

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

**Rapporto OASI 2010****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

**Elena Cantù** si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer  
Ingelheim**



[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

**Rapporto OASI 2010**

a cura di  
**Elena Cantù**

# Rapporto OASI 2010

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

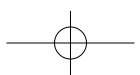
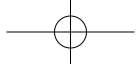
Elena Cantù

SDA Bocconi



**CERGAS**  
CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



# 11 Il ruolo del Direttore Sociale nelle AUSL e le funzioni di integrazione sociosanitaria emergenti: il caso dell'Emilia Romagna<sup>1</sup>

*di Francesco Longo, Roberta Montanelli e Giovanni Fosti<sup>2</sup>*

## 11.1 Introduzione

Al centro di una fitta rete di relazioni organizzative interne all'azienda ed interistituzionali con i Comuni e con i produttori esterni di servizi, i Direttori Sociali delle AUSL hanno il mandato prioritario di garantire la copertura dei bisogni sociosanitari e di ricomporre il sistema di offerta dei relativi servizi. Questo ruolo appare particolarmente coerente con il più generale orientamento dei sistemi pubblici verso logiche di coordinamento di rete, viste come modello capace di aumentare l'economicità complessiva dei sistemi pubblici (Castells, 1996).

A seconda dei modelli istituzionali regionali e delle soluzioni organizzative adottate dalle aziende, il Direttore Sociale può avere o meno una responsabilità sulla produzione diretta dei servizi sociosanitari da parte dell'AUSL nelle aree anziani, disabili, materno infantile e dipendenze (servizi ADI, strutture residenziali, centri diurni, consultori, SERT, eventuali servizi sociali delegati dai Comuni ecc.) e, dal momento che buona parte dei servizi sociosanitari sono esternalizzati a soggetti terzi (si pensi in particolare alle strutture residenziali per anziani e disabili), afferiscono tipicamente al Direttore Sociale le funzioni di governo e di indirizzo del sistema dei produttori nonché il presidio della funzione di committenza sugli stessi.

Specifico del ruolo del Direttore Sociale è, inoltre, l'attenzione alle forme di coordinamento e integrazione tra le politiche sanitarie dell'AUSL ed i servizi sociali erogati dalle amministrazioni comunali.

<sup>1</sup> Gli autori ringraziano la regione Emilia-Romagna e il coordinamento dei direttori sociali della regione da cui hanno avuto la possibilità di apprendere i contenuti qui riportati e con i quali hanno avuto la possibilità di un proficuo e ricco processo di analisi e discussione condivisa. In particolare si ringraziano Eno Quargnolo (DASS AUSL Ravenna), Monica Minelli (DASS AUSL Bologna) e Giovanni Soro (DASS AUSL Piacenza) per la vicinanza scientifica ed umana dimostrataci e per il prezioso contributo nel referaggio del testo. La responsabilità per quanto scritto rimane, in ogni caso, degli autori.

<sup>2</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 11.1, 11.3, 11.4, 11.4.1 e 11.4.2 a Roberta Montanelli, i §§ 11.2, 11.4.3, 11.4, 11.4.4 e 11.5 sono attribuiti a Francesco Longo, e il § 11.4.5 a Giovanni Fosti.

Infine, un tema che sta acquistando sempre più importanza nei sistemi di welfare sociosanitario e che vede impegnati in modo particolare i Direttori Sociali è il governo e l'orientamento della domanda attraverso la creazione di punti unitari, spesso sociosanitari, di accesso al sistema dei servizi.

Le caratteristiche del ruolo sopra evidenziate mostrano alcuni elementi di criticità. I Direttori Sociali infatti:

- ▶ si trovano a dover sviluppare diverse dimensioni di integrazione (tra sociale e sanitario, tra socio-sanitario e ospedale, tra servizi pubblici e servizi privati accreditati);
- ▶ svolgono funzioni di governo su quote rilevanti di risorse del settore (area sociosanitaria dell'AUSL, offerta pubblica e privata di servizi residenziali);
- ▶ non hanno sempre un potere gerarchico o il controllo diretto delle leve di governo del sistema di offerta;
- ▶ in quanto membri del *top management* delle AUSL, la più grande e rilevante istituzione del welfare socio-sanitario, sono in posizione di soggetto pivotale nei confronti di nodi autonomi in un contesto nel quale le logiche e gli strumenti di *network governance* sono in buona parte ancora da sviluppare, testare e mettere a regime, senza rilevanti situazioni di *benchmarking* disponibili da cui apprendere.

La continuità tra servizi sanitari e servizi sociali ed il governo del sistema di offerta dei servizi sociosanitari, in particolare di quelli residenziali, a cui i Direttori Sociali sono preposti, sono tra le priorità del SSN per almeno tre ordini di motivi:

- ▶ la tensione verso una riduzione dei ricoveri ospedalieri, sia per durata, sia in termini assoluti, sostenuta anche attraverso la creazione di soluzioni assistenziali alternative tra cui l'assistenza domiciliare e la residenzialità (Oterino De la Fuente et al., 2006);
- ▶ la crescente presenza di patologie croniche che richiedono approcci integrati tra dimensione sanitaria e sociale (Haggerty et al., 2003);
- ▶ il ruolo crescente delle risorse private delle famiglie per le spese sociosanitarie (es. badanti) (Osborne, 2000).

L'efficacia del sistema socio-assistenziale è, sempre più, condizione necessaria per l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario, così come l'organizzazione delle interdipendenze tra i servizi e la cosiddetta *transitional care*, cioè il governo del passaggio da un ambito di cura all'altro, sono temi centrali per lo sviluppo del sistema di welfare nel nostro paese (Montanelli e Turrini, 2006).

Obiettivo del presente capitolo è quello di discutere quali possano essere i diversi ruoli interpretabili dai Direttori Sociali delle AUSL ed evidenziare quali strumenti manageriali possano essere utilizzati a supporto dello svolgimento

delle funzioni strategiche ad essi attribuite. Oggetto di approfondimento specifico sarà la figura del Direttore delle Attività Sociosanitarie (DASS) delle AUSL emiliano romagnole, anche se molte considerazioni proposte crediamo possano valere come riflessioni generali per le aziende dell'intero SSN.

## 11.2 Il metodo di indagine

Gli autori hanno avuto la possibilità di coordinare un percorso di *benchmarking* sistematico e strutturato con tutti i Direttori Sociali della Regione Emilia Romagna (RER) durato, nelle sue fasi frontali e collegiali, dieci giornate di lavoro a cui hanno partecipato attivamente tutte le AUSL della regione. Per ogni azienda sono intervenuti, oltre al DASS, anche altri dirigenti apicali dell'area sociosanitaria, in numero proporzionale alle dimensioni aziendali.

I temi proposti per l'analisi e per la discussione, lungo i quali si sono costruiti i diversi moduli del processo di *benchmarking* sono stati: la fotografia delle risorse e dei servizi socio-sanitari presenti in ogni azienda, la mappatura della geografia dei produttori, l'analisi degli strumenti di governo dei produttori, i meccanismi di accesso ai servizi da parte degli utenti. Questi temi rappresentano anche l'indice logico del presente lavoro.

L'approccio adottato per l'analisi, il confronto e la discussione inter-aziendale si è basato sui seguenti passaggi logici:

- ▶ presentazione a tutti i DASS della RER, per ogni tema oggetto di analisi, di un *framework* teorico di riferimento e di un relativo questionario di raccolta di dati ed informazioni aziendali;
- ▶ invio da parte delle AUSL ai ricercatori dei questionari completati con i dati quantitativi e qualitativi richiesti;
- ▶ analisi e rielaborazione comparativa dei dati raccolti da parte dei ricercatori in *back office*;
- ▶ presentazione e discussione in plenaria dei casi aziendali più polarizzati rispetto ad ogni specifico tema e discussione collegiale dell'analisi inter-aziendale, concentrandosi inizialmente sulla condivisione di elementi diagnostici, per poi discutere le possibili implicazioni manageriali;
- ▶ ricomposizione e analisi delle discussioni collegiali svolte da parte dei ricercatori del gruppo.

I materiali e gli strumenti di ricerca utilizzati sono stati pertanto i seguenti:

- ▶ analisi delle leggi e dei regolamenti che disciplinano l'assetto istituzionale sanitario e socio-sanitario della RER;
- ▶ questionari sistematici per la raccolta di dati quantitativi e qualitativi delle aziende;
- ▶ la registrazione delle discussioni con i DASS della RER.

### 11.3 Il sistema sociosanitario emiliano romagnolo e la figura dei DASS

L'integrazione sociosanitaria è ricercata in Regione Emilia Romagna attraverso l'utilizzo di diverse forme di coordinamento istituzionale organizzativo e professionale.

A livello centrale, oltre all'Assemblea legislativa ed alla Giunta regionale, hanno competenza di governo sull'area delle politiche sociosanitarie la Conferenza Regione – Autonomie Locali (CRAL) e la Cabina di Regia per le politiche sociali e sanitarie, entrambe con funzioni di orientamento e confronto sulle strategie di integrazione e coordinamento degli interventi. Il supporto tecnico agli organi politici e istituzionali regionali è garantito dall'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale, dal Gruppo intersettoriale della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, dal Comitato Tecnico Scientifico e dal Tavolo tecnico regionale. È a questo livello istituzionale che compete l'emanazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale (Figura 11.1).

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) è l'organo istituzionale previsto a livello provinciale per costruire forme di raccordo tra le azioni delle AUSL (di norma coincidenti con i territori delle Province) e quelle dei Comuni. All'interno di questo organismo le amministrazioni provinciali svolgono un ruolo di raccordo istituzionale territoriale nell'ambito della programmazione socio-sanitaria. Alle CTSS spetta l'analisi del bisogno e delle criticità del territorio attraverso i Profili di Comunità e la predisposizione degli obiettivi strategici per farvi fronte (Atto di indirizzo e coordinamento triennale). Organo tecnico della CTSS è l'Ufficio di Supporto (Tabella 11.1).

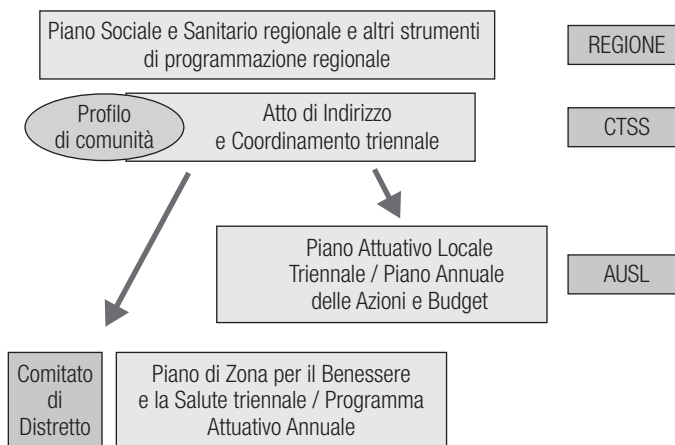
Il piano strategico triennale delle AUSL (PAL-Piano Attuativo Locale) deve essere redatto in coerenza con le indicazioni programmatiche presenti nell'Atto di indirizzo e coordinamento delle CTSS e deve essere approvato da queste ultime.

Allo stesso modo, anche i Piani di Zona distrettuali per la salute ed il benessere sociale triennali predisposti dai Comitati di Distretto devono seguire le indicazioni espresse dalle CTSS (Figura 11.1).

L'ambito distrettuale è indicato dal legislatore regionale come il luogo ottimale per la realizzazione dell'integrazione nella programmazione, nell'erogazione e nella valutazione dei servizi sociali e sanitari. Gli organi dell'integrazione a questo livello sono il Comitato di Distretto (composto dagli amministratori dei comuni afferenti al territorio distrettuale e integrato con la presenza del Direttore di Distretto) e il Nuovo Ufficio di Piano. Esso è composto da personale comunale e dell'AUSL ed è a supporto dell'attività del Comitato di Distretto e del Direttore di Distretto (Tabella 11.1).

A livello distrettuale, oltre al Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale triennale, viene elaborato anche un Programma Attuativo Annuale in cui vengono delineate le forme dell'integrazione sociosanitaria ed i livelli di assistenza da garantire sul territorio di riferimento.

Figura 11.1 **Il sistema sociosanitario dell'Emilia Romagna: organismi e documenti di programmazione**



Fonte: Regione Emilia Romagna, 2010

Tabella 11.1 **Composizione degli organismi locali dell'integrazione sociosanitaria in Emilia Romagna**

	Organi politici	Organi tecnici
Livello provinciale	<b>CTSS</b> Presidente della Provincia Sindaci di tutti i Comuni del territorio (è previsto un Ufficio di Presidenza) invitato permanente DG AUSL	<b>Ufficio di Supporto</b> Tecnici della Provincia, dei Comuni e dell'AUSL
Livello distrettuale	<b>Comitato di Distretto</b> Sindaci di tutti i Comuni del Distretto Direttore di Distretto	<b>Nuovo Ufficio di Piano</b> Tecnici dei Comuni e dell'AUSL

Fonte: nostra elaborazione

L'integrazione sociosanitaria in Emilia Romagna è sostenuta, in modo significativo, anche dalla gestione condivisa tra Comuni e AUSL del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA).

Il fondo, che nel 2009 è stato di importo pari a circa 400 milioni di euro<sup>3</sup>, finanzia servizi sociosanitari di natura domiciliare, territoriale, residenziale e se-

<sup>3</sup> Per il 2010, considerando anche il riparto del fondo normale, le risorse complessivamente disponibili per le politiche per la non autosufficienza assommano a circa 490 milioni di euro.

miresidenziale e diverse forme di contributi economici rivolti ad anziani e disabili che versano in condizioni di non autosufficienza. Il FRNA è composto in parte da risorse storicamente già presenti nel fondo sanitario regionale e allocate, seppur in modo precedentemente disperso e frammentato, all'ambito socio-sanitario e in parte da risorse aggiuntive autofinanziate dalla RER, utilizzando le leve tributarie disponibili. Esso è trasferito dalla Regione alle AUSL, riservandone il riparto tra gli uffici di Piano alle CTSS. Agli Uffici di Piano compete la gestione del fondo in base alle linee di programmazione definite annualmente dai Comitati di Distretto (Ceda et al., 2009).

L'integrazione sociosanitaria è ricercata anche attraverso il coordinamento delle forme di orientamento degli utenti nella fruizione dei servizi e delle forme di governo della domanda in particolare con l'attivazione di punti unitari di accesso ai servizi sociali e sanitari e con l'utilizzo di unità di valutazione multidimensionali.

Comuni e AUSL a livello distrettuale hanno di recente dato avvio ad un altro importante fronte di coordinamento istituzionale: il processo di accreditamento dei servizi sociosanitarie secondo criteri e linee di indirizzo regionali. Il processo avviato prevede nuove modalità di relazione tra Comuni e AUSL, responsabili della committenza sociosanitaria attraverso gli organismi distrettuali, ed i produttori di servizi dal punto di vista dei sistemi di tariffazione, degli standard e dei volumi di servizio da garantire.

Un ruolo importante nella produzione di servizi sociosanitari è svolto dalle Aziende di Servizi alla Persona (ASP), ex Ipab ora trasformate in aziende delle amministrazioni comunali. Nel processo di trasformazione la Regione Emilia Romagna ha promosso la fusione di più strutture residenziali (Ipab) in ASP di medio-grandi dimensioni, attribuendone il controllo alle amministrazioni comunali di riferimento. Ai sensi della LR 2/2003 le ASP sono Aziende di diritto pubblico, dotate di personalità giuridica, di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria, non hanno fini di lucro e si caratterizzano come aziende dei Comuni, singoli o associati in un ambito territoriale definito, in genere distrettuale o sub distrettuale. Le ASP sono pensate come i potenziali produttori non solo di servizi residenziali sociosanitari ma anche di altre tipologie di servizi sociali dei Comuni.

Attori chiave nel sistema sociosanitario emiliano romagnolo sono le Aziende USL organizzate, di norma, su base provinciale. In esse sono distinte due funzioni fondamentali: la funzione di produzione e quella di committenza. Ai Dipartimenti è stata affidata la funzione di produzione dei diversi servizi (ambulatoriali, domiciliari, di assistenza primaria ecc) mentre i Distretti sono stati pensati come il luogo dove viene organizzata ed espressa la committenza sanitaria, internamente verso i Dipartimenti ed esternamente verso i produttori accreditati, e dove viene garantito il raccordo con la committenza sociosanitaria espressa dai Comitati di Distretto e dagli Uffici di Piano.

In questa architettura istituzionale i DASS sono collocati in posizione apicale



ed equiparati nella gerarchia ai Direttori Sanitari e ai Direttori Amministrativi, facendo quindi parte organicamente della direzione strategica delle AUSL. Ad essi compete fundamentalmente un ruolo strategico di orientamento delle politiche sanitarie in continuità con gli interventi sociosanitari e di presidio delle relazioni istituzionali dell'azienda con gli interlocutori esterni che compongono il sistema sociosanitario (comuni, provincia, strutture accreditate ecc). Internamente i DASS non dispongono di leve dirette di governo né nei confronti dei Dipartimenti della produzione (salvo laddove esista il Dipartimento dell'Integrazione Sociale e Sanitaria) né rispetto ai Distretti della committenza ma possono esercitare rispetto ad essi un importante ruolo di orientamento strategico e di ricomposizione del posizionamento dell'azienda nel sistema sociosanitario.

#### 11.4 Le funzioni di integrazione sociosanitaria ed il ruolo del DASS

Il caso dei DASS è un interessante punto di osservazione di alcune caratteristiche tipiche della figura dei Direttori Sociali. A differenza però di quanto avviene in altre regioni, il ruolo dei DASS è reso particolarmente critico dalle scelte di sistema operate in Emilia Romagna. Come detto sopra, salvo poche eccezioni, i DASS non hanno leve gerarchiche di governo né della produzione (in capo ai Dipartimenti), né della committenza sociosanitaria (in capo ai Comitati di Distretto). Essendo però in posizione apicale e potendo godere di una visione d'insieme del sistema sociosanitario locale, i DASS possono contribuire alla realizzazione di diverse funzioni critiche per l'AUSL e per il sistema sociosanitario nel suo insieme (Kooiman, 2003).

Le funzioni critiche possono essere individuate nelle seguenti:

- ▶ orientamento della rete degli attori istituzionali che compongono il sistema sociosanitario in una logica di *network management* e nella definizione di percorsi e processi integrati per patologia o stato di bisogno trasversali a tutti gli ambiti di cura del sistema;
- ▶ governo della produzione diretta;
- ▶ governo del mercato sociosanitario attraverso l'azione sulla geografia e sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di servizi;
- ▶ armonizzazione delle forme di acquisto/di committenza;
- ▶ ricerca di forme di raccordo nel governo degli accessi al sistema dei servizi sociosanitari.

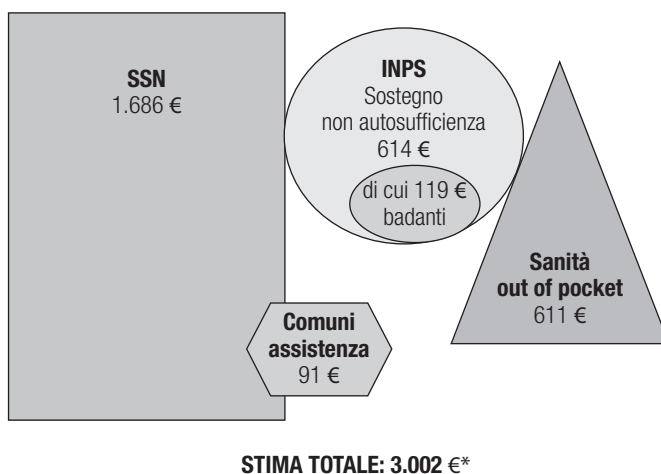
##### 11.4.1 La funzione di *network management*

L'area sociosanitaria è caratterizzata dalla presenza di diversi attori istituzionali e da una pluralità di produttori di servizi privati non profit e commerciali. La possibilità di garantire continuità nella presa in carico delle persone che espri-

mono bisogni di questa natura e di costruire un sistema di offerta completo ed articolato dipende in larga misura dalla capacità dei diversi soggetti istituzionali e del mercato di dialogare e ricercare forme di collaborazione. In particolare in uno scenario in cui molte delle risorse del settore sono erogate direttamente alle famiglie, principalmente dall'INPS, e dove l'organizzazione delle risposte è, per lo più, gestita autonomamente dalle stesse come dimostra il fenomeno delle badanti, così significativo nella sfera della non autosufficienza.

L'AUSL è membro autorevole e quantitativamente rilevante del *network* socio-sanitario, come illustrato dalla ricostruzione proposta nella figura seguente (Figura 11.2) e vi è sempre maggiore convinzione che il *top management* della stessa sia prevalentemente un gestore di relazioni in *network* complessi (Longo, 2005). Essi riguardano le altre aziende pubbliche del SSN (si pensi agli ospedali azienda di riferimento per i propri pazienti), le aziende private accreditate, gli enti locali, i fornitori di prestazioni e servizi intermedi, il sistema finanziario, i produttori socio-sanitari, il volontariato e le forme di rappresentanza dei cittadini. Le performance stesse dell'AUSL dipendono in modo significativo dalle interdipendenze esistenti con le altre istituzioni e con gli altri attori del sistema. Se l'azienda ospedaliera o un centro di riabilitazione privato accreditato dimettono i pazienti troppo precocemente questo genera tensioni sulle strutture intermedie o sulle cure domiciliari dell'AUSL. I consumi sanitari privati pagati *out of pocket* dei residenti, influenzano i consumi in regime di SSN. Alla luce di questi

Figura 11.2 **Le componenti del welfare socio-sanitario italiano (spesa pro-capite)**



\* Si evidenzia anche la presenza, con riferimento alle partite socio-assistenziali a carico INPS, di ulteriori 371 euro per residenti destinati ad integrazione del reddito, per una stima totale complessiva di 3.373 euro per residente.

Fonte: Longo et al., 2010

elementi di sistema, le direzioni strategiche delle AUSL sono sempre più impegnate a rileggersi come organizzatrici e gestrici di reti interistituzionali.

Il DASS è membro organico della direzione strategica dell'AUSL e trova una sua vocazione naturale alla *governance* di rete, anche perché il Direttore Sanitario è di norma molto assorbito dal governo e dal controllo della produzione interna (anche per una sua forte responsabilizzazione giuridica sugli esiti della medesima), così come il Direttore Amministrativo è particolarmente focalizzato sulla gestione dei processi amministrativi interni. Paradossalmente, l'assenza di funzioni di governo di processi produttivi diretti, colloca il DASS in una posizione privilegiata di attenzione alla rete inter-istituzionale esterna (Kickert et al., 1997) e può potenzialmente essere a ciò esplicitamente delegato dal Direttore Generale.

Prerogativa essenziale per svolgere una funzione di *network management* è la conoscenza delle caratteristiche specifiche del sistema sociosanitario di riferimento in termini di numero di attori coinvolti, natura degli stessi, posizionamento strategico di ciascuno nel sistema, quote di risorse gestite, *target* di utenza a cui si rivolgono, obiettivi che intendono perseguire.

La ricostruzione di una visione d'insieme dei fenomeni è un evidente valore aggiunto che può essere offerto al sistema degli attori del welfare dal momento che nessun soggetto, preso singolarmente, riesce ad esprimere o dispone di tale lettura sistemica. La ricostruzione dello scenario complessivo è, inoltre, utile all'azienda per valutare un proprio posizionamento nel sistema oltre ad essere una funzione a supporto delle scelte degli altri interlocutori che possono così trovare un primo vantaggio nella collaborazione di rete.

La partecipazione attiva ad un *network* da parte di soggetti autonomi nel proprio funzionamento comporta la cessione di quote di prerogative di governo; è compito pertanto del *network manager* cogliere gli interessi in gioco ed operare per una loro convergenza agendo in una logica negoziale e applicando, se disponibili, strumenti di orientamento dei comportamenti verso forme di connessione/coordinamento della rete.

Tipici strumenti di orientamento dei comportamenti degli attori pubblici e privati nei sistemi sociosanitari sono le modalità con cui vengono trasferite le risorse economiche (meccanismi di finanziamento e committenza), la funzione di vigilanza dei servizi, i sistemi informativi interistituzionali e l'esercizio della *leadership* (Longo 2005).

Nelle reti l'assunzione di *leadership* è un fenomeno spontaneo e benché vi sia un'utilità evidente nella presenza di una regia di *network*, in quanto l'organizzazione delle interdipendenze può generare valore, ciò non implica che qualcuno degli attori del sistema decida di assumere tale funzione.

Il ruolo di *network manager* del DASS può ruotare proprio attorno alla capacità di rendere visibile e fruibile ai nodi del *network* il potenziale valore mutabile dalla strutturazione delle interdipendenze.

Il DASS può essere, dunque, inteso come facilitatore delle relazioni istituzio-

nali tra pubblico e privato e tra AUSL e amministrazioni comunali attraverso un'azione diretta negli organismi di programmazione locale (CTSS) e indiretta in quelli zonali (Comitati di Distretto attraverso interventi a supporto dei Direttori di Distretto).

In una logica di rete che non si limita a stringere interconnessioni tra le parti ma lavora anche sulla dimensione più micro della costruzione di percorsi di fruizione dei servizi, il DASS può operare anche (o in alternativa, se la prima funzione è presidiata da qualche altro attore di sistema) nella logica della definizione di percorsi per patologia o per profili assistenziali all'interno del settore sanitario e tra questo ed i settori sociale e sociosanitario.

#### 11.4.2 Il presidio della funzione di produzione

La produzione diretta dei servizi è la più tradizionale forma di governo dei sistemi di offerta pubblici. Le modalità di organizzazione dei servizi (orari di apertura, numero di punti di erogazione, regolamentazione ecc) sono un elemento fondamentale di connotazione dei sistemi di offerta. Esse condizionano, infatti, l'accessibilità ai servizi e le forme più o meno implicite di selezione della domanda.

Il raccordo tra questa leva di governo e la funzione di *network management* è fondamentale per garantire all'intero sistema di welfare una coerenza interna.

Una centratura troppo marcata sulla funzione di produzione da parte dei Direttori Sociali può distoglierne l'attenzione dalla lettura d'insieme del sistema sociosanitario centrando il *focus* dell'attività su una dimensione squisitamente interna e gestionale. Il rischio è quello di far perdere all'AUSL l'importante possibilità di giocare il proprio peso nel sistema di welfare in termini vantaggiosi per l'insieme degli attori.

Il governo della produzione acquista, invece, una valenza strategica se opportunamente inserito in una logica di costruzione di continuità e di coerenza con il resto dell'offerta sanitaria e con l'insieme dei servizi sociosanitari e sociali.

Il DASS salvo alcune eccezioni<sup>4</sup> non controlla direttamente la produzione dei servizi sociosanitari e questa posizione lo pone nella favorevole condizione di poterne leggere l'impatto in termini di accessibilità e di coerenza con i servizi sanitari e con le dinamiche più generali di sistema.

#### 11.4.3 La funzione di orientamento della geografia dei produttori sociosanitari

Nel settore sanitario in genere e in quello sociosanitario in particolare la mission e le caratteristiche strutturali dei singoli produttori influenzano significativamente i consumi, trasformando il bisogno in domanda coerente ai propri servizi. A titolo di esempio, la presenza di un centro diurno per persone affette da Al-

<sup>4</sup> Nell'AUSL di Bologna è presente il Dipartimento dell'Integrazione Sociale-Sanitaria

zheimer può orientare le famiglie ad un modello assistenziale che si basa sul mantenimento in casa del congiunto malato, potendo contare sul supporto diurno di un centro specializzato. L'assenza di una offerta simile, può determinare, all'opposto, l'aumento della domanda di residenzialità permanente. Il cambiamento della geografia dei produttori rappresenta un processo lungo, anche se non sempre esplicito e governato. Nel settore sociosanitario, negli ultimi dieci anni, ad esempio, si è registrata una significativa dinamica nella rete d'offerta, con l'aumento quantitativo delle strutture di erogazione di servizi per anziani, con una significativa privatizzazione delle stesse ed un aumento della loro intensità assistenziale. Il dinamismo dell'offerta è spiegato dalla rilevante crescita e trasformazione della domanda: si pensi all'aumento dei grandi vecchi, al fenomeno delle badanti che ha spostato alle fasi più avanzate e acute l'eventuale ricovero in struttura protetta, alla crescita esponenziale delle malattie portatrici di degenerazione cognitiva. Il dinamismo intrinseco della geografia dei produttori determina uno scenario fertile per l'azione di indirizzo pubblico. Modificare situazioni statiche e stabilizzate è, infatti, estremamente più complesso rispetto a contesti fluidi e dinamici che possono essere guidati nel loro percorso di sviluppo. La geografia dei produttori sociosanitari italiani presenta, oggi, ancora significative debolezze che dovrebbero rappresentare gli obiettivi delle politiche di indirizzo (Carbone et al., 2006). In particolare:

- 1) i produttori sono di norma molto piccoli e frammentati, non raggiungendo le necessarie economie di scala e di specializzazione (in Lombardia, ad esempio, 550 RSA, afferiscono a circa 500 soggetti economici diversi);
- 2) i produttori hanno delle *mission* che si focalizzano quasi sempre su un unico tipo di utenti (es. i minori, i disabili ecc.) e limitatamente ad un unico processo assistenziale, legato ad un solo stadio del bisogno o della malattia (es. solo residenzialità). Questo determina che, all'aggravarsi dello stadio di patologia, è necessario cambiare erogatore, cambiando quindi radicalmente contesto, *case manager* e *care giver* di riferimento, spezzando la continuità assistenziale per il paziente;
- 3) pur essendo i produttori sociosanitari «mono-servizio», essi non si caratterizzano per particolari specializzazioni produttive, messe in rete tra di loro. In una struttura residenziale per anziani non autosufficienti si possono trovare persone afflitte da demenza senile, da SLA, da stati vegetativi permanenti o da altre patologie, con bisogni profondamente diversi, senza che vi sia una particolare specializzazione della piattaforma logistica di riferimento.

Queste criticità dei produttori sociosanitari richiedono precisi percorsi di ridefinizione della geografia degli stessi, della loro mission e delle loro configurazioni strutturali, sia dal punto di vista logistico, sia dal punto di vista delle competenze assistenziali disponibili. In particolare ciò che deve essere ricercato è la crescita

dimensionale dei produttori o per fusione o per acquisizione o grazie alla nascita di forme consortili di collaborazione. Questo permetterebbe di favorire la specializzazione di singole unità operative su particolari aree di bisogno, mantenendo però, all'interno di un unico produttore, l'intera filiera assistenziale. Ad esempio, a regime un unico gestore potrebbe disporre di un centro diurno ricreativo per anziani, che svolge anche funzioni assistenziali per gli stadi di semi-autosufficienza, garantendo un pieno raccordo con posti letto di vacanza assistenziale per la famiglia e con le cure domiciliari. Ciò permetterebbe all'anziano e alla famiglia di avere sempre lo stesso interlocutore per tutti gli stadi degenerativi, magari riuscendo a mantenere le relazioni fondamentali con il *case manager* di riferimento e a spostare di pochi metri l'ambito di fruizione, sempre nella stessa struttura, ma che garantisce precisi standard di specializzazione per i suoi diversi *cluster* assistenziali.

Modificare la geografia strutturale dei produttori richiede logiche e strumenti diversi dal semplice governo della produzione, per il quale i meccanismi di accreditamento e i contratti di servizi possono svolgere una funzione molto efficace. La configurazione della rete d'offerta richiede, invece, un percorso di indirizzo molto più profondo, di medio-lungo periodo, che dispone di pochi strumenti formali ma di molto potere sostanziale dovuto al ruolo di regolatore e leader dell'arena socio-sanitario esercitato dall'AUSL. Innanzitutto è necessario sviluppare le seguenti fasi logiche nell'approccio a questa funzione:

- ▶ fotografare e valutare la rete d'offerta accreditata disponibile alla luce dei dati epidemiologici emergenti e prospettici;
- ▶ prefigurare i principali fabbisogni di razionalizzazione e di sviluppo di medio-lungo periodo;
- ▶ indirizzare e incentivare i produttori lungo le traiettorie di trasformazione ideate;
- ▶ gestire e monitorare le dinamiche emergenti nella geografia dei produttori.

Per la gestione di queste fasi le AUSL dispongono di molteplici strumenti. Sicuramente hanno un ricco arsenale per mappare la geografia, le mission e le caratteristiche strutturali della rete dei produttori per confrontarle con l'epidemiologia emergente, così come dispongono di robuste competenze per la fase di ripianificazione dell'offerta. Queste competenze sono, però, spesso disperse in azienda senza una loro chiara ricomposizione e integrazione interna. Alcuni dati sono presso gli uffici che gestiscono i sistemi informativi, altri presso la direzione sanitaria, altri ancora nel distretto o al controllo di gestione. Il DASS può e deve quindi svolgere un significativo ruolo di ricomposizione interna del processo di monitoraggio e pianificazione del sistema, perché a oggi la funzione di indirizzo della dinamica della geografia dei produttori dispone di una tecno-struttura di riferimento dispersa e frammentata in azienda.

Successivamente, l'azione di influenza sui produttori si caratterizza come un processo di «politica industriale locale», muovendosi sia su un livello informale di relazioni con gli attori chiave del sistema, sia su un livello estremamente formalizzato di negoziazione e definizione programmatica istituzionale. A livello informale, ogni DASS conosce gli stakeholder principali di riferimento di ogni produttore e ne costituisce l'interlocutore privilegiato, che viene interrogato sia per conoscere le attese dell'AUSL, sia per interpretare le dinamiche ambientali complessive. Il suggerimento del DASS, in quanto rappresentante apicale dell'AUSL, di indirizzare lo sviluppo di una azienda di produzione socio-sanitaria in una direzione piuttosto che in quella alternativa è tenuto attentamente in considerazione. Ad esempio, suggerimenti per la messa in rete di più soggetti e la centralizzazione delle funzioni amministrative può trovare un eco importante nella rete di riferimento dei produttori. L'azione di indirizzo può essere rafforzata culturalmente e politicamente dall'AUSL con programmi di formazione, analisi e valutazioni rese pubbliche o addirittura con più espliciti supporti consulenziali.

A queste leve culturali e di processo si aggiungono quelle più sostanziali, che sono i volumi e le tipologie di servizi accreditati e le quote di mercato contrattualizzate. L'AUSL è comunque il monopsonista del sistema sociosanitario che può incentivare i comportamenti desiderati offrendo quote di mercato maggiori in base alla *compliance* alle proprie pianificazioni. L'insieme di tutte queste leve può fare dell'AUSL, e del DASS in particolare, il regista dell'evoluzione della geografia dei produttori, se questa funzione è concettualizzata e messa nell'agenda del ruolo esercitato.

#### 11.4.4 L'esercizio della funzione di committenza

La funzione di committenza consiste nell'acquisto delle prestazioni socio-sanitarie erogate da molteplici produttori di natura istituzionale ed organizzativa diversa. Essa consiste nella regolazione dei *case mix* e dei volumi di consumi finanziariamente riconosciuti dalla AUSL alla luce della geografia data dei produttori accreditati. La funzione di committenza controlla l'appropriatezza dei consumi socio-sanitari (se il servizio offerto corrisponde ai bisogni dell'anziano), il rispetto degli standard assistenziali concordati per ogni stadio di bisogno e l'impatto dei medesimi, in termini di indicatori di esito, di soddisfazione degli utenti o dei loro familiari. Sul piano economico-finanziario la committenza controlla la corrispondenza tra la classificazione dell'utente, la tariffa pagata dal committente pubblico, la retta pagata dall'utente e l'intensità assistenziale garantita. La complessità degli obiettivi della funzione determina che essa utilizzi molteplici strumenti operativi. L'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento controllano gli standard infrastrutturali, le dotazioni di personale, i modelli organizzativi e i processi di lavoro codificati. Il contratto di servizio regola i volumi

e mix di attività e finanziamenti corrispondenti. Il debito informativo dovuto alle AUSL raccoglie informazioni sull'effettiva presenza degli ospiti e sulle prestazioni a loro garantite e in parte sull'esito dei processi assistenziali. Vi sono ispezioni in loco per controllare la veridicità e la corrispondenza di quanto dichiarato. I processi amministrativi rendicontano l'attività svolta, fatturano e pagano. I meccanismi di accesso ai servizi gestiti dall'AUSL o dagli enti locali selezionano e indirizzano di fatto l'utenza tra le strutture. In molti casi, personale dell'AUSL è direttamente coinvolto in alcune funzioni del processo di diagnosi e assistenza: nel reclutamento degli ospiti, nella definizione dei progetti assistenziali individuali, nell'assistenza medica o riabilitativa, ecc.

La ricchezza composta e forse la dispersione della funzione di committenza determina che molteplici uffici delle AUSL siano coinvolti nel processo. In alcune realtà partecipano il servizio provveditorato (per la stesura e sottoscrizione dei contratti di servizio), il distretto socio sanitario (per la programmazione e negoziazione del contratto), la ragioneria (per il controllo e pagamento fatture), il settore socio-sanitario (per il reclutamento pazienti), il dipartimento delle cure primarie (per una parte di coproduzione), il controllo di gestione o il sistema informativo per la raccolta del debito informativo, ecc. La frammentazione infra-organizzativa del processo di committenza sociosanitaria è in parte eccessiva e dovrebbe essere ricomposta e semplificata, ma in parte è strutturale e ineliminabile, vista la ricchezza e complessità dell'oggetto di lavoro. Chi può o dovrebbe svolgere il ruolo di regia e di ricomposizione dell'intero processo, mantenendo una visione unitaria e completa per ogni sua fase? A questa domanda si può rispondere in molti modi. Sicuramente un ruolo importante può essere svolto dal distretto socio-sanitario della committenza. Esso però, soprattutto nella realtà della Regione Emilia Romagna, ha più un ruolo di governo, di pianificazione e di piattaforma di lavoro per la decisione politica degli enti locali. Inoltre, esso non è dotato di significative tecnostrutture e non dispone di una visione aziendale unitaria. Il DASS può svolgere questa funzione di coordinamento generale, di integrazione orizzontale degli uffici amministrativi e sanitari necessariamente coinvolti e di consulenza ai singoli distretti, in modo che il processo pianificatorio rientri in un quadro aziendale coordinato e coerente alle reali capacità implementative e di governo disponibili. È importante, infatti, distinguere il ruolo di lettura del bisogno e di definizione dei consumi attesi complessivi per ogni distretto dalla loro traduzione in concreti contratti nei confronti dei singoli produttori. Se la prima funzione è necessariamente politica e, quindi, coerente alle funzioni del distretto, la seconda ha natura più tecnico-aziendale e richiede l'attivazione di definiti processi tecnico-amministrativi.

La funzione di committenza sul singolo produttore e soprattutto di sistema può trovare un utile complemento con la costruzione, applicazione e controllo di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali) trasversali per profili di bisogno. L'anziano o il disabile che necessita di diversi servizi erogati da differenti



erogatori può trovare un percorso integrato se nel sistema qualcuno svolge un ruolo di regista per i percorsi e i processi di coordinamento. Non essendoci un candidato fisiologico a questo ruolo, esso può essere esercitato efficacemente dal DASS, che si propone quindi come animatore della rete, alimentandola sia a livello strategico-istituzionale, sia a livello del disegno dei processi assistenziali. Anche in questo caso il DASS non necessariamente deve o può disporre di tecnostrutture proprie di diretta afferenza, ma può valorizzare competenze presenti e disperse in azienda e nel sistema, che necessitano però di un catalizzatore, capace di dettare i temi dell'agenda di lavoro e di organizzare le riflessioni e l'operatività congiunta.

#### 11.4.5 Il presidio dei meccanismi di *gatekeeping*

La funzione di *gatekeeping* è preposta al governo degli accessi ai servizi, con la finalità di orientare l'utilizzo delle risorse pubbliche verso quegli ambiti di intervento (e quei corrispondenti *target* di utenti) che sono ritenuti prioritari.

Il *gatekeeping* opera come funzione di selezione dell'utenza che si candida alla fruizione dei servizi offerti dalle aziende sanitarie pubbliche, siano essi offerti in forma di produzione diretta, sia tramite altri soggetti erogatori presso i quali le aziende acquistano tali servizi.

Pur in presenza di modelli organizzativi differenti, orientati a ripartire con modalità diverse le funzioni tra i diversi attori che operano nel territorio, il soggetto a cui viene tipicamente riconosciuto il presidio della selezione nell'accesso ai servizi socio sanitari più complessi è l'unità di valutazione, che assume nei differenti modelli articolazioni, funzioni e nomenclature diverse (unità di valutazione geriatrica, multidimensionale ecc.).

Le scelte relative alla collocazione organizzativa e alla dipendenza funzionale delle unità di valutazione definiscono in misura significativa la rilevanza formale del DASS in relazione alla funzione di selezione dell'utenza.

Le logiche adottate dalle ASL emiliane in merito alla collocazione delle unità di valutazione (UVM, UVG, UVH)) sono diverse: le Unità di valutazione possono afferire al distretto (che ha funzione di committenza), al SAA (Servizio Assistenza Anziani), che a sua volta afferisce al distretto, oppure al dipartimento delle cure primarie (che ha invece funzione di produzione).

In generale, nessuna delle collocazioni individuate per le Unità di Valutazione evidenzia una dipendenza diretta del DASS, che non ha quindi un peso «formale» significativo nell'orientare le modalità di funzionamento delle Unità di valutazione e delle conseguenti scelte in tema di selezione della domanda.

Tuttavia, il ruolo del DASS non si definisce solo in base agli elementi formali, ma anche, e soprattutto, in relazione alle condizioni concrete di funzionamento del sistema di offerta e delle relazioni con la domanda: occorre infatti tenere presente che la funzione di *gatekeeping* espressa dalle unità di valutazione si esercita al termine di un percorso che permette agli utenti di definirsi come do-

manda, tramite un processo di autoselezione che dipende in larga misura dalle caratteristiche del sistema di offerta.

Le leve di definizione dell'offerta (leve di *service management*) sono: le politiche di prodotto/servizio, le politiche del personale, le politiche tariffarie, le politiche del *layout* e della logistica del servizio, le politiche di comunicazione. L'agire combinato delle leve di *service management* orienta gli utenti e definisce nella sostanza le *policy* dei servizi, permettendo agli utenti di riconoscersi come portatori dei bisogni per cui l'offerta è disegnata, oppure no. A tale processo concorrono sia le leve più evidenti, come quelle legate alle politiche di prodotto/servizio, o alle politiche tariffarie, sia altre meno immediatamente evidenti, come quelle legate al *layout* e alla logistica dei servizi (si pensi alla rilevanza degli orari di accesso ai servizi nel selezionare i *target* di utenti).

Il governo di tali leve è distribuito tra i diversi soggetti che interagiscono nel sistema di offerta, e tipicamente nessun soggetto detiene l'insieme delle leve. Di fatto, il disegno dell'offerta, per come emerge dal disegno complessivo delle leve di *service management*, non può essere interpretato con il paradigma meccanicistico che vede nel sistema di offerta l'esito di una razionalità unitaria espressa da un singolo attore. Il disegno dell'offerta, e la conseguente capacità della domanda di esprimersi come tale, sono frutto dell'azione di una pluralità di attori ognuno dei quali governa in modo parziale una o più leve di *service management*.

L'attore che fosse in grado di produrre una lettura unitaria di quanto accade nel sistema, e di influenzare gli altri attori nella definizione delle leve di progettazione dei servizi, assumerebbe un ruolo importantissimo nel definire quei meccanismi di autoselezione della domanda che operano ancor prima che gli utenti si presentino alle unità di valutazione.

Il profilo organizzativo del DASS si presta ad assumere un ruolo di questo tipo per alcune ragioni:

- ▶ il DASS dispone di un sistema di informazioni complessivo di azienda in grado di rappresentare in modo integrato gli effetti dell'azione dei diversi attori del network di erogazione dei servizi;
- ▶ il DASS non è implicato nei processi di erogazione dei servizi, e in quanto tale rappresenta un soggetto altro rispetto alle interazioni tra i diversi soggetti erogatori;
- ▶ infine, il DASS non ha il presidio di alcuna delle leve di *service management*, e in quanto tale non ha una «memoria gestionale» che gli si ponga come vincolo per individuare nuove convenienze da proporre agli altri attori.

Al di là della rilevanza formale che assume nel sistema, il DASS può operare utilizzando le informazioni e i quadri interpretativi che la propria collocazione organizzativa gli offrono, come elemento per orientare i comportamenti degli attori «prima» che gli esiti di tali comportamenti siano posti di fronte alle Unità

di valutazione. Si tratta di un ruolo «debole» dal punto di vista delle leve formali, ma di cui il sistema di offerta ha un grande bisogno, per evitare che il contesto di fronte al quale le unità di valutazione operano sia un contesto «emergente» dalle politiche di *service management* frammentate tra gli attori del *network*.

## 11.5 Conclusioni

I DASS sono posti in un ruolo di osservatori e di potenziali registi di un fitto reticolo di interdipendenze infra e inter organizzative nell'ambito del welfare socio-sanitario. L'organizzazione di queste interdipendenze è condizione necessaria per produrre valore di sistema nell'arena dei servizi. Questo reticolo è in parte codificato attraverso strutturati organi e strumenti di programmazione e monitoraggio, ma nella sostanza risulta talmente complesso ed articolato che i reali processi di integrazione attivabili e il ruolo di fatto assumibile siano molto aperti e variabili, in base alle singole interpretazioni aziendali o individuali. In particolare il DASS può giocare uno o una selezione dei seguenti ruoli organizzativi:

- ▶ svolgere un ruolo attivo di membro della direzione strategica soprattutto laddove essa, a causa di rilevanti dimensioni aziendali, si collochi prevalentemente in una funzione di pianificazione e di controllo strategico;
- ▶ collocarsi come regista della rete interistituzionale socio-sanitaria (AUSL, comuni, produttori, aziende ospedaliere ecc.) giocando un ruolo di facilitatore strategico ed istituzionale;
- ▶ promuovere il coordinamento interno all'AUSL tra settore socio-sanitario, cure primarie e funzione ospedaliera;
- ▶ cercare di ricondurre ad unitarietà le politiche socio-sanitarie dei distretti, soprattutto laddove questi svolgono un ruolo di pianificazione politico-strategica e necessitano quindi di tecnostutture di supporto decisionali forti e qualificate;
- ▶ attivare processi di trasformazione della geografia infrastrutturale e funzionale dei produttori socio-sanitari accreditati, pubblici e privati;
- ▶ esercitare la funzione di contrattazione e controllo dei produttori socio-sanitari;
- ▶ governare le quote di produzione diretta rimaste in seno all'azienda;
- ▶ diffondere percorsi operativi di integrazione dell'assistenza, in particolare per le patologie o le categorie di utenti, che combinano esigenze sanitarie, con quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali, collocandosi quindi nella prospettiva dell'integrazione attuativa;
- ▶ impostare le politiche di servizio rispetto ai meccanismi di accesso, selezione e case-management degli utenti.

Non tutte queste funzioni sono esercitabili contemporaneamente e con uguale intensità, nonostante possano risultare a prima vista tutte estremamente interessanti e rilevanti. Il DASS, quindi, di fatto si colloca al crocevia di alcune di queste funzioni, definendo la propria collocazione di ruolo, in base al mix di attività che esercita con maggiori energie. Questo può essere frutto di una decisione concertata all'interno della direzione strategica o di un posizionamento individuale.

La descrizione delle diverse funzioni di integrazione sociosanitaria offerta nei paragrafi precedenti aveva l'obiettivo anche di mettere in luce le competenze che ciascuna di esse richiede per poter essere esercitata. È evidente che funzioni diverse necessitano di competenze differenti e molte di quelle citate non afferiscono a saperi codificati e tradizionale ma ad aree di recente sperimentazione e sistematizzazione teorica come il *network management* ed il presidio della funzione di committenza e di orientamento del mercato.

Per quasi tutte queste funzioni, il DASS non dispone di una tecnostruttura personale e dedicata, ma deve attivare le competenze tecniche disponibili in azienda o nella rete sociosanitaria. La sua efficacia nel coordinare risorse e strumenti tecnici diffusi, sui quali non esercita poteri gerarchici, contribuisce a determinare il ruolo agito e sostanziale, rispetto a quello intenzionale o desiderato.

Data l'eterogeneità delle soluzioni sono da considerarsi fisiologici ampi margini di eterogeneità aziendale.

Il ruolo esercitato dal DASS in Regione Emilia Romagna trova significative analogie con quanto avviene per il Direttore Sociale in altre regioni o per figure equivalenti, comunque incaricate di governare la funzione sociosanitaria e la rete sociale allargata. Essi svolgono l'ambizioso ruolo di connettori di rete con tutti i pregi e le debolezze che questo posizionamento organizzativo e sistemico determina: si può contribuire in maniera decisiva a produrre valore sociale, perché si contribuisce a organizzare le interdipendenze inter-organizzative, raggiungendo significativi livelli di gratificazione professionale, così come, all'opposto, si può rischiare di girare a vuoto, non riuscendo ad esercitare una *leadership* effettiva sulle risorse e le competenze disperse nei sistemi. Sicuramente non appare disponibile la strategia di ruolo tesa ad avocare assoluta chiarezza e precisione nelle funzioni, con relativi poteri gerarchici afferenti, perché opposte sono le condizioni organizzative per esercitare una reale funzione di *governance* di sistema.

## Bibliografia

Carbone C., Fosti G., Sicilia F., Spano P. e Tanzi E. (2006), «Sistemi di long term care: una comparazione tra cinque regioni italiane», in Anessi Pessina E. e Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.

- Castells M. (1996), «*The rise of the Network Society: The Information Age: Economy, Society and Culture*, Vol.1, Cambridge. MA: Blacwell Publishers, Inc.
- Ceda C., Fosti G. e Tediosi F. (2009), «Il Fondo per le non autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionali e locali», in Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Haggerty J., Freeman G., Reid, R., Starfield B., et al (2003), «Continuity of care: a multidisciplinary review», *BMJ* 2003; 327: pp. 1219-21
- Kickert W.J.M., Klijn E.H. e Koppenjan J., (1997), *Managing Complex Networks: strategies for the Public Sector*, Sage Publications, London.
- Kooiman J. (2003), *Governing as governance*, Sage Publication, London.
- Longo F., Del Vecchio M. e Lega F. (2010), *La sanità futura*, Milano, EGEA.
- Longo F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Milano, EGEA.
- Montanelli R. e Turrini A. (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, Milano, EGEA.
- Osborne S. (2000), *Public-Private Partnerships: Theory and practice in an International perspective*, Routledge, London.
- Oterino De la Fuente D., Banos Pino J.F., Fernandez Blanco, V., et al (2006), «Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis», *European Journal of Public Health*, 17(2), pp. 186-192.
- Regione Emilia Romagna (2010), «*I Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2009-2011: una prima analisi dell'integrazione della programmazione nei documenti e nei processi*», Rapporto di analisi: Febbraio 2010.