



COMUNE DI BOLOGNA

**PROGETTO DI COSTITUZIONE
DELL'ASP UNICA DEI SERVIZI
SOCIALI E SOCIO-SANITARI
MEDIANTE L'UNIFICAZIONE DELLE
ASP GIOVANNI XXIII E POVERI
VERGOGNOSI**

**Linee di sviluppo e piano di
unificazione**

22 ottobre 2013

SOMMARIO

1. PREMESSA	3
2. SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI NELLA CITTÀ DI BOLOGNA	6
2.1 IL DECENTRAMENTO.....	6
2.2 L'IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI	7
2.2.1 I Piani di zona.....	7
2.2.2 La nuova governance.....	8
2.2.3 La riforma delle Ipab e la costituzione delle ASP.....	9
2.2.4 Lo Sportello sociale	10
2.2.5 L'accreditamento dei servizi socio-sanitari.....	11
2.3 L'OFFERTA PUBBLICA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI A BOLOGNA	11
2.3.1 Il "perimetro" dell'offerta delle ASP cittadine.....	14
2.3.2 L'organizzazione dei servizi e il sistema di governance	15
2.4 I PUNTI DI FORZA E LE CRITICITÀ	18
2.4.1 Decentramento e Piano di Zona	18
2.4.2 ASP e accreditamento.....	19
3. IL RUOLO DELLE ASP NEL SISTEMA DEI SERVIZI.....	21
3.1 IL RUOLO DELLE ASP NELL'ATTUALE ASSETTO ISTITUZIONALE DI GOVERNANCE E DI PRODUZIONE IN AMBITO REGIONALE E LOCALE	21
3.2 LA GOVERNANCE DELLE ASP.....	23
3.3 L'ORGANIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE E I PROCESSI DI INTEGRAZIONE INTERNI ED ESTERNI DELLE TRE ASP ATTUALI.....	24
3.3.1 Ambito "Anziani"	25
3.3.2 Ambito "Adulti".....	28
3.3.3 Ambito "Minori"	30
3.3.4 I processi di integrazione con l'ambiente esterno	32
3.4 LA GESTIONE DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO ALLA PRODUZIONE.....	33
3.5 IL PATRIMONIO DELLE ASP: CONSISTENZA, GESTIONE E INVESTIMENTI.....	36
4. CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEL "CAPITALE" DELLA NUOVA ASP E DEL SISTEMA A RETE	38
4.1 LE OPPORTUNITÀ DI SVILUPPO E DI INNOVAZIONE DEI PROCESSI E DEI PRODOTTI.....	38
4.2 LE INNOVAZIONI POSSIBILI NEGLI ASSETTI PRODUTTIVI E ORGANIZZATIVI DEL SISTEMA	41
4.2.1 L'integrazione: valore e strategia.....	41
4.2.2 Il lavoro per progetti e per processi e il lavoro di rete.....	43
4.2.3 Gli assetti funzionali della nuova organizzazione aziendale	45
4.3 I PROCESSI DI COMMITTENZA E DI GARANZIA	49
4.4 LA DELEGA ALLA GESTIONE DI NUOVI PRODOTTI E LINEE DI SERVIZIO	52
4.4.1 I Servizi per le emergenze sociali	53
4.4.2 I servizi per disabili adulti	54
4.4.3 I servizi di accesso, valutazione e presa in carico	55
4.5 LO SVILUPPO DI COMUNITÀ E DELLE RETI DI AIUTO.....	61
5. IL PROGETTO DI UNIFICAZIONE.....	64
5.1 IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.....	64
5.2 L'ITER PROCEDURALE	66
5.3 LE RISULTANZE DELLA PROCEDIMENTO DI UNIFICAZIONE	67
5.4 I COSTI DELL'UNIFICAZIONE.....	68
6. LE LINEE GUIDA DEL PIANO DI UNIFICAZIONE.....	70
6.1 LE IPOTESI DEL PIANO DI UNIFICAZIONE	70
6.2 IL SISTEMA DI GOVERNANCE.....	71
6.3 IL SISTEMA INFORMATIVO-CONTABILE.....	72
6.4 LE ATTIVITÀ TRASFERITE ALL'ASP.....	73

6.5	IL PERSONALE E LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	82
6.6	IL PATRIMONIO IMMOBILIARE DELL'ASP UNICA.....	87
6.7	IL CONTO ECONOMICO DELL'ASP UNICA	88
6.8	LA CONVENIENZA TECNICO-ECONOMICA DELL'UNIFICAZIONE.....	91

1. PREMESSA

Il Programma delle trasformazioni aziendali, approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale OdG 195 del 19.12.2005, prevedeva la costituzione di tre ASP nel territorio distrettuale, in deroga al principio previsto dalla Direttiva regionale n. 623/2004 secondo cui le Istituzioni che operano nello stesso settore di attività ed ambito territoriale (Distretto) sono tenute a fondersi in un'unica Azienda.

Successivamente, la Giunta comunale ha adottato, in tempi distinti, due indirizzi per la costituzione dell'ASP unica; il primo nel gennaio 2010, assumendo l'orientamento di procedere verso la costituzione dell'unica ASP cittadina attraverso la fusione delle tre ASP attuali (29/01/2010, PG. N. 22323/2010,); successivamente, dopo il periodo di commissariamento, ha adottato un ulteriore atto di indirizzo per la costituzione dell'ASP unica nel distretto di Bologna (27/09/2011, PG. N. 226382/2011) che ha avviato il processo di unificazione.

A seguito di quest'ultimo Atto, un Comitato-Guida, composto da diversi assessori e direttori di dipartimento/area e un Gruppo Operativo di progetto, composto da professionisti del comune di Bologna, coadiuvato da rappresentanti dei soci (Provincia e Fondazione Cassa di Risparmio), da un rappresentante del Distretto di Bologna, dai direttori e collaboratori delle tre ASP, hanno iniziato il lavoro di analisi e di progettazione.

Le tre ASP cittadine, dal canto loro, con l'insediamento della nuova amministrazione del Comune di Bologna, hanno confermato l'impegno alla reciproca collaborazione al fine di concorrere al risultato prospettato dall'atto di indirizzo della Giunta. Al proposito, in seduta congiunta, i tre Consigli di Amministrazione, l'11 aprile del 2011, hanno sottoscritto un documento di intenti e proposte nella prospettiva della fusione.

Contestualmente è stata avviata una iniziativa congiunta, promossa dal Comune di Bologna a fine 2011 per concordare possibili percorsi, metodi e strumenti per una "gestione unitaria" delle tre ASP per tutto il 2012 - periodo utile alla definizione del presente progetto di fusione e della sua condivisione con le parti sociali e le istituzioni interessate - negli ambiti più critici: acquisizione e amministrazione del personale, acquisizione e gestione di beni e servizi, gestione del patrimonio e integrazione delle filiere assistenziali che interessano le popolazioni dei minori, degli adulti e degli anziani. Ciò al fine di facilitare la nascita della nuova Azienda che, così, può avvantaggiarsi di una preliminare analisi dei processi organizzativi e assistenziali e della condivisione delle criticità da affrontare, come anche dei punti di forza sui quali costruire la nuova organizzazione.

Ad aprile 2013, alla luce delle novità normative e giurisprudenziali relative all'inquadramento giuridico delle ASP, all'applicabilità del patto di stabilità nei loro

confronti ed alla imminente predisposizione da parte della Regione di una legge di riordino delle forme pubbliche di gestione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari e di interpretazione autentica delle norme sulle ASP, legge poi pubblicata a luglio 2013¹, l'Amministrazione ha deciso di attribuire all'ASP Irides la gestione dei servizi educativi e scolastici del Comune e di unificare invece le sole ASP Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi per affidarvi la gestione della totalità dei servizi sociali e socio-sanitari.

Oggetto del presente documento, frutto del lavoro prodotto dai diversi gruppi e soggetti interessati all'unificazione sopra ricordati è il progetto di unificazione delle ASP Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi e di costituzione di un'ASP unica per la gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, da ora in avanti "ASP unica", che interesserà anche parte dei servizi sociali ad oggi gestiti da ASP Irides, ed ha lo scopo di illustrare gli obiettivi dell'Amministrazione, la dinamica e i meccanismi di *governance* che le caratterizzano, l'assetto della produzione dei servizi attuale e futuro, il nuovo modello di gestione del welfare cittadino, il processo di unificazione e la sua sostenibilità sul piano economico-finanziario, gli aspetti organizzativi dell'azienda e le attività gestite.

Il documento è stato concepito in due parti. Nei primi tre capitoli presentiamo lo "stato dell'arte" delle tre Aziende esistenti e analizziamo i loro punti di forza e di debolezza, le opportunità di sviluppo e di innovazione dei processi e dei prodotti, oltre che degli assetti organizzativi e delle relazioni istituzionali ed organizzative che caratterizzeranno la nuova azienda nascente. Successivamente affrontiamo gli aspetti di sostenibilità del progetto di unificazione indicando modelli e criteri per una unificazione congruente e coerente con il mandato istituzionale e con la sostenibilità futura della nuova Azienda nel panorama dei servizi alle persone nel contesto bolognese.

Il presente documento verrà presentato ai diversi soggetti istituzionali coinvolti ed alle parti sociali. Questi i passaggi principali del percorso ipotizzato fino alla unificazione delle due ASP:

- condivisione con i Soci, le ASP e le OOSS Confederali delle finalità generali del percorso e del progetto di unificazione,
- condivisione del progetto in Comitato di Distretto,
- presentazione da parte della Giunta della proposta di Delibera Consiliare che approva l'unificazione e autorizza il Sindaco a esprimere come socio nelle assemblee delle ASP la volontà di unificare le 2 ASP,

¹ Legge regionale 26 luglio 2013, n. 12.

- acquisizione dei pareri dei Consigli di Quartiere e delle Commissioni Consiliari,
- integrazione dei pareri e delle osservazioni al progetto di unificazione,
- approvazione da parte del Consiglio Comunale del progetto di unificazione delle ASP, della bozza di Statuto e della Convenzione, e autorizzazione al Sindaco a votare in tal senso nelle Assemblee dei soci,
- adozione di analoghi atti da parte di Provincia e Fondazione, che delegano il Sindaco a presentare formale istanza alla Giunta Regionale,
- le Assemblee delle ASP Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi, su proposta dei rispettivi Consigli di Amministrazione, approvano con apposite deliberazioni l'unificazione e la bozza di Statuto,
- i rappresentanti dei soci sottoscrivono la convenzione,
- il Sindaco presenta istanza di unificazione, allegando le delibere delle ASP, le delibere di Provincia e Fondazione, la bozza di Statuto e la convenzione sottoscritta,
- la Giunta Regionale approva l'unificazione e lo Statuto della nuova ASP con proprio atto deliberativo.

2. SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI NELLA CITTÀ DI BOLOGNA

La riforma del welfare introdotta dalla L. 328/2000, recepita dalla Legge regionale 2 del 2003, ha dato il via a un percorso di riassetto del *Sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali* che ha chiarito compiti e funzioni dei diversi attori, riconoscendo la centralità del Comune quale interlocutore principale del cittadino e ponendo in capo ad esso la titolarità delle funzioni amministrative, il compito di programmare, progettare e realizzare il sistema locale dei servizi sociali a rete e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Il Consiglio comunale del Comune di Bologna nel 2006, recependo i principi innovativi della riforma ha approvato un atto di indirizzo che delinea l'ambito delle responsabilità dell'ente in materia di interventi sociali, sociosanitari, educativi e scolastici e descrive così le finalità del sistema cittadino integrato:

- nei confronti del cittadino, il sistema deve promuovere le condizioni per un pieno sviluppo della persona e per l'accesso al sapere, sostenere la responsabilità delle persone e delle famiglie, garantire l'accesso all'informazione e alle prestazioni, rimuovere o ridurre le condizioni di bisogno, disagio o handicap, attraverso interventi concordati con le persone interessate;
- nei confronti degli attori del sistema integrato, il Comune assume una funzione di governo complessivo del sistema. Gli attori del sistema (enti pubblici, soggetti del terzo settore, soggetti privati accreditati e convenzionati) sono corresponsabilizzati nei confronti dei cittadini e della comunità, attraverso la partecipazione alle fasi di programmazione, progettazione, realizzazione e valutazione dei servizi. La produzione dei servizi segue criteri di adeguatezza, qualità e funzionalità, e viene assicurata - in attuazione del principio di sussidiarietà - attraverso l'integrazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in regime di accreditamento dei servizi - se previsto dalla Regione - e/o di convenzionamento. Il Comune si impegna inoltre a ricercare l'integrazione programmatica ed operativa tra sistema sanitario, sistema socio - assistenziale e sistema educativo - scolastico.

2.1 Il decentramento

La piena attuazione a Bologna del "welfare municipale" introdotto dalla L. 328/2000 si è dovuta confrontare e allineare col processo di completamento del decentramento del Comune di Bologna. Un lungo percorso che giunge nel 1985 alla configurazione degli attuali nove quartieri come circoscrizioni di decentramento istituzionale dotate di

autonoma legittimazione popolare, e attua il principio di portare i servizi dell'Amministrazione nei punti di maggior prossimità ai bisogni del cittadino.

Nel 2007 il Consiglio comunale ha portato a compimento il conferimento delle deleghe ai Quartieri in materia di servizi alla persona, completando l'attribuzione di funzioni relative ai servizi sociali per minori e adulti, in aggiunta ai già attribuiti servizi socio-assistenziali per anziani, ai servizi educativi e scolastici, nonché ad attività riferite a servizi sportivi e culturali e a servizi demografici. La principale eccezione è costituita dai servizi per disabili che restano temporaneamente delegati all'Ausl, salvo alcune funzioni già esercitate dai servizi sociali territoriali, e a quelle connesse al diritto allo studio, già esercitate dai servizi educativo-scolastici dei Quartieri.

Sulla base di tale assetto, il Comune a partire dal 2008 esercita il ruolo assegnatoli dalla normativa nazionale e regionale sui servizi sociali attraverso il pieno coinvolgimento dei Quartieri sia nelle funzioni di governo del Sistema (Comitato di distretto), sia nelle attività di accesso, presa in carico e monitoraggio (Servizi sociali territoriali).

2.2 L'implementazione del Sistema integrato di servizi e interventi sociali

Successivamente all'entrata in vigore della L.R. 2/2003, la Regione ha promosso diverse azioni per dare attuazione al dettato normativo in materia, inducendo significativi cambiamenti anche a livello locale sia in ambito programmatico che sul piano organizzativo. Vediamo qui di seguito le innovazioni più significative e come esse siano entrate a far parte degli strumenti del sistema bolognese:

2.2.1 I Piani di zona

Dopo una prima sperimentazione negli anni dal 2002 al 2004, con l'entrata in vigore della L.R. 2/2003 viene data piena attuazione alla programmazione di zona per il triennio 2005-2007 realizzando, per la prima volta, una ricomposizione di tutti gli strumenti di programmazione del settore, incluso le politiche e gli interventi di integrazione sociale della popolazione immigrata e le politiche e gli interventi per la promozione dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza che, insieme ad altri, entrano nella pianificazione di zona, come specifici programmi finalizzati. Col successivo Piano regionale sociale e sanitario 2008 - 2010, viene compiuto un ulteriore passo nella direzione dell'integrazione socio-sanitaria del Piano di zona che acquisisce la denominazione di "Piano della Salute e del Benessere Sociale 2009-2011" e rappresenta i principali obiettivi di salute e benessere sociale perseguiti a livello distrettuale.

Il Comune di Bologna, il cui ambito territoriale coincide con quello della zona sociale (distretto), esercita nell'ambito del Piano le funzioni di programmazione del sistema

locale a rete, da un lato valorizzando le iniziative territoriali realizzate dai Quartieri in ambito sociale, socio-sanitario e socio-educativo con la partecipazione e il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni, dall'altro realizzando una funzione di coordinamento istituzionale con l'Ausl, e alcuni organi periferici dello Stato quali l'Amministrazione penitenziaria e il Centro per la Giustizia Minorile con cui sottoscrive un apposito Accordo di programma. Il processo di programmazione include la concertazione con le organizzazioni sindacali e la partecipazione degli enti più rappresentativi del privato sociale (Tavolo del Welfare).

2.2.2 *La nuova governance*

La Giunta regionale negli ultimi anni ha significativamente valorizzato i Comitati di distretto, organismi previsti dalla legislazione sanitaria composti dai Sindaci dell'ambito territoriale di governo (i distretti), al fine di coinvolgere i Comuni nel governo della sanità, ma al tempo stesso estendendo il loro ruolo anche all'ambito socio-sanitario e sociale, richiedendo scelte formali su diversi temi, quali ad esempio: l'approvazione dei Piani di zona, la riforma delle Ipab e la costituzione delle Asp, la programmazione del Fondo regionale per la non autosufficienza, l'accreditamento dei servizi sociali. Il Comune di Bologna ha aderito a questo orientamento facendo del Comitato di distretto un tavolo di regia delle politiche sociali, socio-educative, socio-sanitarie e sanitarie a cui partecipano, oltre al Sindaco, gli assessori delegati (Sanità, Servizi Sociali, Istruzione, Casa e Quartieri) e i nove Presidenti di Quartiere. Il Comitato è integrato dal Direttore del distretto Ausl di committenza e garanzia. L'originalità di Bologna rispetto ad altri distretti che vedono la presenza di più Comuni, consiste pertanto nel aver fatto del Comitato un luogo di concertazione delle scelte tra organi centrali e organi del decentramento, chiedendo ai Presidenti dei Quartieri di partecipare all'assunzione di indirizzi di ambito cittadino.

Il ruolo istituzionale del Comitato di distretto, privo finora di una legittimità statutaria, rischia di essere ambiguo e le decisioni che assume devono necessariamente essere tradotte in atti (pareri, deliberazioni, ecc.) dei Consigli di Quartiere, della Giunta o del Consiglio comunale per acquisire pieno potere sul piano giuridico. Ciò non ha impedito al Comitato di distretto di assumere anche recentemente orientamenti importanti sul ruolo delle Asp, sull'accreditamento, sulla programmazione di zona, sui programmi per la non autosufficienza, ecc.

A supporto del Comitato di distretto, la Giunta regionale nel 2007 ha previsto che si costituissero gli Uffici di piano distrettuali sulla base di un'apposita convenzione tra i Comuni e l'Ausl. Secondo quanto previsto dalla convenzione, l'Ufficio di piano distrettuale di Bologna presidia la programmazione di zona, la programmazione e il monitoraggio del Fondo regionale per la non autosufficienza, l'integrazione fra i servizi del Comune e quelli dell'AUSL e supporta gli organismi della partecipazione. All'Ufficio di Piano distrettuale le diverse disposizioni regionali attribuiscono sempre più anche un ruolo di interfaccia tecnico tra i territori e gli ambiti istituzionali di livello

superiore, in particolare gli uffici della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di ambito metropolitano (Ctss) e gli uffici della Regione per le funzioni di programmazione e monitoraggio.

2.2.3 *La riforma delle Ipab e la costituzione delle ASP*

La Legge regionale di riforma del welfare n. 2/2003, in attuazione dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328, e in coerenza col dlgs 207 del 2001, prevede anche il riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (Ipab), create nel 1890 per volontà del governo Crispi, e l'istituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp). La norma mette pertanto fine alla tormentata vicenda della riforma delle Ipab, delineando un percorso definito sia nelle modalità che nei tempi di attuazione.

Il Comune di Bologna nel 2004 contava 16 Ipab sul proprio territorio di cui tre inattive (Centro Educativo Bolognese, Fondazione Anna Maria Pedrazzi Verni, Opera Pia Bevilacqua), tre in possesso dei requisiti per trasformarsi in soggetti di diritto privato, in quanto amministrate prevalentemente da soggetti privati (la Fondazione Demetrio Benni, l'Istituto del Buon Pastore, le Opere Pie Del Monte) e dieci Ipab destinate fondersi tra di loro e a trasformarsi in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona:

- a. Fondazione Innocenzo Bertocchi;
- b. Istituti di Assistenza Riuniti del Comune di Bologna;
- c. Istituti Educativi in Bologna;
- d. Istituto Clemente Primodi;
- e. Istituto Giovanni XXIII;
- f. Opera Mendicanti detta Orfanotrofio San Leonardo;
- g. Istituzione Cassoli Guastavillani;
- h. Opera Pia dei Poveri Vergognosi ed Aziende Riunite;
- i. Fondazione Alberto Dall'Olio e Alessandro Manservisi;
- j. Istituto Antirabico.

Il Consiglio Comunale, nella seduta del 19 dicembre 2005, ha approvato il Programma delle trasformazioni aziendali "Dalle Ipab alle Asp, Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona", prevedendo la costituzione di tre Aziende:

1. una Asp dedicata all'assistenza degli anziani, derivante dalla fusione di tre IPAB, con capofila l'Istituto Giovanni XXIII (Istituto Giovanni XXIII, Orfanotrofio San Leonardo, Istituto Antirabico) costituita formalmente l'01/01/2007;
2. una Asp dedicata all'assistenza degli anziani e delle persone adulte, derivante dalla trasformazione dell'Opera Pia dei Poveri Vergognosi e costituita formalmente l'01/01/2008;

3. una Asp dedicata all'assistenza dei minori e dei disabili, derivante dalla fusione di sei Ipab, con capofila gli Istituti Educativi (Fondazione Innocenzo Bertocchi, Istituti di Assistenza Riuniti del Comune di Bologna, Istituti Educativi in Bologna, Istituto Clemente Primodi, Istituzione Cassoli Guastavillani, Fondazione Alberto Dall'Olio e Alessandro Manservisi) costituita l'01/01/2008 con denominazione Asp Irides.

Il Comune di Bologna nell'intraprendere il percorso di costituzione delle Asp ha operato alcune scelte nell'ambito dei margini di manovra consentiti dalla normativa regionale:

- a) il rispetto del principio dell'ambito territoriale di attività coincidente con la zona sociale (facilitato dall'unitarietà amministrativa del territorio) avvalendosi comunque della facoltà di mantenere due Aziende di grandi dimensioni operative contemporaneamente nel settore anziani su tutto il territorio comunale;
- b) la caratterizzazione delle Asp come Aziende multi-servizi nei rispettivi settori di attività;
- c) la multi-settorialità della tipologia di servizi offerti da alcune Aziende (Asp Poveri Vergognosi e Asp Irides);
- d) l'ampio conferimento alle Asp di attività di gestione ed erogazione di servizi da parte del Comune, ivi incluse attività per cui erano già in corso affidamenti di servizi a soggetti del privato sociale, assegnando pertanto alle aziende anche una funzione di sub-committenza verso terzi delle attività gestionali;
- e) l'individuazione dell'Asp unica distrettuale come orizzonte verso cui tendere in una fase successiva e più matura del processo di costituzione delle aziende.

2.2.4 *Lo Sportello sociale*

A partire dall'ottobre 2008, il Comune ha dato vita agli Sportelli Sociali collocati nell'ambito dei Servizi sociali territoriali di Quartiere, realizzando le 'porte unitarie di accesso' al sistema dei servizi sociali previste dalla L.R. 2/2003. Gli sportelli sociali costituiscono il primo punto di contatto con i cittadini residenti nel Quartiere per qualunque tipologia di bisogno socio assistenziale e svolgono funzioni di informazione, orientamento (segretariato sociale), osservatorio sociale e prenotazione dell'appuntamento col servizio sociale professionale per la valutazione e l'eventuale presa in carico. Gli sportelli sociali impiegano operatori di profilo amministrativo specificatamente formati nelle attività di comunicazione col pubblico, orientamento e prima lettura del bisogno, utilizzano un sistema informativo per il reperimento di informazioni da fornire al pubblico e lo implementano attraverso la raccolta di dati sull'utenza.

2.2.5 *L'accreditamento dei servizi socio-sanitari*

L'accreditamento dei servizi socio-sanitari è un intervento di qualificazione e omogeneizzazione dei servizi per la non autosufficienza attuato su tutto il territorio regionale a partire dal 2009. Il Comune di Bologna ha accreditato transitoriamente 59 servizi per anziani e disabili con decorrenza dall'1 gennaio 2011 (residenze, semi-residenze e assistenza domiciliare).

Ai servizi accreditati si applica un "sistema tariffario omogeneo" che definisce rette e quote a carico del Fondo regionale per la non autosufficienza valide in tutta la Regione. I servizi accreditati sono tenuti a raggiungere i requisiti di qualità fissati dalla norma entro il termine del regime transitorio (31/12/2013). Il principale dei requisiti di qualità, destinato a incidere profondamente nell'assetto organizzativo complessivo del sistema di produzione, riguarda la responsabilità gestionale unitaria dei soggetti accreditati, i quali devono impegnarsi a provvedere all'erogazione delle prestazioni assistenziali avvalendosi di risorse umane proprie senza ricorrere a eventuali subappalti e devono garantire la responsabilità generale di tutti gli interventi realizzati all'interno del servizio accreditato.

I servizi che saranno maggiormente interessati da trasformazioni organizzative derivanti dal raggiungimento della responsabilità gestionale unitaria sono i servizi per anziani conferiti nel 2009 alle ASP (Case residenze anziani, Centri diurni anziani e Assistenza domiciliare) ove si registra attualmente la compresenza di quote di gestione pubblica e quote di gestione privata. Entro la fine del 2013 per tali servizi si dovrà optare per una gestione o totalmente pubblica o totalmente privata. Allo stato attuale si prefigura una valorizzazione della gestione pubblica intorno al 60% del valore dell'intera produzione (e/o dei posti letto in gestione) attuale delle ASP.

2.3 **L'offerta pubblica dei servizi sociali e socio-sanitari a Bologna**

L'offerta dei servizi sociali del Comune di Bologna trova oggi una sua macro-definizione negli atti di delega delle funzioni ai Quartieri, nella delega di funzioni in materia di servizi per disabili all'AUSL, nel Regolamento generale dei servizi sociali approvato dal Consiglio comunale il 21/07/2008 e nella Delibera di Giunta del luglio 2008, che ha approvato le modalità di attuazione della delega ai Quartieri, l'organizzazione del *Sistema integrato degli interventi e servizi sociali* e i servizi che devono essere realizzati dalle ASP sulla base dei contratti di servizio. Alcuni accordi specifici tra Comune e Ausl regolamentano inoltre in misura più puntuale le modalità con cui si realizza l'integrazione socio-sanitaria (Accordo di programma sui servizi per anziani, Accordo di programma sui servizi per disabili, Protocollo di intesa per i servizi sulle dipendenze patologiche).

Il Regolamento, in particolare, garantisce a tutte le persone residenti nel Comune di Bologna o ivi domiciliate per prescrizione dell'autorità giudiziaria e alle persone che sono state inserite dal Comune in strutture tutelari site in altro territorio comunale, la possibilità di ottenere informazioni qualificate e complete sull'intero sistema di welfare locale, e di sottoporre alla valutazione professionale dell'assistente sociale la propria situazione di bisogno, al fine della definizione del programma individualizzato più adeguato. Qualora si verifichi una indifferibile necessità sociale, gli interventi e le prestazioni sono estesi anche alle persone domiciliate o temporaneamente presenti sul territorio.

I cittadini sono considerati assistibili quando si trovino in situazione di effettivo bisogno, sussistendo almeno una delle seguenti condizioni:

- a) insufficienza del reddito e della vita di relazione per il soddisfacimento delle primarie esigenze di vita;
- b) incapacità di provvedere a se stessi;
- c) presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria che impongano o rendano necessari interventi o prestazioni socio assistenziali;
- d) presenza di svantaggio personale in situazione di fragilità della rete sociale.

La valutazione della situazione di bisogno compete all'assistente sociale che, a seguito della valutazione dello stato di bisogno, definisce un Programma Assistenziale Individualizzato (PAI), contenente gli interventi necessari per affrontare, coerentemente all'effettivo stato di bisogno, le problematiche che il caso presenta e gli obiettivi da raggiungere, fissando tempi e modalità di realizzazione e di verifica degli stessi.

Avvalendoci delle tipologie di servizi previste dal Regolamento, possiamo quindi rappresentare schematicamente le macro-prestazioni contenute nei PAI erogate dai servizi sociali di Bologna.

A. Interventi di sostegno economico

Interventi di carattere economico erogati a singoli o nuclei familiari, in condizioni di bisogno temporaneo o continuativo, non in grado di gestire una situazione di difficoltà economica. Possono essere costituiti da un contributo "a fondo perduto" o consistere nell'erogazione di un prestito; possono avere ad oggetto una somma di danaro o buoni utilizzabili per l'acquisto di beni determinati. Il sostegno economico è finalizzato al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) contrastare il fenomeno della povertà;
- b) favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;
- c) sostenere le responsabilità familiari, favorendo l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare.

B. Servizi ed interventi domiciliari

Le azioni a sostegno della domiciliarità consistono in interventi progettati e svolti da operatori qualificati aventi ad oggetto la cura della persona e dell'ambiente domestico, il supporto alla permanenza di minori nel nucleo familiare, il supporto alle relazioni familiari e allo sviluppo socio-educativo dei minori. Sono rivolte a cittadini con difficoltà psico fisiche tali da compromettere le autonomie di base necessarie a garantire dignità nella gestione delle attività quotidiane e sono finalizzate al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) contrastare l'istituzionalizzazione delle persone favorendone la permanenza presso il domicilio;
- b) sostenere la famiglia nel superamento degli eventi critici che possono accompagnare alcune fasi della vita;
- c) garantire l'informazione sulle opportunità di scambio fra famiglie e territorio.

C. Servizi residenziali

I servizi residenziali sono rivolti a persone non assistibili nel proprio ambito familiare, in considerazione del loro stato di non autosufficienza o della difficoltà nel mantenere la propria autonomia psicofisica e relazionale, e perseguono i seguenti obiettivi:

- a) assicurare trattamenti socio-assistenziali e sanitari di base tesi al riequilibrio di condizioni psicofisiche deteriorate e al mantenimento della dignità della persona;
- b) perseguire processi di emancipazione da situazioni di privazione materiale, esclusione sociale, particolare carenza educativa.

D. Servizi semi-residenziali

I servizi semi residenziali consistono nell'inserimento, in strutture socio-sanitarie riabilitative e socio-educative a carattere diurno, di anziani con diverso grado di autosufficienza, disabili e minori e perseguono i seguenti obiettivi:

- a) offrire un sostegno al destinatario e alla sua famiglia, anche attivando strategie per la sua integrazione sociale;
- b) potenziare o preservare le abilità personali, a livello cognitivo, manuale e relazionale, funzionali alla sua riabilitazione;
- c) sviluppare e compensare, in ottica socio educativa, abilità e competenze relative alla sfera dell'autonomia e dell'identità.

E. Interventi in emergenza

Gli interventi in emergenza vengono attivati quando vi è l'urgenza di far fronte a gravi situazioni contingenti di carattere sociale e perseguono i seguenti obiettivi:

- a) contrastare emergenze sociali;
- b) rispondere a richieste di intervento conseguenti a provvedimenti dell’Autorità giudiziaria;
- c) accogliere persone in stato di abbandono.

2.3.1 Il “perimetro” dell’offerta delle ASP cittadine

L’offerta delle Asp cittadine si colloca nel perimetro dei servizi pubblici alla persona di natura sociale , sociosanitaria e socioeducativa. Prevede quindi i servizi e interventi che la committenza pubblica (Comune di Bologna, Provincia, Ausl) e l’iniziativa autonoma delle ASP come soggetti pubblici realizzano per le popolazioni-target dei “minori e famiglie”, “adulti” e “anziani”.

In estrema sintesi possiamo affermare che la produzione in ambito sociale valorizza complessivamente 38,2 mln di euro (di parte corrente, esclusi costi del personale del Servizio Sociale Territoriale e costi indiretti). Di questi, 22,3 mln (58,3%) sono commissionati dal Comune di Bologna alle ASP cittadine.

Tabella 1

LA PRODUZIONE DELLE ASP (IN MLN)

	<i>Totale CoBo</i>	<i>Di cui commissionata alle ASP</i>	<i>% ASP</i>
Minori	12,3	10,2	82,9
Adulti	8,4	3,2	38
Anziani	17,5	8,9	50,8
TOTALE	38,2	22,3	58,3

Fonte: nostre elaborazioni da contabilità analitica e da contratti di servizio con ASP

Se in questo “perimetro” facciamo entrare anche la produzione socio-sanitaria (costituita dalle quote del Fondo per la non autosufficienza regionale e nazionale, dalla contribuzione alla spesa degli utenti, del Fondo Sanitario), il cui ammontare è pari a circa 74 mln, il valore totale si aggira intorno ai 112 mln. Circa il 45% (28 mln) dei 74 mln, è assorbito dalle ASP (in particolare da Giovanni XXIII e P.V. che producono servizi nell’ambito della popolazione anziana, tipicamente di ambito socio-sanitario). Sommando i valori dell’ambito “sociale” con quelli del “socio-sanitario”, il valore della produzione per le ASP è di oltre 50 mln, pari al 44,5%. A questi si aggiungano i valori da “produzione propria”.

Tabella 2

LA PRODUZIONE COMPLESSIVA SOCIALE E SOCIO-SANITARIA (IN MLN)

	<i>Sociale</i>	<i>Socio-sanitaria</i>	<i>Totale</i>
	38,2	74	112,2
<i>Di cui ASP</i>	<i>22,3</i>	<i>28</i>	<i>50,3</i>

Fonte: nostre elaborazioni da contabilità analitica CoBo e Ausl e da contratti ASP

Ricordiamo che le fonti di finanziamento di questo insieme di servizi sono diverse e includono: i fondi propri del Comune di Bologna il Fondo per la non autosufficienza regionale (FRNA), il Fondo sanitario regionale (FSR), il contributo al costo dei servizi a carico degli utenti, altri fondi di minore entità.

Inoltre, da questa elaborazione sono esclusi i costi gestionali a supporto dell'attività produttiva. Sono altresì esclusi i costi della popolazione "disabili adulti" (delega alla Ausl); questi ultimi valorizzano circa 27 mln², di cui circa un terzo a carico del CoBo.

Più in generale, il perimetro del mercato dei servizi si amplierebbe ancora se considerassimo i costi complessivi del welfare cittadino di ambito sanitario rivolto a queste popolazioni e quelli attinenti ai servizi del mercato privato (privato-privato; privato-aziende) sostenuto dalle famiglie, a loro volta assistite, in parte, da contributi statali (indennità di accompagnamento, altro). Benchè questi aspetti presentino caratteristiche di rilievo nel contesto produttivo dei servizi sociali e socio-sanitari, e siano oggetto di analisi e discussioni sempre più accurate, non possiamo in questa sede trattare compiutamente il tema senza rischiare di allargare i confini del presente documento oltre gli ambiti specifici.

2.3.2 *L'organizzazione dei servizi e il sistema di governance*

Come abbiamo visto, nel nuovo assetto del *Sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali* introdotto dalla L. 328/2000 e recepito dalla L.R. 2/2003, i Comuni occupano un ruolo centrale nelle funzioni di programmazione, progettazione ed erogazione. Per quanto concerne la scelta delle modalità gestionali, si può sinteticamente affermare che nel corso del tempo ha prevalso in generale una tendenza dei Comuni a esternalizzare la produzione dei servizi sociali, concentrandosi sulla gestione diretta dei processi di programmazione e di progettazione del sistema. A differenza della sanità e dell'istruzione, ambiti in cui l'operatore pubblico ha assunto un'ampia responsabilità produttiva diretta, nel campo dei servizi sociali si sta pertanto affermando sempre più una modalità in cui il Comune assume una funzione di *regia indiretta* affidando la gestione a enti pubblici dotati di personalità giuridica autonoma o a soggetti privati

² Sono esclusi i costi per le persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004) che ammontano a circa 1,8 mln fra costi a carico del FRNA e del FSR.

accreditati che operano in regime di concessione. A tal proposito la L.R. 2/2003 (art. 15, comma 4) ha previsto espressamente che i Comuni possano avvalersi delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp) quale strumento gestionale per i servizi e le attività in materia sociale.

L'atto del Consiglio comunale del 2006, già ricordato a inizio capitolo, individua alcuni principi per una trasformazione in termini più moderni e funzionali dell'assetto organizzativo dei servizi:

- l'integrazione progettuale ed operativa tra i diversi ambiti delle politiche: sociali, sanitarie, educative, scolastiche, superando la focalizzazione sull'integrazione sociosanitaria;
- la distinzione tra funzioni di supporto al governo e funzioni gestionali, al fine di dedicare risorse professionali adeguate alle esigenze degli Organi comunali;
- la distinzione tra funzioni di valutazione del bisogno, programmazione individualizzata dell'assistenza, accesso ai servizi e funzioni di produzione delle prestazioni e degli interventi;
- la cultura della qualità come elemento per la progettazione dell'organizzazione, il controllo dei processi, la valutazione della soddisfazione degli utenti.

Sulla base di questi principi, la Delibera di Giunta del luglio 2008 ha operato una riorganizzazione complessiva del *Sistema integrato degli interventi e servizi sociali* che prevede in capo al Comitato di distretto, all'Ufficio di piano e ai Settori centrali del Comune le funzioni cittadine di programmazione, controllo, regolazione e committenza; che individua nei Servizi Sociali Territoriali dei Quartieri il punto di accesso, valutazione, presa in carico degli utenti e committenza del PAI, e che attribuisce alle ASP e al privato accreditato la funzione di produzione ed erogazione degli interventi.

Per quanto riguarda in particolare la distinzione tra accesso e produzione, la stessa Delibera prevede alcune eccezioni relativamente a pochi accessi specialistici che devono continuare ad essere assicurati in parallelo alle funzioni universalistiche del Servizio Sociale Territoriale e che vengono assegnate alle Asp (Servizio sociale per minori stranieri non accompagnati, Sportello protezioni internazionali, Accessi a bassa soglia delle Unità mobili, etc.) o all'Istituzione per l'inclusione sociale e comunitaria (Vittime della tratta, etc.).

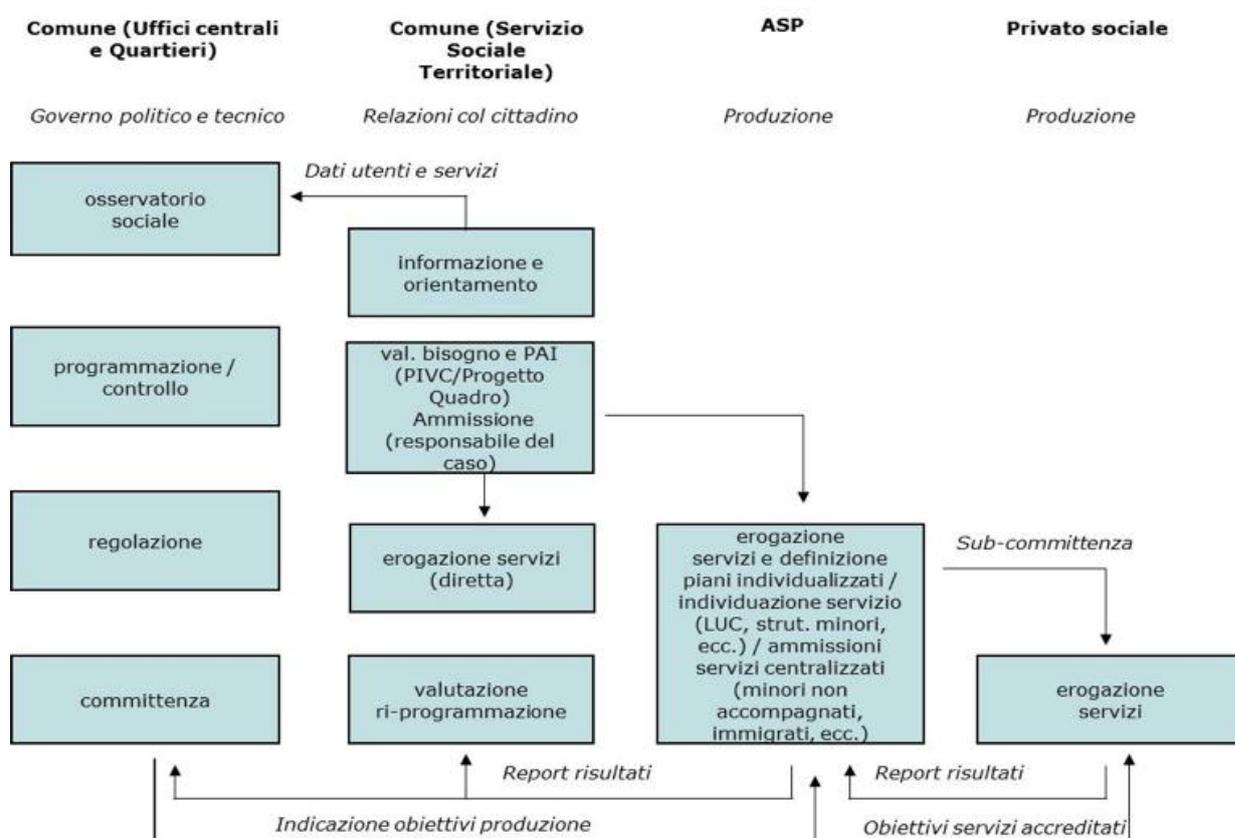
Sempre relativamente all'applicazione di tale principio, nell'attuazione della riorganizzazione si è andata via via delineando una linea di confine nel processo di committenza del PAI tra il ruolo del Servizio Sociale Territoriale e quello dell'ASP non

sempre omogenea per tutte le tipologie di intervento e i settori assistenziali. In alcuni casi l'ASP si è dotata anch'essa di funzioni di servizio sociale per definire in modo più specifico gli obiettivi contenuti nei Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) (è il caso dell'assistenza domiciliare e dei centri diurni anziani) e delineare un Progetto individuale di intervento. In altri casi si è dotata di dispositivi di governo e gestione dell'accesso fungendo da interfaccia tra il Servizio Sociale Territoriale e l'insieme dei produttori (es: il governo dell'accesso alle comunità per minori e alle strutture residenziali per adulti).

Un'ulteriore eccezione è costituita oggi da alcuni servizi a carattere sperimentale che in virtù della loro peculiarità e della loro valenza cittadina o addirittura metropolitana, sono stati attivati dai Settori centrali del Comune e affidati direttamente a soggetti gestori privati che ne curano sia le funzioni di accesso che di erogazione dei servizi per un periodo limitato di tempo prima di trasferire le competenze sul caso ai Servizi Sociali Territoriali. E' questo il caso del Pronto intervento sociale (PRIS) e del Servizio a bassa soglia per persone temporaneamente presenti (SBS).

Tabella 3

FUNZIONI DEGLI ATTORI DEL SISTEMA: SITUAZIONE ATTUALE



Fonte: nostra rappresentazione

2.4 I punti di forza e le criticità

Nelle considerazioni che seguono descriviamo i punti di forza e le criticità dei principali macro-processi organizzativi che hanno accompagnato la nascita delle ASP nel nostro territorio.

2.4.1 Decentramento e Piano di Zona

In questi anni abbiamo assistito a una dinamica evolutiva degli assetti organizzativi caratterizzata a volte da processi divergenti e in parte contrastanti che, in alcuni casi, hanno indebolito l'efficacia delle funzioni di regia del Comune. E' il caso del completamento del decentramento dei servizi sociali operato a partire dal settembre 2008 che, se da un lato ha realizzato compiutamente l'obiettivo di una maggior prossimità dei servizi al cittadino, dall'altro ha sviluppato energie mirate a spostare l'assetto decisionale nei territori (quartieri), tracciando un percorso inverso a quello in atto a livello regionale di promuovere e incentivare una governance di livello distrettuale nel rispetto dei principi della L. 328/2000 e della L.R. 2/2003. Così, mentre

in altri territori della Regione abbiamo assistito alla nascita e al consolidamento di forme di aggregazione intercomunale, attraverso gli Accordi di Programma dei Piani di Zona, o in modo più ampio attraverso le Unioni dei Comuni, la città capoluogo sembra aver scelto di mettere al primo posto un processo di segno opposto mirato a restituire più spazio d'azione ai Quartieri, considerati maggiormente in grado di intercettare i bisogni dei cittadini e di fornire risposte adeguate. Tale processo ha prodotto in alcuni momenti delle criticità anche all'interno dell'Amministrazione, la quale, se per un verso procedeva verso il completamento delle deleghe ai Quartieri, per un altro verso non poteva rinunciare attraverso gli organi di governo e gli apparati tecnici centrali a rappresentarsi e a negoziare in forma unitaria con i propri stakeholders: i cittadini, le organizzazioni sindacali, le associazioni di categoria, l'Ausl, la Provincia e la Regione innanzitutto.

Questa dinamica ha probabilmente penalizzato tutti gli ambiti dell'Amministrazione (sia i Quartieri che gli apparati centrali), che si sono vicendevolmente vissuti come "concorrenti" piuttosto che come partner nello svolgimento delle loro funzioni, creando delle situazioni di incertezza e sovrapposizione rispetto alle definizioni delle competenze dei diversi punti decisionali e alla individuazione di effettive funzioni di coordinamento e regolamentazione capaci di garantire l'omogeneità dell'offerta e la condivisione di standard di servizi condivisi.

I diversi tavoli permanenti di coordinamento attuati per comporre la frammentazione del sistema (Comitato di distretto, Tavolo di coordinamento dell'Ufficio di Piano, Tavoli tecnici e tematici del Piano di zona, Tavolo dei direttori dei Quartieri, Coordinamento dei responsabili dei servizi sociali territoriali,) sono spesso risultati poco efficaci nel produrre scelte strategiche unitarie e certamente non efficienti in termini di rapporto costo/benefici.

2.4.2 ASP e accreditamento

Un secondo elemento di contrapposizione tra diversi processi organizzativi in corso riguarda il ruolo delle Asp così come viene definito per un lato dal percorso di trasformazione delle Ipab e per il verso opposto dall'accreditamento regionale dei servizi socio-sanitari. Il punto riguarda il requisito della responsabilità gestionale unitaria che deve garantire il servizio, il che significa, in altri termini, che il soggetto accreditato deve gestire direttamente con personale alle proprie dipendenze le prestazioni assistenziali che è tenuto ad assicurare. A tal proposito vi è da rilevare che da un lato, i servizi per anziani realizzati storicamente dalle Asp Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi (Case residenze anziani e Centri diurni) presentano oggi una rilevante quantità di personale fornito dalla cooperazione sociale, dall'altro i servizi per anziani, fino al 2009 gestiti dal Comune e dai Quartieri tramite affidamenti esterni a cooperative (Centri diurni e Assistenza domiciliare), sono stati oggetto di conferimento alle Asp senza tuttavia che venisse realizzata alcuna internalizzazione di personale assistenziale che ha continuato a essere fornito dai gestori privati

precedenti. In sintesi, se il contratto di servizio con le Asp del 2009 aveva realizzato la ricomposizione in capo alle Aziende di gran parte del processo produttivo inerente il settore assistenziale anziani, oggi, in virtù dell'accREDITAMENTO, le Asp sembrano costrette a intraprendere il percorso opposto, cedendo a soggetti del privato accREDITATI non solo la titolarità dei servizi conferiti nel 2009 dal Comune, ma anche una parte (prossima al 40%) dei servizi storicamente nati nell'alveo degli Istituti da cui le ASP derivano.

Trattandosi di due norme regionali è auspicabile un chiarimento a quel livello sulle prospettive future delle Aziende di servizi alla persona e dell'accREDITAMENTO, ma è altrettanto vero che le scelte del Comune possono già determinare una trasformazione del sistema in un senso oppure nell'altro.

La normativa sulle Asp, pur disegnando le Aziende come gestori ed erogatori di servizi di settore, non preclude la possibilità di una loro evoluzione più ampia sul governo generale dei processi produttivi; al tempo stesso l'accREDITAMENTO prevede che sia nelle facoltà del Comune delegare alle Asp le funzioni di sub-commITTENZA verso i soggetti accREDITATI, qualora non sia l'Azienda a gestire direttamente i servizi. I due processi sembrano pertanto poter trovare una ricomposizione possibile solo attuando una scelta radicale tra due soluzioni alternative:

- una prima opzione è quella di lasciare che le Asp finiscano per ridimensionare il volume delle loro attività diventando un gestore accREDITATO solo per alcuni servizi a gestione diretta che si rapporta con la commITTENZA (Comune e Asl), a pari livello con i soggetti privati accREDITATI,
- una seconda opzione è quella di ampliare i poteri delle Aziende delegando loro il rapporto con i produttori accREDITATI, fermo restando la non delegabilità dei procedimenti di concessione dell'accREDITAMENTO, oltre che di programmazione del fabbisogno e di controllo, che restano chiaramente in mano al Comune.

3. IL RUOLO DELLE ASP NEL SISTEMA DEI SERVIZI

Le ASP cittadine, in questi ultimi anni, hanno assunto nuove funzioni e servizi e stabilizzato progetti e sperimentazioni che hanno permesso di allargare il loro tradizionale ambito di attività.

E' mutato sostanzialmente il loro ruolo all'interno del sistema della rete e dei servizi cittadini: da soggetti produttori di servizi, spesso "monoprodotto", sono diventati soggetti cardine nella gestione complessiva dei servizi, assumendo ruoli di natura strategica, di interfaccia operativa con altri soggetti gestori e con il Comune di Bologna, arricchendo, così, la propria *mission* originaria e diventando punti di riferimento qualificati del sistema dei servizi locali.

In questo capitolo faremo un'analisi delle loro caratteristiche distintive sotto il profilo degli assetti di *governance*, organizzativi e gestionali, analizzando sia i processi organizzativi che quelli assistenziali.

Infine, metteremo in luce i loro punti di forza e di debolezza evidenziando i possibili cambiamenti (a fronte delle criticità rilevate) o consolidamenti (a fronte delle opportunità e degli elementi di qualità rilevate) che auspichiamo si possano realizzare con la creazione della nuova ASP.

3.1 Il ruolo delle ASP nell'attuale assetto istituzionale di governance e di produzione in ambito regionale e locale

Le ASP, in tutto l'ambito regionale, quasi sempre convivono con altre forme di gestione pubblica dei servizi sociali e sociosanitari nello stesso distretto sanitario/Zona sociale (nel nostro caso: Distretto della Città di Bologna).

Nella maggioranza dei distretti non sembra che il processo di costituzione delle ASP abbia rappresentato l'occasione per l'avvio di un percorso per la riorganizzazione ed ottimizzazione degli assetti gestionali pubblici dei servizi sociali e sociosanitari. Solo in pochi casi, infatti, si sono create le condizioni per la creazione di nuove Aziende Speciali Consortili (ASC) o si è organizzata la produzione dei servizi direttamente nelle Unioni dei Comuni.

Inoltre, nella maggioranza dei casi, alla trasformazione delle IPAB in ASP non sembra aver fatto seguito un allargamento o ridefinizione delle aree di attività delle ASP. Detto altrimenti, le ASP nella maggior parte dei casi hanno continuato a fare ciò che facevano le vecchie IPAB.

In pochi territori è stato avviato un percorso per far diventare l'ASP lo strumento unitario distrettuale di gestione servizi sociali, socio-educativi e socio-sanitari a gestione pubblica.

Si sono così creati in tutto il territorio regionale problemi di:

1. **sostenibilità economica:** in assenza di interventi significativi e di decisioni tempestive, molte ASP nel giro dei prossimi anni si potrebbero trovare nella condizione di non poter garantire l'equilibrio di bilancio anche ricorrendo all'apporto di componenti straordinarie;
2. **complessità gestionale e sottodimensionamento:** le ASP, anche a seguito dei processi di accreditamento socio-sanitario di strutture e servizi, hanno accusato problemi di assetto interno della produzione che le ha costrette a ridimensionare il proprio potenziale produttivo e, di fatto la propria *mission*;
3. **gestione del patrimonio:** funzione strategica che le ASP non hanno valorizzato ancora in maniera ottimale per difficoltà gestionali o per limiti nella visione strategica; si prefigura, infatti, la possibilità di adottare strumenti che consentano la gestione e valorizzazione del patrimonio ad un livello superiore rispetto a quello delle singole ASP, attuando e integrando quanto già previsto nella legge regionale.

Tutte queste valutazioni hanno condotto la Regione, con la legge 12/2013, a **ri-definire la produzione dei servizi a gestione pubblica** in ambito sociale, socio-sanitario e socio-educativo superando la frammentazione di strumenti gestionali pubblici negli stessi ambiti distrettuali attraverso **l'identificazione di un'unica forma gestionale pubblica "multi settoriale" che comprenda sia l'ambito sociale, che socio-sanitario, che socio-educativo.**

E' così che anche il Comune di Bologna può legittimamente pensare ad un suo "piano strategico" di produzione dei Servizi che veda superati e superabili gli aspetti sopra richiamati.

Il Piano Generale di Sviluppo 2013-2016 (PGS) va in questa direzione quando afferma che dobbiamo pensare "ad un riposizionamento strategico di queste istituzioni e a un riorientamento delle stesse politiche sociali. In modo particolare si pone l'esigenza di semplificare e razionalizzare le forme di produzione/gestione dei servizi presenti in ambito distrettuale nel sistema sociale, socio-sanitario e socio-educativo assegnando un ruolo preciso alla produzione dei servizi attraverso forme aziendali pubbliche, anche al fine di superare la confusione dei ruoli e le inutili concorrenzialità tra più Enti titolari di funzioni; al contempo insistendo sul modello di governance disegnato dal recente Piano sociale e sanitario".

La costituzione dell'ASP unica del sociale è dunque orientata a:

- **ottimizzare le risorse economiche, finanziarie e patrimoniali** per recuperare risorse utili a finanziare piani di investimento, infrastrutture per progetti di sviluppo a forte valenza sociale;
- **allineare i processi assistenziali per target di età** in funzione della continuità e omogeneità dei trattamenti sociali, socioeducativi e socio-sanitari;
- **ridisegnare le relazioni di committenza e di governo** con il resto del sistema sociale, socio-educativo e sociosanitario.

3.2 La governance delle ASP

In questo paragrafo si illustra il sistema di governance in essere con riferimento alle tre ASP attuali.

La Regione individua nello statuto dell'Azienda lo strumento di disciplina delle finalità, delle modalità organizzative e gestionali, di elezione degli organi di governo, dell'ambito territoriale di attività. Lo statuto dell'Azienda e le successive modifiche sono approvati dalla Regione. Gli organi di governo dell'Aziende di Bologna sono attualmente: a) l'Assemblea dei soci, b) il Consiglio di amministrazione; c) il Presidente, così come previsto dalla legge 2/2003.

La Regione prevede che l'ambito territoriale di attività dell'Azienda sia di norma rappresentato dal distretto e che ciascuna Azienda possa erogare servizi anche in più settori assistenziali. L'ambito territoriale per le 3 ASP è il Comune di Bologna. I Soci delle Aziende, stabiliti dallo Statuto, stipulano fra loro una Convenzione.

Le quote di partecipazione dei soci delle ASP sono riepilogate nella tabella seguente:

Tabella 4
LA PROPRIETÀ DELLE ASP
in percentuale

	<i>Poveri Vergognosi</i>	<i>Giovanni XXIII</i>	<i>Irides</i>
Comune di Bologna	98%	96%	96%
Provincia di Bologna	2%	2%	2%
Fondazione Carisbo		2%	2%

Fonte: statuti ASP

L'Assemblea dei soci è l'organo di indirizzo e vigilanza sull'attività dell'Azienda. L'Assemblea è composta dal Sindaco del Comune di Bologna e dal Presidente della Provincia di Bologna o loro delegati e, in due ASP, anche dal legale rappresentante della Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna o suo delegato. Il Consiglio di

Amministrazione, sostituito dalla legge 12/2013 con l'Amministratore unico, è l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei soci, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione; è composto da 5 membri, compreso il Presidente. I componenti sono nominati dall'Assemblea dei soci fuori dal proprio seno con il voto favorevole della maggioranza dei componenti che rappresentino contemporaneamente almeno la maggioranza delle quote di partecipazione all'Azienda; durano in carica cinque anni e non possono ricoprire più di due mandati consecutivi. Il Consiglio di amministrazione uscente permane in carica sino all'insediamento dei nuovi amministratori, che deve avvenire entro dieci giorni dalla loro nomina da parte della Assemblea dei soci.

In questi anni di transizione, la gestione secondo questo assetto di *governance* interna è stata certamente orientata al raggiungimento degli obiettivi dichiarati dai soci e sostanzialmente aderente alla "committenza" dei soci stessi e, segnatamente, dal "socio di maggioranza" che è appunto il Comune di Bologna.

Le prime valutazioni emerse, sia a livello regionale che locale, recepite dalla legge 12/2013, considerano però come indispensabile e indifferibile la semplificazione della *governance* delle ASP appena illustrata.

Gli organi di governo sono stati quindi oggetto di modifica e di semplificazione per essere più funzionali a questo scopo: nei nuovi statuti il Consiglio di amministrazione viene sostituito da un Amministratore unico, il Presidente non è più qualificato come organo dell'Azienda, mentre diviene organo il collegio dei revisori contabili.

3.3 L'organizzazione della produzione e i processi di integrazione interni ed esterni delle tre ASP attuali

Le ASP cittadine sono inserite in un complesso disegno di governo e produzione dove molti soggetti/Enti articolano le loro funzioni di committenza e garanzia, di produzione, di rappresentanza dei bisogni come abbiamo visto nel primo capitolo.

L'articolazione stessa della produzione e i processi di integrazione sono altrettanto complessi, quando non "complicati" da ridondanze e sovrapposizioni o da assetti troppo articolati e non uniformi.

Nel primo capitolo abbiamo rappresentato i diversi ruoli e competenze dei soggetti pubblici in uno schema esemplificativo al quale rinviamo (Tabella 2). Come abbiamo visto, i sistemi di accesso risultano essere diversificati, come molteplici sono anche i produttori nei diversi target. Le ASP si inseriscono come "produttori" e in parte con azioni di committenza delegata su alcune linee di servizio specifiche (es: assistenza domiciliare per anziani - ASP Giovanni XXIII, gestione rete dei produttori di servizi residenziali per minori - ASP Irides, gestione servizi per adulti vulnerabili - ASP P.V.)

Le ASP sono organizzate secondo questo schema di produzione di servizi:

Tabella 5

L'ASSETTO DI PRODUZIONE DELLE ASP PER MACRO PRODOTTI

	ASP Poveri Vergognosi	ASP IRIDeS	ASP Giovanni XXIII
Servizi residenziali anziani	x		x
Centri diurni anziani	x		x
Assistenza domiciliare			x
Servizio sociale MSNA, non riconosciuti, vittime di tratta minori		x	
Servizi residenziali minori		x	
Servizi educativi minori (CAV, centri estivi, ecc.)		x	
Centro per le famiglie		x	
Servizi residenziali esclusione sociale e immigrazione	x		
Servizi semi-residenziali esclusione sociale	x		
Servizi di accesso bassa soglia e immigrati	x		

Fonte: nostra elaborazione

La produzione presenta caratteristiche interessanti sia dal punto di vista delle forme organizzative e di produzione che degli elementi di innovazione sperimentati in questi anni. Vediamole in dettaglio per ogni popolazione target e per macro-prodotti.

3.3.1 Ambito "Anziani"

Nell'area "Anziani", l'ASP Giovanni XXIII e l'ASP Poveri Vergognosi si distinguono per aver progettato e realizzato "centri polifunzionali" in cui diverse tipologie di servizio (appartamenti protetti, centri diurni, residenze) sono collegate in un'unica unità strutturale che permette di diversificare la risposta al bisogno dell'anziano e realizzare "una forma organizzativa in cui ogni articolazione funzionale è, al tempo stesso, autonoma e integrata con le altre. In questi centri si opera in una **logica di rete**, con la possibilità di sperimentare nuove modalità assistenziali e implementare servizi innovativi" (ASP P.V.).

I **principi-guida** che governano l'assetto organizzativo, il modello professionale e l'approccio operativo sono: la personalizzazione dell'intervento, l'integrazione multidisciplinare, l'integrazione tra interno ed esterno del servizio, l'alleanza terapeutica con i familiari, la formazione, la ricerca e la sperimentazione (ASP P.V. E Giovanni XXIII).

Sotto il profilo della sperimentazione, bisogna dire che le ASP in questione hanno, nel corso di oltre un decennio, attivato processi innovativi rispondendo alla committenza pubblica in modo esemplare, collocandosi su standard gestionali al di sopra della media regionale. Sono un esempio la creazione di servizi specialistici per gli utenti affetti da demenze sia residenziali che a sostegno della domiciliarità (Nuclei Alzheimer, Progetto “Teniamoci per mano”) che ha comportato un lavoro di approfondimento, studio e ricerca (anche in contesti esteri) e sperimentazione utile poi a tutto il sistema produttivo.

Sono stati elementi assunti dal resto del sistema, dal punto di vista metodologico e organizzativo:

- **gli adattamenti strutturali:** ambienti completamente privi di barriere, adozione di sistemi antifuga non coercitivi, realizzazione di percorsi per il *wandering* sia all'interno che all'esterno delle strutture, progettazione degli elementi di arredo per creare ambienti con connotazione domestica e familiare, studio degli ambienti con adozione di colori in banda calda per pavimenti e pareti, ecc.;
- la **sperimentazione di tecniche non farmacologiche** funzionali al contenimento del disturbo comportamentale, quali la *Pet therapy*, la *Doll therapy* (ASP P.V.) o alla stimolazione cognitiva, allo sviluppo e potenziamento delle abilità mentali ed emotive come il metodo *Validation* o il Progetto *Memofilm* (ASP Giovanni XXIII);
- la **selezione, formazione e stabilizzazione del personale:** *test* motivazionali per l'accesso ai servizi, supervisione sistematica dei gruppi di lavoro da parte dello psicologo dell'*équipe*, percorsi di aggiornamento e formazione permanente, riunioni d'*équipe* settimanali per la verifica dei piani di assistenza individualizzati;
- la **flessibilità dell'organizzazione:** per l'esecuzione delle attività assistenziali, del pranzo e della cena, del riposo e del sonno, assecondando i ritmi di vita dell'anziano;
- il **lavoro con le famiglie:** formazione, sostegno individuale da parte dello psicologo dell'*équipe*, creazione gruppi auto-mutuo aiuto; costante condivisione del percorso assistenziale (ASP P.V., Giovanni XXIII).

L'organizzazione si è così affermata su un modello che tende a identificare e dimensionare le articolazioni organizzative e i gruppi di lavoro in modo funzionale al conseguimento degli obiettivi di flessibilità, tempestività e personalizzazione dell'intervento.

Nell'ambito delle organizzazioni più complesse, come la Casa Residenza Anziani si è affermata l'**organizzazione per nuclei**, ovvero la forma organizzativa che si ritiene “maggiormente ricca di potenziale circa l'adozione di modalità di erogazione del

servizio e di organizzazione delle risorse imperniate sull'anziano e sul gruppo di anziani".

In questo modello prevalgono gli elementi della **delega delle responsabilità** e, allo stesso tempo, della forte responsabilizzazione "a valle" nell'organizzazione (di chi conosce i problemi ed è più vicino ai bisogni dell'utente) con conseguente valorizzazione delle responsabilità intermedie nell'assegnazione di obiettivi e risorse, nella organizzazione della gestione, nella presa di decisioni, nel controllo dei risultati.

La puntuale descrizione dell'organizzazione del lavoro e dei ruoli-chiave (funzioni e competenze) in questo ambito di attività è un chiaro esempio della capacità di identificare l'assetto delle responsabilità.

Un altro aspetto qualificante è l'**integrazione** di processi e metodi, di professionalità e conoscenze per ridurre le dimensioni di complessità legate "al sistema dei bisogni della persona, alla divisione del lavoro, alla coerenza normativa" (ASP P.V.). Ciò ha implicato il definitivo abbandono di un approccio al lavoro *per compiti* e l'adozione di un modello di azione professionale: **il lavoro per obiettivi condivisi** e il conseguente **controllo esercitato sugli esiti** e non sul rispetto delle procedure, oltre che una **contenuta strutturazione delle norme** (evitare la sovrapproduzione di norme e regole di comportamento) per sollecitare negli operatori auto-organizzazione, creatività, capacità di adattamento e responsabilità nel compiere scelte.

Il **modello professionale** che ne discende richiede:

- la continua ricerca di una maggiore sensibilità nella capacità di lettura dei bisogni,
- l'assunzione della responsabilità di valutare e decidere,
- la creatività rispetto a metodologie d'azione contingenti legate allo specifico bisogno/momento dell'anziano".

Questo impianto organizzativo, molto convincente, trova riscontro anche nei risultati di performance (capacità produttiva, tassi di occupazione, ecc.) e di esito percepito (gradimento dei servizi da parte di ospiti e familiari, appetibilità di mercato, ecc.) come dimostrato in modo sistematico in questi ultimi anni nei Bilanci Sociali e relazioni annuali delle stesse ASP, attraverso l'utilizzo di set di indicatori per la verifica di processi ed esiti confrontabili longitudinalmente e fra attori diversi della rete di produttori locali.

L'ASP Giovanni XXIII, inoltre, negli ultimi anni ha anche allargato le sue competenze e ambiti di produzione nell'area dei Servizi a **supporto della domiciliarità**. Sono stati perseguiti obiettivi relativi: alla continuità assistenziale nelle dimissioni ospedaliere difficili; alla formazione, qualificazione e messa in rete delle Assistenti Familiari e al supporto ai care givers (anche con l'ausilio di Enti finanziatori come l'ex INPDAP con

il progetto “Badabene” e le Fondazioni Cassa di Risparmio e Fondazione del Monte con i progetti di qualificazione e tutoraggio del rapporto con le Assistenti Familiari); al coordinamento operativo e controllo dell’assistenza domiciliare in funzione di interfaccia organizzativa funzionale all’integrazione di diverse funzioni agite dal Servizio Sociale Territoriale (funzione di analisi dei bisogni e progettazione interventi) e dai soggetti gestori (funzione di erogazione di interventi).

In queste funzioni l’ASP si è distinta per capacità progettuali e di coordinamento che saranno, anche migliorando nelle performance e portando elementi di innovazione, certamente utili nel nuovo assetto unificato.

Risultano **critici** invece alcuni assetti organizzativo-gestionali, recentemente considerati alla luce del processo di accreditamento socio-sanitario, che imporranno revisioni gestionali finalizzate a migliorare alcune performance relativamente ai costi generali e amministrativi, ancora diversi tra ASP e in rapporto agli standard regionali. In tal senso è già stato avviato un percorso comune di revisione gestionale e di committenza che dovrebbe portare ad una maggiore efficienza produttiva oltre che ad un allineamento delle performance.

3.3.2 *Ambito “Adulti”*

L’area di intervento che interessa gli “Adulti” è anch’essa articolata in più servizi e modelli di intervento. Comprende servizi residenziali e semiresidenziali, a bassa soglia di accesso, residenze e appartamenti adibiti ad accoglienze temporanee, unità mobili di sostegno, laboratori di sviluppo dell’autonomia lavorativa, presa in carico di persone richiedenti protezione internazionale e gestione del sistema SPRAR (Sistema Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati).

I Servizi sono rivolti ad adulti in condizione di svantaggio sociale, immigrati, richiedenti asilo e protezione internazionale, persone in strada, senza fissa dimora e con problemi sociali dovuti a condizioni di vita e di salute segnate da forte fragilità sanitaria (tossicodipendenza, alcolismo, problemi di salute mentale, malattie invalidanti).

Gli aspetti che abbiamo ricordato poco sopra per l’area “Anziani” possono essere sovrapposti per molti aspetti generali a quest’area soprattutto con riguardo ai principi e alle metodologie di intervento (integrazione, rete, flessibilità, continuità, responsabilità, ecc.). mentre vi è sicuramente un più basso livello di standardizzazione delle regole e delle procedure di accesso e presa in carico oltre che di alcuni aspetti della produzione (assetti organizzativi, processi, prodotti, esiti) e della stessa struttura dell’offerta.

Risultano di **qualità** i seguenti aspetti del sistema di produzione:

- i **sistemi gestionali integrati** tra servizi a “bassa soglia” di accesso e servizi semiresidenziali e residenziali continuativi che rendono una gamma di opportunità alle popolazioni target più funzionali ai loro bisogni;
- il **sistema di accoglienza** di diversi target di popolazione debole e vulnerabile e con problemi di fragilità sanitaria e sociale che ha privilegiato la personalizzazione degli interventi su piccoli target e sulle persone singole rendendo flessibile il sistema e garantendo maggiori margini di risultato nei processi di integrazione e di autonomia (ad esempio: nei progetti di “transizione abitativa”, dove i soggetti interessati dagli interventi devono autonomamente “attivare le proprie risorse personali con atteggiamenti legati al fare” (ASP P.V.);
- il valore aggiunto ricercato nelle **forme di partecipazione** agli interventi da parte della comunità di vita delle persone ospiti di strutture o raggiunti tramite interventi di prossimità che facilita il raggiungimento degli obiettivi assistenziali sui target interessati e rinforza il capitale sociale della comunità di riferimento e i processi di inclusione sociale;
- l’autonoma **progettualità** sviluppata all’interno dell’Azienda che apporta elementi di differenziazione e di originalità al sistema produttivo. Citiamo, tra gli altri: il progetto “ASP naturalmente solidale” dell’ASP P.V. che prevede la raccolta e distribuzione gratuita di prodotti ortofrutticoli ritirati dal mercato a favore di persone in difficoltà economica o a enti, opere di beneficenza, istituti di pena, scuole, colonie, ospedali, ecc. di pubblica assistenza; il progetto “microcredito” rivolto a persone o nuclei che versano in situazione di difficoltà economiche temporanea o il progetto “Money tutoring” che si pone l’obiettivo di ri-educare ad un consumo adeguato alle proprie possibilità.

Questi aspetti costituiscono un valore non solo per l’Azienda di riferimento ma anche per tutti i soggetti del privato sociale (formali e informali) che collaborano creativamente e con professionalità alla realizzazione degli interventi e dei progetti segnalati qui sopra.

Accanto agli aspetti di qualità, esistono però **criticità** evidenti negli assetti organizzativi, nelle relazioni tra committenti e gestori e nella gestione dei singoli processi di presa in carico dovute a diversi fattori.

Risultano critiche principalmente:

- le relazioni nella **filiera assistenziale**: il sistema del decentramento non sembra aver facilitato l’assunzione di prese in carico ben organizzate e sistematiche secondo i modelli avanzati trattati poco sopra, complice anche la delega dei servizi all’ASP interessata (ASP P.V.) non accompagnata da una organizzazione centrale di appoggio e sostegno dei processi da integrare;

- la pratica di una credibile **integrazione socio-sanitaria**: appare in sofferenza tutta l'area (già storicamente, possiamo affermare), sia per le caratteristiche dei target (bisogni complessi, "doppie diagnosi", provvisorietà delle loro condizioni di vita, ecc.) che per la limitata strutturazione dei processi e procedure di presa in carico, oltre che per la mancanza di intese vincolanti tra i servizi sociali e sanitari;
- la mancata implementazione sistematica di un **sistema informativo** su basi informatiche che permetterebbe allineamenti gestionali e di senso tra Servizi quale leva regolatrice del sistema organizzativo e assistenziale;
- la **manutenzione** di alcune strutture di accoglienza: i dispositivi contrattuali attuali non permettono una gestione flessibile, oltre che tempestiva ed efficace, delle strutture assegnate dal Comune di Bologna ai gestori; è necessaria una revisione del modello contrattuale per poterlo orientare ad un più deciso e definito modello di concessione pluriennale che faciliti l'assunzione di responsabilità complessive da parte dei gestori stessi, in modo tale da rendere funzionali sia la manutenzione ordinaria che straordinaria e la progettazione di innovazioni e razionalizzazioni come ad esempio l'efficientamento energetico delle strutture;
- la carente strutturazione di un **sistema di gestione della qualità**: quello che abbiamo rilevato nelle linee di servizio proprie della popolazione Anziana, non si è sviluppato adeguatamente in questa area di intervento; le condizioni di sviluppo di quest'area sono state sicuramente limitate sia dal fatto che le linee di servizio affidate dal Comune di Bologna alla ASP interessata (ASP P.V.) sono relativamente recenti, sia in relazione al fatto che sono particolarmente impegnative sul piano della gestione, specie se non adeguatamente supportate da regole e da condizioni strutturali di base; non ultimo, il limite rappresentato dalla debole capacità di sviluppare autonomamente processi di presa in carico complessivi con assunzione piena delle relative responsabilità gestionali.

3.3.3 Ambito "Minori"

Infine, l'area di intervento che interessa i "**Minori**". Anche qui le linee di servizio sono diverse e articolate su diversi livelli assistenziali e target. Sono presenti servizi di presa in carico di minori accolti in strutture residenziali temporaneamente allontanati dalle loro famiglie, spesso a seguito di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, di nuclei madri-figli in situazioni di grande difficoltà; servizi educativi di gruppo e ricreativi per minori, di accompagnamento nel loro percorso evolutivo e di supporto educativo; servizi per le famiglie, di promozione delle funzioni genitoriali e di accompagnamento e mediazione dei conflitti intrafamiliari.

Gli aspetti di **qualità** e insieme di forza del sistema proposto dall'Azienda di riferimento (ASP Irides) sono sicuramente quelli riferibili alla strutturazione, per

quanto recente, di un sistema di facilitazione della presa in carico dei minori e delle loro famiglie, proprio nella prospettiva dell'integrazione; in particolare:

- risulta funzionale il disegno di una **presa in carico di "secondo livello"** (il primo livello è rappresentato dall'accesso/valutazione dei bisogni e progettazione degli interventi che è in capo al Servizio Sociale Territoriale dei Quartieri cittadini) dei minori da ospitare in strutture residenziali. Il sistema di accoglienza semiresidenziale e residenziale può contare su procedure e pratiche ormai consolidate e riconosciute dal resto del sistema dei servizi;
- è fortemente connotata la funzione di **integrazione nella presa in carico** di minori la cui gestione è particolarmente complessa (si tratta di minori stranieri non accompagnati che raggiungono il nostro Paese senza riferimenti parentali, minori vittime della tratta, richiedenti asilo, in esecuzione penale, ecc.) e che vede l'Azienda interloquire con i Servizi e Uffici centrali e periferici del Comune, con l'Autorità Giudiziaria, le Forze dell'Ordine, i gestori delle strutture, i propri fornitori/partners per il coordinamento degli interventi inerenti la materia;
- risulta distintiva la capacità di attivare autonomamente (e in alcuni casi con proprie risorse) **interventi innovativi** o storicamente presenti sul territorio bolognese come: l'esperienza dei "Centri Anni Verdi" rivolti a preadolescenti come punti di riferimento educativo per i ragazzi e le loro famiglie, per le Scuole e i Servizi sociali e socioeducativi del territorio di riferimento; le iniziative estive nei plessi messi a disposizione dal Comune di Bologna o dall'Azienda stessa; gli interventi educativi orientati alla promozione dell'agio e alla prevenzione del disagio giovanile. Punti di forza questi che l'ASP Irides, nella sua nuova configurazione, e mission, potrà ulteriormente valorizzare offrendo servizi integrati con quelli educativi a fasce di popolazione 0 - 6 anni che il Comune di Bologna potrà commissionare.

Gli **aspetti critici** da rilevare possono essere riassunti brevemente ne:

- la debole strutturazione del **sistema di "accreditamento"** dei soggetti deputati all'accoglienza in comunità che inficia parte dell'efficacia attesa e della capacità di gestire in maniera efficiente il sistema di ospitalità in strutture socio-educative;
- la limitata attività di **promozione sociale** delle responsabilità genitoriali e di sostegno delle stesse, in parte dovuto a limitate risorse di personale e non adeguatamente e costantemente rese funzionali agli scopi (es: mediazione familiare);
- la **strutturazione dell'offerta**, specie di quella residenziale in emergenza e non, in parte vincolata a disposizioni e regole che ne limitano la capacità di

adeguarsi e rendersi flessibili e adattabili ai bisogni di popolazioni-target, in parte strutturata della sola logica della fornitura senza un efficace sistema di relazioni di comunità capace di valorizzarne il potenziale in termini di mobilitazione di altre risorse, di integrazione di risorse informali con quelle formali/professionali proprie del fornitore, di integrazione di risorse finanziarie partecipate su scopi e interessi comuni.

- la complessità delle **relazioni col sistema sanitario e con quello scolastico**, nei casi, molto diffusi, di minori con disabilità che presentino anche problematiche di disagio sociale, per i quali i percorsi di intervento (diagnosi, certificazione, cura, assistenza, diritto allo studio) coinvolgono talvolta in modo poco organico servizi e soggetti diversi.

3.3.4 *I processi di integrazione con l'ambiente esterno*

La relazione con l'esterno, con portatori di interesse, *partners*, produttori e committenti è rappresentata da diverse modalità per lo più afferibili a:

- rapporti convenzionali per prestazioni di volontariato ed erogazione di servizi, a sistemi di regolazione strutturati,
- contratti di servizi per servizi accreditati (servizi socio-sanitari i cui committenti sono Comune di Bologna e Ausl),
- contratti di servizio per servizi non sottoposti a regime di accreditamento (servizi sociali ed educativi i cui committenti sono il Comune di Bologna e altri soggetti finanziatori come Fondazioni o altri).

Le relazioni sono improntate al rispetto e alla collaborazione tra committenza e ASP. Risultano ancora da perfezionare i sistemi di negoziazione e di presa di decisioni.

Per i primi è necessario integrare i processi di negoziazione e trovare una sede unica di rappresentazione dei problemi, dei progetti, delle richieste da avanzare e negoziare con la nuova ASP con le forme contrattuali previste dalla normativa regionale ("contratti di servizio") dove sia il Comune di Bologna, nelle sue diverse articolazioni, sia l'Azienda sanitaria locale trovano legittima e opportuna collocazione istituzionale.

Per quanto attiene la presa delle decisioni è auspicabile una maggiore chiarezza e integrazione delle competenze e responsabilità decisionali ai diversi livelli, centrale e decentrato del Comune e delle sedi di coordinamento che devono essere semplificate e rese più efficaci, mantenendo il valore della collegialità, ed essere messe in condizioni di concorrere sostanzialmente alla assunzione di decisioni coerenti e tempestive.

3.4 La gestione dei processi organizzativi di supporto alla produzione

In questo paragrafo prenderemo in considerazione l'assetto organizzativo e i processi fondamentali a supporto della gestione delle tre ASP cittadine mettendoli a confronto e valutando la loro rispondenza alle esigenze di sostenibilità organizzativa e gestionale.

Partiamo dagli **organigrammi**. Le tre Asp cittadine presentano uno schema organizzativo simile con catene di comando corte e supportate da staff piuttosto articolati.

In staff sono collocate le funzioni tipicamente di supporto alle funzioni gestionali amministrative e assistenziali:

- la gestione della comunicazione interna ed esterna,
- la gestione della qualità,
- la gestione delle relazioni sindacali,
- lo sviluppo organizzativo e la formazione,
- la programmazione e il controllo,
- la prevenzione e la protezione.

Inoltre, sempre in staff, sono presenti i servizi di supporto con caratteristiche tipicamente orientate alle funzioni gestionali di carattere amministrativo e contabile quali:

- la gestione delle risorse umane (amministrazione del personale e valorizzazione delle risorse umane),
- la logistica (manutenzione, igiene alimentare, attività di supporto) , gli acquisti, la gestione dei contratti,
- la gestione del bilancio e degli aspetti fiscali e tributari,
- la gestione del patrimonio.

In line, anche se diversamente articolate, vi sono le funzioni assistenziali centrate sulle popolazioni target (Minori, Adulti, Anziani, Progetti e Altri Servizi), a loro volta sotto articolate in Strutture/Centri o Servizi specifici come visto nel precedente paragrafo.

Lo schema classico prevede una Direzione, più Settori e Servizi/Uffici. La Direzione sovrintende e coordina l'attività dei dirigenti. Nelle descrizioni così vengono rappresentati: "Il Settore rappresenta l'unità di secondo livello della struttura organizzativa, a cui fa capo la responsabilità di presidiare un target di bisogno e/o erogazione di un servizio ben definito, attraverso la combinazione delle risorse disponibili. I Servizi e gli Uffici rappresentano suddivisioni interne alla Direzione ed ai Settori, definibili con la massima flessibilità in ragione delle esigenze di intervento e delle risorse disponibili" (ASP P.V.).

Non sono presenti elementi nella struttura organizzativa che privilegino gli aspetti di processo, come ad esempio nel caso di organizzazioni matriciali che enfatizzano le responsabilità di processo o progetto o quelle a garanzia delle popolazioni target (es: organizzazioni per Programmi di popolazione/bisogni)

I **processi gestionali** sono rappresentati in modo trasparente con puntuale descrizione delle responsabilità, competenze e funzioni generali. Alcuni di essi sono stati certificati e seguono procedure di valutazione e revisione annuali con conseguente programmazione di "azioni correttive". La maggioranza di questi sono diretti da Responsabili non apicali (Posizioni Organizzative, contratti a tempo determinato).

Appare molto chiara la rappresentazione dei diversi processi (processi assistenziali, processi di supporto alla gestione o alla direzione) e conseguentemente dell'organizzazione funzionale ai processi "core", centrati cioè sull'assistenza alle popolazioni-target, anche se appare ancora debole l'approccio trasversale, orizzontale, che dovrebbe collegare funzionalmente l'operatività dei diversi settori orientati ai diversi target.

Di seguito diamo un esempio tratto dalla relazione del Giovanni XXIII dell'articolazione dei macro-processi:

Da rilevare come alcune funzioni non siano presenti in modo uniforme. Per esempio, le tre ASP non hanno un Ufficio Contratti centralizzato. Hanno infatti incardinato l'attività contrattuale sulla responsabilità dei diversi dirigenti/responsabili di servizi e Uffici. Come pure ASP Irides non ha attivate le funzioni di controllo di gestione ed ha esternalizzato il servizio di elaborazione delle buste-paga e la gestione del personale a tempo determinato. L'attività contrattuale, negli ultimi anni, si è strutturata e specializzata soprattutto in ambiti tradizionalmente poco strutturati anche per lo stesso Comune di Bologna (tipicamente l'area dei servizi del "disagio adulti").

Il Settore Patrimonio in due casi su tre è poco articolato; nel caso dell'ASP P.V. siamo invece in presenza di due settori collocati in line (Patrimonio Immobiliare e Agrario) particolarmente strutturati con unità di personale, professionalità e competenze articolate.

Per la manutenzione ordinaria e straordinaria ci si avvale anche della convenzione INTERCENTER (Global Service) come nel caso dell'ASP Giovanni XXIII e dell'ASP P.V. per il patrimonio indisponibile.

I processi di gestione dei bilanci, che tratteremo più estesamente nei paragrafi seguenti, presentano alcune difformità fra le tre ASP che riflettono diverse scelte organizzative e di controllo. Vi sono due modalità di gestione contabile: l'una che privilegia le modalità di decentramento della gestione, l'altra quella di accentrato

ma con una comune responsabilizzazione dei diversi livelli di responsabilità decentrati (singoli CDR).

I **processi di supporto** dello staff sono diversamente articolati. In alcuni casi non sono presenti se non in forme essenziali, come ad esempio nell'ASP Irides. In tutti gli altri casi le ASP hanno articolato le funzioni di supporto alla Direzione secondo criteri "aziendali" funzionali allo sviluppo e all'innovazione, oltre che al controllo e miglioramento dei propri processi organizzativi-chiave e assistenziali sulle specifiche popolazioni-target.

Appaiono, invece, particolarmente ben rappresentate le funzioni di **programmazione e controllo** e i relativi processi e procedure, per lo più formalizzate e soggette anche a revisioni sistematiche. I percorsi di definizione dei budget e i sistemi di gestione delle verifiche degli obiettivi e delle relative risorse economiche mobilitate sono codificate e "comunicate" all'interno delle Aziende attraverso processi partecipati (con l'esclusione dell'ASP Irides che sta perfezionando solo ora il suo sistema di budgeting). Da segnalare il caso dell'ASP del Giovanni XXIII che organizza un monitoraggio mensile utilizzando un set di indicatori (report direzionale) a supporto delle funzioni direzionali la cui tempestività permette un potenziale di "azioni correttive" particolarmente significativo in caso soprattutto di andamento negativo. Gli indicatori sono in grado di rappresentare l'andamento economico e di processi 'chiave' svolti all'interno dell'azienda. Interessa anche sottolineare come il metodo di rilevazione da cui scaturiscono gli indicatori sia "un processo replicabile nel tempo con un certo grado di automatismo e le fonti dei dati coincidono con i principali gestionali in uso (contabilità generale/analitica, magazzino, flussi risorse umane, flussi utenti ed attività socio-assistenziali, *data warehouse*, etc.)" (ASP Giovanni XXIII). Il sistema è riconosciuto e utilizzato con sistematicità all'interno dell'ASP come sistema di responsabilizzazione dei propri "Centri di Responsabilità" e trasferibile su tutte le altre attività e processi produttivi.

Anche i **processi di gestione della qualità, della formazione e dei sistemi informativi** sono considerati nella loro alta valenza. L'attenzione alla qualità si concretizza in processi attivi di certificazione (UNI EN ISO 9001:2008) e di miglioramento continuo della qualità sia di processi di supporto che assistenziali (specialmente: i Servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani). Il sistema qualità è, di fatto, integrato con la gestione aziendale a dimostrazione del fatto che gli obiettivi della qualità "sono complementari agli altri obiettivi dell'Azienda: innovazione, sviluppo, equilibrio economico, prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro". La qualità "è gestita con il coinvolgimento attivo sia delle proprie risorse umane che degli utenti e dei loro rappresentanti" (ASP Giovanni XXIII). Lo stimolo al miglioramento offerto dalla certificazione, in particolare, "rappresenta un modello di riferimento pensato per introdurre nelle attività aziendali obiettivi e indicatori misurabili e trasparenti per il sistema di utenti e portatori di interesse. I processi considerano standard di costo, di

risultato e di metodo. I primi risultano funzionali al contenimento della spesa entro limiti predeterminati. I secondi risultano funzionali per praticare diritti di cittadinanza sostenibili. Gli standard di metodo risultano funzionali alla uniformazione delle modalità di lavoro" (ASP P.V.).

I **sistemi informativi e informatici** a supporto del sistema sono ben sviluppati e organizzati secondo criteri di sicurezza e standardizzazione; risultano anche sostanzialmente omogenei, almeno relativamente ai processi più critici come la gestione contabile o l'assistenza prestata a popolazioni-target particolarmente onerose dal punto di vista gestionale o delle relazioni con soggetti esterni (Comune di Bologna, Ausl, altri) che richiedono una particolare condivisione di applicativi.

La **comunicazione sociale** (verso l'interno e verso l'esterno) è ben strutturata e orientata al supporto degli obiettivi gestionali dove è coinvolta la struttura organizzativa (responsabili, redattori di atti e documenti informativi, ecc.). E' rappresentata da prodotti specifici come la "Carta dei Servizi", i siti internet e intranet, "bacheche", gruppi di lavoro finalizzati alla circolazione delle informazioni, pubblicazione di riviste e comunicazioni scientifiche in seminari, convegni, pubblicazioni e partecipazione a ricerche. Da segnalare, su tutte, la pratica del "Bilancio Sociale" annuale che rappresenta il punto più qualificato del processo di rendicontazione sociale verso i propri "clienti" e portatori di interesse, riconosciuto come un vero strumento di trasparenza, oltre che di rafforzamento della reputazione sociale delle Aziende in questione.

3.5 Il patrimonio delle ASP: consistenza, gestione e investimenti

La maggior parte del patrimonio delle ASP è costituito dal patrimonio immobiliare, che si suddivide tra patrimonio indisponibile, che include gli immobili destinati alle attività assistenziali delle aziende e che non può essere oggetto di alienazioni, e patrimonio disponibile. All'interno del patrimonio immobiliare delle tre aziende sono compresi sia fabbricati che terreni; tra i fabbricati, una quota rilevante è rappresentata da immobili di pregio storico e artistico.

Oltre a quello immobiliare, le ASP sono dotate anche di un notevole patrimonio costituito da mobili ed arredi di pregio storico-artistico, che ammonta complessivamente a oltre 10 milioni di euro.

Nella tabella che segue sono riportati i valori patrimoniali dei cespiti sopra descritti; appare importante evidenziare però che tali valori non rappresentano l'effettivo valore di mercato dei beni di proprietà delle ASP e pertanto il loro contenuto informativo è insufficiente per effettuare qualsivoglia tipo di confronto o di analisi gestionale, ed in particolare analisi di redditività o di sostenibilità finanziaria. Il valore di libro del patrimonio, infatti, è il risultato di una commistione di valori catastali e valori di

mercato sia tra cespiti diversi sia, a volte, sullo stesso cespite, a causa degli interventi di manutenzione straordinaria intervenuti nel corso degli anni.

Tabella 6

IL PATRIMONIO DELLE ASP: IMMOBILI, MOBILI ED ARREDI DI PREGIO
in euro

<i>tipologia</i>	<i>Poveri Vergognosi</i>	<i>Giovanni XXIII</i>	<i>Irides</i>
terreni del patrimonio disponibile	15.827.226	581.787	4.099.961
fabbricati del patrimonio indisponibile	22.597.802	18.274.055	0
fabbricati del patrimonio disponibile	37.561.699	14.636.637	30.415.781
fabbricati di pregio artistico del patrimonio disponibile	3.996.675	4.275.178	0
mobili e arredi di pregio artistico	6.590.128	3.328.115	1.015.330
totale	86.573.530	41.095.772	35.531.072

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASP Poveri Vergognosi, Giovanni XXIII e Irides, anno 2012.

4. CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEL “CAPITALE” DELLA NUOVA ASP E DEL SISTEMA A RETE

Fin dalla sua costituzione la nuova ASP dovrà consolidare i suoi punti di forza. I suoi “fattori critici di successo” sono stati individuati nei capitoli precedenti e abbiamo visto come possano, di fatto, qualificarla come una potenziale organizzazione moderna e di qualità, come autentico presidio pubblico nell’ambito dei servizi sociali, socio-educativi e socio-sanitari.

Innanzitutto, si tratterà di consolidare il capitale sociale, umano e organizzativo attraverso processi interni di miglioramento partecipati che utilizzino le migliori metodologie e tecniche di miglioramento della qualità in tutti i processi “critici”.

Come pure si dovranno innovare processi e prodotti in sintonia con i soggetti della committenza politica e tecnica, confidando su un assetto organizzativo più funzionale e rispondente alle nuove sfide.

Il sistema a rete e la *governance* stessa del sistema dovrà essere rivista e rinforzata nelle sue “leve” strategiche, in particolare nelle funzioni di integrazione tra sistemi e processi e nelle funzioni di committenza e garanzia.

Nuove opportunità di innovazione e sviluppo saranno possibili nel prossimo futuro in grado di ridisegnare la stessa *mission* della nascente ASP cittadina.

4.1 Le opportunità di sviluppo e di innovazione dei processi e dei prodotti

Tra i processi da migliorare consideriamo prioritari l’innovazione di alcune “filiera” assistenziali nelle diverse popolazioni-target qui considerate.

La **ridefinizione delle filiere dei servizi per anziani**. Le ASP Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi hanno prodotto significative esperienze di integrazione produttiva e di partnership con i soggetti esterni, pubblici e privati, nei loro diversi ruoli di produttori o committenti. Queste esperienze devono costituire la base, il capitale di partenza, per continuare nel processo di sviluppo delle filiere assistenziali interne. In particolare, si dovranno allineare le filiere assistenziali nel comparto “Anziani” tra ASP Giovanni XXIII e ASP P.V. portando a sistema il modello di gestione complessiva integrata dove i vari prodotti/servizi, nei diversi livelli assistenziali (servizi a sostegno della domiciliarità, appartamenti protetti, centri diurni, residenzialità), si integrano funzionalmente rispondendo a una molteplicità di bisogni distinti, a diverse stadiazioni di intensità, presenti in questa popolazione-target. Un significativo investimento in questo senso si può e si deve fare fin dall’avvio della nuova ASP.

Il processo di accreditamento sociosanitario delle unità produttive a carattere semiresidenziale e residenziale per anziani. La filiera dovrà essere rivista anche a partire dal processo di accreditamento socio-sanitario in atto che prevede una consistente revisione dell'assetto produttivo. Come abbiamo visto al capitolo 2, i servizi residenziali e semiresidenziali per anziani saranno interessati da trasformazioni organizzative derivanti dal raggiungimento della responsabilità gestionale unitaria che li costringerà ad optare, entro la fine del 2013, per una gestione o totalmente pubblica o totalmente privata delle singole unità produttive (strutture, reparti). Da rilevare che in fase di unificazione questo processo risulta critico sia per gli aspetti negoziali tra soggetti accreditabili, sia per le conseguenze economico-finanziarie che ne deriveranno. A quest'ultimo proposito bisogna considerare che i costi fissi di struttura per il gestore pubblico che "cede" parte della produzione (circa il 40%) non sono irrilevanti e chiedono revisioni organizzative importanti per ottimizzarli in un nuovo assetto di produzione. E' anche a questo scopo che, dopo l'accreditamento dei singoli soggetti gestori, si potrà affidare la gestione dei contratti di servizio con i gestori del privato alla nuova ASP che, in regime di sub-committenza, agirà sia come attore di committenza per conto del Comune di Bologna e della Ausl, su esplicito mandato/committenza complessiva degli stessi enti, che come produttore pubblico. In questo caso il Comune di Bologna agirà il controllo a monte e a valle su un unico gestore pubblico (la nuova ASP) che, a sua volta, lo agirà su tutti gli altri soggetti della rete e ne risponderà nelle sedi istituzionali e secondo le forme prescelte di contrattazione ("contratto di servizio" poliennale e annuale) e rendicontazione (bilancio sociale e rendicontazione ad hoc delle attività oggetto di contrattazione).

La ridefinizione delle filiere dei servizi per adulti. In questo ambito, le innovazioni di processo riguardano la filiera di presa in carico tra fase di accesso/valutazione/progettazione interventi e servizi prodotti. Può essere utile ipotizzare una presa in carico complessiva delle persone vulnerabili offrendo opportunità diversificate in attuazione dei progetti personalizzati curati dal primo livello (SST dei Quartieri) portando la responsabilità della presa in carico sui responsabili di progetto/processo presenti in ASP almeno fino a nuova definizione degli assetti del sistema di accesso e presa in carico che vedremo poco più oltre. In questo modo si ridurrebbe la catena di responsabilità e di decisioni e si renderebbe essenziale e diretto il rapporto tra i gestori dei processi di produzione di servizi (diretti, tramite personale ASP o indiretti, tramite gestori del Privato Sociale) e le persone interessate dagli interventi/progetti assistenziali.

La ridefinizione delle filiere dei servizi per minori. In questo ambito sembra più urgente la revisione dei processi di presa in carico dei minori da inserire in strutture residenziali. Anche qui i processi di presa in carico possono, almeno in parte, essere baricentrati sulle strutture operative dell'ASP. Dopo la prima fase di accesso/valutazione/progettazione di interventi, curata dagli operatori del SST di Quartiere, si può immaginare di rendere responsabili la U.O. dell'ASP della scelta

delle strutture e della conseguente negoziazione con i gestori più funzionale e coerente con gli obiettivi assistenziali dei minori destinatari di ciascun tipo di intervento. Tutto ciò sempre in funzione della massima responsabilizzazione e condivisione di progetti e soluzioni congruenti e coerenti con i bisogni degli assistiti.

Tra le **innovazioni di prodotto** possiamo segnalarne tre, tra le principali:

1. la ridefinizione dei **modelli operativi dei servizi di assistenza domiciliare per anziani**, in accordo con Comune, Ausl e cooperazione sociale, in funzione della creazione di “profili di bisogno” e relativi profili assistenziali basati su una offerta di prestazioni più articolata e flessibile e al fine di rendere il servizio più efficace e meno oneroso;
2. la revisione della **rete integrata tra Servizi sociali a bassa soglia di accesso e residenzialità per adulti vulnerabili** senza interruzione della continuità. La rete deve essere ricomposta in un sistema unitario di gestione capace di rispondere complessivamente ai bisogni, con competenze programmatiche, gestionali, di controllo e rendicontazione sociale alla committenza politica e tecnica, e alla comunità;
3. la **diversificazione dell’offerta per ospitalità residenziale per minori** con la creazione di una offerta flessibile e strutturata su più prodotti a diversi livelli di intensità assistenziale, per rispondere a bisogni differenziati di tipo sociale, socio-educativo e socio-sanitario a diversi stadi (dai bisogni più semplici ai più complessi), così disegnando una rete efficiente ed efficace, integrata con le esigenze assistenziali anche di altri soggetti titolari di funzioni assistenziali come l’azienda sanitaria locale in tutte le sue articolazioni produttive.

Non possono mancare anche le **innovazioni nel sistema complessivo** dei servizi della rete.

Assieme al consolidamento interno alla nuova ASP dei processi organizzativi e assistenziali, si dovrà contestualmente rafforzare e **innovare lo stesso sistema dei servizi locali**. Si dovranno in particolare consolidare i seguenti processi critici per il successo delle politiche e la qualità gestionale:

1. **il sistema informativo**, in particolare per gli aspetti di integrazione gestionale (processi gestionali interni ed esterni alla ASP); per gli aspetti assistenziali (tra sociale e sanitario e socio-educativo ai diversi livelli assistenziali), nonché per gli aspetti informativi e di comunicazione verso la comunità e i cittadini;
2. **il coordinamento operativo** inter-istituzionale, per presidiare le popolazioni-target che abbisognano di maggior integrazione organizzativa e professionale e i processi assistenziali complessi ad alta integrazione socio-sanitaria e socio-educativa;

3. il **governo e la gestione comune delle risorse economiche** (finanziarie, personale, tecnologia) di più Enti che concorrono alla risposta di bisogni complessi di natura sociale e socio-sanitaria, anche attraverso la creazione di “portafogli comuni”, come sperimentato nella gestione del Fondo per la non autosufficienza;
4. il **rafforzamento delle cosiddette “leve di service management”** proprie dei servizi deputati alla presa in carico, a partire dal sistema di accoglienza, di valutazione multiprofessionale e di presa in carico, orientandole ai paradigmi della “proattività” (anticipare i bisogni, valutare i rischi e gestirli senza attendere che si traducano in domanda esplicita) e all’*empowerment* dei cittadini-utenti e del loro contesto di vita e di cura (saper far emergere le risorse dei singoli e della comunità di riferimento e valorizzarle);
5. il **consolidamento della governance locale**, in particolare dei processi di pianificazione, controllo e valutazione, di regolazione e committenza politica e tecnica, di rendicontazione sociale anche ai fini della contestabilità da parte dei cittadini utenti e della comunità dell’operato e dei risultati prodotti dal sistema nel suo complesso.

4.2 Le innovazioni possibili negli assetti produttivi e organizzativi del sistema

Nel PGS, già citato in precedenza, si è ricordato come il cambiamento sia “di natura culturale” e investa “tutti i professionisti e le organizzazioni di appartenenza (Comune, ASP, Ausl, terzo Settore) verso un più deciso orientamento: all’**integrazione**, quale valore e strategia per utilizzare al meglio le risorse e dare risposte omogenee ai bisogni complessi delle persone e al **lavoro per processi e progetti e al lavoro di rete**, oltre che alla chiara distinzione tra funzioni di governo e gestione, dove le funzioni di committenza e garanzia diventano determinanti per dare coerenza e senso ai **cambiamenti organizzativi** che stiamo prospettando.

4.2.1 L’integrazione: valore e strategia

L’integrazione rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione dell’offerta dei servizi e prestazioni sociali e sanitarie.

L’integrazione: riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi sociali, educativi e sanitari in quanto possono trovare una risposta unitaria ai loro bisogni di cura e assistenza (“a bisogni unitari, risposte unitarie”); genera maggiore efficacia di cura e di sostegno e favorisce maggiore appropriatezza d’uso delle risorse professionali; favorisce la comunione di intenti e la collaborazione fra organizzazioni e professionisti di cultura e prassi diverse; garantisce un uso più efficiente delle risorse finanziarie e strumentali.

L'integrazione è un'opzione strategica e, allo stesso tempo, un insieme di modelli, metodologie e strumenti che sono attivabili, fundamentalmente, per correggere le lacune del sistema sociale, socioeducativo e sanitario quanto a continuità e qualità dei servizi offerti.

Essa si manifesta a diversi livelli: istituzionale/comunitario, organizzativo/gestionale e professionale.

A livello istituzionale/comunitario:

- attraverso il sistema di regolazione delle azioni di pianificazione e controllo, di garanzia e committenza;
- attraverso l'assunzione di piena responsabilità da parte del settore pubblico, il riconoscimento esplicito della "funzione pubblica" ai soggetti della società civile chiamati a partecipare alla programmazione e all'individuazione delle priorità per la pianificazione sociale e sanitaria;
- attraverso l'integrazione e interdipendenza delle politiche sociali con quelle sanitarie, ma anche con quelle educative, ambientali, urbanistiche, abitative, formative, ecc..

A livello organizzativo/gestionale:

- creando processi lavorativi favorevoli la connessione tra le diverse organizzazioni e l'unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse dei diversi soggetti titolari di servizi;
- creando le condizioni per una programmazione integrata ed una rete di servizi formali e informali;
- creando sistemi unificati ed equi per l'accesso ai servizi ed agli interventi.

A livello tecnico/professionale:

- creando responsabilità di governo assistenziale e clinico-assistenziali trasversali;
- integrando i professionisti e quanti operano al loro fianco (familiari, reti di cura informali, reti di solidarietà) nei percorsi di presa in carico, di progettazione e gestione degli interventi;
- valutando gli esiti in modalità multiprofessionale, rendendo disponibili le informazioni sull'assistenza e sulle cure prestate, agli utenti e ai loro familiari;
- scambiando informazioni fra sistemi e professionisti per ottimizzare la conoscenza dei casi e delle popolazioni servite.

Per rispondere alle esigenze di integrazione i **criteri** ai quali ispirarsi in un assetto organizzativo complesso come quello qui trattato sono:

1. l'allineamento ai bisogni dell'utenza (**appropriatezza ed efficacia tecnica**);
2. la garanzia di visibilità e trasparenza delle responsabilità professionali ("**contestabilità**");
3. la qualità e la giusta soddisfazione e rispondenza alle attese dell'utenza (**qualità tecnica e percepita**).

4.2.2 Il lavoro per progetti e per processi e il lavoro di rete

La tendenza ad organizzare l'attività per progetti è una caratteristica sempre più diffusa nelle organizzazioni pubbliche (al pari delle aziende private). Il vantaggio fondamentale del **lavoro per progetti** consiste nella rapidità con cui esso permette alle organizzazioni di adattarsi ai cambiamenti. Il lavoro per progetti è realizzato da un team di persone, spesso appartenenti a diverse Unità Operative (U.O.) aziendali, che sono dirette in genere da un *Project Manager*, il responsabile del successo del progetto. Lavorare per progetti significa, dunque, essere motivati a perseguire degli obiettivi, lavorando in modo creativo senza procedure rigide prestabilite da seguire, interagendo con gli altri membri del team su basi paritarie e cooperative.

Quando sono coinvolti gruppi di popolazione, quando vi sono nuovi prodotti/servizi da sperimentare, quando si vogliono individuare ambiti specifici di azione e in particolare quando questi ultimi richiedono livelli di integrazione molto alti, il "lavoro per progetti" è una metodologia appropriata da sviluppare in modo strutturato e continuativo prevedendolo e valorizzando all'interno della propria struttura organizzativa (per es. inserendo in staff funzioni specifiche di *project management*).

Come pure è possibile intendere le organizzazioni come una serie di **processi**, cioè come un insieme di percorsi che può fare un cittadino all'interno di una o più organizzazioni per ottenere un servizio.

Ogni percorso è traducibile in un processo organizzativo, cioè in una sequenza di azioni, di fasi di lavoro che possono essere collocate tutte all'interno di un unico servizio, oppure collegano più servizi o parti di essi, o interessare la connessione fra diverse organizzazioni. Il processo è un flusso di transazioni, ma soprattutto è un insieme di persone che lavorano congiuntamente per produrre la soddisfazione del "cliente". Il risultato del processo dipende dalla responsabilità e capacità delle persone nel gestire variazioni, problemi, tempi e costi.

L'organizzazione per processi prevede un cambiamento radicale nell'organizzazione (e nel sistema dei servizi in rete). Essa è chiamata a strutturarsi in maniera flessibile alle esigenze delle persone in condizione di bisogno e deve orientarsi a raggiungere risultati efficaci e graditi a queste ultime. Le persone, infatti, apprezzano gli accessi facilitati, la garanzia nell'accompagnamento alla fruizione di prestazioni ed interventi,

la continuità della presa in carico, la condivisione delle informazioni sul proprio stato di bisogno e sui propri diritti.

Il lavoro per processi sposta il baricentro di ogni organizzazione (e del sistema stesso dei servizi) sulle persone in stato di bisogno. E' su queste persone che: si progettano gli interventi; si disegnano i percorsi più funzionali ad esse ed ai loro *care givers*, finalizzati alla buona riuscita di tali interventi; si individuano precise responsabilità per tutti gli operatori e livelli operativi implicati; si dichiarano i risultati attesi, si valutano e si rendicontano socialmente.

Un'esperienza in tal senso può essere sperimentata già a partire dallo stesso assetto organizzativo della nuova ASP, come abbiamo cercato di illustrare nel modello organizzativo proposto successivamente.

Da ultimo, il cosiddetto **lavoro di rete**. Il lavoro di rete è insieme processo di lavoro di gruppo, interscambio, alleanze e conoscenze comuni. Richiama una logica diversa da quella che esprimono le singole organizzazioni (spesso ad orientamento burocratico): la logica dell'organizzare relazioni di interdipendenza formali e informali, volontarietà e impegno, strategie cooperative, azioni dinamiche che sono spinte da influenze reciproche costruite non sempre a priori, bensì lungo i percorsi.

Il lavoro di rete deve portare efficacia al sistema. I benefici saranno riferibili a mappe cognitive simili, a coesione tra operatori e unità operative, a stabilizzazione dei valori e principi di riferimento, all'impegno, al senso del dovere e della responsabilità, alla soddisfazione per chi ha legami densi, stabili e di qualità. Centralità e densità dei contatti faciliteranno, inoltre, il coinvolgimento nelle innovazioni tecniche e organizzative, funzionali ai benefici attesi dalle popolazioni da servire. I benefici saranno individuabili nei risultati orientati alla semplificazione, personalizzazione ed all'integrazione degli interventi in sedi/*setting* comuni di lavoro: domicilio, residenze, altri ambiti di vita.

Tutti questi cambiamenti presuppongono che le organizzazioni ed i professionisti ivi implicati si impegnino a sostenere lo sviluppo di cultura e di comportamenti diffusi orientati ai risultati, all'integrazione e all'interfunzionalità, dove saranno premiati i comportamenti flessibili, innovativi, adattivi. Crediamo che, per rispondere a questi indirizzi strategici, si debba partire proprio dagli assetti funzionali di una organizzazione.

L'organizzazione della futura ASP dovrà infatti "rendersi permeabile" non solo alle contaminazioni e ai cambiamenti interni poco sopra ricordati, ma anche ai contesti di produzione e di governo esterni. L'assetto del governo e della produzione dei servizi è, infatti, tale da rendere cogente la necessità di operare secondo i principi dell'integrazione e della dinamica di rete.

4.2.3 Gli assetti funzionali della nuova organizzazione aziendale

Atteso che l'assetto organizzativo della nuova ASP sarà disposto in autonomia dal nuovo Amministratore dell'ASP stessa, qui vogliamo proporre alcuni criteri di massima che possano orientare nel disegno organizzativo più funzionale, sia in questa fase di fusione con l'attuale assetto produttivo, sia in una fase futura con assetti decisamente più complessi e sfidanti, come vedremo meglio anche più avanti nel documento, che collocano l'Azienda in un sistema nuovo di governo e gestione e ne ridefiniscono radicalmente la *mission*.

La struttura organizzativa che consideriamo, quindi, più funzionale alla nascente Azienda e alla sua struttura produttiva, che si caratterizza per essere multisettore e multiservizi, fortemente integrata con il sistema di presa in carico di primo livello, ad oggi collocato presso i Quartieri (Servizio Sociale Territoriale), deve potersi ispirare ai seguenti criteri:

1. criterio della **centratura della mission sulla gestione/produzione assistenziale** con a supporto gli altri servizi amministrativo-contabili e di produzione di beni;
2. criterio dell'**integrazione funzionale interna** tra settori e servizi di supporto;
3. criterio della **facilitazione dell'integrazione organizzativa e funzionale con le UO esterne** che producono beni e servizi di natura diversa (educativa, sanitaria) per le medesime popolazioni-target;
4. criterio della **prossimità della produzione**, per quanto possibile, con i servizi deputati all'accesso e il territorio/comunità di riferimento.

Come pure, dovrà informarsi ai seguenti principi-cardine:

1. principio della **valorizzazione del capitale professionale e sociale** delle due ASP per sfruttare le competenze, le conoscenze e l'esperienza già accumulata;
2. principio della **partecipazione organizzativa** che permette di strutturare luoghi decisionali collegiali e stimolare così la partecipazione alle decisioni anche di chi non ha responsabilità organizzative.

La nuova Azienda deve poter contare su una direzione fortemente orientata alla collegialità e utilizzare le competenze e il *know how* presente nelle aziende. In questa struttura le diverse attività dovrebbero essere raggruppabili per funzioni fondamentali, sfruttando così le economie di scala e di esperienza che da esse possono venire, grazie all'utilizzo del principio di similarità.

Per la complessità che presenterà la nuova Azienda, la Direzione Generale potrà essere affiancata da una Direzione Amministrativa (che presiede alle "attività strumentali") e una Direzione Assistenziale (che presiede alle "attività principali").

Figura 1

IPOTESI DI ASSETTO DELLA DIREZIONE DELLA NUOVA ASP



Il **Direttore Generale** è il responsabile della gestione complessiva delle attività strumentali e principali della ASP e potrà avere in *staff* le seguenti funzioni di supporto, utili a tutta la direzione collegiale:

- la gestione della comunicazione interna ed esterna,
- lo sviluppo organizzativo, la gestione della qualità e la formazione,
- la gestione delle relazioni sindacali, i servizi legali, la segreteria e l'assistenza alle direzioni
- la programmazione e il controllo direzionale,
- la prevenzione e la protezione,
- la gestione del patrimonio,
- la ricerca, la promozione di progetti, l'innovazione di processi e prodotti.

La **Direzione Amministrativa** sarà responsabile di tutti i processi di supporto alla produzione di servizi e dei processi assistenziali (in tal senso lavorerà in una logica di processo e di "fornitore interno") e potrà avere in *line* le seguenti funzioni:

- la gestione delle risorse umane (amministrazione del personale e valorizzazione delle risorse umane),
- la logistica e i servizi tecnici (manutenzione, igiene alimentare, attività di supporto, servizi informatici)
- gli acquisti e la gestione dei contratti,
- la gestione del bilancio e degli aspetti fiscali e tributari,
- la gestione dei sistemi informativi.

La **Direzione Assistenziale** (o Direzione Servizi alla Persona) sarà responsabile di tutto il sistema di produzione, risponderà degli obiettivi attesi di budget che affiderà ad ogni Centro di Responsabilità (CdR) della propria struttura. Potrà organizzare la

sua struttura per popolazioni-target e avere in *line*, di massima, le seguenti articolazioni organizzative (Unità Operative o Settori):

- Unità Operativa: Servizi socio-educativi e socio-sanitari per minori e famiglie,
- Unità Operativa: Servizi sociali e socio-sanitari per adulti vulnerabili,
- Unità Operativa: Servizi sociali e socio-sanitari per persone fragili e non autosufficienti,
- servizi tecnici (manutenzione, igiene alimentare, attività di supporto).

Accanto a queste si può prevedere una Unità Operativa che ricomprende ad esempio i Progetti speciali e altri servizi per persone e famiglie svantaggiate.

I Settori possono, a loro volta, essere articolati per Unità Intermedie che presidiano ciascuna ambiti fondamentali di cura e assistenza come il sostegno alla domiciliarità e la residenzialità, rendendo possibile anche assetti che privilegiano l'articolazione territoriale dell'amministrazione comunale (Quartieri) e sanitaria (Zone), peraltro coincidenti come ambito territoriale. All'interno di ogni Settore vi possono essere, inoltre, ulteriori articolazioni funzionali, laddove necessarie, per strutture e "nuclei", come abbiamo visto per l'ambito "Anziani" presente nelle ASP cittadine. I Settori devono essere presidiati da personale con competenze ed esperienza di chiara evidenza.

Così concepita la struttura organizzativa può essere efficiente, ma può anche risultare rigida e produrre ipertrofie della linea intermedia e della tecnostruttura, oltre che trovare impreparata l'organizzazione a fronte di un ambiente dinamico come quello dei servizi di cui stiamo trattando. In questo modello, inoltre, possono risultare critiche le interconnessioni dei processi produttivi (specie se aggravati da una incerta presa in carico già "a monte" da parte dei Servizi deputati alla presa in carico) tra popolazioni, tipicamente nelle fasi di passaggio dalla minore età all'età adulta e dall'età adulta a quella anziana o fra popolazioni stesse quando i target sono poco definiti o definibili (immigrati, svantaggio sociale...).

Le esigenze di trasversalità fra popolazioni target e fra processi assistenziali imporrà dunque di considerare anche gli aspetti di integrazione, interni ed esterni, in una organizzazione così articolata.

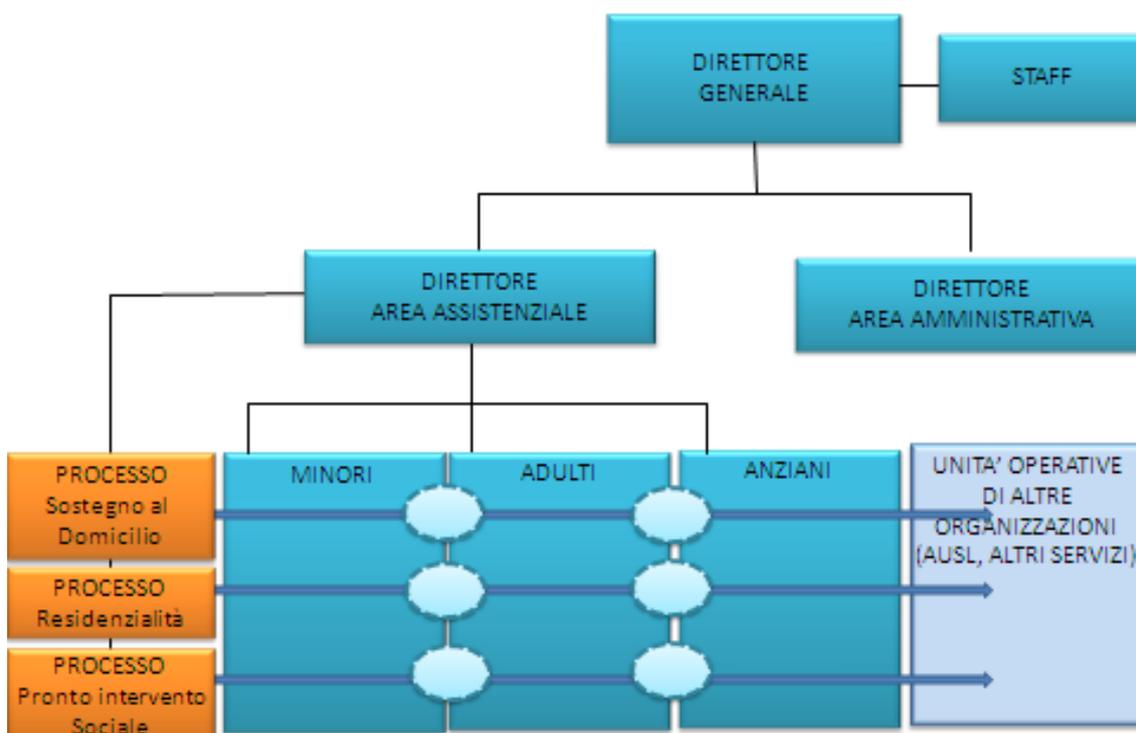
Al proposito, per mitigare le criticità dei modelli funzionali, si possono sperimentare gradualmente modelli organizzativi che privilegiano gli aspetti di integrazione produttiva quali quelli matriciali dove sono presenti dei "ruoli integratori" che affiancano i responsabili dei prodotti/processi di ogni popolazione-target (responsabili di U.O. della *line* assistenziale) e si preoccupano di dell'allineamento dei macro-processi più importanti (es: servizi per il sostegno alla domiciliarità e la residenzialità), che abbisognano di integrazioni funzionali tra popolazioni diverse

(minori-adulti; adulti-anziani). Ciò facendo possono altresì aiutare i direttori di funzione (acquisti, contratti, personale, bilancio, logistica...) nell'allocazione ottimale e nella giusta distribuzione delle risorse sulle popolazioni e sui processi. Come pure contribuiranno a rendere permeabile l'organizzazione ai processi di **integrazione esterni** sugli stessi macro-processi su indicati (ad esempio: il processo di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria; il processo di assistenza residenziale socio-sanitaria per minori con problemi di disabilità e salute mentale, il processo dell'emergenza-urgenza sociale, ecc.) che richiedono comunione di intenti, di criteri e regole (integrazione istituzionale) e l'utilizzo comune di risorse finanziarie e di personale (integrazione organizzativa e professionale).

Possono essere così individuati "**Responsabili di Processo**" che avranno il compito di presidiare i punti di interazione tra U.O., l'interdisciplinarietà degli interventi, attraverso l'integrazione organizzativo/funzionale tra livelli assistenziali ed entità organizzative diverse che risultano sequenzialmente interdipendenti o reciproche al percorso assistenziale tipico o auspicato per la popolazione target. Il ruolo da affidare loro è di tipo funzionale, non gerarchico, ma deve essere espressamente riconosciuto e valorizzato all'interno dell'organizzazione (riconoscimenti formali, giuridici ed economici). Tale ruolo sarà estremamente efficace qualora le responsabilità e le leve ad esso assegnate (mandato forte, eventuale portafoglio risorse da assegnare alle U.O. o da gestire nell'esperienza più matura del modello...) siano riconosciute ed agite in modo coerente all'interno e all'esterno dell'organizzazione.

L'organigramma può essere così rappresentato:

Figura 2

IPOTESI DI ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA NUOVA ASP

A loro volta, i processi amministrativi e tecnici a supporto della produzione, funzioneranno con lo stesso “principio integratore”, alimentando i processi assistenziali con tutti i supporti gestionali, tecnico-amministrativo e contabili, necessari alla realizzazione delle migliori performance attese.

4.3 I processi di committenza e di garanzia

Il sistema di *governance* disegnato dalla Regione Emilia Romagna nel recente Piano Sanitario e sociale orienta a programmare, attuare e verificare le azioni in uno spirito di collaborazione e di confronto tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti e a concertare e negoziare con i soggetti non istituzionali, in particolare con i soggetti del terzo settore. “Fare *governance*”, significa essere capaci di regolare il sistema, garantire accesso equo alle risorse, dichiarare e controllare la qualità attesa dei propri servizi e la qualità complessiva del sistema di funzionamento dei servizi pubblici e privati, incentivare lo sviluppo dei servizi nella direzione giusta, agire la committenza verso gli altri produttori/agenti ed essere “garante” per il cittadino.

In questo quadro si inserisce il “mestiere” della committenza, i cui strumenti principali sono: la pianificazione, il controllo, l’acquisto di servizi, agiti sia a livello tecnico che politico.

La committenza politica, “a monte”, definirà le politiche e le strategie, i criteri allocativi delle risorse, i criteri di sostenibilità del sistema, le priorità. La committenza tecnica supporterà questi processi e li attuerà, “a valle”, sul piano sostanziale con documenti di pianificazione e di rendicontazione, accordi, contratti, ecc.

Più in specifico, nella pianificazione il committente deve affrontare l’analisi del bisogno e della domanda, l’analisi dei consumi, l’analisi delle attese dei diversi portatori di interessi e delle forme partecipative, i percorsi, gli strumenti, i metodi più idonei per fare pianificazione. Come pure, nella attività di controllo risultano essenziali il governo della domanda - agito attraverso il rapporto con chi progetta e decide la presa in carico (“attivatore di spesa”) -, il controllo del sistema dell’offerta, la valutazione e verifica dei risultati (performance ed esiti). Infine, nell’acquisto risulta determinante la possibilità di analizzare la fornitura sotto il profilo dell’appropriatezza, della qualità e dei costi e di negoziare e stipulare accordi oltre che offrire orientamenti e regole.

Il committente è l’agente che decide: cosa, come, da chi acquisire per soddisfare i bisogni di assistenza della popolazione; che valuta se i servizi soddisfano le caratteristiche qualitative e quantitative ritenute necessarie, a priori così come a posteriori della loro erogazione. Mentre il “produttore” è l’agente che eroga/fornisce il prodotto/servizio o l’esito concordato secondo le specifiche del committente.

Come immaginare quindi l’esercizio della committenza?

E’ possibile immaginare un modello che vede tutti i soggetti partecipi di ruoli separati ma segnati da forte reciprocità, dove il sistema rispetta **criteri-guida** che possono garantire equilibrio istituzionale e prassi amministrative e tecniche semplificate, non ridondanti, chiare e praticabili. Questi criteri sono:

1. la separazione tra funzioni di governo e gestione; tra committenza e produzione;
2. la valorizzazione delle funzioni di governo tecnico e politico in capo all’EE.LL.;
3. la prossimità nell’esercizio delle funzioni di garanzia di equità e qualità.

I diversi “attori” del sistema agiscono ruoli e funzioni avvalendosi di **leve** che nel loro insieme richiedono disponibilità ad apprendere, organizzazione delle conoscenze e utilizzo di strumentazioni affinate.

Sul piano della committenza politica, il Consiglio definisce le linee di indirizzo e le regole, la Giunta, i Consigli di Quartiere e Comitato di Distretto (composto dal

Direttore del Distretto di committenza e garanzia e dagli amministratori locali della Giunta e dei Quartieri) definiscono indirizzi specifici, obiettivi e criteri, organizzano la regia della **pianificazione locale** integrata e dei sistemi di valutazione e controllo di performance e di esiti di salute e benessere, presidiano il sistema di regolazione e sono garanti dell'equità e qualità prodotta.

In ciò, risulta essenziale, innanzitutto, saper attivare sistemi competenti di **partecipazione e ascolto dei cittadini e dei portatori di interessi**. In questo lavoro, seguendo i criteri-guida di cui sopra, le sedi più prossime ai cittadini sono i Quartieri; ed è qui che si devono strutturare, con competenze tecniche adeguate, le sedi per questo tipo di attività.

Come pure, sono necessarie conoscenze e competenze nell'**analisi dei bisogni** e nell'**individuazione dei rischi** della popolazione (un esempio può essere rappresentato dal sistema di individuazione dei rischi di fragilità sociale e sanitaria nella popolazione); conoscenze e competenze nelle tecniche di programmazione e nell'uso di strumenti per la committenza operativa (accordi, contratti di servizio). In questo lavoro la tecnostruttura comunale e quella dei Quartieri e della Ausl (Distretto) sono chiamate a praticare tutte le forme di concertazione e cooperazione per raggiungere risultati apprezzabili.

Anche la **funzione di regolazione**, in capo agli organi comunali, deve essere considerata centrale proprio perchè si sostanzia nei regolamenti, nei processi di accreditamento, nelle regole di accesso e fruizione, nei criteri di qualità attesi, negli standard di prodotto/servizio, nelle Carte degli impegni e dei servizi, che sono strumenti essenziali per garantire equità.

Le **funzioni di controllo e valutazione** richiedono conoscenze e competenze nelle tecniche di monitoraggio, di valutazione e controllo direzionale dei risultati economici, delle attività, degli esiti e di partecipazione sociale degli stessi risultati. Strumenti sperimentati di rendicontazione sociale sono: il Bilancio Sociale, il Bilancio di Missione della Ausl (meglio se con elementi conoscitivi disaggregati per Distretto) ed anche il più recente Bilancio Sociale Territoriale proposto dalla Regione Emilia Romagna, in fase di sperimentazione, che cerca di ricomporre nella rendicontazione tutte le politiche dichiarate nei Piani di zona distrettuali per il benessere e la salute.

Infine, la funzione più importante, quella che permette, se agita con competenza e con sistematicità, di valorizzare il sistema meglio di qualunque altro strumento: la **funzione di garanzia** verso i cittadini.

Qui si tratta di affiancare alle tradizionali forme di ascolto, partecipazione e coinvolgimento dei cittadini lo sviluppo di nuove conoscenze e competenze negli strumenti più efficaci e apprezzati di **ascolto e partecipazione** (come ad esempio: i *Word Cafe*, gli *Open Space Technology*, le tecniche di analisi SWOT-*Strengerts*, *Weaknesses*,

Opportunities, Threats -, al fine di individuare i punti di forza, di debolezza, le opportunità ed i rischi percepiti nella propria comunità di riferimento, ecc.); **sistemi di negoziazione** altrettanto innovativi (come ad esempio, la “negoziatura creativa” o “integrativa” che consente di trovare le possibilità in grado di dare vantaggi reciproci alle parti in gioco e dove il risultato finale non è un compromesso, semmai una “mediazione al rialzo”); nella **restituzione delle valutazioni e dei risultati** in maniera condivisa (ad esempio, attraverso ricerche partecipate di soddisfazione e di percezione della qualità dei servizi e della vita); di attivare e sostenere i sistemi di vigilanza attiva (CCM, Cittadinanza attiva, Consulte); di promuovere sistemi a supporto degli utenti più deboli per dare loro voce altrimenti negata (**sistemi di advocacy** istituzionali o informali).

Una funzione, un “mestiere” da imparare, abbiamo detto, che come si può capire da questo breve riepilogo di funzioni, leve e strumenti, non può essere sottovalutato e tanto meno dato per scontato in quanto a competenze, conoscenze e assetti delle tecnostutture che dovrebbero presidiarla, a partire dalle sedi periferiche collocate a livello di zona/quartiere.

4.4 La delega alla gestione di nuovi prodotti e linee di servizio

L’organizzazione della nuova ASP subirà modificazioni in parte in continuità con i vecchi assetti/processi e in parte innovandoli, come abbiamo visto e auspicato poco sopra.

Il Piano Generale di Sviluppo 2013-2016 (PGS), ha ipotizzato anche l’opportunità, già a partire dal 2014, di valutare la fattibilità di ulteriori trasferimenti/assegnazioni di funzioni relative a singoli prodotti o linee di servizio, oltre che a processi organizzativi e gestionali su delega (committenza diretta verso altri produttori della rete, organizzazione centralizzata di funzioni di regia operativa, ecc.).

Di seguito presentiamo, in modo essenziale, gli elementi che interessano alcune linee di servizio interessate da possibili cambiamenti, premettendo che, prima di ogni decisione al proposito, si dovrà necessariamente ed opportunamente aprire una fase di discussione e condivisione allargata a tutti i soggetti istituzionali e parti sociali sul ruolo dei Servizi sociali e delle istituzioni deputate alla loro gestione e governo, con particolare riferimento al ruolo dei Quartieri interessati in questi ultimi anni da una importante riforma e qualificazione delle loro funzioni in questi ambiti di attività, che vedrà nei prossimi mesi ulteriori tappe di innovazione. In particolare, l’ipotesi di trasferire i “servizi di accesso, valutazione e presa in carico”, oggi in capo ai Quartieri, alla nuova ASP unificata rappresenta una vera e propria riforma dei servizi e come tale deve prevedere un’accurata verifica di fattibilità tecnica che metta in evidenza opportunità e rischi e che dovrà essere realizzata attraverso il coinvolgimento diretto

dei lavoratori interessati, delle parti sociali e dei soggetti del terzo settore che collaborano alla promozione del welfare locale, nonché il coinvolgimento del Comitato di Distretto per le dirette implicazioni di sistema inerenti la rete dei servizi socio-sanitari. Tale discussione e tale verifica dovranno essere realizzate tenendo conto anche delle determinazioni che emergeranno dalla discussione sulla riforma del decentramento e dei Quartieri.

4.4.1 I Servizi per le emergenze sociali

Tra i Servizi gestiti a livello centrale ve ne sono almeno due che meritano una valutazione di fattibilità per un eventuale trasferimento presso la nuova ASP già a partire dal 2014: il Pronto Intervento Sociale (Pris) e il Servizio a bassa soglia di accesso per persone vulnerabili e svantaggiate.

Il **Servizio di Pronto Intervento Sociale** (Pris) opera a livello provinciale su 12 ore, mentre nella città di Bologna a 24 ore. E' stato creato per offrire una prima assistenza a coloro che presentano bisogni indifferibili e urgenti sociali e sanitari. Il compito degli operatori del Pris, su segnalazione per lo più delle Forze dell'ordine e degli Ospedali, è quello di fare una prima valutazione del caso, operare per la sua immediata protezione e tutela (in stretto collegamento con gli organi delle Forze dell'Ordine e della Magistratura) e rendicontare ai Servizi Sociali Territoriali del Comune di Bologna e degli altri comuni (SST e ai Servizi delle ASP per le popolazioni di competenza come i Minori stranieri non accompagnati o gli adulti temporaneamente presenti sul territorio) per una loro eventuale presa in carico. Nel 2011, il Pris ha effettuato complessivamente 921 interventi, di cui 838 in città, assistendo 1.243 persone (523 minori, di cui 145 non accompagnati da adulti e 720 adulti; il 77% del totale era straniero).

Ad oggi la gestione è affidata al Comune di Bologna, Settore Sociale del Dipartimento Benessere di Comunità, che si avvale, tramite contratto, di un soggetto del Privato sociale per la gestione operativa.

Il servizio è ad alta complessità organizzativa e funzionale: sono differenziati e complessi i bisogni; sono innumerevoli gli agenti della rete da attivare e con i quali agire tempestivamente in modo cooperativo e integrato; sono rilevanti le risorse gestionali da attivare; di particolare impegno le responsabilità gestionali a monte e a valle dei processi assistenziali.

Il Servizio può trovare collocazione nella nuova ASP a partire dal 2014, a condizione che siano prima di tutto ben rappresentate le rilevanti responsabilità tutelari di natura tecnica che devono essere in capo a responsabili particolarmente competenti e ben rappresentate nel disegno organizzativo-gestionale prefigurato.

Allo stesso modo, il **Servizio a bassa soglia** di accesso rivolto a persone adulte con particolare vulnerabilità e temporaneamente presenti a Bologna, di recente

articolazione e strettamente integrato con il Pris, può trovare adeguata collocazione presso l'ASP unica ad integrazione dell'assetto dei servizi per adulti già a partire dal 2014. Il Settore Sociale del Dipartimento Benessere di Comunità guida, in questa fase, il processo di avvio e integrazione funzionale con il complesso sistema dei servizi di accoglienza e di progettazione di interventi assistenziali e di supporto all'autonomia. Completata questa fase, il Servizio può incardinarsi nell'organizzazione della nuova ASP.

4.4.2 *I servizi per disabili adulti*

I Servizi socio-sanitari per disabili adulti (target: 18-64 anni) sono stati delegati all'Ausl fin dal 1994. L'Azienda ha organizzato il servizio negli ultimi anni in Unità Socio Sanitaria Integrata (USSI). Il Servizio USSI mette a disposizione degli utenti attività in diverse aree: servizio sociale professionale, che consiste in un supporto alla persona e alla famiglia nei vari percorsi di accertamento dell'handicap e dell'invalidità, in quelli che riguardano la fruizione di prestazioni sanitarie e/o riabilitative, e altri; area socio-educativa e di integrazione sociale, che consiste nell'elaborazione di progetti individuali o di gruppo per attività di tipo sportivo e di tempo libero, attività motorie e di animazione sociale, interventi educativi individuali e di gruppo; area di transizione al lavoro, che consiste nella realizzazione di progetti individuali, di formazione ed orientamento al lavoro, sviluppati anche attraverso "borse lavoro" ed esperienze di transizione; area assistenziale, per la permanenza presso il domicilio attraverso l'attivazione di aiuti nell'abitazione relativamente alla cura della persona e aiuti per la vita di relazione o per l'inserimento in strutture socio-riabilitative (Gruppi Appartamento, Centri Residenziali o Diurni).

Gli utenti di questo Servizio sono più di 1.600 nella città di Bologna; il Servizio assorbe risorse: di parte sociale (circa 8,5 mln nel 2011, in parte - circa 1/4 gestiti in proprio dal Comune di Bologna e la restante parte trasferiti alla Ausl); di parte sociosanitaria (circa 17 mln garantiti dal Fondo per la Non autosufficienza regionale e nazionale); di parte sanitaria (0,2 mln); infine, i cittadini che fruiscono in particolare delle prestazioni residenziali contribuiscono al costo dei servizi per circa 1,2 mln. Tutte queste risorse costituiscono il "portafoglio" complessivo che finanzia l'insieme dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

A questo "portafoglio" si aggiungono le risorse (circa 2 mln) che il Comune di Bologna attiva per servizi gestiti in proprio (tramite il Settore Sociale) a carattere squisitamente sociale (vacanze estive, contributi alla mobilità, per il superamento delle barriere architettoniche, ecc.).

Inoltre, accanto a questi, sono attivi servizi in partnership con altri soggetti del privato sociale e con la Ausl mirati alla partecipazione ad attività ricreative, di tempo libero e ludiche e a fruire di aiuti per l'adattamento domestico (servizio da poco trasferito dall'ASP Irides al Centro per le disabilità "Corte Roncati" della Ausl).

Questo insieme di servizi è ben radicato nel territorio; è riconosciuto e apprezzato; sviluppa buona progettualità ed ha buone reti di integrazione orizzontali. Si presenta però con le caratteristiche di complessità e criticità afferibili: alla pluralità di soggetti gestori; alla pluralità di fonti di finanziamento e di punti di governo tecnico e politico (con diverse sedi di decisione e committenza) delle stesse e, infine, non secondario e non indipendente dal disegno che si potrebbe prospettare, all'incongruo assorbimento di risorse finanziarie associato ad un ancora debole e poco flessibile assetto produttivo e di offerta che non risponde pienamente alle esigenze delle persone assistibili e pone, al contempo, problemi di sostenibilità economica complessiva.

Semplificare i processi gestionali, anche nella logica considerata di separare le funzioni di governo dalla gestione, potrebbe aiutare il sistema ad organizzarsi con un solo gestore, mantenendo una funzione di governo e committenza di natura socio-sanitaria in capo ad un solo organismo, il Comitato di Distretto, che orienta, programma e alloca le risorse, potendo disporre di un "portafoglio" unico, ancorchè finanziato da più soggetti.

Le precondizioni per realizzare questa operazione di semplificazione sono quelle di riuscire a mantenere le prerogative di qualità di questo servizio, le sue reti di integrazione verso gli altri servizi sociali e sanitari e di non dissipare il capitale sociale costruito in tanti anni di qualificata gestione e progettazione presso la Ausl, condivisa anche con i soggetti della rete sociale e dei produttori stessi.

4.4.3 I servizi di accesso, valutazione e presa in carico

L'avvio di una gestione unitaria dei servizi sociali e socio-sanitari attraverso una unica organizzazione pubblica di servizi può includere anche l'ipotesi di inserire nel disegno organizzativo anche le funzioni di accesso, valutazione e presa in carico (funzioni cosiddette di *gatekeeping*).

Si produrrebbe così un accorciamento della filiera assistenziale e dei livelli di responsabilità gestionali e una semplificazione dei processi di presa in carico, oltre che una più chiara e netta separazione fra funzioni di governo (proprie dei livelli centrali e periferici del Comune di Bologna) e funzioni di gestione (incardinate nell'ASP e negli altri Enti con titolarità nella gestione socio-sanitaria).

Queste ultime potrebbero essere supportate da processi strutturati, presenti e sperimentati con successo nelle ASP cittadine (anche se non omogeneamente diffuse, come ricordato), di valutazione e gestione dei rischi del lavoro sociale, della definizione delle procedure operative più critiche, di formazione a carattere continuo e di supervisione, di sviluppo della qualità in tutti i processi assistenziali - in questo integrati con i Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA) delle Aziende sanitarie locali-, di innovazione di processi e prodotti per tutti i target di popolazione, come suggerito anche nel capitolo precedente.

A nostro avviso tutto ciò potrebbe aiutare enormemente a rafforzare l'identità e il riconoscimento sociale dei Servizi sociali, socio-educativi e socio-sanitari forti di una "casa comune" che sa sviluppare conoscenza e rappresentanza, sviluppo della professionalità e della creatività sociale, della responsabilità e della capacità/necessità di integrarsi professionalmente e di produrre valore per la comunità, oltre che recuperare la meritata reputazione sociale di cui hanno goduto questi servizi.

Secondo questa ipotesi, il Servizio Sociale Professionale, oggi incardinato nei Quartieri, dovrebbe essere collocato presso l'ASP unica senza perdere la caratteristica di servizio territoriale. In questo senso, si dovrebbe mantenere una necessaria e funzionale territorializzazione di Quartiere delle funzioni di accesso/valutazione/presa in carico e delle funzioni afferenti al lavoro di comunità a contatto con i cittadini e i soggetti attivi delle diverse comunità locali. Queste ultime rafforzate dalla presenza di una tecnostruttura adeguata, collocata presso i Quartieri, che si attiva specificamente con competenze distintive su queste tematiche e interagisce in maniera collaborativa con il SST mobilizzando risorse associative, di volontariato, di prossimità presenti sul territorio.

E' indubbio che, con questo assetto dei servizi, andrebbe ridisegnata la *governance* stessa sia sotto il profilo tecnico che politico. Risulterebbero centrali le funzioni di governo, agite in un assetto semplificato e allo stesso tempo più efficace sotto l'aspetto della presa delle decisioni, dell'afferenza delle distinte responsabilità gestionali e di governo, per l'appunto.

Il SST attiverà servizi e interventi con proprie risorse (mediante i propri professionisti impegnati nel lavoro di "servizio sociale professionale") e con risorse acquisite da altri soggetti/aziende (privato sociale, altri) per garantire la presa in carico complessiva dei propri utenti. Questa azione è codificata nell'attività cosiddetta di "subcommittenza" che prevede che l'ASP possa acquisire servizi della rete a partire dalla committenza che il Comune di Bologna - anche in accordo con il Distretto sanitario (e secondo le forme e i processi di governance integrata ad oggi sperimentati) per la parte dei servizi di natura sociosanitaria - avrà definito nell'ambito del "contratto di servizio" e di altri processi di regolazione (accreditamento sociosanitario, accordi quadro, protocolli operativi, regolamenti, ecc.) ai quali l'ASP dovrà obbligatoriamente attenersi.

I servizi presenti nella futura azienda unificata, nell'ipotesi sopra prefigurata (che "a regime" include le funzioni relative al pronto intervento sociale e alle emergenze e all'insieme delle funzioni di accesso, valutazione del bisogno e presa in carico), sono:

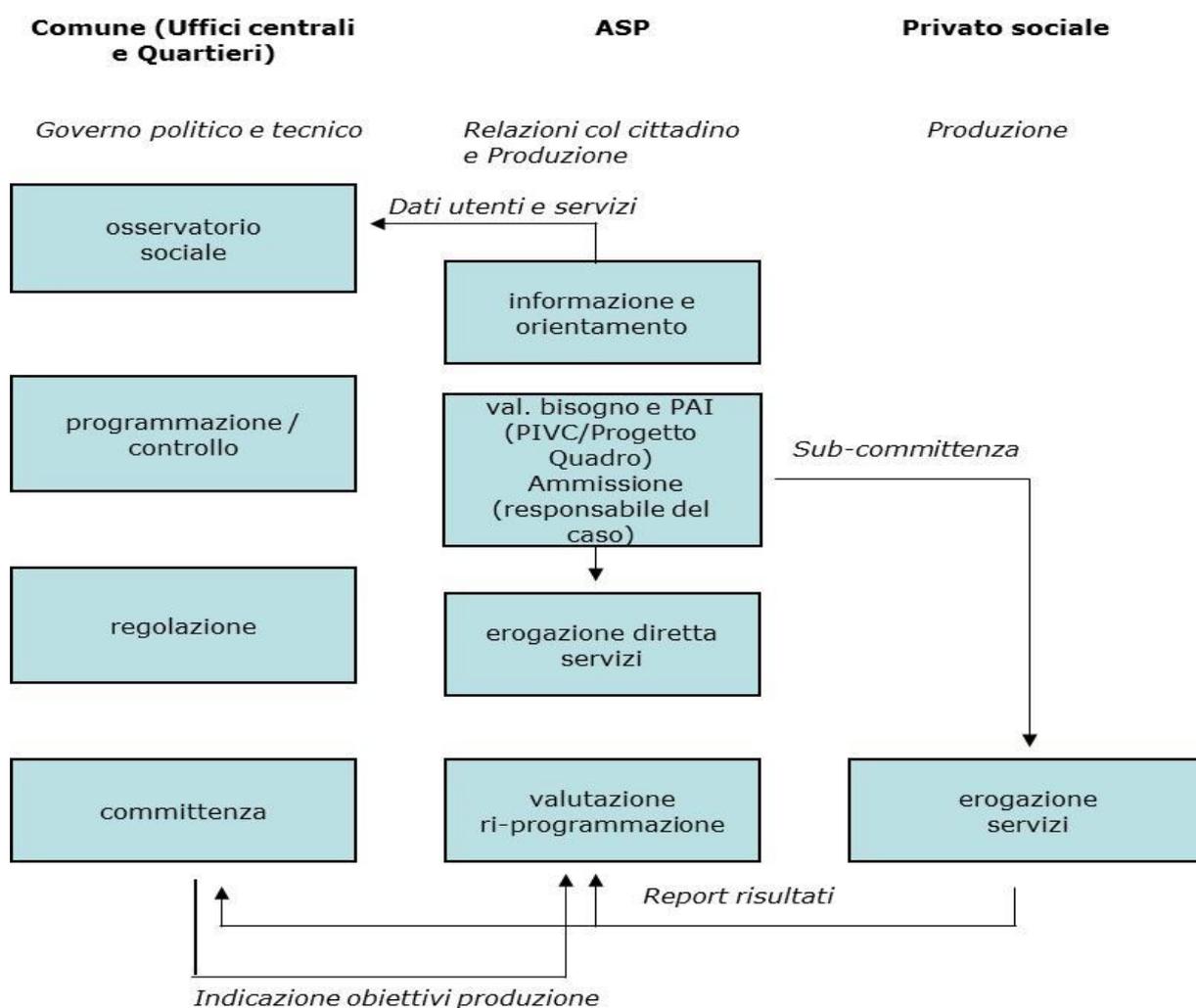
1. servizi di accesso, valutazione del bisogno e presa in carico garantito dal Servizio sociale professionale (valutazione dei bisogni e della domanda, progettazione dei piani individuali di vita e di cura delle persone, consulenza e mobilitazione di risorse personali e di reti informali di aiuto e di cura,

- collaborazione e integrazione con i soggetti delle reti formali di cura a livello istituzionale, organizzativo e professionale, tutele, affidamenti e protezioni, ecc.).
2. servizi di produzione diretta e indiretta (sub-committenza) per tutti i target di popolazione/bisogno:
 - a. servizi di sostegno al domicilio (ass. domiciliare, interventi di sostegno alla cura dei *care givers*, ricoveri di sollievo, e-care, dimissioni ospedaliere, ecc.);
 - b. servizi diurni e laboratoriali (centri diurni a bassa soglia di accesso, servizi semiresidenziali a diversa intensità assistenziale, servizi socioriabilitativi, laboratori protetti, servizi mensa...);
 - c. servizi residenziali a bassa ed alta intensità assistenziale (residenze sociali, centri di accoglienza temporanei, appartamenti protetti, strutture sociali per adulti vulnerabili, strutture sociosanitarie per anziani e disabili, ecc.);
 3. servizi per il pronto intervento e l'emergenza (PRIS, SBS-Strambo, Unità di strada, Unità mobili, servizi per le emergenze climatiche...)
 4. servizi di promozione sociale (promozione del tempo libero, dell'integrazione sociale, della formazione e dell'integrazione lavorativa, della ricerca e cura di una abitazione, aiuti economici e sostegni al reddito, tutoraggio e aiuto nella gestione del denaro e delle proprie risorse, servizi di solidarietà...)
 5. servizi di orientamento (Sportelli informativi, formazione operatori delle reti informali, etc.)

Una prima rappresentazione delle diverse funzioni di governo e gestione viene proposta nel grafico seguente.

Figura 3

FUNZIONI DEGLI ATTORI DEL SISTEMA: SCENARIO ASP CON GATEKEEPING



Fonte: nostre rappresentazioni

I **vantaggi per la comunità** e il territorio bolognese conseguenti a questa serie di cambiamenti sono quelli che anche il PGS 2012-2016 ha richiamato:

1. accesso al sistema dei servizi sociali, socio-educativi e socio-sanitari unitario e semplificato (si accede da un unico "sportello" competente in diverse materie socio-educative-sanitarie);
2. maggiore affidabilità e riconoscibilità della responsabilità della presa in carico continuativa e unitaria in tutto il ciclo di sostegno, accompagnamento, cura e assistenza per effetto dell'accorciamento delle "filiera assistenziale";

3. maggiori opportunità di integrazione istituzionali, organizzative e professionali fra Enti titolari di funzioni diverse (sociali, educative, sanitarie) per effetto della riduzione di punti di decisione e responsabilità;
4. chiarezza dei ruoli di governo (indirizzo, pianificazione e controllo) e gestione tra diverse istituzioni e delle relative responsabilità;
5. consolidamento del capitale culturale, umano, sociale e organizzativo, a fronte di investimenti unitari e mirati della nuova organizzazione pubblica di servizi sulle risorse umane, sulle risorse tecnologiche, sul sapere, sul sistema di offerta, sul miglioramento continuo della qualità;
6. legittimazione e riconoscibilità sociale dei Servizi Sociali da parte della comunità e loro conseguente crescita identitaria.

Il dettaglio dei diversi ruoli di governo e di gestione, in particolare del Comune e dell'ASP, sono di seguito schematizzati.

Tabella 7
L'ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI

<i>Comune di Bologna</i>	<i>ASP</i>	<i>Organismi e strumenti</i>
<p>PIANIFICAZIONE Analisi dei bisogni e della domanda Regia della pianificazione locale sociale e sociosanitaria</p>	<p>Gestione dei rapporti con i cittadini nelle fasi di accesso, valutazione del bisogno e presa in carico Programmazione operativa dei servizi e interventi coerenti con la pianificazione locale</p>	<p><i>Organismi:</i> Comitato di Distretto; Giunta e Conf. Presidenti di Quartiere <i>Strumenti:</i> accordi di Programma e Protocolli operativi, Osservatori sociali</p>
<p>CONTROLLO E VALUTAZIONE Controllo dei risultati di performance (attività e costi) e valutazione degli esiti e della soddisfazione dei cittadini fruitori di servizi</p>	<p>Rendicontazione tecnica annuale e infrannuale sui risultati di performance (costi/attività) e sulle valutazioni degli esiti</p>	<p><i>Organismi:</i> Comitato di Distretto; Giunta e Conf. Presidenti di Quartiere; singoli uffici comunali <i>Strumenti:</i> Bilancio sociale ASP; controllo sugli atti; controllo del bilancio</p>
<p>REGOLAZIONE Definizione delle regole di funzionamento dei servizi, dei criteri di accesso alle prestazioni e delle modalità di applicazione delle stesse</p>	<p>Applicazione delle regole e dei sistemi di regolazione per il funzionamento dei servizi</p>	<p><i>Organismi:</i> Comitato di Distretto; Giunta e Conf. Presidenti di Quartiere; singoli uffici comunali <i>Strumenti:</i> regolamenti di funzionamento dei servizi, accreditamento, carta dei servizi e degli impegni</p>
<p>COMMITTENZA Definizione degli standards, delle risorse a disposizione e delle caratteristiche dei servizi e interventi da acquisire per ogni target</p>	<p>Gestione della produzione di servizi Subcommittenza verso altri soggetti erogatori/gestori di servizi</p>	<p><i>Organismi:</i> Comitato di Distretto; Giunta e Conf. Presidenti di Quartiere; singoli uffici comunali <i>Strumenti:</i> Contratto di Servizio, delega subcommittenza per la gestione dei contratti con altri gestori di servizi</p>
<p>GARANZIA Definizione dei criteri di qualità attesi, dell'equità di accesso e della copertura attesa e valutazione di coerenza tra attese e risultati raggiunti Ascolto e partecipazione dei cittadini alla valutazione dei risultati</p>	<p>Gestione del rapporto con i fruitori dei servizi e responsabilità dei risultati raggiunti</p>	<p><i>Organismi:</i> Comitato di Distretto; Giunta e Conf. Presidenti di Quartiere; direzione dei Quartieri e dei Settori centrali <i>Strumenti:</i> valutazioni di soddisfazione e percezione della qualità dei servizi e della qualità della vita, sistemi di ascolto e di advocacy (consulte, CCM, tutori...)</p>

L'analisi di fattibilità tecnica dovrà coinvolgere tutti i professionisti e le parti sociali, per configurare un'ipotesi credibile di trasferimento di funzioni all'ASP e le relative risorse economiche (finanziarie, di personale, tecnologiche, laddove utili e necessarie) in grado di rendere sostenibile il disegno ipotizzato. Allo stesso modo, lo ricordiamo di nuovo, essa non potrà prescindere da quanto qui richiamato più volte in merito alle

funzioni di governo, tecnico e politico, anch'esse oggetto di revisione, sviluppo e consolidamento, come già detto in premessa.

Una proposta strutturata che colga gli aspetti di fattibilità di quanto proposto in questi ultimi paragrafi si potrà attivare già a partire dalle prime fasi di unificazione delle ASP per arrivare, dopo il primo anno di consolidamento dei processi organizzativi e assistenziali interni alla nuova ASP, a disegnare un modello nuovo di servizi sociali, socioeducativi e socio-sanitari integrati per la città di Bologna.

4.5 Lo sviluppo di comunità e delle reti di aiuto

“Lavoro di Comunità” è un termine che sta entrando nel quadro dei significati e delle prassi dei servizi sociali, socioeducativi, sociosanitari, ma non solo. Si vanno affermando, infatti, esperienze diffuse orientate allo “sviluppo di comunità” che hanno a riferimento non solo le popolazioni target tradizionalmente seguite dai servizi specialistici, ma si rivolgono a tutta la comunità o a gruppi specifici di essa.

Stiamo infatti facendo esperienza di attività che non hanno a riferimento necessariamente singoli target connotati per particolari fragilità o vulnerabilità. Ci rivolgiamo a tutti i cittadini e soggetti attivi delle nostre comunità rivolgendo loro attenzioni che hanno lo scopo di consolidare il capitale sociale di cui sono portatori. La fiducia, il senso civico, il rispetto degli altri e dell'ambiente sociale, la vita di relazione tra vicini, generazioni e gruppi diversi, la cittadinanza attiva di cittadini e imprese, sono gli elementi di specifico interesse e insieme lo scopo degli interventi sociali che attiviamo sul territorio.

Il “capitale sociale” è la risorsa prima della comunità; è il segnale, la misura della qualità della vita delle persone, del valore e del senso della coesione sociale, della fiducia dei cittadini verso le istituzioni e del loro senso civico.

Ed è la comunità che rende possibile il senso di appartenenza, la capacità di fronteggiare il disagio, le crisi sociali, familiari e personali, l'insicurezza, l'incertezza prodotta dai tanti e veloci cambiamenti; che rende possibile l'accesso stesso alle risorse ed opportunità effettivamente esistenti per tutte le generazioni, il sostegno alle tante “fragilità sociali”, la stabilità stessa del vivere sociale.

Allo stesso tempo, le persone più fragili e vulnerabili hanno bisogno di interventi e servizi specialistici orientati alla soddisfazione dei loro bisogni. Devono trovare reti professionalmente adeguate e integrate fra loro (es: rete socio-sanitaria) per trovare ascolto, per essere orientati nella ricerca di risorse, per trovare risposte qualificate, spesso continuative (servizi *long term*) ai bisogni più complessi. Inoltre, hanno bisogno di trovare professionisti capaci di lavorare al rafforzamento delle risorse individuali, allo sviluppo dei loro legami, delle reti di solidarietà e dei legami di mutuo-auto aiuto

e di cura. In questo lavoro devono saper attivare tutte le risorse informali prossime alle persone prese in carico (familiari, parentali, di vicinato) o disponibili, grazie alla organizzazione dei soggetti del volontariato attivo.

Questa duplice "esigenza" - lavorare con la comunità per svilupparne le risorse e le competenze e lavorare con persone fragili e svantaggiate - richiede una organizzazione funzionale a raggiungere i due scopi che ci proponiamo, sapendo di avere a riferimento due diversi "target": l'uno rappresentato da tutta la comunità; l'altro, da individui segnati da problemi specifici e complessi.

Da una parte, serviranno professionisti capaci di attivare processi e interventi sociali che rafforzano e rendono attiva la comunità di riferimento su tutti gli ambiti di vita: cultura, tempo libero, sicurezza, autoorganizzazione, ecc. vanno in questo senso le funzioni già attive legate alla promozione della "cittadinanza attiva", allo sviluppo delle libere forme associative, alla promozione di attività di socializzazione e del senso di appartenenza alla propria comunità, del vivere civile e della tutela della qualità di vita dei cittadini, del sostegno all'autodeterminazione dei gruppi più svantaggiati, senza tutele sociali o isolati (es: comunità di immigrati). Questi professionisti devono essere adeguatamente qualificati per poter fare "lavoro di strada", lavoro di comunità e lavoro di promozione sociale.

Dall'altra, serviranno professionisti capaci di attivare servizi e interventi di qualità orientandosi a mobilitare le risorse personali degli individui e quelle delle proprie reti di vita e di cura; capaci di sapersi integrare con altri professionisti condividendo saperi e prassi, strumenti e metodi di lavoro; capaci di adattamento alle esigenze di integrazione fra organizzazioni diverse e sistemi gestionali; capaci, infine, di tutelare i diritti dei loro assistiti e i livelli assistenziali riconosciuti dalla Amministrazione locale e da quelle nazionali.

Certo è che il "lavoro di comunità", elemento essenziale e comune alle due prospettive, deve diventare un "metodo" di lavoro, un "orientamento" concettuale unitario per affrontare i problemi, siano essi legati ad una comunità o a singoli individui.

Così interpretato, il lavoro di comunità orienterà i servizi sociali verso nuove prospettive di azione che hanno a riferimento le risorse dei singoli e delle loro reti di vita e di cura arrivando a definirsi e a interpretarsi come un vero "Servizio Sociale di Comunità".

Orienterà altresì l'Amministrazione comunale, nelle sue diverse articolazioni, ad occuparsi, a largo raggio, non più e non solo di target specifici di popolazione

particolarmente bisognosa, dell'intera comunità e delle sue esigenze di qualità di vita riconoscendosi nel ruolo di chi agisce per lo "Sviluppo della Comunità".

5. IL PROGETTO DI UNIFICAZIONE

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di illustrare il progetto di unificazione delle ASP Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi e la costituzione dell'ASP unica per la gestione dei servizi sociali che ricomprende anche le funzioni sociali oggi commissionate dal Comune di Bologna ad ASP Irides, illustrando in primo luogo il quadro normativo che delinea il percorso di realizzazione del progetto, e, in secondo luogo, i principali elementi del progetto medesimo, il percorso procedurale da seguire, gli effetti del processo di accorpamento e i costi dell'unificazione.

5.1 Il quadro normativo di riferimento

La nascita delle ASP viene prevista dal d. lgs. 207/2001, che disciplina il riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e ne regola l'inserimento nel sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto dall'art. 22 della legge 328/2000. In particolare, il decreto dispone che le istituzioni che svolgono direttamente attività di erogazione di servizi assistenziali siano tenute a trasformarsi in Aziende Pubbliche di Servizi alla persona (ASP), se dotate di dimensioni e patrimonio sufficienti ad operare e a conseguire le finalità previste dallo statuto.

La norma prevede altresì la possibilità, al fine di raggiungere le dimensioni adeguate allo svolgimento delle attività e dei servizi individuati dallo statuto, di effettuare unificazioni tra diverse istituzioni del territorio.

La normativa nazionale definisce l'ASP come azienda che "non ha fini di lucro, ha personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed opera con criteri imprenditoriali". Inoltre, nell'ambito dell'autonomia che le è attribuita, "l'azienda pubblica di servizi alla persona può costituire società od istituire fondazioni di diritto privato al fine di svolgere attività strumentali a quelle istituzionali nonché di provvedere alla gestione ed alla manutenzione del proprio patrimonio. L'eventuale affidamento della gestione patrimoniale a soggetti esterni avviene in base a criteri comparativi di scelta rispondenti all'esclusivo interesse dell'azienda".

Il d. lgs. 207/2001 demanda infine alle Regioni l'attuazione del riordino delle IPAB in ASP ed in particolare dei processi di fusione tra istituzioni e delle fusioni, accorpamenti, trasformazioni ed estinzioni delle ASP.

Con riferimento all'Emilia Romagna, la riorganizzazione delle IPAB in ASP è disciplinata dal titolo IV della legge regionale 2/2003; l'attuazione della norma regionale è definita dalle direttive DCR 623/2004, relativa ai criteri, modi e tempi da rispettare nel processo di trasformazione, e DCR 624/2004, che descrive l'assetto

istituzionale ed organizzativo delle ASP. Inoltre, la Giunta Regionale, nella seduta del 14 febbraio 2005, ha approvato la deliberazione n. 284, relativa a "Procedure e termini per la trasformazione, la fusione e l'estinzione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza e per la costituzione delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP) secondo quanto previsto dalla L.R. 2/03 e delibera C.R. 623/04".

La Regione è infine intervenuta successivamente con la recente legge 12/2013 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona", parzialmente modificando la legge 2/2003 e rafforzandone gli elementi finalizzati all'efficienza gestionale delle Aziende. Gli aspetti più rilevanti della legge possono essere sintetizzati come segue.

- individuazione di un'unica forma gestionale dei servizi per distretto;
- estensione dell'ambito di operatività delle ASP ai servizi educativi;
- unificazione delle aziende operanti nel medesimo ambito distrettuale;
- introduzione dell'amministratore unico in luogo del consiglio di amministrazione;
- garanzia della continuità occupazionale nell'ambito dei processi di riorganizzazione.

Nell'ambito di tale contesto normativo, con deliberazione del Consiglio Comunale 31.12.2005, O.d.G. n. 195, P.G. 207794/2005, è stato approvato dal Comune di Bologna il Programma delle trasformazioni aziendali "dalle IPAB alle ASP, Aziende pubbliche di Servizi alla Persona". Al termine del percorso di trasformazione previsto dalla normativa regionale, la Regione Emilia Romagna ha costituito le tre Aziende Pubbliche di servizi alla Persona (ASP) del Comune di Bologna, denominate "Giovanni XXIII", "Poveri Vergognosi" e "IRIDeS" e, in particolare:

- con deliberazione della Giunta regionale n. 1952 del 29/12/2006, l'Azienda Pubblica di servizi alla Persona "Giovanni XXIII", con la finalità statutaria di erogare servizi di tipo sociale e socio-sanitario a persone anziane e adulte con patologie assimilabili a quelle dell'età senile, derivante dalla fusione di tre IPAB: Istituto Giovanni XXIII, Orfanotrofio San Leonardo e Istituto Antirabbico;
- con deliberazione della Giunta regionale n. 2022 del 20/12/2007, l'Azienda Pubblica di servizi alla Persona "Poveri Vergognosi", derivante dalla trasformazione dell'Opera Pia dei Poveri Vergognosi, con la finalità statutaria di erogare servizi di tipo sociale e sociosanitario a persone anziane, in particolare a quelle in stato di non autosufficienza fisica e/o psichica e a persone adulte che versano in stato di bisogno;

• con deliberazione della Giunta regionale n. 404 del 27 marzo 2008, l'Azienda Pubblica di servizi alla Persona "I.R.I.D.eS.", con la finalità statutaria di erogare servizi di tipo educativo, sociale e socio-sanitario a minori, famiglie e disabili, derivante dalla fusione delle IPAB: "Istituti Educativi in Bologna", "Fondazione Innocenzo Bertocchi", "Fondazione Dallolio Manservisi", "Istituzione Cassoli - Guastavillani", "Istituto Clemente Primodi" e "Istituti di Assistenza Riuniti del Comune di Bologna".

Mentre il d. lgs. 207/2001 prevede all'art. 19 comma 5 le fusioni, gli accorpamenti, le trasformazioni e l'estinzione delle aziende pubbliche di servizio alla persona, la norma regionale del 2013 disciplina tali "operazioni straordinarie" qualificandole come "unificazioni", specificando che le ASP unificate subentrano a titolo universale e senza soluzione di continuità negli obblighi e nel complesso dei rapporti giuridici attivi e passivi, inclusi quelli relativi alla proprietà degli immobili, delle ASP che si unificano.

5.2 L'iter procedurale

Per potere definire il corretto *iter* procedurale inerente tale processo di unificazione, è opportuno fare riferimento a quanto affermato dalla Direzione Regionale dell'Assessorato alle politiche sociali e sanitarie della Regione Emilia Romagna, con propria nota n. P.G. 160486 del 29/6/2012, dalla quale si evince come l'accorpamento di ASP, al pari di quanto avvenuto con la trasformazione delle IPAB, sia inquadrabile nell'ambito di un percorso procedurale a carattere pubblicistico, e di conseguenza le norme e gli atti che lo devono regolare siano quelli di tipo amministrativo. In particolare, con la nota sopracitata si definisce il percorso amministrativo da seguire per giungere all'unificazione, percorso assimilabile a quello dettato per le trasformazioni delle IPAB. L'iter procedurale definito dalla Regione si articola nei passaggi di seguito esposti, riportati integralmente .

- a) *Sulla base degli indirizzi assunti dai soci delle ASP interessate, le assemblee dei soci adottano all'unanimità la decisione di procedere all'unificazione con altre aziende ed approvano una proposta di statuto dell'ASP unificata.*
- b) *Gli enti locali approvano la loro adesione come soci dell'ASP unificata sulla base della proposta di statuto approvata dalle assemblee dei soci e la convenzione di cui al punto 1.4 della direttiva del Consiglio regionale n. 624/2004.*
- c) *Analogamente, i soggetti pubblici diversi dagli enti locali ed i soggetti privati presenti nelle assemblee dei soci delle ASP interessate dall'unificazione esprimono formalmente la loro volontà di aderire come soci all'ASP unificata.*
- d) *Il Sindaco, a ciò designato dalle assemblee dei soci delle ASP che si devono unire, è tenuto a trasmettere all'Amministrazione regionale copia conforme delle delibere delle ASP e degli enti locali di cui alle lettere a) e b), la documentazione di cui alla lettera c),*

e copia conforme della convenzione sottoscritta dai soci enti pubblici territoriali, accompagnata dalla richiesta di costituire l'ASP unificata; la Giunta regionale, in assenza di rilievi da formulare sulla documentazione ricevuta, costituisce l'ASP unificata con decorrenza richiesta; a tal fine, così come è avvenuto nella fase di costituzione delle Aziende, l'Amministrazione regionale è a disposizione per valutare, insieme ai tecnici interessati, prima dell'adozione formale, la documentazione che dovrà essere acquisita, con particolare riguardo alla nuova proposta di statuto, che come è noto spetta alla Giunta regionale approvare.

- e) Così come è avvenuto in fase di costituzione delle ASP, il provvedimento regionale che costituisce l'ASP unificata indica, sulla base di quanto indicato nella richiesta di costituzione, il Sindaco tra i soci che assume le funzioni di legale rappresentante dell'ASP unificata nelle more dell'insediamento dei nuovi organi aziendali, insediamento che dovrà avvenire entro 30 giorni dalla costituzione dell'ASP unificata.*
- f) Ancora in analogia al processo di trasformazione delle IPAB in ASP, gli organi aziendali ed i direttori delle ASP che si unificano cessano dalla data di costituzione dell'ASP unificata; è naturalmente in facoltà del Sindaco che assumerà la legale rappresentanza dell'ente nelle more dell'insediamento del presidente del CdA di incaricare uno dei direttori delle ASP che si unificano o altro dipendente aziendale nella funzione di direttore, nelle more dell'insediamento del CdA e dell'affidamento dell'incarico di direttore da parte di quest'ultimo.*

5.3 Le risultanze della procedimento di unificazione

Il processo di unificazione sopradescritto porterà alla costituzione di una nuova ASP che, senza soluzione di continuità, subentrerà a tutti gli obblighi giuridici in capo alle aziende preesistenti. Di conseguenza, da un punto di vista contabile l'unificazione porterà alla redazione di uno Stato Patrimoniale "iniziale", predisposto come la somma algebrica degli Stati Patrimoniali di chiusura delle cessate ASP, con eventuale elisione di partite infra-gruppo.

In tale ambito si porrà poi il problema di verificare l'omogeneità dei criteri di valutazione adottati dalle singole ASP e, in caso di difformità, di procedere ad una loro omogeneizzazione. Tale processo di omogeneizzazione delle poste patrimoniali, non avendo l'accorpamento alcun rilievo fiscale, potrà essere affrontato in sede di redazione dello Stato Patrimoniale iniziale. Trattandosi di unificazione di Aziende pubbliche *non-profit*, che avviene in virtù di specifica norma legislativa, mancano i presupposti soggettivi atti alla eventuale determinazione di reddito fiscalmente imponibile; pertanto, tutte le connesse operazioni contabili hanno quale unico scopo quello di rappresentare il capitale di funzionamento in seguito all'unificazione, non dovendosi determinare sulla base dello stesso alcuna quota di partecipazione.

A tale proposito è opportuno sottolineare come il problema di eventuali difformità nell'ambito dei criteri valutativi sarà marginale, trattandosi di Aziende di recente costituzione, che hanno obbligatoriamente adottato nell'ambito dei propri sistemi informativo-contabili criteri di valutazione e schemi di bilancio conformi a quelli previsti dalla regione Emilia Romagna, attraverso apposita deliberazione di Giunta Regionale.

5.4 I costi dell'unificazione

Il processo di unificazione in questione, pur essendo basato sulla razionalizzazione organizzativo/amministrativa e di erogazione/gestione dei servizi, genererà dei costi di *start-up*, che saranno poi in parte neutralizzati da conseguenti risparmi e che possono essere riassunti come segue:

- a. costi legali, amministrativi e fiscali connessi al processo di unificazione;
- b. costi derivanti dall'unificazione degli apparati amministrativi;
- c. costi derivanti dall'integrazione delle procedure e delle infrastrutture informatiche.

In merito a quanto indicato al punto a), premettendo che le variazioni presso i competenti uffici fiscali - chiusura di codice fiscale/partita Iva e conseguente riapertura - non comportano costi, è opportuno in tale sede affrontare il costo conseguente alla trascrizione del patrimonio immobiliare a favore della nuova azienda.

Il titolo giuridico utile per la trascrizione è evidentemente l'atto amministrativo di emanazione regionale, ossia la delibera di Giunta, e in quanto tale la trascrizione potrebbe essere effettuata in proprio; tuttavia la mole del patrimonio immobiliare e la conseguente complessità inerente l'atto di trascrizione farebbe ritenere più opportuno l'intervento di un notaio, con conseguente costo stimato pari a circa 6 000 euro.

Per quanto attiene l'applicazione delle imposte ipotecarie e catastali, si ritiene che nel caso in esame rilevi la disposizione dettata dall'articolo 11 *ter* della Tariffa parte prima allegata al Testo Unico delle Imposte ipotecaria e catastale, approvato con D. Lgs 31 ottobre 1990, n. 347 (TUIC), il quale prevede la corresponsione delle imposte ipotecarie e catastali nella misura fissa di 168 euro per la "trascrizione di atti o sentenze che non importano trasferimento di proprietà di beni immobili ...". Tale impostazione, già confermata sia dalla Prassi Ministeriale (si veda a tal proposito la Risoluzione dell'Agenzia delle Entrate 467/E del 3/12/2008) che da Atti di analoga natura rogati da Notai in Emilia Romagna, è stata ulteriormente verificata mediante la presentazione di un interpello all'Agenzia delle Entrate da parte della Regione nel

novembre 2012. Al quesito proposto l'Agenzia ha risposto a febbraio 2013 confermando la correttezza dell'interpretazione sopra riportata.

Per quanto riguarda i costi indicati al punto b), si fa riferimento principalmente alle spese per i traslochi e i facchinaggi per il trasferimento degli uffici amministrativi della futura ASP in un'unica sede; poiché le scelte relative alla sede dell'ASP non sono ancora state assunte, al momento non è possibile effettuare una stima di tali costi. Sembra comunque utile precisare che detti costi avranno valenza pluriennale e come tali potranno essere ripartiti nell'ambito di più esercizi. E' peraltro evidente che la riorganizzazione degli uffici genererà economie di scala e risparmi nella gestione delle utenze e delle spese per servizi.

I costi per l'unificazione delle procedure informatiche sono invece stimati pari a circa 20 000 euro; si ritiene che anche tali costi potranno essere recuperati nel breve-medio periodo dai rispettivi risparmi in termini di spese per l'utilizzo di licenze d'uso e per i relativi canoni di manutenzione.

6. LE LINEE GUIDA DEL PIANO DI UNIFICAZIONE

Nella presente sezione si illustrano i principali elementi del piano di unificazione delle ASP, ed in particolare si individuano le ipotesi del piano industriale, il sistema di *governance* dell'ASP unica, il sistema informativo-contabile che sarà utilizzato, la struttura organizzativa e la dotazione di personale, il patrimonio immobiliare e i conti economici preventivi della futura ASP. Infine, si riportano alcune considerazioni conclusive sulla sostenibilità economico-finanziaria e sulla convenienza della unificazione.

6.1 Le ipotesi del piano di unificazione

Poiché la logica sottesa ai processi di trasformazione e di fusione è quella di garantire l'adeguato dimensionamento e la solidità economica e patrimoniale del soggetto che si costituisce e poiché l'azienda deve comunque operare secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità e realizzare l'equilibrio tra costi e ricavi, si ritiene opportuno che il piano di unificazione della nuova azienda evidenzii la sostenibilità economica e finanziaria dell'operazione di unificazione.

Il piano si basa sull'ipotesi principale che l'ASP unica debba inizialmente svolgere tutte le attività riferite all'ambito dei servizi sociali e socio-sanitari attualmente attribuiti alle tre ASP esistenti e che, successivamente alla unificazione, le possano essere trasferite nuove funzioni attualmente in carico al Comune o altri enti, come, ad esempio, l'Azienda USL, come indicato nella prima parte del presente documento.

Nella prima fase successiva alla unificazione, quindi, l'ASP unica costituirà per il Comune di Bologna il soggetto che gestirà, direttamente o indirettamente, i servizi sociali residenziali, semiresidenziali e domiciliari afferenti la popolazione anziana, i servizi dedicati al disagio adulto, alle nuove povertà ed alla immigrazione; nel corso del 2014 saranno poi attribuiti all'Azienda i servizi residenziali e semiresidenziali per i minori ora gestiti dall'ASP Irides.

Inoltre, se le valutazioni che saranno effettuate daranno esito positivo, sarà possibile far svolgere dalla nuova azienda già dall'inizio del 2014 anche il PRIS ed il servizio a bassa soglia, attualmente gestiti dal Settore Sociale del Comune, e la gestione dei contratti per servizi sociali e socio-sanitari ora gestiti dall'Amministrazione.

A fianco delle attività istituzionali di assistenza, l'ASP dovrà svolgere, direttamente o indirettamente, secondo le modalità ed utilizzando gli strumenti che saranno successivamente ritenuti opportuni, le funzioni di gestione e valorizzazione del proprio patrimonio immobiliare.

L'impostazione adottata prevede, allo stesso modo, che la dotazione organica dell'ASP unificata al primo gennaio 2014 risulti come l'accorpamento delle dotazioni organiche delle due aziende preesistenti.

Il numero di dipendenti ipotizzato per l'ASP unica è pertanto costituito dalla somma dei dipendenti delle ASP esistenti. Solo successivamente, nel corso del 2014, l'Azienda si doterà del personale assistenziale necessario alla gestione dei servizi ai minori.

La struttura organizzativa transitoria ipotizzata, che sarà necessariamente oggetto di revisione da parte dei nuovi organi di governo, anche a seguito del confronto con le organizzazioni sindacali, e della futura attribuzione di nuovi servizi, è illustrata di seguito,.

6.2 Il sistema di *governance*

Il modello di *governance* dell'ASP unica è differente da quello stabilito dalla legge regionale 2/2003, che prevede i seguenti organi di governo e controllo:

- l'Assemblea dei soci, che nomina il Consiglio di Amministrazione;
- il Consiglio d'amministrazione, al cui interno è nominato il Presidente, che diviene il Rappresentante legale dell'ASP e che nomina il Direttore Generale; il numero dei componenti del Consiglio è stabilito pari a tre.
- l'Organo di revisione contabile, che, a seconda del volume d'affari può essere composto da un unico membro o da un Collegio di tre Revisori, due dei quali nominati dall'Assemblea dei soci ed uno dalla Giunta regionale; nel caso dell'ASP unica si prevede un Organo di Revisione Collegiale.

Infatti, a seguito della pubblicazione della legge 12/2013, sarà possibile adottare un sistema di *governance* semplificata che prevede:

- a) l'Assemblea dei Soci, composta dai rappresentanti degli Enti locali soci e dai rappresentanti legali degli altri Enti soci, o da loro delegati e che si dota di un Presidente individuato tra i suoi componenti;
- b) l'Amministratore unico, nominato dall'Assemblea al di fuori del proprio seno, scelto tra persone in possesso di adeguata competenza ed esperienza in materia di servizi alla persona;
- c) l'Organo di revisione contabile, i cui membri sono scelti dall'Assemblea tra gli iscritti al registro dei revisori legali.

6.3 Il sistema informativo-contabile

Il sistema informativo-contabile dell'ASP, individuato dalla normativa nazionale (artt. 6 e 14 del d. lgs. 207/2001) è costituito da:

- contabilità economico-patrimoniale;
- sistema di budget;
- sistema di contabilità analitica per l'analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

L'ASP è tenuta al rispetto del pareggio di bilancio, da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi, ivi inclusi i trasferimenti in conto esercizio.

La norma nazionale è integrata dalla legge regionale 2/2003, che all'art. 25 stabilisce che le ASP predispongano in maniera preventiva il piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione³, il bilancio economico preventivo⁴ con allegato il documento di *budget* ed il bilancio consuntivo d'esercizio, con allegato il bilancio sociale. La Legge regionale stabilisce inoltre che, sulla base di uno schema tipo predisposto dalla Regione stessa, le ASP adottino un regolamento di contabilità.

Gli schemi e i principi contabili da adottarsi, che, come detto in precedenza saranno da utilizzarsi nella predisposizione dei documenti contabili della ASP unica, fanno riferimento alle norme del titolo IV della legge regionale 2/2003, alle indicazioni contenute nello schema tipo di regolamento di contabilità per le ASP di cui alla DGR 279/2007, al manuale operativo per le ASP contenente i criteri di valutazione delle poste del bilancio d'esercizio delle ASP redatto a cura del gruppo di lavoro regionale istituito presso il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria dell'Assessorato alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna. Il quadro normativo e di prassi sopra evidenziato prevede altresì che, ove necessario, i criteri di valutazione e di redazione del bilancio possano essere integrati dai principi contabili nazionali originariamente emanati dai Consigli Nazionali dei Dottori Commercialisti e dei Ragionieri, così come successivamente modificati dall'Organismo Italiano di Contabilità (OIC).

La normativa sopracitata prevede altresì l'obbligo di implementazione di un sistema di contabilità analitica per il controllo di gestione, senza stabilirne una forma particolare. Attualmente le ASP hanno attivato tale contabilità per il controllo secondo modalità e gradi di implementazione diversi.

³ Per bilancio pluriennale di previsione si intende il solo conto economico.

⁴ Si veda la nota 1.

6.4 Le attività trasferite all'ASP

L'ASP unica dei servizi sociali e socio-sanitari derivante dall'unificazione di Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi costituirà per il Comune di Bologna il soggetto gestore dei servizi di seguito sintetizzati.

- Servizi per anziani: residenziali, semiresidenziali, e domiciliari.
- Disagio adulto, nuove povertà e immigrati: servizi residenziali, semiresidenziali e altri servizi.
- Minori e famiglie: servizi residenziali e semiresidenziali, inclusa pronta accoglienza, minori stranieri non accompagnati, minori vittime della tratta, non riconosciuti alla nascita, attività integrative area esecuzione penale minorile.
- Pronto Intervento Sociale (PRIS) e Servizio a Bassa Soglia (SBS).
- Servizi sociali e socio sanitari ora gestiti indirettamente dal Comune di Bologna tramite committenza.

I servizi e le strutture affidate all'ASP sono riportati nel dettaglio nelle tabelle che seguono; appare opportuno ricordare che, con riferimento ai servizi ai minori, attualmente affidati ad Irides, saranno trasferiti all'Azienda unica nel corso del 2014 ma che le modalità ed i tempi dell'attribuzione di tali servizi dipendono dai tempi di attuazione del progetto di assegnazione ad Irides della gestione dei servizi educativi. Tale elemento di complicazione, tuttavia, non incide significativamente sulle conclusioni dell'analisi oggetto del presente documento.

Tabella 8
I SERVIZI AGLI ANZIANI

<i>SERVIZIO</i>	<i>INTERVENTO/PROGETTO</i>	<i>STRUTTURE</i>
Casa di Riposo		ASP Giovanni XIII Sede: Viale Roma 21, Bologna. Posti complessivi: 63.
Casa Residenza Anziani (CRA)		<ul style="list-style-type: none"> - Centro Servizi di Viale Roma 21 reparto 1 b , 2 A , Casa di Riposo- Bologna - Quartiere Savena, proprietà Giovanni XXIII; - Centro Servizi di Via Saliceto 71 - Bologna - Quartiere Navile, proprietà Giovanni XXIII; - Centro Servizi di Via Albertoni 11 - Bologna - Quartiere S. Vitale, proprietà Giovanni XXIII;
Centri Diurni		<ul style="list-style-type: none"> - Centro Servizi di Viale Roma 21 - Bologna - Quartiere Savena - Centro Servizi di Via Albertoni 11 - Bologna - Quartiere S. Vitale - Centro Diurno Savioli via Savioli 3 - Bologna - Quartiere Santo Stefano - Centro San Nicolò di Mira ubicato in Via Paradiso 11 e 13/2 - Bologna - Quartiere Saragozza (proprietà ASP Poveri Vergognosi) - Centro Cardinale G. Lercaro: ubicato in Via Bertocchi 12- Bologna - Quartiere Reno (proprietà ASP Poveri Vergognosi) - Centro Margherita: ubicato in Via Grassetto 4 - Bologna - Quartiere San Vitale (proprietà Comune di Bologna).
Lista Unica Cittadina per centri diurni, Lista trasferimenti per CRA		

Appartamenti protetti per anziani e disabili		<ul style="list-style-type: none"> - Sede di Viale Roma 21, Bologna, proprietà Giovanni XXIII. Posti complessivi: 25: 19 appartamenti (6 doppi e 13 singoli) Dei 19 appartamenti, 3 sono in convenzione con il Distretto AUSL della Città di Bologna - U.S.S.I. Disabili Adulti. Il 50 % dei posti è riservato alle segnalazioni pervenute dai servizi sociali territoriali dei Quartieri. - Cardinale Giacomo Lercaro, Via Bertocchi 12, Bologna: 36 appartamenti (di cui 16 doppi e 20 singoli per un totale massimo di 52 posti letto (c4 appartamenti convenzionati con l'Azienda USL Distretto della Città di Bologna - USSI. Disabili Adulti), ubicati in Via Bertocchi 12- Bologna - Quartiere Reno (proprietà ASP Poveri Vergognosi) - Madre Teresa di Calcutta, Via Altura 9/6, Bologna: 17 appartamenti per un totale massimo di 29 posti letto, ubicati in Via Altura 9/7 - Bologna - Quartiere Savena (proprietà Società Bologna per il Sociale Srl, società controllata al 100% da ASP Poveri Vergognosi) San Nicolò di Mira, Via Paradiso 11 e 13/2, Bologna: 30 appartamenti per un totale massimo di 36 posti letto, ubicati in Via Paradiso 11 e 13/2 - Bologna - Quartiere Saragozza (proprietà ASP Poveri Vergognosi).
Sistema di sostegno domiciliare	<p>Assistenza domiciliare ad utenti parzialmente autosufficienti</p> <p>Servizio domiciliare</p> <p>Servizio di mensa in sala</p> <p>Lavanderia</p> <p>Telesoccorso e assistenza</p> <p>Servizio di continuità assistenziale nelle dimissioni ospedaliere difficili</p> <p>Progetti badanti</p>	<p>In strutture del Giovanni XXIII o in altre sedi, eventualmente anche in rete con l'associazionismo.</p>

	Servizio di formazione, qualificazione e interventi volti all'inserimento nel sistema delle Assistenti Familiari Progetto "Teniamoci per mano"	
Servizio per l'integrazione territoriale, il coordinamento ed interventi a supporto del sistema di sostegno domiciliare		
Casa Residenza per anziani non autosufficienti		- Centro Polifunzionale Cardinale Giacomo Lercaro, Via Bertocchi 12- Bologna - Quartiere Reno (proprietà ASP Poveri Vergognosi)

Tabella 9
I SERVIZI AGLI ADULTI

SERVIZIO	INTERVENTO/PROGETTO	STRUTTURE
SERVIZI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA PER PERSONE E NUCLEI IN CONDIZIONE DI DISAGIO SOCIALE O ESCLUSIONE SOCIALE	Centri di accoglienza	<ul style="list-style-type: none"> - Centro diurno Via del Porto. Centro di accoglienza Beltrame via Sabatucci 2, la struttura accoglie un massimo di 115 persone. La struttura è aperta tutti i giorni l'anno con orari, a seconda dei reparti, sulle 24 h o dalle 19.00 alle 9.00. - Centro Riposo Notturmo Via Lombardia. - Centro Riposo Notturmo M. Zaccarelli, Via del Lazzaretto 15. La struttura accoglie un massimo di 64 persone. La struttura è aperta tutti i giorni dell'anno dalle ore 19.00 alle ore 9.00. - Centro Zaccarelli "Capannoncino", Via del Lazzaretto 15. La struttura accoglie un massimo di 45 persone durante il piano freddo del Comune di Bologna. I tempi di inizio e fine, gli accessi, i tempi di permanenza degli ospiti vengono stabiliti in accordo con l'Amministrazione comunale. - Rifugio Notturmo della Solidarietà: via del Gomito 22/2. La struttura accoglie un massimo di 28 persone. La struttura è aperta tutti i giorni dell'anno dalle ore 19.00 alle ore 9.00. Nel giardino esterno vi è una zona attrezzata per accogliere cani. - Riparo notturno per donne Madre Teresa di Calcutta: Viale Felsina 68. La struttura accoglie un massimo di 19 persone ed è aperta tutti i giorni dell'anno dalle ore 17.30 alle ore 9.00. - Residenza sociale temporanea Irnerio, via Pallavicini 12. La struttura accoglie un massimo di 90 persone (di cui 16 posti riservati ai richiedenti protezione). E' aperta tutti i giorni dell'anno 24h. L'orario di presenza degli operatori non copre le 24 ore. - Albergo popolare, via del Pallone, 4. L'albergo popolare, di proprietà comunale, ha una ricettività massima di 67 persone (n. 32 camere di cui 4 camere attrezzate per persone con differente capacità motoria). - Centro d'Accoglienza Via Rivani. - Residenza sociale S. Francesca Cabrini.

	<p>Appartamenti</p> <p>Piano freddo</p> <p>Accoglienza in emergenza (PRIS - alberghi)</p> <p>Sostegno alimentare "Città aperta"</p> <p>Servizio mensa estivo</p> <p>Piano superamento strutture di emergenza</p>	<p>Gruppi appartamento per adulti: via Casini 6 di proprietà comunale; via Bandi 4 di proprietà comunale; via don Minzoni 10 int. 5; via don Minzoni 10 int. 8 di proprietà ASP Irides ; via del gomito 22/3 di proprietà comunale. Gli appartamenti accolgono un totale di 30 persone.</p> <p>Appartamenti famiglie straniere e appartamenti uomini stranieri: Gli appartamenti sono di proprietà comunale o reperiti nel mercato privato e sono stati assegnati attraverso contratti di sub concessione o sub locazione, la cui competenza gestionale (compreso il pagamento dei canoni di locazione e le relative spese accessorie) è stata affidata ad ACER.</p>
SERVIZI NON RESIDENZIALI: UNITÀ MOBILI DI SOSTEGNO E LABORATORIO DI SVILUPPO DELL'AUTONOMIA LAVORATIVA	<p>Servizio mobile di sostegno e unità di strada</p> <p>Laboratorio di sviluppo dell'autonomia lavorativa</p> <p>Laboratorio Abba-Stanza</p>	
SERVIZI NELL'AREA DELL'ESECUZIONE PENALE	<p>Sportello informativo e miglioramento condizioni di vita in carcere</p> <p>Stage formativi</p>	<p>Sportello di intermediazione culturale presso la casa circondariale:</p>

	Reinserimento sociale, accoglienza e accompagnamento sociale di condannati in esecuzione penale sia esterna che interna e di soggetti che abbiano terminato di scontare la pena da non più di 6 mesi, residenti nel territorio provinciale	Appartamento in via Saragozza - Bologna. Progetto di accoglienza abitativa a favore di detenuti che possono usufruire di misure alternative alla pena o di detenuti usciti per fine pena. L'appartamento accoglie un massimo di 5 persone (uomini) ed è aperto tutti i giorni dell'anno sulle 24 h.
SERVIZIO PROTEZIONI INTERNAZIONALI (SPRAR)	Interventi di accompagnamento e Sportello protezioni Strutture d'accoglienza.	<ul style="list-style-type: none"> - Residenza sociale di transizione San Donato, via Quarto di Sopra, 6/3, aperta 24h/24h tutti i giorni dell'anno destinata all'accoglienza di 32 persone, categoria ordinari a finanziamento Sprar. - Residenza sociale di transizione Casa dell'Agave, destinata all'accoglienza di 10 donne rientranti in categorie vulnerabili: disabili, vittime di tortura, donne in stato di gravidanza, donne sole con minori. - Residenza sociale S. Francesca Cabrini, via del Lazzaretto 13: residenza sociale transizione di proprietà comunale, aperta 24h/24h tutti i giorni dell'anno destinata all'accoglienza di: <ul style="list-style-type: none"> 5 persone categoria vulnerabili a finanziamento Sprar 19 persone categoria ordinari a finanziamento Sprar 8 posti ordinari o nuclei familiari a finanziamento 8 per mille, rivolto direttamente ad Asp PV. - Residenza sociale di transizione Rivani, via Rivani 13. Residenza sociale transitoria di proprietà comunale, aperta 24h/24h tutti i giorni dell'anno destinata all'accoglienza max di 18 persone, richiedenti protezione. - Residenza sociale temporanea Irnerio, nell'ambito dei 90 posti disponibili utilizzo di 16 posti per richiedenti non ancora beneficiari. - Appartamenti di proprietà comunale in via del Lazzaretto
PROGETTI	Microcredito	

	Money tutoring Naturalmente solidale Nodo antidiscriminazione Rimpatri assistiti Promozione sociale rimpatri (ROI) Transizione abitativa	progetto di gestione degli appartamenti siti in via Barozzi (Casa della solidarietà, proprietà ASP Poveri Vergognosi), orientato a fornire risposte temporanee (durata massima dell'inserimento di 18 mesi) per persone in situazione di momentanea difficoltà e bisogno.
--	---	---

Tabella 10
I SERVIZI AI MINORI

<i>SERVIZIO</i>	<i>INTERVENTO/PROGETTO</i>	<i>STRUTTURE</i>
Sistema di accoglienza residenziale e semiresidenziale per minori e madri con minori		
Progetto Gandusio per nuclei monogenitoriali		Via Gandusio, 18 alloggi di proprietà comunale che vengono concessi in comodato ad ASP IRIDeS
Minori stranieri non accompagnati, minori vittime della tratta, non riconosciuti alla nascita		
Servizio pronta accoglienza minori e madri con minori		
Attività integrative area esecuzione penale minorile		
Centro per le famiglie		

Tabella 11
I SERVIZI PER LE EMERGENZE SOCIALI

<i>SERVIZIO</i>	<i>INTERVENTO/PROGETTO</i>	<i>STRUTTURE</i>
Servizio di Pronto Intervento Sociale		
Servizio a bassa soglia		

A fianco delle attività istituzionali di assistenza, l'ASP continuerà a svolgere, direttamente o indirettamente, secondo le modalità ed utilizzando gli strumenti che saranno successivamente ritenuti opportuni, le funzioni di gestione e valorizzazione del proprio patrimonio immobiliare. Appare utile ricordare che i proventi della gestione patrimoniale sono funzionali al finanziamento dei servizi.

Successivamente all'unificazione, inizierà da parte dell'Amministrazione e dell'ASP una valutazione di fattibilità organizzativa e di sostenibilità economica relativa al trasferimento alla nuova Azienda della gestione dei servizi sociali attualmente svolti da altri soggetti, vale a dire i servizi per disabili adulti, delegati all'AUSL dal 1994, e i servizi di accesso, valutazione e presa in carico, la cui gestione è affidata ai quartieri.

Per quanto riguarda il PRIS e il servizio a bassa soglia, gestiti dal Settore Sociale, il Dipartimento ha già iniziato il lavoro di analisi di fattibilità per l'assegnazione delle attività all'ASP per poter trasferire la gestione del servizio già a partire dall'1 gennaio 2014.

Il trasferimento delle attività gestionali, a seguito di un esito positivo delle analisi di fattibilità e di un successivo confronto con gli attuali soggetti gestori e con le organizzazioni sindacali, sarà effettuato gradualmente in un arco temporale di circa due anni, per consentire all'ASP le modifiche organizzative necessarie ad accogliere le nuove funzioni.

Uno degli aspetti che dovranno essere esaminati con maggiore cura fa riferimento alla riorganizzazione degli uffici e delle risorse professionali che potranno essere diversamente allocate, in via provvisoria fino ad un consolidamento della organizzazione della nuova azienda, all'interno del complessivo sistema di gestione dei servizi costituito dalla nuova ASP, da Irides e dal Comune, al fine di consentire all'ASP di svolgere efficacemente le nuove funzioni e di utilizzare all'interno dell'Amministrazione, nei compiti di governo del sistema di welfare che necessariamente dovranno essere sviluppati, le risorse professionali che si renderanno disponibili per effetto delle economie di scala consentite dalla unificazione.

Tale processo di riorganizzazione sarà condotto dal 2014 al 2016, come illustrato più dettagliatamente in seguito.

6.5 Il personale e la struttura organizzativa

Il personale della nuova Azienda è costituito dal personale attuale delle ASP Giovanni XXIII e Poveri Vergognosi; nelle tabelle che seguono si riporta la consistenza del personale della nuova azienda classificato per tipologia contrattuale e per categoria.

Tabella 12
IL PERSONALE
 unità di personale all'1/1/2014

	<i>tempo indeterminato</i>	<i>tempo determinato e contratto di somministrazione</i>	<i>totale</i>
Giovanni XXIII			
dirigente	1	1	2
alta prof./P.O.	8	-	8
D	40	6	46
C	45	2	47
B	201	26	227
totale	295	35	330
Poveri Vergognosi			
dirigente	4	1	5
alta prof./P.O.	18	-	18
D	18,5	15	33,5
C	33,5	16	49,5
B	58	43	101
totale	132	74,5	206,5
TOTALE	427	109,5	536,5

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASP Poveri Vergognosi, Giovanni XXIII e Irides al 30/6/2013.

Nel corso del 2014 saranno trasferiti alla nuova Azienda i servizi sociali attualmente in carico all'ASP Irides: i servizi residenziali e semiresidenziali per minori e madri e madri con bambini, il progetto Gandusio per nuclei monogenitoriali, i minori stranieri non accompagnati, vittime di sfruttamento, non riconosciuti alla nascita, i servizi di accoglienza per minori e madri con minori, le attività integrative nell'area dell'esecuzione penale minorile. L'assunzione di tali funzioni comporterà pertanto un incremento di personale assistenziale attualmente stimato pari a 9 unità di categoria D.

Si immagina, come riportato nella prima parte del documento, che nella nuova ASP l'organizzazione si articoli a partire da una Direzione Generale, dotata di un proprio staff, affiancata da una Direzione Amministrativa, che presiede alle "attività strumentali", e da una Direzione Assistenziale, che sovrintende invece alle "attività principali".

La Direzione Amministrativa sarà responsabile di tutti i processi di supporto alla produzione di servizi e dei processi assistenziali e si organizzerà per unità operative che presiederanno funzioni distintive.

La Direzione Assistenziale sarà invece garante di tutto il sistema di produzione e si organizzerà per unità operative afferenti a popolazioni-*target* (minori, adulti, anziani), integrando il sistema di produzione con responsabilità di processo che presidieranno i processi assistenziali più critici o fondamentali del sistema produttivo; all'interno di ogni unità operativa si potranno prevedere ulteriori articolazioni funzionali.

Di seguito si riporta l'organigramma ipotizzato, predisposto sulla base degli organigrammi esistenti, del personale attualmente impiegato e della struttura organizzativa articolata in direzione generale, direzione amministrativa e direzione dei servizi assistenziali, riporta per categoria le assegnazioni di personale a tempo indeterminato, a tempo determinato e impiegato nelle forme contrattuali dell'acquisto di servizi.

Tabella 13
L'ORGANIGRAMMA
 unità di personale

	<i>Tempo indeterminato</i>							<i>Tempo det.</i>	<i>Totale generale</i>
	<i>dirigente</i>	<i>alta prof.</i>	<i>P.O.</i>	<i>D</i>	<i>C</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>Totale</i>	
DIREZIONE GENERALE									
Direttore									
Staff di direzione	2	1	3	1	6	7		20	2
Gestione patrimonio	1	0	5	2	4	1		13	5
AREA AMMINISTRATIVA									
direzione								0	
ufficio legale	1			1				2	2
acquisti, gare e contratti			1	3	1			5	5
Risorse Umane			2	1	9			12	12
Bilanci e Contabilità			2	3	6			11	2
AREA ASSISTENZA									
direzione	1				3			4	1
domiciliarità			1	5	3			9	3
Servizio Anziani									
residenziali			7	40	26	169		242	34
semiresidenziali			1	1	7	34		43	6
Servizio Inclusione Sociale					1	2		3	14
adulti			1		4			5	5
immigrati					2			2	2
nuove povertà			2		2			4	4

Servizi Sociali infanzia e adolescenza										
Servizi di manutenzione (strutture)			2		4	11		17		17
Servizi Alberghieri				1		36	1	38	1	39
TOTALE	5	1	27	58	78	260	1	430	68	498

Fonte: dati ASP Poveri Vergognosi e Giovanni XXIII al 30 settembre 2013.

6.6 Il patrimonio immobiliare dell'ASP unica

Nonostante che la normativa in vigore non preveda la redazione a livello di programmazione dello Stato Patrimoniale preventivo, si ritiene comunque opportuno rappresentare la parte del futuro attivo patrimoniale maggiormente significativa, che è quella inerente il patrimonio immobiliare, costituito dalla somma algebrica del valore dei beni immobili, così come risultanti dagli ultimi bilanci approvati delle singole ASP. A tal proposito vale quanto in precedenza affermato relativamente ai criteri di valutazione e alla redazione dello Stato Patrimoniale iniziale.

Tabella 14

IL PATRIMONIO DELL'ASP UNICA

in euro

<i>Classificazione secondo gli schemi di bilancio di cui al Regolamento regionale di contabilità</i>	<i>Valori iscritti nell'attivo patrimoniale dell'ultimo bilancio approvato delle ASP</i>
terreni del patrimonio disponibile	16.409.013
fabbricati del patrimonio indisponibile	40.871.857
fabbricati del patrimonio disponibile	52.198.336
fabbricati di pregio artistico del patrimonio disponibile	8.271.853
mobili e arredi di pregio artistico	9.918.243
totale	127.669.302

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASP Poveri Vergognosi, Giovanni XXIII.

Ai fini di una corretta interpretazione dei valori suesposti, è opportuno precisare che l'unico dato oggettivo e confrontabile attualmente disponibile è quello desumibile dai bilanci delle singole ASP. Detto valore è rappresentato dalla valutazione iniziale del patrimonio immobiliare effettuata ai sensi di quanto previsto dalla normativa regionale, ovvero:

- per i beni immobili, valore catastale rivalutato del 5%;
- per i terreni, reddito dominicale moltiplicato per 75 e rivalutato del 25%.

In conseguenza di quanto sopra, il valore suindicato rappresenta quindi un valore fiscale (e non di mercato), incrementato di tutte le opere migliorative effettuate dalle ASP dal momento della loro costituzione e fino al 31/12/2012, al lordo delle quote di ammortamento (eccetto per terreni e beni mobili di pregio artistico, per i quali non è previsto).

Mentre il patrimonio indisponibile è riservato alla realizzazione delle attività istituzionali, le politiche di gestione del patrimonio disponibile sono finalizzate alla massimizzazione dei proventi patrimoniali allo scopo di sussidiare le attività assistenziali.

Le principali linee strategiche per la futura gestione degli immobili possono essere sintetizzate come segue:

- programmazione di investimenti, di interventi e ricerca di modalità tese alla valorizzazione e all'incremento del patrimonio;
- miglioramento della redditività del patrimonio immobiliare disponibile mediante l'esecuzione di interventi di riqualificazione degli stabili di proprietà dell'Azienda;
- massimizzazione dei ricavi derivanti dalla locazione anche attraverso una riduzione dei tempi di rilocazione a seguito di rilascio;
- ottimizzazione nella gestione del credito, con particolare attenzione al tempestivo incasso degli affitti e alle procedure di recupero.

I proventi derivanti dalle alienazioni, dovranno essere finalizzati alla riqualificazione e messa in sicurezza dei centri servizi che ospitano le attività assistenziali, anche in funzione del miglioramento dell'efficienza delle strutture e degli immobili del patrimonio disponibile, per garantirne la locazione, la redditività e la sostenibilità economico-ambientale.

E' altresì doveroso precisare in tale ambito che i proventi derivanti da alienazione del patrimonio disponibile devono infatti essere contabilizzati fra i contributi in conto capitale da destinare a futuri investimenti, in ottemperanza alle linee guida regionali.

6.7 Il conto economico dell'ASP unica

Il conto economico dell'ASP unica è predisposto a partire dai conti economici previsionali delle ASP attuali e opportunamente aggiornati per tenere conto delle variazioni intervenute nel corso del 2013 e degli effetti dell'accreditamento come indicato dalle rispettive direzioni.

Le ipotesi adottate relativamente alle attività svolte ed al personale impiegato sono quelle riportate in precedenza; il conto economico dell'ASP unica risulta pertanto dalla somma algebrica dei due conti economici aggiornati delle ASP che si unificano ed alle previsioni di costi e ricavi afferenti i servizi trasferiti da Irides, il PRIS e l'SBS; da tale somma sono inoltre detratti alcuni costi di struttura che, a prescindere dalle specifiche riorganizzazioni aziendali che potranno essere condotte dal nuovo *management*, l'aggregazione delle strutture tende naturalmente a ridurre, come, ad esempio, i costi degli organi di amministrazione.

Tabella 15

IL CONTO ECONOMICO PREVISIONALE 2014 DELL'ASP UNICA
 in euro

A) Valore della produzione	
1) Ricavi da attività per servizi alla persona	48.612.874,79
a) rette	18.983.876,19
b) oneri a rilievo sanitario	11.890.554,98
c) concorsi rimborsi e recuperi da attività per servizi alla persona	17.649.098,72
d) altri ricavi	89.344,90
2) Costi capitalizzati	3.893.459,82
a) incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0,00
b) quota per utilizzo contributi in conto capitale e donazioni vincolate ad investimenti	3.893.459,82
3) Variazione delle rimanenze di attività in corso	0,00
4) Proventi e ricavi diversi	8.838.733,30
a) da utilizzo del patrimonio immobiliare	5.889.797,05
b) concorsi rimborsi e recuperi per attività diverse	890.838,47
c) plusvalenze ordinarie	0,00
d) sopravvenienze attive ed insussistenze del passivo ordinarie	0,00
e) altri ricavi istituzionali	34.934,00
f) ricavi da attività commerciale	2.023.163,78
5) Contributi in conto esercizio	415.108,45
a) contributi dalla Regione	0,00
b) contributi dalla Provincia	0,00
c) contributi dai Comuni dell'ambito distrettuale	42.963,66
d) contributi dall'Azienda Sanitaria	0,00
e) contributi dallo Stato e da altri Enti pubblici	372.144,79
f) altri contributi da privati	0,00
TOTALE A)	61.760.176,36
B) Costi della produzione	
6) Acquisti beni:	1.058.358,22
a) beni socio sanitari	378.085,02
b) beni tecnico-economici	680.273,20
7) Acquisti di servizi	38.289.807,25
a) per la gestione dell'attività socio sanitaria e socio assistenziale	26.297.150,18
b) servizi esternalizzati	3.508.758,37
c) trasporti	175.861,42
d) consulenze socio sanitarie e socio assistenziali	1.486.093,22
e) altre consulenze	534.724,33
f) lavoro interinale ed altre forme di collaborazione	1.932.646,47
g) utenze	1.415.429,80
h) manutenzioni e riparazioni ordinarie e cicliche	1.207.726,26
i) costi per organi Istituzionali	95.465,84
j) assicurazioni	253.431,16
k) altri	1.382.520,20
8) Godimento di beni di terzi	434.493,59
a) affitti	382.283,21
b) canoni di locazione finanziaria	0,00
c) service	52.210,38

9) Per il personale	14.113.048,85
a) salari e stipendi	10.909.631,11
b) oneri sociali	3.039.980,45
c) trattamento di fine rapporto	4.689,62
d) altri costi	158.747,67
10) Ammortamenti e svalutazioni	4.479.631,66
a) ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	158.057,95
b) ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	4.222.557,81
c) svalutazione delle immobilizzazioni	29.015,90
d) svalutazione dei crediti compresi nell'attivo circolante e delle disponibilità liquide	70.000,00
11) Variazione delle rimanenze di materie prime e di beni di consumo	-189.188,33
a) variazione delle rimanenze di materie prime e dei beni di consumo socio-sanitari	-9.041,75
b) variazione delle rimanenze di materie prime e di beni di consumo tecnico-economici	-180.146,59
12) Accantonamenti ai fondi rischi	0,00
13) Altri accantonamenti	93.500,00
14) Oneri diversi di gestione	1.786.535,59
a) costi amministrativi	332.822,07
b) imposte non sul reddito	1.182.680,37
c) tasse	225.548,78
d) altri	28.616,24
e) minusvalenze ordinarie	0,00
f) sopravvenienze passive ed insussistenze dell'attivo ordinarie	0,00
g) contributi erogati ad aziende non-profit	16.868,13
TOTALE B)	60.066.186,83
Differenza tra valore e costi della produzione (A - B)	1.693.989,53
C) Proventi e oneri finanziari	
15) Proventi da partecipazioni	0,00
a) in società partecipate	0,00
b) da altri soggetti	0,00
16) Altri proventi finanziari	151.681,54
a) interessi attivi su titoli dell'attivo circolante	0,00
b) interessi attivi bancari e postali	150.144,59
c) proventi finanziari diversi	1.527,31
17) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	106.003,59
a) su mutui	100.776,88
b) bancari	5.000,00
c) oneri finanziari diversi	226,71
TOTALE C)	45.677,95
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
18) Rivalutazioni	0,00
a) di partecipazioni	0,00
b) di altri valori mobiliari	0,00
19) Svalutazioni	0,00
a) di partecipazioni	0,00
b) di altri valori mobiliari	0,00

TOTALE D)	0,00
E) Proventi e oneri straordinari	
20) Proventi da:	2.000,00
a) donazioni, lasciti ed erogazioni liberali	2.000,00
b) plusvalenze straordinarie	0,00
c) sopravvenienze attive ed insussistenze del passivo straordinarie	0,00
21) Oneri da:	0,00
a) minusvalenze straordinarie	0,00
b) sopravvenienze passive ed insussistenze dell'attivo straordinarie	0,00
TOTALE E)	2.000,00
Risultato prima delle imposte (A+B+C+D+E)	1.741.667,48
22) Imposte sul reddito	1.738.171,51
a) irap	1.025.987,51
b) ired	712.184,00
23) Utile o (perdita) di esercizio	3.495,97

Fonte: nostre elaborazioni su dati Comune di Bologna, ASP Poveri Vergognosi, Giovanni XXIII e Irides.

6.8 La convenienza tecnico-economica dell'unificazione

Come già indicato in precedenza, la prima fase dell'unificazione è attuata ipotizzando l'invarianza del personale utilizzato; sotto tali ipotesi, i conti economici di previsione mostrano come nel 2014 siano garantite le condizioni di equilibrio economico, finanziario e patrimoniale dell'ASP unificata.

Per quanto riguarda i costi dell'unificazione, si ritiene che non siano particolarmente significativi, in quanto sono limitati sostanzialmente alle spese per la redazione degli eventuali atti notarili ed ai costi di unificazione degli apparati amministrativi e delle procedure informatiche.

Anche a parità di attività svolte e di invarianza della dotazione organica, l'unificazione consente comunque di ottenere alcuni benefici derivanti dalla opportunità per il Comune di avere relazioni contrattuali con un unico interlocutore; tali benefici, che si ritiene possano condurre ad una riduzione dei costi indiretti sostenuti dall'Amministrazione comunale, possono essere sintetizzati come segue:

1. migliore integrazione e coordinamento nella programmazione e nella gestione dei servizi socio-sanitari erogati dall'ASP unica in coerenza con gli obiettivi dell'Amministrazione;
2. maggiore semplicità ed efficienza nella gestione di un unico contratto di servizio per le attività socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie, rispetto ai tre contratti gestiti attualmente, da parte dell'Amministrazione comunale;

3. possibilità di affidare in sub-committenza all'ASP unica la gestione dei contratti dell'ambito socio-sanitario riferiti all'area della non-autosufficienza e conseguente riduzione dei costi indiretti di carattere amministrativo per il Comune⁵;
4. aumento della capacità di controllo del Comune dovuta alla riduzione del numero complessivo degli organi amministrativi dell'ASP - assemblea dei soci, consiglio d'amministrazione e presidente.

Oltre ai benefici sopra indicati, riferiti sostanzialmente ad un miglioramento della capacità di *governance* dell'Amministrazione, si ritiene che, successivamente all'insediamento dei nuovi organi dell'ASP unica, possa essere attuata una riorganizzazione dei servizi di supporto e in parte anche dei servizi alla persona che conducano ad un significativo risparmio di risorse economiche.

In particolare, la riorganizzazione dei servizi centrali di supporto - area amministrativa e tecnica - appare come lo strumento più efficace per garantire la sostenibilità economica della nuova Azienda in quanto con l'unificazione sono garantite economie di scala derivanti sia dall'atteso aumento del grado di utilizzo della capacità produttiva complessiva, che dall'apprendimento organizzativo derivante dalle caratteristiche distintive delle attuali ASP (a questo proposito si vedano anche i capitoli precedenti dove abbiamo trattato dei "punti di forza" dei processi organizzativi e assistenziali che caratterizzano le singole ASP).

In tale ambito, i vantaggi economici della unificazione possono essere rappresentati dagli elementi indicati di seguito:

1. riduzione dei costi unitari di struttura mediante il riassetto organizzativo dell'area amministrativa e tecnica;
2. risparmi connessi alla revisione della governance;
3. riduzione dei costi per licenze e manutenzione del *software*, inclusi quelli connessi alla gestione delle buste paga;
4. gestione diretta dell'IMU, dell'invio delle dichiarazioni fiscali, dell'elaborazione delle buste paga e degli aspetti previdenziali;
5. unificazione delle sedi dei servizi amministrativi, con conseguente risparmio dei costi delle utenze e dei servizi di pulizia, assicurazione etc;

⁵ Attualmente il Comune gestisce circa 40 contratti con le cooperative sociali per l'erogazione di servizi per la non-autosufficienza, con un notevole impegno di risorse.

6. maggior potere contrattuale dell'ASP unica nella stipula degli appalti per i servizi non soggetti ad accreditamento con possibili economie di scala;
7. recupero di efficienza nella gestione unitaria delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, anche a seguito del completamento del processo di accreditamento sociosanitario.

Il riassetto qui auspicato dovrà seguire precise indicazioni di merito e di metodo che l'Amministrazione comunale dovrà formalizzare nell'ambito degli obiettivi assegnati con "contratto di servizio" alla nuova ASP e che gli organi della stessa dovranno rendere annualmente operativi.

La nuova direzione dell'ASP dovrà necessariamente produrre programmi di sviluppo e ottimizzazione dei propri fattori produttivi coerenti con quanto qui indicato a partire dal 2014 e successivamente a fronte delle nuove e diverse assegnazioni di servizi e interventi, in funzione della sostenibilità economica complessiva. Tali programmi saranno aggiornati annualmente e valutati in tutte le sedi tecniche e politiche al fine di giungere al risultato atteso attraverso la maggior condivisione possibile tra le parti.