

- l'elaborazione del programma di ricerca sanitaria e le iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari;
- la definizione dei criteri di selezione dei progetti di ricerca che dovranno essere successivamente valutati da esperti italiani e stranieri secondo il metodo della "peer review" dove necessario ed appropriato, integrato con lo strumento della "study session";
- il monitoraggio delle iniziative di ricerca sanitaria avviate nonché la valutazione e la diffusione dei risultati.

Le finalità perseguitate con gli obiettivi strategici della Direttiva generale del Ministro hanno riguardato il potenziamento della ricerca sanitaria scientifica e tecnologica anche attraverso sistemi informatizzati.

Sono state individuate le procedure per le attività di verifica delle funzioni del sistema informatico predisposto e, per testare il sistema, sono state distribuite le password di accesso a tutti i destinatari istituzionali ed ai *referee* esterni, anche non nazionali, per il refertaggio (*Study session*) della ricerca finalizzata ed oncologica.

Sono stati presentati i dati della Ricerca Corrente 2007 e sono stati refertati, tramite il sistema di gestione *on-line*, i progetti di Ricerca Finalizzata e di Ricerca Oncologica per il 2007. Sono stati registrati circa 1200 accessi al sistema.

A regime, il sistema di gestione *workflow* della ricerca consentirà di avere a disposizione le schede di avanzamento e quelle finanziarie dei progetti della ricerca direttamente *on-line*, permettendo la dematerializzazione dei documenti e un più diretto e celere riscontro interistituzionale.

Il sistema è stato utilizzato per presentare circa 400 progetti di Ricerca finalizzata dei destinatari istituzionali e per caricare tutte le informazioni relative ai dati degli anni precedenti sia della ricerca corrente che di quella finalizzata (periodo 2003 – 2007). Inoltre è stato utilizzato per la presentazione dei dati RC 2007 (ricerca corrente).

Sottosezione 8

Priorità politica:

AREA COMUNICAZIONE

Interventi di comunicazione istituzionale per la promozione della salute, attraverso specifiche campagne di sensibilizzazione, in settori di preminente interesse, ivi compresi i corretti stili di vita, l'alimentazione e il contrasto all'obesità.

Le finalità perseguitate con l'obiettivo strategico della Direttiva generale del Ministro hanno riguardato i seguenti interventi di comunicazione effettuati in settori di preminente interesse per la tutela della salute.

- Collaborazione con la RAI per la campagna per la *corretta informazione e la promozione degli stili di vita salutari nella popolazione*.
- *Campagna sulla Salute della donna*.
- *Campagna per la prevenzione della sterilità e dell'infertilità*.

- *Campagna Alcool.*
- Organizzazione dell'evento concernente la *Casa della salute*, una nuova struttura sul territorio, polivalente e funzionale, prevista per affiancare l'ospedale.
- *Campagna sull'Aids:*
- Manifestazione “Mostra-Convegno SANIT”.
- Giornata nazionale per la *donazione e il trapianto di organi*.
- *Campagna per la valorizzazione della figura dell'infermiere.*
- *Campagna sulle novità in materia sanitaria introdotte dalla legge finanziaria 2007.*
- *Guadagnare salute.* E' stata organizzata, in collaborazione con il Ministero delle Politiche giovanili e le attività sportive, dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare, della Pubblica Istruzione, delle Politiche agricole, alimentari e forestali, nei giorni 15, 16 e 17 giugno 2007 la manifestazione-evento “*La Tre Giorni della Salute*”. Tale manifestazione si è svolta in contemporanea in quattro grandi città italiane (Roma, Milano, Napoli, Torino) e ha trattato tematiche relative alla sana alimentazione e alla pratica dell'attività sportiva, rivolgendosi, in modo particolare, ai bambini. Gli eventi di sensibilizzazione sono stati realizzati in collaborazione con la *Walt Disney* e la *Slow food*.
- *Campagna di comunicazione emergenza caldo estivo.* E' terminata il 31 agosto 2007 la campagna di comunicazione “*Emergenza caldo estivo*” volta ad informare la popolazione a rischio sulle buone pratiche da seguire per fronteggiare l'emergenza. Sono stati distribuiti, inoltre, opuscoli informativi con le riviste più rappresentative destinate ai medici, ai pediatri e ai farmacisti.
- *La qualità e la sicurezza delle cure - per una sanità dalla parte del cittadino.* E' stato organizzato il convegno “*La qualità e la sicurezza delle cure*” ed è stata presentata la campagna di comunicazione “*La buona sanità*” volta a promuovere, presso i cittadini, l'immagine del sistema sanitario pubblico. E' stata, altresì, effettuata una Conferenza stampa per promuovere l'immagine del suddetto sistema sanitario pubblico. In occasione di tale evento è stata distribuita una cartolina dedicata con l'immagine della campagna e l'annullo filatelico straordinario recante il logo del trentennale del Sistema Sanitario Nazionale.

Sottosezione 9

Priorità politica:

AREA TUTELA SALUTE IN AMBITO INTERNAZIONALE

Attività per potenziare il ruolo dell'Italia nel settore sanitario, attraverso programmi di collaborazione bilaterale e il potenziamento dell'azione propulsiva degli Ospedali italiani nel mondo.

Le finalità perseguitate con l'obiettivo strategico della Direttiva generale del Ministro hanno riguardato la:

- a) definizione delle priorità e del coordinamento delle attività di tutela della salute in ambito comunitario.

E' stata effettuata una verifica della documentazione esistente ed è stata elaborata una tabella organica con i nominativi e le altre informazioni essenziali per la ricostruzione di

un'anagrafe degli esperti (medici e amministrativi) che agiscono nelle istituzioni europee e internazionali. È stato istituito il Nucleo operativo interdipartimentale con il compito di effettuare la programmazione a medio e lungo termine delle attività comunitarie prioritarie che è stato, poi, integrato con esperti e rappresentanti regionali al fine di rafforzare e razionalizzare le relazioni tra il nostro SSN e gli altri sistemi sanitari operanti a livello internazionale (c.d. *Task force*). È stata realizzata una suddivisione delle competenze sanitarie internazionali fra le amministrazioni sanitarie regionali e locali e sono state poste le basi per definire le competenze delle varie istituzioni: al Ministero della Salute è stato affidato il ruolo di punto di contatto, alle Regioni il ruolo centrale operativo e alla *Task force* il ruolo di "cabina di regia". È stato, inoltre, sviluppato il Progetto Mattone Internazionale, finalizzato a creare un ambito unitario nel quale fare confluire e crescere la presenza italiana in seno alle istituzioni europee ed internazionali, con omogeneità di metodi e di fini.

Con riferimento ai settori di competenza delle diverse istituzioni internazionali (UE, Consiglio d'Europa ed OCSE), è stata rilevata la necessità di tenere una lista aggiornata di esperti operanti nei gruppi e comitati di lavoro delle stesse composta sia da membri della *Task force*, sia dagli esperti operanti nei gruppi e comitati di lavoro dell'UE, del Consiglio d'Europa e dell'OCSE.

E' stato, inoltre, prodotto un documento finalizzato a fotografare ed implementare il quadro delle figure professionali chiamate a trattare i *dossiers* comunitari presso le istituzioni di Bruxelles ovvero a seguire i lavori delle altre organizzazioni internazionali (Consiglio d'Europa e O.C.S.E).

- b) individuazione di un modello organizzativo dei rapporti Stato-Regioni in materia di mobilità sanitaria internazionale.

E' stata elaborata, d'intesa con le regioni, la metodologia di modello organizzativo per disciplinare i flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale anche attraverso i sistemi informatici già esistenti (TESS – telematica europea di sicurezza sociale), in fase di avvio (TECAS – Trasferimenti all'estero per cure di altissima specializzazione) e in fase di completamento (ASPEC – Assistenza sanitaria Paesi esteri convenzionati).

E' stato definito un documento/circolare, condiviso con le regioni e le province autonome, sulla nuova procedura da adottare, con il programma TECAS, per garantire uniformità di trasmissione del flusso informativo per le cure autorizzate all'estero. La Commissione Amministrativa dell'UE (Unione Europea) ha manifestato notevole interesse alla adozione di tale procedura per la rilevazione dei dati relativi alle cure all'estero in quanto la stessa consentirà di avere a disposizione un quadro più aderente alla realtà sulla mobilità per cure programmate nei vari Stati dell'Unione Europea.

E' stata completata la presentazione del sistema ASPEC per la trasmissione telematica della documentazione contabile tra il Ministero e le regioni.

Inoltre, per quanto riguarda il sistema TESS (Telematica Europea di Sicurezza Sociale), è stata condivisa, con i rappresentanti regionali, l'esigenza di dare corso ad una regolamentazione dei rapporti Stato-regioni per l'acquisizione del fatturato attivo e passivo connesso alla mobilità in ambito comunitario e nei Paesi convenzionati dal momento che il processo di adeguamento delle regioni risulta ancora alquanto difficoltoso. Infatti, le diverse organizzazioni regionali, tranne poche realtà, non sono strutturate per superare

l'attuale sistema diretto di trasmissione ed acquisizione delle fatture. Pertanto, al fine di consentire alle regioni di acquisire al più presto, a livello centralizzato, il fatturato attivo e passivo delle ASL di competenza e di stabilire, direttamente con il Ministero, le relazioni per il recupero dei crediti e il pagamento dei pertinenti debiti, è stata proposta la sperimentazione dell'applicativo ASPEC (Assistenza Sanitaria per i Paesi in Convenzione) fruibile, come TECAS, nell'ambito del NSIS.

E' stata, quindi, elaborata una bozza di testo tecnico-normativo finalizzato a disciplinare le modalità del nuovo sistema di relazioni, instaurato fra lo Stato e le regioni, per il monitoraggio dei flussi informativi delle autorizzazioni per cure all'estero presso centri di altissima specializzazione.

Sottosezione 10

Priorità politica:

AREA ALIMENTI

- Implementazione dell'attività in materia di sicurezza alimentare e nutrizione.
- Vigilanza sugli integratori alimentari.

Nel corso del 2007 è stato siglato un Protocollo di Intesa con la Slow Food per la promozione di una buona e corretta alimentazione in ospedale. Detto protocollo tiene conto che il miglioramento della ristorazione (utilizzazione di prodotti igienicamente sicuri e di qualità) si raggiunge attraverso il sostegno delle piccole produzioni tradizionali artigianali e la costruzione di rapporti di fiducia e comunicazioni più dirette tra produttori, autorità sanitarie e consumatori.

In particolare, detto Protocollo di Intesa contribuirà ad assicurare:

- una ristorazione collettiva con servizi sostenibili da un punto di vista ambientale in tutte le sue fasi: approvvigionamento, trasformazione e distribuzione;
- l'approvvigionamento del cibo quanto più possibile in un'area di riferimento circoscritta in ambito regionale o transregionale per evitare degenerazioni della materia prima e inquinamento dell'ambiente;
- la consumazione dei pasti con più calma, riempiendo in modo piacevole il tempo a disposizione degli ammalati in ospedale e dando la possibilità, almeno a chi non è costretto a letto, di condividere il pasto con altre persone in modo conviviale ed in luoghi più confortevoli.

Si prefigge, poi, l'obiettivo di invogliare il malato a consumare il pasto e di insegnargli a mangiare in modo salutare e piacevole, anche fuori dell'ospedale.

Sono stati, inoltre, istituiti il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare e il Comitato strategico di indirizzo.

Il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare (CNSA), organo tecnico-consultivo, svolge attività di consulenza tecnico-scientifica alle Amministrazioni che si occupano di gestione del rischio in materia di sicurezza alimentare e formula pareri scientifici, su richiesta del Comitato strategico di indirizzo, delle Amministrazioni centrali e delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Il Comitato ha competenza, in particolare, nei seguenti settori:

- a) additivi alimentari, aromatizzanti, coadiuvanti tecnologici e materiali a contatto con gli alimenti;
- b) additivi e prodotti o sostanze usate nei mangimi;
- c) salute dei vegetali, prodotti fitosanitari e loro residui;
- d) organismi geneticamente modificati;
- e) prodotti dietetici, alimentazione e allergie;
- f) pericoli biologici;
- g) contaminanti nella catena alimentare;
- h) salute e benessere degli animali.

Il Comitato strategico, organo di indirizzo, espletta la propria attività nell'ambito della valutazione del rischio nella catena alimentare.

Svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- a) adotta il programma di lavoro annuale e pluriennale di attività tecnico-strategica;
- b) definisce le priorità di intervento;
- c) definisce le linee generali di comunicazione.

Le finalità perseguiti con l'obiettivo strategico della Direttiva generale del Ministro hanno riguardato:

- a) la valutazione dei requisiti nutrizionali dei prodotti per celiaci e la sicurezza dei prodotti alimentari;

Sono stati esaminati gli ingredienti presenti nei prodotti senza glutine destinati ai celiaci per verificarne la qualità nutrizionale ed è stata redatta una bozza di Linee guida.

E' stato redatto l'elenco delle Associazioni di produttori alimentari. E' stata predisposta una bozza di questionario per l'acquisizione di dati sull'attività effettuata dai produttori alimentari per la sicurezza degli alimenti. E' stata tenuta in considerazione la necessità di elaborare un questionario facilmente comprensibile e compilabile per ottenere un insieme di dati il più possibile omogenei e confrontabili anche al fine di rendere più trasparente l'istituita banca dati. Si è, altresì, tenuto conto della necessità di tenere aggiornati i dati utili alle eventuali comunicazioni dirette tra gli uffici ministeriali e le associazioni dei produttori al fine di evitare eventuali ritardi e/o errori di comunicazione.

Il questionario è stato spedito in formato cartaceo alle 125 associazioni di produttori censiti. Inoltre, per quelle che ne hanno fatto esplicita richiesta, è stato spedito anche in formato elettronico.

La banca dati delle associazioni di produttori alimentari sarà attiva già dai primi mesi del 2008.

- c) la predisposizione di una lista di riferimento delle indicazioni riportate sulle etichette degli integratori alimentari.

Sono stati esaminati i *claims* riportati nelle etichette degli integratori alimentari e sono state individuate le indicazioni da riportare in etichetta per assicurare l'uniformità degli stessi.

E' stato definito un elenco, da pubblicare sul sito del Ministero, dei *claims* ammessi negli integratori alimentari sia in relazione al contenuto di sostanze nutritive che di estratti vegetali, stabilendo, ove possibile, anche le relative condizioni. Tale elenco è stato oggetto

di ripetuti confronti con le Associazioni di categoria interessate al fine di verificarne l'adeguatezza alla luce dell'effettiva situazione maturata nel mercato nazionale.

Sottosezione 11

Priorità politica:

AREA BENESSERE ANIMALE

Implementazione delle attività in materia di tutela e benessere degli animali nonché di lotta alle malattie degli stessi.

Le finalità perseguiti con l'obiettivo strategico della Direttiva generale del Ministro hanno riguardato l'adozione di iniziative in materia di protezione degli animali e la realizzazione di interventi di comunicazione sulle zoonosi.

a) Sono state predisposte, sulla base dei contenuti delle raccomandazioni europee, due bozze di linee-guida nelle quali sono riportati anche dettagli e specifiche sulla tipologia di allevamenti ovi-caprini ed ittici presenti in Italia e, soprattutto, sulle particolari condizioni ambientali e climatiche di stabulazione degli animali.

E' stata, altresì, predisposta la 1^a bozza di *check list* per l'esecuzione dei controlli del benessere delle specie ovino-caprina e dei pesci in allevamenti.

Sono state predisposte le bozze di schede per la raccolta dei dati necessari per l'effettuazione dell'attività di controllo. Dette schede sono state realizzate anche in formato elettronico per consentirne l'inserimento nella Banca Dati Nazionale delle anagrafi zooteccniche. Il succitato modello diventerà parte integrante di una scheda raccolta dati dei controlli benessere di tutti gli animali d'allevamento che sarà inserita nel "Piano nazionale per il benessere animale".

b) Si è proceduto alla progettazione di un sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle principali zoonosi al fine di avere la situazione nazionale sempre aggiornata ed è stato effettuato il *test* di simulazione del prototipo al termine del quale sono state emanate le linee guida per il corretto utilizzo del prototipo stesso.

Si è proceduto, altresì, all'attivazione sul *web* del suddetto sistema informativo.

Ciò consentirà di assicurare una maggiore efficienza dell'amministrazione in quanto da un lato renderà possibile effettuare *on-line* le modifiche al citato sistema e, dall'altro, consentirà alle regioni di prendere visione, in ogni momento, dei propri dati e, dopo la validazione degli stessi, di quelli delle altre Regioni.

SEZIONE 3

Sottosezione N 1

(programma N. 001) “Prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana”.

Nel corso del 2007 sono stati adottati i seguenti provvedimenti di miglioramento dell'attività connessa alla tutela della salute:

- disegno di legge sulla semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute, proposto dal Ministro della salute con il quale si dispone:
 - l'abolizione di alcune certificazioni (di idoneità al lavoro, idoneità fisica alla pratica sportiva, vaccinali, ecc.);
 - la possibilità di prescrivere più facilmente i farmaci contro il dolore;
 - l'applicazione di criteri per il trattamento dei dati dei pazienti nel SSN (ogni soggetto avrà un codice univoco che non consentirà l'identificazione dell'interessato);
 - l'adozione di registri di mortalità e patologia riferiti a malattie di rilevante interesse sanitario e sociale (come le patologie oncologiche) e di registri di portatori di protesi impiantabili;
 - la lotta all'abusivismo sanitario per la tutela del cittadino;
 - la previsione di percorsi differenziati secondo sotto-specialità per le scuole di specializzazione di area sanitaria, di durata non eccedente un biennio;
 - l'innalzamento da 16 a 18 anni dell'età sotto la quale è fatto divieto di somministrazione di bevande alcoliche;
 - l'introduzione di nuove norme per facilitare la prescrizione di farmaci “*off label*” (ovvero al di fuori delle prescrizioni terapeutiche registrate);
 - l'implementazione dell'assistenza pediatrica.
- decreto per la semplificazione degli accertamenti di invalidità permanente con il quale sono state individuate, sulla base di due elementi (gravità della condizione e impossibilità di miglioramento sulla base delle conoscenze mediche attuali (es. rene in trattamento dialitico non trapiantabile, patologie oncologiche con compromissione secondaria di organi e apparati, patologie del fegato non trapiantabili, *deficit* totali della visione e dell'udito congenito o insorto nella prima infanzia)) dodici (12) patologie per le quali non è più necessaria l'effettuazione di visite di controllo per la verifica della permanenza dello stato di invalidità. Il decreto semplifica le preesistenti procedure sul rilascio della relativa documentazione. Stabilisce, infatti, che tale documentazione possa essere rilasciata sia da struttura pubblica che privata accreditata; che venga richiesta alle Commissioni preposte all'accertamento che si sono già espresse in favore del riconoscimento dello stato invalidante, che sia prodotta dagli interessati solo nel caso in cui non risulti acquisita agli atti da parte delle stesse Commissioni.

Sottosezione N 2

(programma N. 003) “Servizi e affari generali per le amministrazioni di competenza”.

Gli interventi per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Ministero della salute, adottati in esecuzione dell'obiettivo strategico della Direttiva generale del Ministro, sono stati finalizzati alla:

- a. utilizzazione di innovativi sistemi integrati di gestione delle risorse umane mirati alla ottimizzazione ed alla valutazione dell'azione amministrativa;
- b. razionalizzazione logistica, con priorità per le strutture centrali;
- c. razionalizzazione organizzativo-procedurale.

In particolare, sono state effettuate le seguenti attività:

- a. attivazione del sistema di controllo di gestione ministeriale.

Sono state portate a compimento le interviste a tutti gli uffici dell'amministrazione per completare la mappatura dei prodotti per la rimessa in linea del sistema di Monitoraggio dei Centri di Costo (MCC) ed è stata rielaborata la griglia dei servizi sulla base della intervenuta riclassificazione del bilancio dello Stato.

Sono stati completati gli incontri di formazione sul sistema informativo per il controllo di gestione previsti dal piano di “*change management*” per gli utenti degli uffici coinvolti nella sperimentazione (controller dipartimentali, utenti della Direzione generale del personale, dell'organizzazione e del bilancio (DGPOB) e degli uffici di Fiumicino, dirigenti uffici).

- b. adozione di un sistema informatizzato di gestione documentale;

E' stato predisposto il documento dei flussi documentali informatizzati e sono stati definiti i contenuti dei corsi. E' stata effettuata la formazione per gli 80 addetti alla gestione del flusso. Sono stati effettuati gli interventi formativi anche per i responsabili del servizio di protocollo, per i dirigenti, per i referenti d'ufficio e per i Direttori generali. E' stato redatto e condiviso il documento preliminare delle regole. Nelle Direzioni generali che hanno già avviato la piena sperimentazione del flusso documentale informatizzato, si è procedendo alla verifica puntuale delle attività e delle regole del manuale di gestione. E' stata, inoltre, assicurata una ulteriore attività di affiancamento “*on the job*” sugli aspetti organizzativo/tecnici per tutto il personale delle strutture nelle quali la sperimentazione presentava particolari difficoltà; è stato predisposto il manuale generale delle procedure.

- c. attivazione di un sistema di qualità per il controllo sugli alimenti di origine non animale importati.

E' stato completato lo studio del sistema di *audit* interno per gli uffici periferici di sanità marittima ed aerea (USMAF). E' stata effettuata l'attività di formazione degli *auditors*. Sono stati formati, con una preparazione in larga parte aspecifica che consente la conduzione di verifiche in qualsiasi settore, 23 dirigenti della professionalità sanitarie di uffici centrali e periferici e sono stati tenuti i primi 4 *audit* formativo-sperimentali su 4 USMAF.

Si segnala che a seguito dell'ispezione di novembre disposta dalla Commissione europea per la verifica dello stato di attuazione delle prescrizioni comunitarie, l'attività espletata per l'attuazione dell'obiettivo della Direttiva ha ricevuto gli apprezzamenti della suddetta Commissione europea.

Gli indicatori utilizzati per la verifica dei risultati conseguiti sono stati, rispettivamente:

- relazione sullo stato di avanzamento della sperimentazione del sistema di controllo di gestione;
- manuale di gestione del sistema informatizzato di gestione documentale;
- relazione sulla sperimentazione effettuata dai competenti uffici periferici del Ministero, sul sistema di qualità per il controllo sugli alimenti di origine non animale importati.

Detti indicatori di realizzazione fisica si riferiscono ad obiettivi le cui finalità ultime non trovano applicazione, a regime, nell'anno di cui al rapporto di performance ma in anni successivi. Gli obiettivi di cui trattasi sono, infatti, tappe indispensabili per la realizzazione dei prodotti cui si riferiscono (sistema di controllo di gestione, informatizzazione del flusso documentale, sistema di qualità per il controllo sugli alimenti di origine non animale importati).

PAGINA BIANCA

ALLEGATO 3



Ministero della Solidarietà Sociale

Rapporto di *performance* per l'anno 2007

Il rapporto è stato predisposto dal Servizio controllo interno del Ministero della solidarietà sociale.

Hanno contribuito: Direzione generale per la Comunicazione, Direzione generale per l'inclusione sociale i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese (CSR), Direzione generale per la gestione del fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale, Direzione generale dell'immigrazione, Direzione generale per il volontariato, l'associazionismo e le formazioni sociali, Direzione generale per le politiche sulle dipendenze, Ufficio Nazionale per il Servizio Civile presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Si ringraziano per il supporto metodologico il Comitato tecnico scientifico per il controllo strategico nelle amministrazioni dello Stato e l'Ufficio per il coordinamento della programmazione, del monitoraggio e della valutazione delle politiche pubbliche presso il Dipartimento per il programma di governo.

PAGINA BIANCA

**RAPPORTO DI PERFORMANCE PER L'ANNO 2007
DEL MINISTERO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE**

Indice

Introduzione

Punto 1 – Il quadro di riferimento e le priorità politiche

Le politiche sociali in Italia

Le competenze del Ministero della solidarietà sociale

Attività e principali fondi gestiti

Verso una mappa degli *stakeholder* (e dei *rightholder*)

Punto 2 – La struttura organizzativa dell'amministrazione

L'organico e l'articolazione funzionale

Il modello organizzativo

Un'auto-analisi delle criticità

Le innovazioni apportate nel 2007

La migrazione verso sistemi *open source*: uno studio di fattibilità

L'impatto sociale e ambientale degli acquisti di beni e servizi

Punto 3 – Il quadro complessivo degli obiettivi strategici e dei risultati

La Direttiva del Ministro per l'azione amministrativa nel 2007

Punto 4 – Gli altri risultati ottenuti

Punto 5 - Dati e statistiche

Conclusioni

Appendice 1

Appendice 2

Introduzione

Con la direttiva del Ministro della funzione pubblica del 19 dicembre 2006 - dal titolo “Una pubblica amministrazione di qualità” - è stata affermata, tra l’altro, la necessità per le amministrazioni pubbliche di ricorrere all’autovalutazione delle proprie prestazioni, come «punto di partenza obbligato dei percorsi di miglioramento continuo. [...] L’autovalutazione di un’organizzazione si attua attraverso un processo condiviso, il più possibile partecipato e diffuso a tutta la struttura, i cui elementi caratterizzanti sono dunque: sistematicità, periodicità, condivisione e miglioramento finalizzato all’eccellenza dei risultati. L’autovalutazione è anche un presupposto necessario a qualsiasi azione di comparazione, sia interna che esterna all’organizzazione»¹. Dunque l’autovalutazione come leva di *governance* interna e di condivisione dei processi e dei risultati. E’ pertanto in coerenza con questa logica che è stata rivolta alle amministrazioni centrali dello Stato la richiesta di redigere annualmente un *Report of performance*: «sulla base delle informazioni derivanti dal monitoraggio finale (processo interno di controllo strategico, ossia di verifica della rispondenza dell’azione amministrativa rispetto all’indirizzo politico, n.d.r.), viene redatto un rapporto di *performance* a fini di comunicazione esterna dell’amministrazione. Il rapporto di *performance* è redatto in un linguaggio semplice ed efficace per rendere conto agli *stakeholders* dei risultati raggiunti con le risorse assegnate e spese»².

Il principio dell’*accountability* delle amministrazioni pubbliche, del loro dover rendere conto in modo trasparente e dialettico ai diversi soggetti che hanno interessi vivi rispetto all’azione amministrativa esercitata, è tema quanto mai attuale, prioritario nell’agenda dei dibattiti politico e scientifico³. Si tratta di attivare percorsi non superficiali di *apertura* delle organizzazioni che operano in favore della collettività, volti ad aumentare sia il livello di fiducia tra cittadini e amministrazioni sia l’efficienza nella gestione della “cosa pubblica”.

L’ampia letteratura internazionale esistente e le molte pratiche disponibili aiutano a comprendere quali sono i passi da percorrere perché tali percorsi conducano a risultati tangibili: una valutazione interna - che deve coinvolgere anche il personale - sull’uso delle risorse nei processi produttivi al fine di evidenziarne impatto ambientale, sociale, potenzialità di innalzamento dell’efficienza; una valutazione sull’impatto esterno, che non può essere condotta senza il coinvolgimento degli attori sociali ed economici che con l’organizzazione interagiscono (*stakeholders*); un’adeguata attività di comunicazione, prima, durante e dopo il processo di valutazione, per dare piena trasparenza e dunque stabilità e solidità ai risultati ottenuti⁴.

¹ Cfr. Dipartimento della funzione pubblica. Direttiva del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione. Per una pubblica amministrazione di qualità, 19 dicembre 2006.

² Cfr. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 marzo 2007.

³ Cfr., tra gli altri: Salvi C. e Villone M. (2005), *Il costo della democrazia. Eliminare sprechi, clientele e privilegi per riformare la politica*, Mondadori, Milano; Rizzo S. e Stella G. (2007), *La casta. Così i politici italiani sono diventati intoccabili*, Rizzoli, Milano; Mussari R. (a cura di) (2002), *Il controllo di gestione nelle amministrazioni centrali*, Dipartimento della funzione pubblica, Ufficio per l’innovazione delle pubbliche amministrazioni, Rubbettino editore, Milano.

⁴ Sono molte le linee guida esistenti in materia di rendicontazione socio-ambientale. Tra le più affermate e rappresentative a livello internazionale, si vedano quelle del *Global Reporting Initiative*: www.globalreporting.org. Per l’Italia, con particolare riferimento alla pubblica amministrazione, sono di rilievo la Direttiva del Ministro della funzione pubblica del 17 febbraio 2006 sulla Rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche e le linee guida prodotte dal Dipartimento della funzione pubblica insieme al Formez: *Bilancio sociale. Linee guida per le amministrazioni pubbliche*.

Il processo di stesura di questa prima edizione del *Report di performance* del Ministero della solidarietà sociale, inevitabilmente, ha potuto giovare di una minima parte di questa ideale architettura: sia per mancanza di tempo utile a programmarne le tante attività necessarie (*focus group* con le diverse categorie di *stakeholder*, seminari con il personale, rilevazioni sul livello di soddisfazione dei cittadini, costruzione di un cruscotto interno di rilevazione e gestione dei dati di tipo extra-contabile)⁵, sia per l'avvenuta caduta del Governo nel mese di gennaio 2008, che ha bloccato ogni possibile operazione con implicazioni anche indirettamente politiche. Il lavoro, dunque, è stato fatto soprattutto “a tavolino”, sulla base delle carte e dei dati disponibili, con un livello di interazione di tipo ordinario - cioè meno in chiave strategica di quanto sarebbe auspicabile - tra il Servizio controllo interno e le direzioni generali dell’amministrazione.

Si ritiene comunque che le informazioni contenute nel Report di performance 2007 del Ministero della solidarietà sociale costituiscano un significativo punto di partenza per lo sviluppo di quel processo di autovalutazione e di *accountability* che si intende perseguire. Nonché uno strumento utile ai cittadini per comprendere meglio il lavoro svolto dall’amministrazione e i risultati raggiunti.

⁵ Come evidenziato, la stessa Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri che introduce l’obbligo di redazione del *Report* è del marzo 2007. Vi è stato dunque un numero ridotto di mesi per lavorare sull’anno appena passato, aspetto ancor più penalizzante per un Ministero di nuova costituzione, quale quello della solidarietà sociale, che nel corso del 2007 è stato fortemente impegnato nel processo di riorganizzazione interna.

Punto 1 – Il quadro di riferimento e le priorità politiche**Le politiche sociali in Italia**

Nel nostro paese la spesa per il complesso delle funzioni sociali è in linea con la media europea ed è pari al 30,2% del Pil: quasi metà della spesa è destinata alla sanità, oltre un terzo all'istruzione ed il 17% all'assistenza sociale. All'interno di quest'ultima, la spesa italiana relativa alle tre voci più strettamente attinenti la solidarietà sociale (nella classificazione adottata dall'Eurostat vi rientrano: esclusione sociale, famiglia e abitazione), risulta pari all'1,1% del prodotto interno lordo, la più bassa in Europa contro il 3,7% di Francia e Germania, il 3,4% del Regno Unito, l'1,4% del Portogallo, una media nell'Unione europea pari al 3%.

L'Italia è tra i paesi a più alta incidenza di povertà relativa ed a più alta disuguaglianza dell'Unione Europea. Nel 2003 - ultimo anno disponibile per confronti europei - il 19% della popolazione italiana si collocava sotto la soglia a rischio di povertà definita a livello comunitario, mentre la media UE è del 16%: indicatori peggiori dell'Italia si osservano solo per Irlanda e Grecia.

L'identità di genere, l'età ed il grado di istruzione influenzano la distribuzione dei redditi, cosicché il rischio di povertà in Italia risulta diminuire con l'età: da un massimo del 26% per i bambini si riduce fino al 16% per gli anziani, a conferma del ruolo svolto in chiave sociale dal sistema pensionistico.

La modifica del titolo V della Costituzione ha ulteriormente stigmatizzato il principio del decentramento e la necessità di riconoscere le autonomie locali. Le politiche sociali, dall'entrata in vigore della legge 328/2000, hanno subito nel loro portato ideale un cambiamento di rotta che ha fatto scaturire una differente impostazione del quadro degli interventi, marcati sostanzialmente da un approccio combinato (mix) tra riduzione e riparazione del danno ed anticipazione e prevenzione dei rischi.

Si è affermato il principio di sussidiarietà, che valorizza la capacità di progettazione e intervento locale prima di quella nazionale. Ma è necessario ancora confrontarsi con le forti differenze nel livello della spesa sociale per abitante che vi sono tra le regioni settentrionali (con valori maggiori) e quelle meridionali. Tema che chiama in causa il ruolo dello Stato in chiave redistributiva e di garanzia dei livelli di assistenza.

In questi ultimi anni si è intrapreso un percorso teso a dare maggior equilibrio a questa situazione, nei limiti sia della scarsità di risorse finanziarie a disposizione, sia della capacità di incidenza delle politiche nazionali rispetto ai divari regionali.

Dagli ultimi mesi del 2007, con il decreto fiscale, e nell'anno 2008 grazie alla Legge finanziaria, vi sono circa 2,84 miliardi di euro in più per la spesa sociale, ossia per sostenere famiglie, per favorire l'inclusione sociale dei cittadini e per potenziare anche le politiche per le abitazioni.

L'aumento dell'investimento sulla spesa sociale tra 2007 e 2008 sarà pari, dunque, al 17,19%.

Le competenze del Ministero della solidarietà sociale

Istituito con decreto legge n. 181/2006, convertito in legge n. 233/06, il Ministero della solidarietà sociale esercita funzioni in materia di politiche sociali di inclusione sociale e di esigibilità dei diritti, di responsabilità sociale delle imprese (CSR), di assistenza.