili al fatturato, che si traduce in legittime retribuzioni per chi lavora. Soltanto le associazioni di volontariato sono esenti da tali preoccupazioni.

Perciò si ritiene che tutte le Aziende possano utilmente dare vita ad organismi consultivi ampi, del tipo di quelli già sperimentati in Emilia Romagna con la denominazione di Comitati Misti Consultivi, che sono in grado di favorire una corretta maturazione del processo di formazione della carte dei servizi sanitari. In questa regione i Comitati sono resi obbligatori per gli art. 15 e 16 della legge regionale n.19/1994; le Aziende delle altre Regioni, che conservano la più ampia potestà regolamentare, possono scegliere questo modello come più aderente alle esigenze di partecipazione rispetto a quello suggerito dallo Schema generale di riferimento ministeriale, che, come dice la denominazione stessa, non è assolutamente vincolante.

I Comitati, che nel loro primo anno di vita hanno approvato e sperimentato il regolamento,

hanno effettuato visite dirette nei reparti e nei servizi, hanno fatto precise proposte per il miglioramento della qualità, hanno affrontato problemi generali come quelli della psichiatria, delle malattie croniche invalidanti, dell'assistenza domiciliare integrata.

Molte decine di associazioni si sono impegnate ad eseguire questo lungo e paziente lavoro; insieme ai componenti dei Comitati Consultivi Misti nominati dall'Azienda hanno prestato la loro opera centinaia di volontari, che costituiscono la parte preponderante dei Comitati stessi.

Infine i Comitati sono giustamente presenti nel processo di certificazione e di accreditamento, iniziato a livello di apposite commissioni regionali, in quanto

abilitati a dare un giudizio sulla qualità delle cure dalla parte degli utenti, necessario complemento alla verifica ed al controllo di qualità effettuato dalla parte dei tecnici.

I Comitati restano comunque consultivi, e non si deve pretendere che entrino in cogestione con il Direttore generale. Per questo il numero dei votanti e dei partecipanti non ha grande rilevanza: quel che conta è l'autorevolezza e la ragionevolezza del parere espresso, che poi non spetta al Comitato di far eseguire.

Ovviamente può essere frustrante emettere pareri dei quali l'amministrazione attiva non tiene conto, e se questo dovesse divenire la regola la partecipazione ai Comitati verrebbe meno. Tuttavia è opportuno ricordare che il Comitato è un organo aziendale, che non può e non deve entrare in vertenza con l'azienda: questo è semmai il compito delle associazioni e dei sindacati pensionati, che non perdono la loro individualità partecipando al comitato, e che possono, come già avviene oggi, aprire vertenze con l'Azienda sanitaria.

È ancora presto per trarre conclusioni sull'attività dei Comitati Consultivi Misti, tuttavia sono state poste alcune importanti premesse, quali la collaborazione fra i rappresentanti delle varie associazioni (che per la prima volta siedono ad un comune tavolo di lavoro) e fra i rappresentanti dell'Azienda e quelli dei cittadini.

Già da tempo in tutto il mondo viene posta sempre più attenzione all'empowerment dei consumatori, cioè al processo progressivo di consapevolezza e di aumento del potere decisionale degli utenti sui quali si focalizza oggi l'attenzione dei servizi sanitari. La costituzione dei Comitati consultivi misti rappresenta un primo importante passo che le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere hanno compiuto in questa direzione, in quanto riconosce al cittadino, oltre al diritto di essere tutelato ed ascoltato per le proprie esigenze individuali, il diritto/dovere di partecipare alle scelte, orientando gli indirizzi strategici aziendali. Sembra pertanto possibile che le Carte dei servizi, la cui attuazione viene controllata dai Ccm., possano rappresentare un valido strumento per fare uscire l'Azienda sanitaria dalla situazione di autoreferenzialità e per meglio rispondere alle esigenze dei cittadini.

## SELEZIONE BIBLIOGRAFICA SULLE CARTE DEI SERVIZI PUBBLICI

### MATERIALI GENERALI

- AA.VV., *Carta dei servizi: standard di qualità «nero su bianco»*, «Il Sole 24 ore» del 5/08/1996.
- AA.VV., *Le carte dei servizi*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 3/1994, Il Mulino, Bologna.
- Assemblea nazionale del Co.Di.Ci. sulle Carte dei Servizi, *I cittadini e le carte dei servizi*, in «Diritti e solidarietà», n. 16/1995.
- Cadeo R., Cherchi A., *Burocrazia: l'atlante degli squilibri*, «Il Sole 24 ore» del 2/9/1996.
- Calandi S., *La Carta dei servizi, uno strumento per il cittadino*, in «Assistenza e Soccorso», supplemento al n. 21/95 di «Report».
- Cento progetti al servizio dei cittadini*, in «Autonomie locali e servizi sociali», n. 1/1996.
- Chiavario M., *Vana la tutela del minore se è scritta solo sulle carte*, «Il Sole 24 ore» del 2/12/1995.
- Dipartimento Funzione Pubblica/Presidenza Consiglio dei Ministri, «Il giornale della carta dei servizi» periodico, Roma.
- La carta dei servizi*, Documenti di «Qualità-Equità», n.1/1996.
- Manganozzi G.P., *La carta è servita*, «Rivista del volontariato», n. 6/1996
- Massaro M., *Sanità e scuola in primo piano nella domanda di servizi efficienti*, «Il Sole 24 ore» del 1/12/1995.
- Massaro M., *Servizi pubblici: le Carte banco di prova della qualità*, «Il Sole 24 ore» del 2/12/1995.
- Pinchera M., *La problematica della carta dei servizi nell'esperienza europea: La carta dei servizi pubblici per la qualità urbana*, atti convegno nazionale Cispel, Firenze 30/11-1/12/95.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica (1993), *Carta dei servizi pubblici*, Roma.
- Rao F., a cura di (1993), *Responsabilità, partecipazione, trasparenza*, Fondazione «E. Zancan», Padova.

- Rogari M., *Quella trasparenza che non c'è*, Viaggio nella pubblica amministrazione/3, «Il Sole 24 ore» del 4/1/1996.
- Ruffini R. (1995), *Esperienze europee per la definizione di uno schema quadro di carta dei servizi*, in «Modelli di riferimento per lo sviluppo di imprese di servizi pubblici locali», Ciriect, Milano, settembre.
- Solito A. (1997), *La carta dei servizi. Non corre ma cammina*, «Panorama della Sanità», n. 15 del 2.5.1997

## MATERIALI SPECIFICI

### Sanità

- AA.VV., *Il consenso informato come inalienabile diritto del malato*, in «Diritti e Solidarietà», n. 5/1993.
- AA.VV., *Monografia sulla sanità*, «L'Assistenza Sociale», n.2/1997.
- AA.VV., *Il consenso informato come inalienabile diritto del malato*, «Diritti e Solidarietà», n.5/1993.
- Acli (1991), *L'immagine sociale della sanità in Italia, utenti ed operatori dei servizi a confronto*, Roma.
- Annunziata A., *La Carta dei servizi pubblici sanitari*, in «L'Operatore sanitario», n. 1/1996.
- Ardigò A. (1997), *La qualità del servizio sanitario come percepita dall'utente*, in: Trabucchi M. (a cura di), *Rapporto sanità 1997*, Il Mulino, Bologna.
- Baronti P., *Il rapporto di lavoro dei medici ospedalieri*, in «Prospettive sociali e sanitarie», n. 1/1995.
- Bert G. et al. (1976), *I diritti del malato*, Feltrinelli, Milano.
- Borgenhammar E. (1996), *Carta dei diritti del malato e dei servizi sanitari*, in Atti dell'incontro di studio europeo: «Quale tutela legale e sociale a favore degli anziani non autosufficienti?», Fondazione Finney-Commissione dell'Unione Europea, Roma, 19-22/6/1996.
- Bosio A. (1996), *Rapporto sulla qualità percepita dei servizi sanitari in Italia*, in Trabucchi M. (a cura di), *I cittadini e il sistema sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna.
- Carli M., *Gli obiettivi del programma*, in «Salute e Territorio», n. 98/1996.
- Ce.R.Fe., a cura di (1992), *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel servizio sanitario nazionale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Ciotti L., *Organizzare le speranze*, Dossier Nuovomondo, n.1/1996.
- Comune di Bologna, Plico, supplemento al n. 4/1989, Bologna.
- Craig G. (1996), *Origini, finalità ed esperienze della carta dei diritti del cittadino*, in: Atti dell'incontro di studio europeo: «Quale tutela legale e sociale a

- favore degli anziani non autosufficienti?», Fondazione Finney-Commissione dell'Unione Europea, Roma.
- Domenighetti G.F. (1994), *Il mercato della salute*, CIC, ed. Internaz. Roma.
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria*, N.I.S., Roma.
- Donabedian A. (1996), *La quality assurance nella sanità*, in: *La qualità dell'assistenza*, monografia di Salute e Territorio, n.99.
- Eurisko (1996), Convegno Fondazione Smith-Kline, Milano, 11/12/1996, in stampa.
- Hanau C., a cura di (1980), *La nostra salute*, La Nuova Italia, Firenze.
- Hanau C., *La precarietà dello Stato del Benessere*, in «Salute e Territorio», n. 94-95/1996.
- Hanau C., Strada G., *La normativa sui diritti del malato*, in Rossanda M., Peretti I., a cura di, *Il bene salute tra politica e società*, «Democrazia e Diritto», suppl. al n. 6/1988.
- Hanau C., *Un tribunale per i diritti del malato*, Regione Emilia-Romagna, n. 1-2/1984.
- Hanau C., *E che vuol dire standard?*, in «Panorama della sanità», n. 15/1996.
- Hanau C., *Quando la fretta produce danni*, in «Panorama della sanità», n. 2/1996.
- Hanau C. e F. Prandi, *La carta dei servizi*, monografia «Salute e Territorio», n.98/1996.
- Hanau C. (1996), *Economia, programmazione sanitaria ed etica pubblica*, in: Bompiani A.(a cura di), *Bioetica in medicina*, C.I.C. Edizioni Internazionali, Roma.
- Hanau C. (1997), *Le carte dei diritti del malato*, in: Geddes M. e Berlinguer G. (a cura di), *La salute in Italia, rapporto 1997*, EDS, Roma.
- Istat, *La parola agli utenti*, in «Panorama della Sanità», n. 21/1996, p. 20.
- Lo Schiavo L., *La carta dei servizi: un'occasione di cambiamento organizzativo*, in «Prospettive sociali e sanitarie», n. 6/1995.
- Martellotti E.(a cura di), *Un patto per il futuro*, in «L'Infermiere», n. 2/1996.
- Ministero della Sanità, *L'adozione della carta dei servizi*, in «Panorama della Sanità», n. 15/97.
- Ministero della Sanità (1995), *Primo rapporto sullo stato di attuazione della carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale*, Roma.
- Ministero della Sanità (1997), *Rapporto nazionale di valutazione sul programma di attuazione della carta nel servizio sanitario nazionale*, Centro Stampa S.I.S., Roma.
- Perraro F. (1997), *Qualità dell'assistenza sanitaria: metodologie di valutazione e di miglioramento*, in: Trabucchi M. (a cura di), *Rapporto sanità 1997*, Il Mulino, Bologna.

- Perraro F., *L'informazione nel mondo della salute*, in «Panorama della Sanità-Quaderni», n. 1/1996.
- Petrangolini T., *Chi rispetta e chi no i diritti del malato*, intervento ripreso da SIR, n. 43/1996.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Carta dei servizi pubblici sanitari*, Dpcm del 19.5.95, stralci pubblicati in: «Prospettive sociali e sanitarie», n. 12 e 13/1995.
- Ranalletta D. (1995), *Tribunale per i diritti del malato e bioetica*, Bompiani A., a cura di, Bioetica in medicina, CIC ed. Internazionali, Roma, pp. 383-390.
- Rescigno P. (1996), *Intervento all'Incontro di studio europeo*, «Quale tutela legale e sociale a favore degli anziani non autosufficienti?», Fondazione Finney-Commissione dell'Unione Europea, Roma, 19-22/6/1996.
- Russo P., *Il servizio sanitario nazionale si dà i voti, per migliorare*, in «ASI», n. 22/1996.
- Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Attuazione della carta dei servizi nel contesto sanitario nazionale*, Linee Guida n. 2/1995, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 16/1995.
- Sironi G., *La carta dei servizi sanitari, il rapporto tra cittadini ed enti*, in «La Nostra Famiglia», n. 4/1995.
- Tribunale per i diritti del malato, *Lo stato di attuazione delle carte dei servizi*, in «Mondo Sanitario», luglio 1996.
- Turno R., *Operazione carta dei servizi: le Usl promettono più qualità*, «Il Sole 24 ore» del 1.7.1996.
- Vanara F. (1997), *Requisiti minimi e accreditamento nel processo di riordino del SSN*. Centro Stampa S.I.S., Ministero della Sanità, Roma.
- Verdecchia G. (1996), *Lo stato di attuazione delle carte dei servizi*, in Atti dell'incontro di studio europeo: «Quale tutela legale e sociale a favore degli anziani non autosufficienti?», Fondazione Finney-Commissione dell'Unione Europea, Roma, 19-22/6/1996.
- Verdecchia G., *Problema o opportunità per le nuove aziende?*, in «Panorama della sanità», n. 6/1996.
- Verdecchia G., *Un percorso centrato sulla qualità del servizio*, in «Panorama della Sanità», n. 2/1996.

#### Scuola

- Amorotti B., *Uno stato sempre più trasparente*, in «La Tecnica della scuola», n. 4/1994

- Aquilina A., *Conto alla rovescia per la redazione della carta dei servizi dei singoli istituti*, in «La Tecnica della scuola», n. 3/1995, Carta dei servizi e Pei del convitto nazionale «Maria Luigia», stampato in proprio, Parma, ottobre 1995.
- Auriemma S., Tirittico M. (1995), *Carta dei servizi & progetto di istituto*, ed. Tecnodid, Napoli.
- Bertagna G., *La funzione della carta dei servizi*, in «Famiglia cristiana», n. 1/1996.
- Carta dei servizi scolastici, disposizioni normative*, in «La Tecnica della scuola», n. 24/1995.
- Carta dei servizi scolastici: Dpcm 7/6/1995*, in «Notizie della scuola», dossier, n. 1/1995.
- Carta dei servizi, il dibattito continua*, in «Scuola Insieme» - dossier, n. 4/1996.
- di Falco A.M., Virzi C., *Punto per punto come compilare la carta dei servizi*, in «Scuola Insieme», n. 3/1996.
- Faiella M.G., *La carta, così com'è, è insufficiente*, in «Tuttoscuola», n. 358/1996.
- Girgenti D., *Meno del 3% delle scuole ha adottato la carta dei servizi*, in «La Tecnica della scuola», n. 15/1996.
- Il parere del Consiglio Nazionale della Pubblica Istruzione sulla carta dei servizi (seduta del 30/11/1995, parere del 1/12/1995 prot. 12425), in «La Tecnica della scuola», n. 12/1996.
- Lenzi E., *Debutto rinviato, ma i problemi restano*, in «Tuttoscuola», n. 356/1995.
- Lenzi E., *Carta dei servizi a passo di lumaca*, in «Tuttoscuola», n. 361/1996.
- Ministero della Pubblica Istruzione Rai Radio Televisione Italiana, *Un patto di qualità con i ragazzi: la carta dei servizi*, fascicolo di 62 pagine e VHS di 60.
- Nocera S., *Gli alunni disabili nella carta dei servizi della scuola*, in «Risposte», 1996.
- Semplificazione procedimenti amministrativi*, in «Scuola: la carta dei servizi» Rassegna dell'istruzione, n. 3-4/1995
- Virzi C., *Carta dei servizi: perché no?*, in «La Tecnica della scuola», n. 12/1996.

## *Energia*

*La Carta dei servizi Enel*, pagine promozionali dell'ente nazionale sui mezzi di comunicazione.

#### *Previdenza e assistenza*

Forestieri M., *Uno strumento in più per la difesa dei diritti sociali: la valutazione*, comunicazione al seminario internazionale sui diritti sociali, Lisbona, maggio 1995.

*La carta dei servizi per le farmacie*, in «ASI», n. 18/1996.

Lo Schiavo L., *Welfare: orientamento dell'utente e lotta all'esclusione*, in «Prospettive sociali e sanitarie», n. 21-22/1995 (testo valido anche per una comparazione a livello europeo).

Ragaini C., *Una carta dei diritti a servizio degli anziani*, in «Famiglia Cristiana», n. 7/1996.

Rogari M., *La carta dei servizi adottata anche dagli enti previdenziali*, «Il Sole 24 ore», 8 dicembre 1995.

#### *Poste e telegrafi*

Cadeo R. (a cura di), *In posta la carta dei buoni propositi*, «Il Sole 24 ore», 4/12/1995.

#### *Trasporti*

*Carta dei servizi: chiarezza del contratto fra le aziende dei servizi pubblici ed i loro clienti*, atti del seminario Cispel-Emilia Romagna, Bologna, 8 settembre 1994.

Cispel, *Europa: concorrenza e servizio pubblico*, Centro europeo delle imprese a partecipazione pubblica, Milano, 2 febbraio 1995.

## SUMMARY

In these days Italian newspapers report the deep dissatisfaction of the North-Eastern area of Italy. This condition is not limited to the North but it invades the whole nation: particularly, it tends to go against all institutions.

Dissatisfaction and grudge are rooted in the rapid development of society derived from the discoveries of science and technology.

Compared to this development, institutions change very slowly because, in a democratic system, they need to obtain popular consensus: at the end, they always arrive later than the evolution of society.

This gap between institutions and society breeds uneasiness, disagreement, intolerance among citizens and, sometimes, it may produce mistrust and even rebellion.

The issuing of the «Charts of services» represents a way to translate the recent and innovative laws into the daily life of people. But their issuing requires the collaboration and participation of citizens together with the engagement of politicians, managers and professionals of public administration.

The focus of participation lies in the word «solidarity», that is the firm commitment to working for the common well-being.

The present issue of «Servizi sociali» represents a contribution to people working in this area.

*Collana «Documentazioni sui servizi sociali»*

- n. 47 **LA SUPERVISIONE RITROVATA**  
**Materiali per la formazione**  
**L. Anfossi, E. Fiorentino Busnelli, G. Piazza, 1997**  
Fondazione E. Zancan, Padova, pagg. 112, L. 20.000

- n. 48 **INFORMARE I CITTADINI. RELAZIONI CON IL PUBBLICO, NUOVE TECNOLOGIE E SERVIZI**  
**a cura di M. Diomede Canevini, 1997**  
Fondazione E. Zancan, Padova, pagg. 145, L. 24.000

*Collana «Scienze sociali e servizi sociali»*

- n. 28 **LE FRONTIERE DEL SOCIALE**  
**Secondo Rapporto**  
**a cura di G. Sarpellon e T. Vecchiato, 1997**  
Fondazione E. Zancan, Padova, pagg. 204, L. 25.000

- n. 29 **AZIENDE, LEGGENDE E STRATEGIE**  
**GRUPPI DI LAVORO E SERVIZI ALLE PERSONE**  
**a cura di Tiziano Vecchiato, 1997**  
Fondazione E. Zancan, Padova, pagg. 268, L. 35.000

## ABBIAMO RICEVUTO

Antognetti P. (1996), *L'arte di vivere a lungo. Per ringiovanire, per non invecchiare, per vivere meglio*, Edizioni Mediterranee, Roma.

Borzaga C. (1996), *Terzo settore e occupazione: un'analisi critica del dibattito*, Working Paper Issan, Università degli Studi di Trento.

CE.R.FE, a cura di (1992), *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

C.N.C.A. (1997), *Annunciare la carità vivere la speranza*, Comunità Edizioni, Capodarco di Fermo (AP).

Con. Coord. Settore Gioventù (1996), *Missione Alphaville. La valutazione dei progetti di prevenzione*, Città di Torino.

Donzelli A. (1997), *Sistemi sanitari a confronto*, ed. Franco Angeli, Milano.

Fondazione Finney (1996), *Quale tutela legale e sociale a favore degli anziani non autosufficienti? La società degli anziani e i diritti della persona*, Fondazione Finney, Roma.

Imprenditorialità giovanile, a cura di (1996), *Lessico dell'impresa sociale. Percorsi gestionali e di sviluppo*, Gruppo Abele, Torino.

Istituto Italiano per gli Studi Cooperativi Luigi Luzzati (1996), *Sussidio didattico per la promozione cooperativa nell'ambito scolastico e della formazione professionale*.

Maiocchi A., Riva M.G. (1996), *Ragazzi, lavoro, salute. Percorsi e strumenti di servizio alla persona per giovani apprendisti*, F. Angeli, Milano.

Martini M.E. (1997), *Anche in politica cristiani esigenti*, Maria Pacini Fazzi Editore, Lucca.

Musella M. (1996), *Sviluppo del terzo settore e disoccupazione nel Mezzogiorno*, Working Paper Issan, Università degli Studi di Trento.

Nucleo di valutazione della spesa previdenziale (1997), *La valutazione della spesa previdenziale: uno strumento per la identificazione e raggiungibilità degli obiettivi di sistema*, Ministero del lavoro e della spesa previdenziale, Roma.

Osservatorio permanente sui giovani e l'alcool (1997), *Young people and alcohol between school and work*, Edizioni Logica, Roma.

Prelec Paccagnella M., Paccagnella M. (1997), *Prevenzione delle cadute e promozione della salute di adulti e anziani*, F. Angeli, Milano.

Regione Emilia-Romagna, Azienda ospedaliera di Modena (1997), *I tumori in Emilia-Romagna*.

Regione Emilia-Romagna, CDS Aziende Usl Città di Bologna e Ravenna, Agenzia sanitaria regionale (1997), *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*.

Regione Emilia-Romagna, CDS Aziende Usl Città di Bologna e Ravenna, Agenzia sanitaria regionale (1997), *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*.

Taccani P., Tramma S., Barbieri Dotti A. (1997), *Gli anziani nelle strutture residenziali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Tagliaventi M.T., Piccinini R. (1996), *Crescite parallele. Una ricerca con preadolescenti e genitori al Pilastro*, Nuova Tempi Stretti, Bologna.

Traniello F., Campanini G. (1997), *Dizionario storico del movimento cattolico. Aggiornamento 1980 - 1995*, Marietti, Genova.

Ulss n. 4-Unità controllo di gestione, a cura di (1997), *Budget. Il budget per medico di base e per distretto socio-sanitario*, Ulss 4 Alto Vicentino-Regione del Veneto, Cariverona

Zini M.T., Miodini S. (1997), *Il colloquio di aiuto. Teoria e pratica nel servizio sociale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.



## ATTIVITÀ FORMATIVA 1997

### ***Seminari e corsi di formazione***

MINORI EXTRACOMUNITARI: INTERVENTI E RESPONSABILITÀ DEI SERVIZI SOCIALI, SANITARI, EDUCATIVI, GIUDIZIARI  
Malosco (Tn), 6-12/7/1997

STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE E OPERATIVA: PROTOCOLLI, ACCORDI E CONTRATTI DI PROGRAMMA, CONVENZIONI, ACCREDITAMENTO  
Malosco (Tn), 20-26/7/1997

DI NUOVO INSIEME: QUALI OPPORTUNITÀ DAI SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA  
Malosco (Tn), 24-30/8/1997

IL LAVORO DI STRADA: ESPERIENZE, MODELLI, CONDIZIONI DI EFFICACIA  
Malosco (Tn), 7-13/9/1997

I SERVIZI PER LA FAMIGLIA: ORGANIZZAZIONE, COSTI, RESPONSABILITÀ  
Malosco (Tn), 14-20/9/1997

CORSO SUL LAVORO PER PROGETTI			
I modulo	4-5/04/1997	IV modulo	12-13/09/1997
II modulo	9-10/05/1997	V modulo	24-25/10/1997
III modulo	6-7/06/1997	VI modulo	12-13/12/1997

### ***Corsi di perfezionamento***

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI - IV EDIZIONE

I modulo 18-19-20 marzo 1997	III modulo 1-2-3 settembre 1997
II modulo 6-7-8 maggio 1997	IV modulo 19-20-21 novembre 1997

GRUPPI DI LAVORO: RESPONSABILITÀ, RELAZIONI, COORDINAMENTO - II EDIZIONE

I modulo 4-5-6 settembre 1997	III modulo 4-5-6 febbraio 1998
II modulo 26-27-28 novembre 1997	IV modulo 22-23-24 aprile 1998

### ***Condizioni di partecipazione***

- ❖ I seminari di formazione si svolgono a Malosco (Tn) presso il Centro Studi della Fondazione. I corsi si svolgono in parte a Padova, in parte in altre sedi.
- ❖ Quote di iscrizione ai *seminari*: **enti pubblici L. 1.000.000; privati L. 800.000 + Iva 19%.**
- ❖ Quote di iscrizione ai *corsi*: **enti pubblici L. 2.700.000; privati L. 2.200.000 + Iva 19%.**

☎ **SEGRETERIA:** Fondazione «E. Zancan» - Via Vescovado, 66 - 35141 Padova - Tel. 049/663800 - Fax 049/663013 - E-mail: zancan@mbox.vol.it.

## **ABBONAMENTI 1997**

### **SERVIZI SOCIALI**

*Informazioni e documentazioni su corsi, studi e ricerche  
bimestrale della Fondazione E. Zancan*

**L. 60.000**

### **POLITICHE SOCIALI**

*bimestrale del Centro di analisi e documentazione  
sulle politiche sociali per la tutela dei soggetti deboli*

**L. 60.000**

### **SERVIZI SOCIALI + POLITICHE SOCIALI**

**L. 100.000**

c/c postale n. 12106357  
Centro studi e formazione sociale Fondazione E. Zancan  
Via Vescovado, 66 - 35141 Padova  
Tel. 049/663800 - fax 049/663013

**CENTRO STUDI E FORMAZIONE SOCIALE EMANUELA ZANCAN**  
**35141 PADOVA - Via Vescovado, 66 - tel. 049/663800 - fax 049/663013**

*Pubblicazioni disponibili*

**COLLANA «DOCUMENTAZIONI SUI SERVIZI SOCIALI»**

- |  |            |
|--|------------|
| 15. <b>Formazione degli assistenti sociali: realtà e tendenze. Analisi di un gruppo di scuole di servizio sociale</b><br>a cura di L. Ajello - A. Ganci - M. Ponticelli - T. Sgorbati (1977)                   | L. 12.000  |
| 17. <b>Prospettive e ipotesi per lo sviluppo delle comunità territoriali: partecipazione e informazione</b><br>AA.VV. (1977)   | L. 15.000  |
| 18. <b>Il Distretto di base nell'unità locale dei servizi</b><br>a cura di C. Trevisan (1978)  | L. 18.000  |
| 19. <b>Quelli che non contano. Materiali di studio sulla emarginazione</b><br>AA.VV. (1978)  | L. 18.000  |
| 21. <b>Famiglia e territorio: quale spazio per i minori?</b><br>G. Battistacci - C. Brutti - I. De Sandre - A.C. Moro - R. Scortegagna (1979)  | (esaurito) |
| 22. <b>Il volontariato nel quadro dei servizi sociali sul territorio</b><br>AA.VV. (1980)  | L. 15.000  |
| 23. <b>Handicappati e Unità locale. Risposta ai bisogni di prevenzione, di riabilitazione, di inserimento scolastico e lavorativo</b><br>AA.VV. (1981)   | L. 12.000  |
| 26. <b>Per un impiego alternativo del tempo libero giovanile</b><br>a cura di E. Bulturini (1983)  | L. 24.000  |
| 27. <b>Anziani: cambiamento culturale della loro immagine</b><br>a cura di V. Cremoncini - P. Taccani (1981)   | L. 10.000  |
| 28. <b>Inserimento lavorativo e sociale dei giovani handicappati: ruolo della cooperazione e del volontariato</b><br>AA.VV. (1985)   | L. 10.000  |
| 29. <b>La cooperazione nell'ambito dei servizi sociali</b><br>AA.VV. (1982)  | L. 18.000  |
| 32. <b>Protezione civile: enti locali e volontariato</b><br>F. Ruggiero - L. Nidito - A. Lovati - P. Lupo - F. Carloni e altri (1983)  | L. 12.000  |
| 33. <b>Le istituzioni e la comunità di fronte all'abuso di minore</b><br>G. Battistacci - E. Caffo - F. Gatti - U. Radaelli - D. Nasone - M.T. Tavassi (1983)  | L. 12.000  |
| 34. <b>Enti locali e volontariato per una educazione alla protezione civile. Obiettivi, contenuti e indicazioni metodologiche</b><br>AA.VV. (1984)   | L. 12.000  |
| 35. <b>Droga: operatori, orientamenti</b><br>AA.VV. (1984)   | L. 30.000  |
| 36. <b>L'abuso e la violenza all'infanzia</b><br>G. Battistacci - E. Caffo - G. Cattabeni - F. Vernò - M.T. Tavassi (1985)   | L. 12.000  |
| 37. <b>Dal ricovero all'affidamento: cambia una legge o una mentalità?</b><br>E. Busnelli - G. Cattabeni - L. Del Conte - G. Santone - A. Tonizzo (1985)   | L. 12.000  |
| 41. <b>L'assistenza domiciliare integrata: una alternativa al ricovero</b><br>a cura di M. Scassellati Galetti (1988)  | L. 25.000  |
| 42. <b>Giovani a Belluno</b><br>a cura di E. Pace (1993)   | L. 24.000  |
| 43. <b>Documentazione professionale e valutazione degli interventi</b><br>a cura di Milena Diomede Canevini (1993)   | L. 20.000  |
| 44. <b>Anziani: bisogni, servizi e progetti</b><br>L. Anfossi - F. Bausano - A. Boffelli - G. L. Chiavinato - M. Colombo - V. Cremoncini - G. Delpierre - C. Hanau - M. Ivaldo - V. Noto - A. Sacchetta (1994) | L. 30.000  |
| 45. <b>Il Distretto socio-sanitario. Esperienze formative e operative</b><br>a cura di Tiziano Vecchiato - Albert Tschager (1994)  | L. 30.000  |
| 46. <b>La prevenzione nel lavoro sociale con gli adolescenti</b><br>a cura di Tiziano Vecchiato (1994)   | L. 20.000  |
| 47. <b>La supervisione ritrovata. Materiali per la formazione</b><br>L. Anfossi, E. Fiorentino Busnelli, G. Piazza (1997)  | L. 20.000  |
| 48. <b>Informare i cittadini. Relazioni con il pubblico, nuove tecnologie e servizi</b><br>a cura di M. Diomede Canevini (1997)  | L. 25.000  |

**COLLANA «SCIENZE SOCIALI E SERVIZI SOCIALI»**

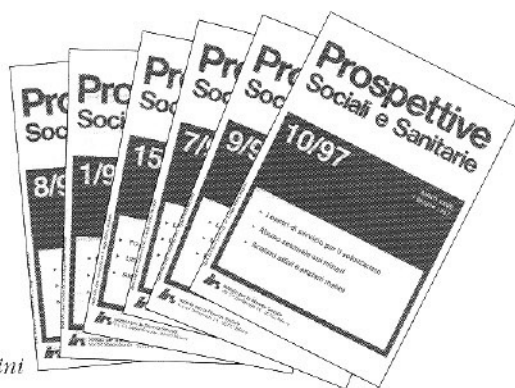
- |   |           |
|---|-----------|
| 1. <b>Teoria e pratica della pianificazione sociale</b><br>Alfred J. Kahn - traduz. italiana di E. Paglia Fasolo e M. Schenkel Leita (1973) | L. 30.000 |
|---|-----------|

2. <b>La programmazione di bilancio: aspetti e problemi</b> A. Chiancone (1974)	L. 12.000 (esaurito)
5. <b>Metodi di valutazione di programmi sociali</b> - L. Bernardi - T. Tripodi (1981)	
7. <b>Servizio sociale, sociologia, psicologia. Ripresa critica di un dibattito teorico</b> E. Bianchi - M. Dal Pra Ponticelli - I. De Sandre - E. Gius (1983)	L. 18.000
8. <b>Le Scuole di Servizio Sociale in Italia. Aspetti e momenti della loro storia</b> R. Bernocchi - M. Canevini - V. Cremoncini - F. Ferrario - L. Gazzaniga - M. Ponticelli (1984)	L. 30.000
9. <b>Guida alle tematiche di base della protezione civile (con allegate 40 schede)</b> A. Lovati (1984)	L. 24.000
10. <b>Aggiornamento schede bibliografiche sulla protezione civile</b> A. Lovati (a cura di) (1986)	L. 12.000
11. <b>Il rispetto delle persone nei servizi sociali e sanitari</b> AA.VV. (1986)	L. 15.000
12. <b>Minori - Un impegno per la comunità locale. La presa in carico da parte della comunità locale dei problemi dell'età evolutiva</b> - F. Vernò (a cura di) (1989)	(esaurito)
13. <b>Minori e giustizia</b> E. Busnelli e A. C. Moro (a cura di) (1990)	L. 25.000 (esaurito)
14. <b>Sistemi informativi, informatica e servizi sociali</b> - R. Bonfiglioli (a cura di) (1991)	
15. <b>Il terzo sistema: una nuova dimensione della complessità economica e sociale</b> C. Borzaga (a cura di) (1991)	L. 30.000
16. <b>L'integrazione metodologica e organizzativa nel distretto di base</b> F. Agli - E. Gallo - A. Lippi - C. Scapin (1991)	L. 30.000 (esaurito)
17. <b>La dirigenza nel nuovo sistema dei servizi socio-sanitari</b> - T. Vecchiato (1992)	
18. <b>Solidarietà e cultura di pace</b> M. Stabellini (a cura di) (1993)	L. 25.000
19. <b>Responsabilità, partecipazione e trasparenza</b> F. Rao (a cura di) (1993)	L. 25.000
20. <b>Le frontiere del sociale - Primo rapporto</b> G. Sarpellon e T. Vecchiato (a cura di) (1993)	L. 25.000
21. <b>Metodi di misurazione nelle attività di servizio sociale a contatto diretto con l'utenza</b> B.J. Blythe - T. Tripodi - E. Fasolo - F. Ongaro (1993)	L. 28.000
22. <b>Adolescenti: educazione e aggregazione</b> R. Maurizio (a cura di) (1994)	L. 38.000
23. <b>Tutela dei diritti sociali</b> M. Stabellini e P. De Stefani (a cura di) (1994)	L. 28.000
24. <b>Sviluppo equo e solidale</b> P. De Stefani e M. Stabellini (a cura di) (1995)	L. 30.000
25. <b>Le famiglie multiproblematiche non hanno solo problemi</b> E. Bianchi e F. Vernò (a cura di) (1995)	L. 25.000
26. <b>La valutazione dei servizi sociali e sanitari</b> T. Vecchiato (a cura di) (1995)	L. 35.000
27. <b>Azioni volontarie di protezione civile. Dalla frana al Vajont all'alluvione in Piemonte 1963-1994</b> A. Lovati (1995)	L. 28.000
28. <b>Le frontiere del sociale - II Rapporto (1997)</b> a cura di G. Sarpellon e T. Vecchiato	L. 25.000
29. <b>Aziende, leggende e strategie. Gruppi di lavoro e servizi alle persone (1997)</b> a cura di T. Vecchiato	L. 35.000

#### **COLLANA «NUOVA CULTURA DEI SERVIZI SOCIALI»**

curata dalla Fondazione «E. Zancan» e pubblicata dall'Editore Franco Angeli  
(Viale Monza, 106 - 20100 MILANO)

2. <b>Carcere e territorio. I nuovi rapporti promossi dalla legge Gozzini ed una analisi del trattamento dei tossicodipendenti sottoposti a controllo penale</b> a cura di A. Lovati, con contributi di: A. Bachelet - G. Biondi - M. Creuso - L. Daga - E. Damoli - M. Del Caro - B. Frediani - M. Gozzini - A. e M. Lovati - A. Monticone - F. Scalvini (1988)	L. 24.000
3. <b>Welfare state e politiche sociali in Italia</b> a cura di E. Ranci Ortigosa (1990)	L. 24.000
4. <b>Lavoro, emarginazione, impresa: la proposta cooperativa</b> a cura di F. Scalvini - C. Borzaga - G. Bussolati - M. Matucci - G. Ponti (1990)	L. 14.000
5. <b>Welfare state: teorie e metodologie di analisi</b> a cura di M. La Rosa (1990)	L. 22.000
6. <b>Una sperimentazione operativa e formativa nei servizi sociali e sanitari</b> a cura di V. Cremoncini (1993)	L. 36.000
7. <b>Storie di lavoro nel servizio sociale</b> a cura di E. Bianchi e M. Dal Pra Ponticelli (1994)	L. 26.000



#### **Direzione**

*Emanuele Ranci Ortigosa*

*Anna Rotondo*

*Maria Chiara Setti Bassanini*

**Prospettive Sociali e Sanitarie** è un quindicinale dell'IRS, istituto di ricerca in campo sociale ed economico, autorevole per competenza e indipendenza.

**Prospettive Sociali e Sanitarie** da ventisei anni offre informazione, aggiornamento, proposte e contributi critici nel campo delle politiche sociali e sanitarie.

Sulle pagine di **Prospettive Sociali e Sanitarie** si alternano analisi e ricerche interdisciplinari, esperienze significative, progetti innovativi, apporti metodologici, informazioni su seminari, corsi e convegni, notizie dell'ultima ora, recensioni, rassegne legislative.

#### **TARIFE DI ABBONAMENTO**

<i>Privati</i> .....	lire 68.000
<i>Enti pubblici ed enti privati</i> .....	lire 88.000
<i>Associazioni di Volontariato e Cooperative Sociali</i> .....	lire 80.000
<i>Gruppi con almeno sei persone, che sottoscrivono insieme</i> .....	lire 55.000 (per ciascuno)

Versamento su c/c postale numero **36973204**, intestato a **Prospettive Sociali e Sanitarie, Via XX Settembre 24, 20123 Milano**.

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre. In caso di abbonamento durante l'anno, verranno inviate le copie arretrate.

Per ulteriori informazioni telefonare allo 02/46764276

**SERVIZI SOCIALI. Informazioni e Documentazioni su corsi, studi e ricerche.**  
**Periodico bimestrale della Fondazione Zancan.**

**1979**

- n. 1 «La regione di fronte alle nuove competenze in materia di assistenza sociale» (*esaurito*).
- n. 2 «Il trasferimento delle I.P.A.B. ai Comuni: problemi e prospettive» (*esaurito*).
- n. 3 «L'integrazione tra "sociale" e "sanitario" ed il distretto di base» (*esaurito*).
- n. 4 «Il personale socio-sanitario degli enti scioiti o in via di scioglimento come risorsa per la politica locale dei servizi» (*esaurito*).

**1980**

- n. 1 «Prestazioni di base nel distretto socio-sanitario: dal vecchio assetto al nuovo sistema dell'U.L.» (*esaurito*).
- n. 2 «Comunità Montane e politica locale dei servizi».
- n. 3 «La risposta ai bisogni degli anziani nella nuova politica dell'U.L. e la loro partecipazione alla vita della comunità locale» (*esaurito*).
- n. 4 «Dopo il 616 e la 833: l'Unità locale di tutti i servizi».

**1981**

- n. 1 «Formazione permanente degli operatori sociali e lavoro sociale sul territorio: possibile ruolo delle Scuole di servizio sociale».
- n. 3 «Un profilo professionale per il coordinatore sociale delle USL - Veneto».
- n. 4 «Una proposta per l'ambito sociale nelle USL del Veneto. Dimensioni e fattori sociali della salute nella programmazione degli interventi».
- Suppl. al n. 4 «Documenti di seminari: Coordinamento ed integrazione dei servizi - Dimissioni dagli Ospedali Psichiatrici - Abuso del minore».

**1982**

- n. 1 «Il cittadino e la progettualità a livello di base. Una proposta formativa di educazione alla politica».
- n. 2 «A quattro anni dalla legge di riforma psichiatrica» - «Il progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva» (Documenti di seminari).
- n. 3 «Introduzione alla metodologia della programmazione». Esperienze di laboratori di formazione permanente.
- n. 4 «Adozione internazionale: promozione o abuso del minore?» (*esaurito*).

**1983**

- n. 1 «Il ruolo dell'Ufficio di Direzione nell'U.L.» - «Anziani, famiglia e comunità. Forme di sostegno alternative all'istituto» (Documenti di seminari).
- n. 2 «Quale formazione per i volontari?». Risultati di una ricerca nel Veneto. - «Quanti sono i non vedenti e in che situazione vivono? Risultati di una rilevazione nelle tre province maggiormente colpite dal sisma del 23-11-1980: Salerno, Avellino, Potenza».
- n. 3 «Coordinamento e integrazione nell'U.L.» - «Distretto di base, integrazione socio-sanitaria, ruolo degli operatori sociali» (Documenti di seminari) - «Relazioni seminari 1983».
- n. 4 «Obiettivi e funzioni del servizio sociale nella nuova organizzazione dei servizi territoriali» (*esaurito*).

**1984**

- n. 1 «L'assistente sociale nel Distretto di base: profilo funzionale e integrazione con le altre professionalità» (*esaurito*).
- n. 2 «Sistema informativo: ruolo del distretto di base».
- n. 3 «Adozione internazionale: esperienze, problemi, prospettive» (*esaurito*).
- n. 4 «Funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture tutelari e residenziali del territorio» (*esaurito*).

**1985**

- n. 1-2 «Medico, infermiere, assistente sociale, assistente domiciliare. Ruolo e integrazione delle professionalità nel Distretto di base» (*esaurito*).
- n. 3 «Osservazioni e proposte sulla attuazione della Riforma sanitaria».
- n. 4 «Il diritto dell'anziano non autosufficiente alla salute» e «Relazioni attività culturali 1985 della Fondazione» (*esaurito*).

**1986**

- n. 1 «Modello organizzativo dell'assistenza sociale a livello zonale e ruolo del coordinatore sociale».
- n. 2 «La valutazione dei programmi sociali nelle Usl».
- n. 3 «I giovani e il volontariato».
- n. 4 «Bisogni e risposte per l'età evolutiva» (*esaurito*).

**1987**

- n. 1-2 «La famiglia in rapporto al fenomeno droga».
- n. 3 «Dalle diverse adolescenze alla rete di interventi nel territorio» (*esaurito*).
- n. 4 «Note sulla legge finanziaria 1988 e indice per materie dei numeri pubblicati dal 1979 al 1987».

**1988**

- n. 1 «L'area del volontariato organizzato oggi: quali ruoli specifici fra istituzioni e società» (*esaurito*).
- n. 2 «I diritti negati degli anziani non autosufficienti» (*esaurito*).
- n. 3 «Immigrati dal terzo mondo: istituzioni pubbliche e private e volontariato dopo la legge 943/1986 sui lavoratori extracomunitari».
- Suppl. al n. 3 «Quale salute con quali servizi», osservazioni e riflessioni sul D.D.L. n. 1942 del 24 novembre 1987 «Modifiche all'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale» (*esaurito*).
- n. 4 «1) I progetti adolescenti: una lettura della dimensione educativa. 2) organi di protezione del minore: come sono e come dovrebbero essere» (*esaurito*).

#### 1989

- n. 1 «La quarta età. Esigenze della vecchiaia avanzata ed ipotesi di intervento - I» (*esaurito*).
- n. 2 «La quarta età. Esigenze della vecchiaia avanzata ed ipotesi di intervento - II» (*esaurito*).
- n. 3 «Ideologie e filosofie sottostanti alle differenti metodologie e ai relativi programmi d'intervento per tossicodipendenti».
- n. 4 «Osservazioni e proposte per la riforma dell'assistenza» (*esaurito*).
- n. 5-6 «Il Distretto di base. Un confronto tra modelli ed esperienze».

#### 1990

- n. 1 «Istituzioni, servizi e volontariato di fronte ai problemi dei malati nella fase finale della vita» (*esaurito*).
- n. 2 «Programmazione e valutazione nella politica sociale» (*esaurito*).
- n. 3 «Formazione e servizi sociali».
- n. 4 «Rischio disagio e devianza nell'adolescenza. Promozione della comunità locale nelle politiche giovanili» (*esaurito*).
- n. 5 «Le intese per l'integrazione scolastica e sociale dei disabili» (*esaurito*).
- n. 6 «Carta di Malosco» e nota sulla Fondazione Zancan.

#### 1991

- n. 1 «Emergenze di massa. Attenuazione del rischio e mitigazione delle conseguenze».
- n. 2 «Vigilanza e controllo sui servizi residenziali. Responsabilità istituzionali e sociali» (*esaurito*).
- n. 3 «L'inserimento lavorativo dei disabili: condizioni e strumenti» (*esaurito*).
- n. 4 «Politiche sociali e tutela delle persone - Deontologia professionale nel servizio sociale - Lavoro sociale per progetti».
- n. 5 «Funzione dei Patronati nella tutela dei diritti delle persone».
- n. 6 «Minori extracomunitari: diritti e problemi».

#### 1992

- n. 1 «La supervisione professionale nel servizio sociale».
- n. 2 «Preadolescenti: opportunità di crescita e situazioni di disagio».
- n. 3 «Formazione, cambiamento e umanizzazione dei servizi».
- Suppl. n. 3 «Giovani ed Enti locali».
- n. 4 «Qualità della vita nelle strutture per non autosufficienti: forme di vigilanza e controllo».
- n. 5 «Dopo di noi. Quali possibilità se la famiglia non è più in grado di farsi carico di un figlio disabile».
- n. 6 «Verso un ruolo politico del volontariato».

#### 1993

- n. 1 «Servizi sociali e sistema informativo a livello locale».
- Suppl. n. 1 «Informazioni e servizi per i giovani».
- n. 2 «Il lavoro socialmente utile degli anziani autosufficienti».
- n. 3 «Deontologia professionale nel servizio sociale».
- Suppl. n. 3 «Giovani e Associazionismo - I<sup>a</sup> parte».
- n. 4 «Famiglie immigrate: inserimento nella comunità locale».
- n. 5 «Famiglia e solidarietà sociale: forme di aiuto a domicilio».
- Suppl. n. 5 «Giovani e Associazionismo - II<sup>a</sup> parte».
- n. 6 «La supervisione degli assistenti sociali in servizio».

#### 1994

- n. 1 «La qualità nei servizi alle persone» (*esaurito*).
- n. 2 «I gruppi di auto-mutuo aiuto nel sistema dei servizi».
- Suppl. n. 2 «Giovani e tempo libero».
- n. 3 «Processi di decisione nei servizi socio-sanitari».
- Suppl. n. 3 «Giovani e disagio».
- n. 4 «Il gruppo di lavoro sul problema».
- Suppl. n. 4 «Giovani e prevenzione».
- n. 5 «Gli anziani non autosufficienti: dove e come accoglierli».
- Suppl. n. 5 «Dossier 1 le politiche sociali nella legge finanziaria».
- n. 6 «Anziani non autosufficienti: lavoro per progetti e valutazione».
- Suppl. n. 6 «Giovani e lavoro».

#### 1995

- n. 1 «Volontariato e tutela dei diritti sociali».
- Politiche sociali e tutela dei soggetti deboli - Dossier 2.
- n. 2 «Nuove funzioni del segretariato sociale».
- Politiche sociali e tutela dei soggetti deboli - Dossier 3.
- n. 3 «La qualità nei servizi sociali e sanitari».
- Politiche sociali e tutela dei soggetti deboli - Dossier 4.
- n. 4 «Gruppi di lavoro nelle organizzazioni di servizio alle persone».
- Politiche sociali e tutela dei soggetti deboli - Dossier 5.
- n. 5 «Interventi sociali e sanitari a domicilio».
- Politiche sociali e tutela dei soggetti deboli - Dossier 6.
- n. 6 «Il distretto nel nuovo sistema dei servizi sanitari e sociali».

#### 1996

- n. 1 «I piani di zona dei servizi».
- n. 2 «I servizi alle persone nella legge 104/92 sull'handicap».
- n. 3 «Coordinamento e responsabilità nei gruppi di lavoro».
- n. 4 «Gruppi di auto-mutuo aiuto, Volontariato, Istituzioni non profit».
- n. 5-6 «Le famiglie separate e quelle ricostituite. La mediazione familiare».

#### 1997

- n. 1 «Le "carte" dei servizi sanitari, sociali, educativi».

**Abbonamento anno 1997: L. 60.000.**

**Versamento a mezzo c/c postale n. 12106357 intestato a «Centro Studi e Formazione Sociale E. Zancan» - Via Vescovado, 66 - Padova, o a mezzo vaglia postale o assegno bancario. Numero singolo: L. 12.000 - numero doppio L. 22.000.**