

I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna

**Linee guida per il governo
dei rapporti di committenza**

ISSN 1591-223X
DOSSIER
191-2010



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale



I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna

**Linee guida per il governo
dei rapporti di committenza**

Innovazione sociale

La redazione del volume è stata curata da

Emilio Tanzi Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Si ringraziano per l'apporto fornito

Raffaele Tomba Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Annamaria Rosetti Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

i Dirigenti delle ASP che hanno aderito all'iniziativa di ricerca

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Centro stampa regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2010

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss191.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	7
1. Dal <i>government</i> alla <i>governance</i>	9
Box 1. Alcune riflessioni sul termine <i>governance</i>	11
Box 2. Principi guida del <i>welfare mix</i> emiliano-romagnolo	13
2. La nascita delle ASP in Emilia-Romagna: aspetti giuridici e quantitativi del fenomeno	17
3. Gli strumenti di <i>governance</i> tra Enti locali e ASP	21
Box 3. L'accreditamento regionale	24
3.1. Contenuti del contratto di servizio	26
4. I contratti di servizio stipulati tra Comuni e ASP dell'Emilia-Romagna: lo stato dell'arte	35
Allegati. Schema tipo di contratto e schede tecniche	42
5. Conclusioni e indicazioni per il futuro	51
Riferimenti bibliografici	55

Sommario

Sono trascorsi oramai più di sei anni dall'avvio del processo di riforma che ha portato alla ridefinizione del sistema sociale regionale di *welfare* (LR n. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") e che ha visto, tra i vari elementi di novità, la trasformazione di molti Istituti di pubblica assistenza e beneficenza (di seguito IPAB) in Aziende pubbliche di servizi alla persona (di seguito ASP).

Dotate di personalità giuridica pubblica, di un'autonomia statutaria e patrimoniale, orientate verso un modello gestionale efficace ed efficiente di tipo aziendale, nelle intenzioni del legislatore le ASP dovrebbero rappresentare un rilevante fattore di unificazione e coordinamento della produzione di interventi sociali a livello distrettuale, divenendo quindi un importante strumento in mano agli Enti locali per la realizzazione del sistema di *welfare* comunitario. Ma, come le discipline economico-aziendali insegnano studiando i processi di riforma nella Pubblica amministrazione, la promulgazione di una normativa - seppure adeguatamente strutturata e articolata - non necessariamente garantisce il raggiungimento degli obiettivi perseguiti, in quanto possono insorgere difficoltà attuative (Borgonovi, 1999). Inoltre, per molto tempo il dibattito nazionale e regionale è stato monopolizzato dalle questioni giuridico-istituzionali connesse alla trasformazione delle IPAB e dalla contrapposizione (puramente ideologica) tra figure giuridiche pubbliche e private, ma ancora poca attenzione è stata dedicata alle problematiche connesse alla gestione ordinaria di queste nuove realtà aziendali.

A livello regionale si è quindi avvertita l'esigenza di fare il punto della situazione, non tanto sullo stato di costituzione di questi nuovi attori sociali, quanto sul ruolo che gli stessi dovrebbero svolgere a livello territoriale e sugli strumenti che si stanno adottando per coordinare le ASP con i loro principali interlocutori, le Amministrazioni comunali. Questo Rapporto di ricerca vuole essere il primo *output* di un più ampio e articolato processo di monitoraggio che la Regione Emilia-Romagna (attraverso il supporto dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale) intende realizzare rispetto al tema delle ASP, che dovrà poi confluire nell'attivazione di un vero e proprio Osservatorio permanente del fenomeno.

Obiettivo del presente lavoro è stato quello di osservare, descrivere e classificare i rapporti esistenti tra ASP e Comuni, partendo dall'analisi dei contratti di servizio stipulati¹ in quanto strumenti di coordinamento tra la funzione di committenza (in capo alle Amministrazioni comunali) e la funzione di produzione (in capo alle ASP).

¹ L'analisi delle Carte dei servizi - in quanto strumento di garanzia, tutela e trasparenza che l'ASP mette a disposizione di propri clienti/utenti - sarà oggetto della seconda fase di ricerca (annualità 2010).

Dal punto di vista metodologico, la ricerca è stata condotta attraverso l'analisi del contenuto dei documenti aziendali forniti dalle stesse ASP. Tale lettura è avvenuta seguendo una griglia di osservazione con cui sono stati "interrogati" i contratti di servizio rispetto alle seguenti macro-aree tematiche:

- soggetti contraenti (contratto unico, tanti contratti quanti sono i Comuni appartenenti alla compagine sociale, coinvolgimento dell'Azienda USL per la parte di sua competenza, ecc.);
- definizione e natura dell'oggetto del contratto (tipologia di servizi, piano di attività, volumi delle prestazioni, piano delle opere, ecc.);
- definizione delle regole di accesso da parte degli utenti e gestione delle rette a loro carico (criteri di definizione delle rette e modalità di incasso);
- definizione e modalità di trasferimento delle risorse finanziarie (determinazione dei costi, criteri di aggiornamento delle tariffe, ecc.);
- definizione degli strumenti di controllo/valutazione delle attività svolte e della qualità garantita nell'erogazione dei servizi;
- durata e modalità di revisione del contratto.

L'approccio adottato per questa attività di ricerca è quindi di tipo descrittivo-esplorativo e non statistico-quantitativo.

I documenti raccolti fanno riferimento a 17 realtà aziendali (pari al 39% delle ASP regionali); 10 ASP hanno comunicato di non avere ancora stipulato alcun tipo di contratto di servizio con i propri Enti locali di riferimento (22% del totale ASP); 17 ASP non hanno inviato alcun tipo di informazione rispetto all'oggetto della ricerca (39% del totale ASP).

Il presente *report* di ricerca è stato così articolato:

- nei primi due Capitoli si sono richiamati gli elementi che stanno contraddistinguendo il paradigma della *governance*, cercando di inquadrare, all'interno dello stesso, il processo di riforma che - a livello nazionale e regionale - ha portato alla trasformazione delle IPAB;
- nel Capitolo 3 si affronta l'oggetto della ricerca, descrivendo quelli che dovrebbero essere i contenuti strutturali di un buon contratto di servizio (con alcune specifiche riflessioni legate alla particolare natura del rapporto esistente tra ASP ed Enti locali, soci della stessa azienda) e individuando il ruolo che lo stesso può svolgere per garantire una migliore *governance* del sistema;
- infine, negli ultimi due Capitoli vengono presentati i risultati emersi dalla lettura dei contratti di servizio raccolti dalle ASP emiliano-romagnole e vengono offerti degli spunti di riflessione per rafforzare il processo di costruzione e gestione del sistema integrato di *welfare* locale.

Parole chiave *Governance* nei servizi sociali | Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) | Contratti di servizio

Abstract

Service contracts between Local Authorities and Public Trusts for Personal Services. Governance guidelines

Six years have passed since the reform of the Emilia-Romagna regional welfare system was started (with the Regional Law no. 2/2003 "Norms for promoting social citizenship and realizing the integrated system of social interventions and services") and since Public Institutions for Assistance and Charity were transformed into Public Trusts for Personal Services (ASP). According to the law, these Trusts have public legal status and statute/patrimonial autonomy, and should represent a merging and coordination element of social interventions at District level, to help Local Authorities in realizing a community welfare system.

At regional level, the need is felt to verify "if" and "how" ASPs are playing the assigned role. Moreover, the quality of relationships between these actors and Municipal Administrations is evaluated through content examination of signed service contracts.

Collected documents refer to 17 Trusts (39% of total regional ASPs); 10 ASPs declare that they have not yet signed any contract with their Local Authorities (22% of total ASPs); 17 other ASPs are not participating in the survey (39% of total ASPs).

The structure of the research report is:

- in the first two Chapters, the elements characterizing the governance paradigm are presented, analysing the national and regional reform process that led to the transformation of Public Institutions for Assistance and Charity;*
- in Chapter 3 the structural contents of a good service contract are listed, underlining the role of such contracts to enforce a better governance of the system;*
- in the last two Chapters the results of the examination of service contracts collected in Emilia-Romagna ASPs are presented and some hints to strengthen the construction and management process of the local welfare integrated system are suggested.*

1. Dal *government* alla *governance*

Gli anni '90 sono stati caratterizzati da una profonda riforma del ruolo dello Stato in campo produttivo e sociale e per la decisa svolta istituzionale impressa alla Pubblica amministrazione in termini di re-invenzione delle sue strutture e dei suoi meccanismi di governo. All'originario salto evolutivo che sovrappose lo "Stato dei servizi" allo "Stato dei diritti fondamentali" ha fatto seguito l'affermarsi di un'amministrazione "catalizzatrice" e l'imporsi di un modello di "Stato regolatore" (Borgonovi *et al.*, 2009).

Stato dei diritti fondamentali

Fino alla fine degli anni '20, il compito riconosciuto allo Stato è stato essenzialmente quello di costruire e implementare il sistema dei diritti fondamentali (civili e politici) garantiti a ogni cittadino. In questo modello appaiono prevalenti le esigenze della libera iniziativa privata e la Pubblica amministrazione è chiamata a garantire la produzione dei soli beni pubblici puri, ossia di quei servizi che giustificano la stessa esistenza dello Stato, in quanto non escludibili e non concorrenti nell'uso (attività attinenti la potestà, la difesa dai pericoli esterni, la garanzia dell'ordine pubblico, la gestione dell'ordinamento giudiziari). Il compito fondamentale dello Stato è quello di garantire a tutti i cittadini l'uguaglianza di fronte alla legge nell'esercizio dei loro diritti e nel compimento dei loro doveri. Coerentemente a queste prerogative, la forma organizzativa più consona è quella burocratica, le cui proprietà fondamentali sono l'accentramento, la gerarchia e l'uniformità dei comportamenti amministrativi di fronte ai propri cittadini.

Stato dei servizi

Gli elementi caratterizzanti questo modello (collocabile nel periodo tra gli anni '30 e gli anni '70) sono la progressiva espansione della sfera pubblica nell'ambito dell'offerta di beni e servizi divisibili ed esclusivi e, in generale, in attività differenti da quelle che avevano costituito il nucleo originario della Pubblica amministrazione. Tale intervento è volto a realizzare sia un'azione di redistribuzione della ricchezza (finalità perequativa) sia interventi miranti a garantire un andamento più ordinato e armonioso dell'economia (politiche della spesa pubblica in chiave anticongiunturale, interventi di programmazione economica, ecc.). Questo modello - sviluppatosi in modo considerevole dopo la seconda Guerra mondiale, grazie anche a un'ampia espansione economica - agli inizi degli anni '80 è entrato in crisi, evidenziando dei fallimenti sul fronte della sua fattibilità sia sociale, sia economica:

- la crescita diversificata dei bisogni espressi da una società sempre più complessa ed esigente ha reso difficile l'erogazione pubblica di servizi a domanda individuale, fortemente personalizzati. Infatti, il passaggio dal primo al secondo modello di Stato non è stato adeguatamente accompagnato da un rinnovamento dell'amministrazione pubblica, rimasta ferma a un sistema centrato sulla correttezza formale degli atti e sull'esercizio di poteri autorizzativi. In altri termini, nei servizi pubblici è prevalsa la cultura giuridica, che - privilegiando il rispetto e la formalizzazione delle procedure - ha impedito il cambiamento e l'adeguamento dell'offerta alle nuove richieste della domanda;
- i livelli troppo alti della spesa pubblica sono diventati progressivamente indifendibili. L'erogazione di servizi a titolo gratuito o con tariffe inferiori ai costi di produzione si è rilevata sempre più difficile da sostenere e giustificare, in quanto onerosa e non pienamente efficace nel raggiungere le fasce maggiormente bisognose della popolazione. A fronte di una maggiore scarsità delle risorse disponibili e di una crescente opposizione all'aumento dei livelli di tassazione, i governi hanno optato per politiche di forte razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica.

Stato regolatore

I limiti emersi per lo Stato dei servizi hanno messo in evidenza la necessità di ridefinire le relazioni tra ambito pubblico e privato, dando così spazio all'emergere di un nuovo modello di Stato. Governare non è più sinonimo di spesa, ma di *leadership* e costruzione del consenso, finalizzate alla mobilitazione e valorizzazione delle risorse (economiche, professionali e di altro tipo) pubbliche e private già presenti nella società. Quello che si chiede sempre più alle Amministrazioni pubbliche non è più la produzione di beni o servizi - che dovrà limitarsi alle attività che il mercato non è in grado di garantire autonomamente - quanto piuttosto il farsi promotori dello sviluppo economico-sociale del proprio territorio di riferimento. Il modello organizzativo a supporto dello Stato relazionale è quello dell'imprenditore sociale, capace di creare e gestire reti complesse (*network organization*) costituite da pubblici e privati profit e non profit. Questa nuova visione dello Stato ha dato origine al paradigma della *public governance* (Meneguzzo, 1997a, 1997b), le cui principali caratteristiche sono così sintetizzabili:

- la centralità delle interazioni con gli attori presenti ai vari livelli nel contesto politico e sociale;
- il governo e coordinamento di *network*;
- l'orientamento all'esterno, in particolare verso l'ambiente economico e sociale.

In questa configurazione, nessun attore svolge un ruolo di primo piano ma vi sono numerose interazioni tra una pluralità di attori. Questo differente modo di concepire il ruolo della Pubblica amministrazione segna il definitivo passaggio da una logica di *government* a una logica di *governance*. In altri termini e utilizzando la fortunata formula proposta da Osborne e Gaebler (1995), le Amministrazioni pubbliche dovranno imparare a "timonare, invece di remare", ossia fissare le regole e gli obiettivi fondamentali e poi

lasciare ad altri la concreta produzione di beni/servizi pubblici. Tutto ciò comporterà quindi il passaggio ad amministrazioni più snelle, ma anche più qualificate, capaci di assumersi nuovi compiti (assai più complessi e delicati) di direzione e soprattutto di controllo sui propri interlocutori-*partner*.

Tabella 1. Elementi caratterizzanti il modello del *government* e il modello della *governance*

Modello <i>government</i>	Modello <i>governance</i>
Decidere su problemi specifici	Decidere non sui singoli problemi, ma sui criteri e le regole cui devono attenersi i vari attori della rete
Decidere sulla base di poteri formali	Decidere con modalità idonee a creare condivisione e accettazione delle soluzioni proposte da parte dei diversi attori interessati all'intervento
Decidere sulla base di criteri di uniformità e di norme precedentemente definite	Decidere lasciando spazio alla flessibilità e alla capacità di adattamento nei diversi contesti

Fonte: elaborazione da Borgonovi (2004).

Box 1. Alcune riflessioni sul termine *governance*

Il termine *governance* sta diventando sempre più un concetto cardine con cui interpretare la realtà pubblica italiana, ma il suo continuo ricorso nel dibattito teorico e politico rischia di svuotarlo di significato, rendendo il tutto un puro e semplice discorso retorico. Al fine di evitare questo pericolo è quindi necessario fornire alcune coordinate per meglio definire e comprendere le logiche sottostanti questa parola, dietro cui dovrebbe realizzarsi un profondo e serio processo di rinnovamento della Pubblica amministrazione nazionale.

L'approccio che forse più di altri può aiutare a comprendere appieno questo termine è quello che vede lo Stato non più come un "sistema gerarchico", ma come un "sistema a rete", in cui all'attore pubblico detentore dell'autorità potestativa di volta in volta si vanno ad affiancare altri attori (pubblici e/o privati) coinvolti nel processo decisionale e attuativo delle politiche pubbliche locali.

Per meglio intendere il termine *governance*, è quindi opportuno declinare lo stesso in base ai tre livelli in cui si esplicita l'azione politica, ossia distinguendo tra *politics*, *polity* e *policy* (Bassoli, Polizzi, in corso di pubblicazione):

- *politics*: modalità di governo caratterizzato dalla condivisione del potere tra autorità pubblica e attori sociali. L'allocazione potestativa dei valori avviene senza la predominanza dell'attore pubblico. In altri termini, la formulazione delle politiche pubbliche avviene in *network* interorganizzativi (sotto-sistemi) caratterizzati dalla interdipendenza, dallo scambio di risorse e dalla presenza di razionalità divergenti;

- *polity*: la *governance* è un sistema di regole che condiziona le azioni dei vari attori, al fine di migliorarne il coordinamento. Secondo tale visione, i problemi che i Governi si trovano ad affrontare non sono risolvibili solo con l'intervento statale (modello gerarchico), né con la sola autoregolamentazione (modello mercato). Viene quindi identificata una terza via di regolazione, a cui ci si riferisce con il nome di *network*;
- *policy*: la terza modalità di approccio al tema della *governance* è quella relativa al processo di definizione e/o attuazione delle politiche pubbliche. Secondo questo ultimo approccio, le modalità di *governance* variano in base ai diversi strumenti attuati per raggiungere gli scopi prefissati. In quest'ottica, Rhodes (1996) definisce *governance* una
forma non gerarchica di governo in cui aziende e istituzioni private non statali partecipano alla definizione e realizzazione di politiche pubbliche.

Come così descritto, il paradigma della *governance* può essere utilizzato anche per interpretare il processo evolutivo del *welfare state* e l'emergere del *welfare mix* nella gestione delle *policy* sociali.

Il modello del *welfare mix* trova il suo fulcro nella "complementarietà compensativa" tra soggetti pubblici e soggetti privati (Fazzi, 1998), ossia nella ricerca di collaborazioni tra diversi attori (Enti locali, cooperative, associazioni, fondazioni, sindacati e rappresentanti datoriali, reti informali di sostegno, ecc.) e nella mobilitazione delle risorse già presenti nella comunità di riferimento, tanto da poter parlare anche di *welfare* comunitario (Franzoni, Anconelli, 2003). Questo nuovo modo di interpretare le relazioni tra le molteplici realtà pubbliche e private risulta più che mai necessario nell'ambito degli interventi sociali, in quanto ben difficilmente un singolo attore potrà farsi carico di governare autonomamente un settore così complesso. Facendo propria una logica di *governance* unitaria sarà possibile favorire:

- un migliore coordinamento dei servizi, evitando sovrapposizioni o il mancato presidio di particolari aree di bisogno, nonché limitare il cosiddetto "fenomeno di vagabondaggio" dell'utente tra i differenti punti di offerta;
- il passaggio da un intervento settoriale (focalizzato su particolari aree di bisogno) a un intervento globale, ossia l'elaborazione di un più completo ed efficace progetto di presa in carico dell'individuo in stato di bisogno;
- la circolazione e condivisione di informazioni, professionalità, competenze e capitale relazionale/fiduciario, consentendo di avere un quadro completo dei bisogni, elaborare modelli d'intervento innovativi e sviluppare economie di apprendimento;
- lo sfruttamento di economie di dimensione ed un impiego più efficiente delle risorse disponibili.

In altri termini, il tema della *governance* nel sociale e il connesso modello del *welfare mix* rappresentano un'ottima occasione per sperimentare nuove forme di integrazione,²

² In prima approssimazione è possibile rintracciare due fondamentali declinazioni del concetto di integrazione:

in grado di attivare e coordinare sinergicamente tutte le risorse, le competenze e gli interventi apportati dai vari attori territoriali, nell'ottica di realizzare uno scambio che sia vantaggioso per entrambi le parti.

È all'interno di questa cornice teorica che si possono analizzare le scelte compiute dal legislatore nazionale, in tema di riforma del settore sociale. Infatti, nella Legge n. 328/2000 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - sono numerosi i richiami al tema della *governance* e all'attivazione di un sistema integrato; vi si stabilisce che:

- siano gli Enti pubblici (in particolar modo Comuni e Regioni) responsabili di programmare e organizzare il sistema dei servizi coerentemente con le esigenze dei proprio territori di riferimento, nel rispetto del principio della sussidiarietà verticale;
- gli stessi Enti pubblici si facciano promotori della partecipazione dei soggetti appartenenti al cosiddetto Terzo settore nella programmazione, organizzazione del sistema integrato sociale, riconoscendo loro la possibilità di gestire gli interventi e i servizi stessi, nel rispetto del principio della sussidiarietà orizzontale.

Box 2. Principi guida del *welfare mix* emiliano-romagnolo³

La LR n. 2 del 2003 per la promozione della cittadinanza sociale e del sistema integrato di servizi e interventi, successiva alla Legge nazionale n. 328/2000, cita con chiarezza (agli artt. 2 e 3) tra i suoi principi fondanti

la centralità delle comunità locali, [...] il valore e il ruolo delle famiglie, [...] delle iniziative di reciprocità e auto aiuto delle persone e delle famiglie, [...] la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni di rappresentanza sociale [...], il confronto e la concertazione come metodo di relazione con le organizzazioni sindacali [...], la concertazione e la cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali e tra questi e i soggetti sociali.

È l'insieme di questi attori che concorre alla realizzazione del sistema dei servizi e degli interventi, e, in forme diverse, alla sua programmazione cooperando con i decisori pubblici, i quali hanno la responsabilità - tra le altre cose - dell'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali, urbanistiche ed abitative.

Se quindi la società civile in tutte le sue espressioni e con tutte le sue diverse risorse è un attore decisivo nel costruire la rete di risposte sul territorio, gli attori pubblici devono realizzare la sintesi

-
- l'integrazione intesa come inserimento sociale protetto del soggetto bisognoso (per esempio, l'inserimento dei minori diversamente abili nelle scuole ordinarie; la chiusura dei manicomi e il reinserimento sociale dei malati psichiatrici; il reinserimento socio-economico dei detenuti; ecc.);
 - l'integrazione intesa come cooperazione tra istituti del sistema di *welfare*, in contrapposizione alla specializzazione e frammentazione della produzione sociale.

Il sistema di *welfare* ricerca entrambe queste declinazioni, non sempre distinguendole chiaramente laddove la prima può costituire una istanza finalistica dei servizi, mentre la seconda declinazione non può che avere natura strumentale.

³ Approfondimento a cura della dott.ssa Annamaria Rosetti.

sistematica e coerente delle scelte "a monte" della rete, tenendo a riferimento la complessità e al tempo stesso l'unitarietà dei bisogni delle persone, valorizzando e promuovendo le risorse della comunità sia nella lettura del territorio sia nella costruzione degli interventi.

Dell'affermarsi in concreto di questa prospettiva si ha conferma anche osservando come si sono sviluppati i sistemi locali di servizi, connotati - in gradi diversi, ma comunque diffusamente in tutti i territori - dalla presenza di vari soggetti gestori (il 55% circa afferenti al settore privato, principalmente *no profit*) e da un'articolata rete di offerta. Quest'ultima risulta molto diversificata e flessibile, soprattutto in alcune aree di intervento, tanto che dopo l'avvio dei primi Piani sociali di zona è stata costruito una sorta di nomenclatore regionale che già nel 2005 contava circa 130 tipologie di offerta tra interventi e servizi destinati a donne, famiglie, bambini, giovani, immigrati, anziani, disabili e adulti in stato di svantaggio.

La produzione normativa regionale in ambito sociale e socio-sanitario - sviluppatasi tra il 2000 e il 2010 per dare concreta attuazione alla LR n. 2/2003 - ha teso a disegnare un sistema di *welfare* coerente con questi fondamenti, sia attuando specifiche riforme di settore (le nuove leggi per l'infanzia, per gli immigrati) o relative agli attori sociali (nuove leggi per la cooperazione sociale, per il volontariato, per il servizio civile),⁴ sia realizzando interventi regolativi sui meccanismi di costruzione delle decisioni pubbliche e di interazione tra gli attori e politiche settoriali (per esempio, le linee guida per la costruzione dei Piani di zona).

In particolare, gli assetti di *governance* disegnati con il Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010 hanno rafforzato gli strumenti dell'integrazione a tutto campo: istituzionale, sociale, professionale e organizzativo. Alla base di questo approccio vi è la consapevolezza da parte degli attori istituzionali che costruire risposte integrate implica la messa in gioco e il coordinamento di interessi, risorse e saperi diversi. Concretamente, tale visione è stata introdotta nel sistema di governo già all'inizio degli anni 2000: a livello locale con la prima edizione sperimentale dei Piani di zona; a livello regionale con l'istituzione della prima Cabina di regia per le politiche socio-sanitarie e l'avvio della Conferenza regionale del Terzo settore.

L'evoluzione stessa del fenomeno IPAB - dalla loro nascita alla riforma prevista dall'art. 10 della Legge n. 328/2000 e dal successivo DLgs n. 207/2001 "Riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza" - può essere considerata paradigmatica del processo evolutivo della Pubblica amministrazione verso il modello della *governance*.

Le origini delle IPAB devono essere ricercate nelle Opere pie, istituzioni nate nei secoli passati, il cui fine era quello svolgere opere di carità e beneficenza in vari settori, tra cui (Caperchione, 2004):

⁴ LR n. 1/2000, "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia"; LR n. 34/2002, "Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale"; LR n. 20/2003, "Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale"; LR n. 5/2004, "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati"; LR n. 12/2005, "Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato".

- assistenza sanitaria, sotto forma di ricoveri, ospizi, ospedali, lazzaretti durante le epidemie di peste;
- aiuto all'infanzia abbandonata o in stato di indigenza, con i baliatici, gli orfanotrofi e i brefotrofi;
- assistenza educativa ai minori privi di istruzione (scuole) o da avviare al lavoro (case di industria);
- elemosina ai nobili decaduti.

Nel periodo dello Stato pre-unitario, tra i compiti delle istituzioni pubbliche non rientrava l'elaborazione di politiche o interventi assistenziali, la cui soddisfazione era quindi demandata all'iniziativa privata, in particolar modo di matrice religiosa. Quindi, per lungo tempo le Opere pie hanno di fatto rappresentato il punto nodale del sistema assistenziale della società italiana (Gori, 2005).

Con la nascita dello Stato unitario si avvertì l'esigenza di dotarsi di una legislazione uniforme per tutto il territorio nazionale e un primo provvedimento sul tema (Legge n. 753/1862, detta anche Legge Minghetti) cercò di fissare alcuni principi di riferimento (incompatibilità degli amministratori; regole di gestione dei beni patrimoniali; obbligo di tenuta dell'inventario; ecc.), che comunque non modificarono di fatto il rapporto tra pubblici poteri e Opere pie (Sapone, 2007).

La vera svolta si ebbe invece dopo qualche anno, con l'emanazione della Legge n. 6972/1890, "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", meglio conosciuta come Legge Crispi. Con questa norma si sancì, per la prima volta nell'ordinamento italiano, il principio secondo cui il fine assistenziale delle fasce marginali della società è uno degli obiettivi dello Stato, che non può essere lasciato all'esclusiva iniziativa privata. Il bisogno di assistenza da quel momento viene riconosciuto come un bisogno pubblico. In quest'ottica, la legge trasformò le pre-esistenti Opere pie in IPAB (enti dotati di personalità giuridica pubblica), prevedendo la parziale laicizzazione delle opere di beneficenza, attraverso la nomina pubblica dei loro Consigli di Amministrazione, l'introduzione dei controlli del bilancio preventivo e consuntivo, l'obbligo di investire il patrimonio in titoli di Stato e immobili. Obiettivo prioritario della Legge è stato quindi quello di creare un sistema di beneficenza che - da una parte - riconoscesse una parziale autonomia amministrativa e organizzativa alle ex Opere pie e - dall'altra - ne favorisse il controllo a tutela dell'interesse pubblico (Battistella, 2004).

Nel corso del tempo vi furono opinioni critiche verso alcuni aspetti della Legge Crispi.⁵ Dopo più di un secolo dalla sua emanazione si è avvertita l'esigenza di fare chiarezza sull'identità delle IPAB (forma giuridica; regole di *corporate governance*, meccanismi di gestione) e sulla loro collocazione all'interno del settore dei servizi sociali. In questo modo si è giunti all'approvazione della Legge n. 328/2000 (art. 10, "Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza") e del DLgs n. 207/2001.

⁵ La più nota di queste critiche fu la sentenza della Corte costituzionale n. 396 del 7 aprile 1988, secondo cui parte della Legge Crispi non risulta essere conforme alla Costituzione repubblicana.

I due dettati normativi considerano le Regioni come attori principali del processo di riforma delle IPAB, in quanto viene loro attribuito il compito di promuovere la fusione di più istituti, tenuto conto dell'ambito territoriale più consono e il potenziamento dei servizi (Gandini, 2006). Quanto ai contenuti, le indicazioni del legislatore ripropongono itinerari già sperimentati nelle riforme pubbliche degli anni '90, tra cui la separazione tra poteri di indirizzo e poteri di gestione, la responsabilizzazione economica e finanziaria, l'obbligo di adottare meccanismi di controllo interno, lo snellimento e la focalizzazione dei controlli esterni, la privatizzazione dei rapporti di lavoro (Caperchione, 2004).

Due sono comunque gli elementi che caratterizzano in senso forte questa riforma:

- la possibilità riconosciuta alle IPAB di potersi trasformare - sulla base di certi requisiti e a richiesta - in Fondazioni/Associazioni di diritto privato o in Aziende pubbliche di servizi alla persona. Il legislatore nazionale ha stabilito solo in via residuale il ricorso alla de-pubblicizzazione, ma per effetto della riforma costituzionale e dell'autonomia riconosciuta alle Regioni sul tema, di fatto sono emersi due modelli alternativi:⁶
 - alcune Regioni hanno preferito adottare come regola generale la de-pubblicizzazione degli istituti (come per esempio la Lombardia);
 - altre Regioni sono invece rimaste ancorate alle disposizioni nazionali, preferendo il modello pubblico delle ASP (per esempio l'Emilia-Romagna);
- l'inserimento delle ex IPAB socio-assistenziali nella rete dei servizi, non soltanto come soggetti erogatori, ma anche come parti attive nella programmazione, partecipando attivamente alla definizione e alla firma dell'Accordo di programma del Piano di zona. Anche in questo caso, alcune Regioni hanno preferito inserire il processo di riforma delle IPAB all'interno di una più complessiva ridefinizione del *welfare* regionale, come per esempio Emilia-Romagna, Puglia e Piemonte. Altre invece hanno preferito disciplinare le ex IPAB con provvedimenti *ad hoc*, come nel caso di Lombardia, Liguria, Toscana e Friuli Venezia Giulia (Santuari, 2004).⁷

⁶ Con la Legge n. 328/2000 e il successivo DLgs n. 207/2001 le Regioni sono state chiamate a ridefinire la normativa riguardante le IPAB. A livello nazionale sono stati fissati alcuni principi per il riordino di tali enti, ma con la riforma del Titolo V della Costituzione le Regioni hanno di fatto acquisito la potestà legislativa esclusiva in materia di servizi sociali e assunto il compito di regolare la trasformazione delle IPAB potendo interpretare liberamente il loro ruolo e la loro veste giuridica (Gori, 2005).

⁷ Al riguardo si ricorda che la sentenza n. 173 del 30 luglio 1981 della Corte costituzionale ha sancito l'illegittimità dell'art. 25 del DPR n. 616/1977, nella parte in cui si determinava la soppressione delle IPAB e il conseguente trasferimento dei loro beni, personale e funzioni ai Comuni di riferimento. Nella stessa sentenza, la Corte dichiarava che l'eventuale soppressione delle IPAB poteva essere disposta soltanto in un più ampio quadro di riforma dell'assistenza, alla luce del principio pluralista sancito dall'art. 38 della Costituzione e in considerazione dei principi ispiratori della Legge Crispi, identificati nel rispetto delle volontà dei fondatori e dell'intervento pubblico in funzione di controllo. È partendo da tali rilievi che la Regione Emilia-Romagna ha costruito l'intero impianto di riforma del proprio sistema di *welfare* e le trasformazioni delle IPAB in ASP.

2. La nascita delle ASP in Emilia-Romagna: aspetti giuridici e quantitativi del fenomeno

Ai fini della piena attuazione della riforma, la Regione Emilia-Romagna ha provveduto all'emanazione di una propria legge (LR n. 2 del 12 marzo 2003, "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"), che ha voluto rappresentare un più ampio e articolato provvedimento di riorganizzazione del sistema di assistenza regionale, nell'ambito del quale sono state previste le disposizioni per il riordino delle IPAB (Titolo V). La riforma così delineata è stata poi portata a compimento con l'approvazione di:

- Delibera del Consiglio regionale n. 623/2004: processi, criteri e requisiti per la trasformazione delle IPAB in ASP;
- Delibera del Consiglio regionale n. 624/2004: autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria delle ASP;
- Delibera della Giunta regionale n. 284/2005: procedure per la trasformazione, fusione ed estinzione delle IPAB e per la costituzione delle ASP;
- Delibera della Giunta n. 722/2006: chiarimenti e precisazioni riguardanti il piano di trasformazione delle ASP.

Questi dispositivi normativi distinguono le IPAB in due categorie: la prima è composta da tutti quegli enti che hanno l'obbligo di trasformarsi in ASP; la seconda è composta da quei soggetti che possono trasformarsi in Enti di diritto privato. Come già ricordato nel precedente Capitolo, in Emilia-Romagna la trasformazione delle IPAB in ASP è individuata come la strada maestra da percorrere. La privatizzazione è invece un'opzione facoltativa, rivolta alle istituzioni che non sono in possesso dei requisiti minimi⁸ previsti per avviare il processo di "aziendalizzazione"⁹ e alle IPAB che presentano un profilo statutario di origine chiaramente privata, secondo i requisiti del DPCM 16 febbraio 1990.¹⁰

⁸ I requisiti minimi fissati fanno riferimento a tre differenti aspetti (spese correnti riportate a bilancio di previsione; valore del patrimonio; numero di utenti) e sono definiti in modo diverso per il settore anziani e per gli altri settori di intervento (minori, disabili e altro).

⁹ Il termine "aziendalizzazione" è utilizzato dalla normativa regionale con un significato diverso rispetto a quello delle discipline manageriali, indicando il percorso di trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di servizi alla persona. Secondo una lettura economico-aziendale, invece, sia le ASP che le Fondazioni e/o Associazioni sono aziende, in quanto espressione economica di istituti (Airoldi *et al.*, 1994).

¹⁰ Il decreto stabilisce che sono riconosciute di natura privata quelle istituzioni per le quali sono stati alternativamente accertati: a) il carattere associativo; b) il carattere di istituzione promossa da privati; c) l'ispirazione religiosa.

In quanto titolari della funzione di progettazione e realizzazione delle reti locali degli interventi sociali, i Comuni hanno svolto l'importante funzione di indirizzo e governo nella costituzione delle ASP, ruolo riconosciuto dalla stessa normativa regionale. Infatti, nell'ambito del Comitato dei Sindaci di Distretto sono stati elaborati gli accordi con le IPAB oggetto di trasformazione ed è stato definito il Programma delle trasformazioni aziendali, allegato al Piano di zona e approvato con l'Accordo di programma sottoscritto tra i Sindaci del Distretto. Lo stesso Programma è stato inviato e valutato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, nei termini di congruità, coerenza e sostenibilità economica con le esigenze della programmazione socio-sanitaria.

La normativa ha definito anche alcune indicazioni vincolanti per realizzare il processo di fusione delle ex IPAB e la creazione delle nuove ASP:

- l'ambito territoriale è quello della zona sociale, coincidente con il Distretto sanitario. Conseguentemente, le IPAB operanti nello stesso settore di attività e nello stesso ambito territoriale si sono dovute fondere in un'unica azienda;
- l'ASP può caratterizzarsi come azienda multi-servizi all'interno dello stesso settore socio-assistenziale. La possibilità di estendere i propri servizi in altre aree di bisogno/utenza è stata oggetto di analisi e valutazione nei singoli Programmi delle trasformazioni aziendali;
- è stato necessario garantire un volume minimo di attività amministrative, espresso in base alle spese correnti del bilancio preventivo 2004: 4.000.000 di Euro per il settore anziani; 1.500.000 di Euro per gli altri settori.

Valutati i Programmi delle trasformazioni aziendali e le proposte di Statuto delle ASP, la Giunta regionale ha comunicato al Comitato di Distretto le proprie osservazioni. Una volta conclusa positivamente tale procedura, il Comitato di Distretto richiede alla Regione il provvedimento di costituzione della nuova azienda. Infatti è la Regione che detiene la facoltà di costituire le ASP e ne approva lo Statuto e le successive modifiche.¹¹

Un altro aspetto delle ASP regolato dalla normativa regionale è la definizione della *corporate governance* - gli organi di governo, così articolata:

- l'Assemblea dei soci è l'organo di indirizzo e vigilanza ed è composta dai rappresentanti degli Enti pubblici territoriali che conferiscono all'azienda la gestione di attività assistenziali e beni patrimoniali, comprese le attività già gestite e i beni patrimoniali delle ex IPAB trasformate. In base alle tavole di fondazione e agli Statuti delle disciolte IPAB, è possibile avere nella compagine sociale anche soggetti non pubblici se precedentemente presenti nei CdA delle IPAB confluite nell'ASP. L'unico vincolo imposto dalla normativa è che le quote detenute dagli Enti pubblici territoriali corrispondano alla maggioranza assoluta del totale quote. La definizione di tali quote è commisurata all'entità delle attività e dei patrimoni conferiti e sono stabilite in

¹¹ Lo Statuto dell'ASP deve disciplinarne l'ambito di attività, la composizione degli organi di governo, le modalità di elezione e la durata in carica degli stessi, l'attribuzione al Direttore delle funzioni e delle responsabilità proprie, le modalità di recepimento dei regolamenti di organizzazione.

- apposite convenzioni stipulate tra i soci dell'azienda stessa.¹² L'Assemblea nomina fra i suoi componenti il proprio Presidente, che ha il compito di convocarla e presiederla;
- il Consiglio di amministrazione è incaricato di dare attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei soci. È composto da un minimo di tre e un massimo di cinque componenti, compreso il Presidente nominato dal Consiglio stesso tra i suoi membri. Il numero dei componenti è definito dallo Statuto, in ragione dell'ambito territoriale e del volume di attività svolte. I consiglieri che rappresentano gli Enti locali territoriali devono essere almeno la maggioranza dei componenti;
 - l'Organo di revisione contabile, preposto a esercitare il controllo sulla regolarità contabile e sulla corretta gestione economico-finanziaria. Può essere composto da tre membri (due nominati dall'Assemblea dei soci, uno dalla Regione) o da un revisore unico (nominato dalla Regione tra una terna indicata dall'Assemblea dei soci). Questa differente composizione è legata alla dimensione economica dell'attività svolta dall'ASP;
 - l'Organo di gestione aziendale, ossia il Direttore dell'ASP, nominato dal Consiglio di amministrazione anche al di fuori della dotazione organica.

Infine, in quanto inserite nel più ampio e articolato sistema di *welfare* comunitario, le ASP devono garantire la continuità dei servizi precedentemente gestiti dalle IPAB ed eventualmente ampliare la gamma dei servizi offerti, in base alle esigenze espresse nella pianificazione locale. Per tale motivo la Regione ha sentito l'esigenza di promuovere alcuni interventi utili - se non a garantire - a orientare e sostenere la gestione delle ASP verso maggiori livelli di efficienza ed efficacia, tra cui:

- organizzazione di interventi formativi e di accompagnamento a supporto del processo di riforma delle IPAB e di nascita delle ASP;
- promozione di strumenti per la valorizzazione dei patrimoni trasferiti alle ASP, attraverso la costituzione di agenzie per la gestione separata dei patrimoni, rispetto alla gestione dei servizi;
- definizione di un regolamento contabile per garantire omogeneità nella rilevazione, valutazione e classificazione dei valori contabili, oltre che nella stesura dei bilanci;
- obbligo di redigere un piano programmatico, un bilancio pluriennale di previsione, un bilancio economico preventivo, un bilancio consuntivo e un bilancio sociale.

In base alla programmazione regionale, il processo di trasformazione delle IPAB e la costituzione delle nuove ASP si sarebbe dovuto concludere entro marzo del 2008. Il processo di trasformazione ha coinvolto le seguenti realtà e ha prodotto queste nuove ASP (Regione Emilia-Romagna, 2007; <http://www.emiliaromagnasociale.it>):

¹² La delibera del Consiglio regionale n. 623/2004 prevede espressamente che gli Enti pubblici territoriali stabiliscano in una apposita convenzione le quote di rappresentanza da attribuirsi reciprocamente.

- secondo le previsioni regionali, le IPAB coinvolte nel processo di trasformazione in ASP dovevano essere 121 su 226 istituti presenti al 2004 (54% del totale). Delle restanti 105 IPAB, 55 hanno presentato domanda di de-pubblicizzazione (24% del totale) e 50 si sono estinte (22% del totale);
- le operazioni di trasformazione/estinzione hanno coinvolto istituti che si caratterizzavano per i seguenti volumi di attività (valori complessivi):¹³
 - Euro 266.150.000 di spese correnti annuali;
 - Euro 563.473.000 di patrimonio disponibile e indisponibile;
 - 18.370 utenti (di cui circa il 70% anziani);
- le ASP costituite dal 31 luglio 2009 sono 43, su una previsione di 50 nuove realtà aziendali;¹⁴
- le 43 ASP attualmente funzionanti si caratterizzano per i seguenti aspetti:
 - distribuzione territoriale (su base provinciale): Bologna (8 ASP); Ferrara (3 ASP); Forlì/Cesena (4 ASP); Modena (6 ASP); Parma (6 ASP); Piacenza (3 ASP); Ravenna (4 ASP); Reggio Emilia (7 ASP); Rimini (2 ASP);
 - compagine sociale: 27 ASP hanno una compagine sociale costituita da soli Enti pubblici territoriali, mentre 16 Aziende presentano anche soci di natura privata (prevalentemente Parrocchie e Fondazioni bancarie); 7 ASP hanno come socio un'unica Amministrazione comunale;
 - finalità statutarie: le aree di bisogno principalmente presidiate sono quelle degli anziani (presente nel 58% degli statuti), dei disabili (47%), dei minori/famiglie (42%) e degli adulti in difficoltà (35%).

¹³ Dati al 31/12/2002.

¹⁴ Delle 7 ASP mancanti, 4 sono in fase di costituzione (prevista per fine 2010), mentre 3 hanno il processo di trasformazione bloccato per mancati accordi tra i soci conferenti.

3. Gli strumenti di *governance* dei rapporti tra Enti locali e ASP

Come delineato nell’impianto normativo regionale, i rapporti che le Amministrazioni comunali hanno con le ASP del proprio territorio sono riconducibili a due funzioni (Borgonovi *et al.*, 2009):

- funzione di proprietà, in quanto gli Enti locali sono titolari della maggioranza delle quote di capitale sociale dell’azienda. In questo caso, per il soggetto proprietario l’obiettivo principale è mantenere e valorizzare il capitale conferito. L’attenzione degli EELL proprietari sarà quindi rivolta al perseguimento dell’equilibrio economico-finanziario della gestione, analizzabile attraverso i dati di bilancio e della contabilità analitica;
- la funzione di committenza, in quanto l’ASP rappresenta uno degli strumenti a disposizione degli Enti locali per l’erogazione dei propri servizi sociali. In questo caso, la funzione di committenza ha come obiettivo il conseguimento dei risultati sociali e la massimizzazione del valore per i cittadini destinatari dei servizi.

È importante sottolineare come a funzioni diverse vengano a corrispondere diversi strumenti di governo (*Tabella 2*).

Gli obiettivi afferenti alla funzione di proprietà potranno essere conseguiti attraverso la definizione della *corporate governance* aziendale, ossia attraverso un’attenta costruzione degli assetti istituzionali e delle regole di funzionamento interni al vertice strategico. In particolar modo, mediante la convenzione stipulata tra i soci dell’ASP, lo Statuto e il regolamento aziendale si dovranno definire:

- i meccanismi di rappresentanza negli organi decisionali e i criteri di nomina degli amministratori;
- gli ambiti decisionali e di responsabilità del *management* (Consiglio di amministrazione; Direttore generale);
- gli strumenti di controllo delle risorse assegnate e dei risultati economico-finanziari conseguiti (bilanci preventivi; sistema di *reporting*; bilanci consuntivi);
- le regole di ripiano dell’eventuale *deficit* gestionale.

Tabella 2. Le funzioni in capo all’Ente locale per il governo delle relazioni con l’ASP

Funzione di proprietà	Funzione di committenza
<ul style="list-style-type: none">• Convenzioni stipulate tra i soci dell’ASP• Statuto e regolamento dell’ASP	<ul style="list-style-type: none">• Contratto di servizio stipulato tra Enti locali e ASP• Carta dei servizi dell’ASP

La funzione di committenza dovrà invece concretizzarsi attraverso l'analisi dei bisogni territoriali, la definizione delle priorità sociali perseguite (*target* d'utenza e regole di accesso) e l'individuazione degli interventi attraverso cui soddisfarle (volume e *mix* di prestazioni; standard qualitativi; ecc.), la scelta del criterio di finanziamento da adottare (livello di compartecipazione degli utenti; politiche di sconto e agevolazione; ecc.), la predisposizione di meccanismi di monitoraggio e verifica dei risultati conseguiti, in termini di *output* e di *outcome*. All'interno di questo quadro, due sono gli strumenti a disposizione dell'Ente locale per svolgere al meglio tale funzione rispetto all'ASP:

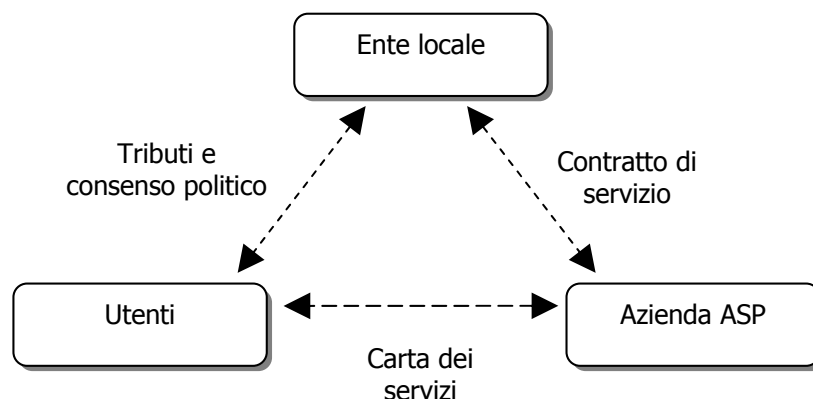
- il contratto di servizio;
- la Carta dei servizi.

Il contratto di servizio è una particolare tipologia negoziale - rientrante nell'ambito dei contratti conclusi dalla PA - attraverso cui si regolano i rapporti tra ente conferente e soggetto gestore il servizio pubblico. Con la stipula del contratto il soggetto gestore si impegna a garantire l'erogazione del servizio conferitogli nel rispetto di certi parametri quantitativi e qualitativi e l'ente conferente si impegna a riconoscergli un corrispettivo di compensazione per gli oneri derivanti dalla produzione del servizio stesso (D'Orsogna, Erspamer, 2008). In base alla Delibera del Consiglio regionale n. 624/2004, i Comuni che si avvalgono dei servizi dell'ASP regolano tale rapporto attraverso la stipula di appositi contratti di servizio. Tra i firmatari di tali contratti vi può essere anche l'Azienda USL per la parte di servizi che riguardano l'integrazione socio-sanitaria.

Le Carte dei servizi pubblici sono state introdotte in Italia dal DPCM 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione di servizi pubblici" prendendo spunto dall'esperienza britannica delle *Citizen's Charter*. Sul fronte sociale, l'adozione di tale documento è stata prevista dall'art. 13 della Legge quadro n. 328/2000 e dall'art. 32 della Legge regionale n. 2/2003, in quanto requisito indispensabile ai fini dell'autorizzazione al funzionamento per i soggetti produttori, pubblici e privati. Ma prima ancora che un obbligo di legge, la Carta dei servizi rappresenta un importante strumento per gestire le relazioni tra soggetto erogatore e utente in un'ottica di trasparenza e tutela (Tanzi, 2003). Seppure destinatari delle prestazione oggetto del contratto di servizio, gli utenti non rivestono la qualifica di parti contraenti. Infatti, la previsione di eventuali obblighi inerenti al servizio affidato potranno essere fatti valere dal singolo utente per l'impegno che l'ente erogatore si è assunto con la stesura e pubblicazione della Carta dei servizi e non direttamente per effetto degli obblighi contenuti nel contratto di servizio (D'Orsogna, Erspamer, 2008).

Per tale motivo è importante garantire una coerenza nell'utilizzo di questi strumenti di gestione, facendo in modo che parte dei contenuti del contratto diventino parte degli standard della Carta dei servizi, favorendo così una "triangolazione" tra i soggetti coinvolti nel processo di erogazione e consumo dei servizi pubblici locali esternalizzati (*Figura 1*): l'Ente locale (in veste di committente), il soggetto erogatore (in questo caso l'ASP) e gli utenti del servizio (Gabbuti, Tretola, 2004).

Figura 1. Strumenti di *governance* dei servizi pubblici locali esternalizzati



In aggiunta a questa esigenza, si deve ricordare come il rapporto tra funzione di committenza e funzione di produzione trovi nel contratto di servizio un importante strumento di regolazione. Infatti, un'attenta formulazione del contratto è condizione necessaria - sebbene non sufficiente - per prevenire situazioni di conflittualità che si possono creare tra queste due distinte funzioni. Al riguardo, si possono presentare due situazioni "patologiche" (Longo, 2000, 2005; Fosti, 2002):¹⁵

- la funzione di committenza supera i propri ambiti d'azione, limitando di fatto l'autonomia organizzativa e gestionale della funzione di produzione. Se la logica sottostante i contenuti del contratto si basa su un approccio "risorse finanziarie *versus* prestazioni" o "risorse finanziarie *versus* outcome", lo strumento può favorire un'evoluzione dell'ASP in senso aziendale. Al contrario, se il contratto è costituito correlando il finanziamento riconosciuto all'acquisto di fattori produttivi o addirittura le stesse risorse finanziarie sono assegnate attraverso una logica incrementale, si rischia di favorire il controllo dell'Amministrazione comunale sui processi produttivi, soffocando di fatto l'autonomia aziendale dell'ASP;
- la funzione di produzione travalica i propri ambiti d'azione, sostituendosi alla funzione di committenza. Nel momento in cui la funzione di produzione è interna alla PA, essa garantisce automaticamente la rappresentazione degli interessi pubblici. Nel momento in cui viene esternalizzata e la funzione di committenza non riesce a esplicitarsi in modo chiaro (per esempio, attraverso generiche enunciazioni di

¹⁵ È importante ricordare come vi possano essere anche dei contrasti tra la funzione di proprietà e la funzione di committenza, nonostante le stesse facciano capo alla Pubblica amministrazione (Borgonovi *et al.*, 2009). Infatti, se come proprietario l'Ente locale cercherà di massimizzare il rendimento finanziario e patrimoniale dell'azienda, come committente cercherà di massimizzare i benefici per i cittadini-utenti, minimizzando il loro esborso diretto o indiretto. Tale contrapposizione risulterà ancora più probabile ed evidente quanto più i soggetti appartenenti alla compagine sociale non coincidono esattamente con i soggetti che esprimono la committenza, come può capitare nel caso delle ASP emiliano-romagnole.

principio o predisponendo sistemi di controllo formali e non incentrati sull'effettivo conseguimento dei risultati assegnati), l'ente pubblico perde le sue prerogative di governo e di tutela dell'interesse pubblico, delegando implicitamente tali funzioni all'ente produttore.¹⁶

Attraverso la stesura di un buon contratto di servizio è possibile equilibrare i rapporti di potere tra titolare e produttore del servizio pubblico. L'Ente locale sarà chiamato a scegliere la soluzione che - compatibilmente con le proprie risorse e le capacità di spesa dell'utenza - sia in grado di soddisfare il bisogno e le aspettative dei propri cittadini. Sempre l'Ente locale dovrà poi verificare l'effettiva e corretta erogazione di quanto previsto contrattualmente, astenendosi però da ogni interferenza rispetto alle scelte produttive del soggetto affidatario. Quest'ultimo dovrà invece provvedere all'erogazione del servizio coerentemente con gli indirizzi contenuti nel contratto, mantenendo la piena autonomia organizzativa e gestionale (Gabbuti, Tretola, 2004).

Box 3. L'accreditamento regionale¹⁷

La LR n. 4/2008 - che integra le norme sull'accreditamento contenute nella LR n. 2/2003 e successive modifiche - ha distinto l'accreditamento in definitivo, transitorio e provvisorio, rinviando a un atto attuativo la definizione dei criteri di applicazione, procedure e requisiti di qualità in relazione ai tre differenti percorsi di accreditamento.¹⁸ I primi servizi che saranno oggetto di tale accreditamento - così come previsto dalla delibera n. 514/2009 - sono quelli ad oggi ricompresi nel Fondo regionale per la non autosufficienza e cioè:¹⁹

- l'assistenza domiciliare per disabili e anziani;
- i centri diurni per anziani;

¹⁶ Secondo Longo (2005) le ragioni che possono portare a una non chiara esplicitazione degli interessi collettivi da parte del soggetto committente possono essere riferibili a tre diverse cause:

- la difficoltà che in alcuni settori (tra cui quello sociale) si ha nel misurare e valutare i risultati ottenuti, in particolar modo in termini di *outcome*;
- l'onerosità nell'implementare un sistema informativo in grado di rilevare degli adeguati indicatori *proxy* dei risultati ottenuti;
- la scelta di lasciare una non chiara definizione delle priorità perseguite, in quanto tale "famosità" garantisce un maggiore consenso sociale e politico.

¹⁷ Approfondimento a cura della dott.ssa Annamaria Rosetti.

¹⁸ Il regime transitorio, che si concluderà al 21 dicembre 2013, è finalizzato a consentire la realizzazione di un più elevato livello di qualificazione del personale (in particolare degli operatori socio-sanitari) e il superamento della frammentazione gestionale e produttiva esistente all'interno dello stesso servizio o nella stessa struttura.

¹⁹ Questi servizi rappresentano circa il 90% dei servizi socio-sanitari erogati in Emilia-Romagna e interessano circa 40.000 famiglie (36.500 anziani e 3.500 disabili). Fonte: SIPS - Regione Emilia-Romagna.

- le case-residenze per anziani non autosufficienti (case protette e residenze sanitarie assistenziali);
- centri socio-riabilitativi (diurni e residenziali) per disabili.

Alla base di tale accreditamento - e al tempo stesso come "terreno di prova" dell'esito di tale processo - vi sono due elementi:

- la riaffermazione del ruolo degli Enti locali nel governo e nella programmazione del sistema dei servizi, funzione che dovrà essere esercitata in modo associato a livello distrettuale. Infatti, è in tale ambito territoriale che si deve definire il livello di servizi da garantire ai cittadini (tipologia e quantità), in relazione ai bisogni di salute e benessere sociale rilevati. Ed è in base a tale programmazione che dovrà essere avviato il percorso di accreditamento;
- la valorizzazione e qualificazione dei soggetti produttori (pubblici e privati) che si impegnano a garantire degli standard minimi per i servizi da loro erogati, costruendo e sviluppando un sistema di qualità interno alle loro organizzazioni, assicurando una gestione unitaria e integrata dei fattori produttivi; integrando prestazioni sociali a prestazioni sanitarie, per la presa in carico complessiva della persona e dei suoi bisogni.

Per quanto riguarda il ruolo delle Aziende pubbliche di servizi alla persona in tale processo di accreditamento, le situazioni che si possono delineare sono essenzialmente due.

La prima vede l'ASP in veste di soggetto produttore che - garantendo un'unitaria gestione del servizio e adottando personale proprio - può ottenere l'accreditamento. In questo caso, l'istituzione competente al rilascio del riconoscimento (Comune capofila, Giunta dell'Unione o Giunta della Comunità montana) regolerà i rapporti con l'ASP per i servizi accreditati mediante la sottoscrizione di un apposito contratto di servizio. Tale contratto sostituirà - esclusivamente per quanto attiene ai servizi accreditati - quello eventualmente già stipulato con le ASP ai sensi della Delibera del Consiglio regionale n. 624/2004. Infatti, l'accreditamento definisce tali rapporti in un quadro giuridico diverso - basato su regole e criteri specifici, in particolar modo rispetto agli standard minimi di servizio e alle tariffe applicabili - e pertanto obbliga a un adeguamento dei precedenti contenuti contrattuali. Al riguardo è importante ricordare come le singole controparti (ASP produttrice e soggetti committenti), pur all'interno del sistema di accreditamento appena delineato, potrebbero decidere di applicare livelli di qualificazione dei servizi superiori a quelli fissati dai requisiti regionali, fermo restando che i correlati maggiori costi dovranno essere assunti dai soggetti committenti (Enti locali e/o Azienda USL), senza gravare sul Fondo regionale per la non autosufficienza.

Nella seconda situazione, l'ASP può altresì essere delegata - con riferimento a servizi accreditati non gestiti dall'azienda stessa - dagli enti committenti per la sottoscrizione dei contratti di servizio con i soggetti gestori di servizi accreditati. La delega dovrà contenere appositi indirizzi formulati dagli enti committenti, affinché il ruolo di sub-committenza esercitato da parte dell'ASP sia orientato. Per tale funzione, all'ASP verrà riconosciuta una remunerazione dei propri costi di gestione, trattenendo una quota della tariffa che la Regione riconosce e applica al servizio accreditato, quota che dovrà risultare congrua con le prestazioni rese ed a queste parametrata.

3.1. Contenuti del contratto di servizio

Affinché il contratto di servizio possa svolgere appieno la funzione appena descritta, è necessario che lo stesso presenti un *minimum* di elementi, tra cui (Gabbuti, Tretola, 2004; Mingale, 2004; D'Orsogna, Erspamer, 2008; Gianfelici, 2008):

- premessa;
- durata;
- oggetto, a sua volta declinabile in:
 - servizio affidato;
 - piani di attività o schede tecniche;
 - strumenti di tutela degli utenti;
 - utilizzo di beni del Comune;
 - piano degli interventi o delle opere;
- profilo economico-finanziario;
- attività di monitoraggio esercitabile dall'ente committente sull'ente gestore;
- norme relative alle modifiche contrattuali;
- sanzioni;
- cause di risoluzione e revoca dal contratto.

Premessa

È importante che nella premessa si possano ritrovare le seguenti informazioni:

- le motivazioni che hanno portato i contraenti alla stipula del contratto. Sarà quindi necessario fare un richiamo non soltanto alle normative che definiscono l'ambito giuridico entro cui si colloca il documento (Statuti comunali, accordi di programma, convenzioni, ecc.), ma ricordare anche sinteticamente i contenuti della programmazione distrettuale (Piano di zona per la salute e il benessere sociale) e sovra-distrettuale (Profilo di comunità, Piano sociale e sanitario regionale);
- la data di stipula dalla quale decorreranno gli effetti e gli obblighi tra le parti;
- le parti contraenti: ASP, Comuni dell'ambito territoriale dell'azienda e, per la parte di integrazione socio-sanitaria, l'Azienda USL;²⁰
- le persone fisiche che sottoscrivono il documento, indicando chiaramente cognome e nome, codice fiscale, ente rappresentato, incarico ricoperto e atti che lo legittimano a sottoscrivere l'impegno;
- i referenti operativi e relativi recapiti, utili a gestire una corretta comunicazione tra le parti e garantire una più efficace esecuzione delle prestazioni indicate;

²⁰ Al riguardo si ricorda che la normativa regionale non prevede che l'ASP possa stipulare un contratto di servizio con soggetti diversi dai Comuni di riferimento e/o dall'Azienda USL (Delibera del Consiglio regionale n. 624/2004).

- il glossario, al fine di evitare interpretazioni ambigue dei termini socio-sanitari e/o socio-assistenziali. Tale sforzo di chiarezza dovrebbe essere fatto anche in considerazione dell'eterogeneità dei possibili fruitori del testo contrattuale.

Durata

La durata (data di inizio e di scadenza del contratto) deve essere stabilita cercando un equilibrio tra l'esigenza di modificarne i contenuti al fine di renderli coerenti con i mutevoli bisogni del territorio (esigenza avvertita dall'ente conferente) e la necessità di garantire alla controparte un'efficiente stabilità produttiva (Liguori, 2007). Nella definizione del periodo di validità è quindi opportuno considerare alcuni aspetti, tra cui:

- la natura del servizio (per esempio, domiciliare *versus* residenziale);
- la qualità e quantità degli investimenti richiesti per avviare e gestire il servizio (fabbricati, impianti, attrezzature, ecc.);
- la necessità di dotarsi di una struttura organizzativa coerente con le richieste del contratto, in termini di professionalità, competenze e numero di addetti;
- l'effetto di distorsione connesso all'instaurarsi di possibili monopoli;
- la variabilità dei bisogni e delle esigenze espresse dall'utenza.

È molto importante che entrambe le parti dichiarino esplicitamente le loro intenzioni allo scadere del contratto, poiché la legge ne vieta i rinnovi taciti.

Oggetto

L'oggetto è dato dalla prestazione di servizio che il produttore si impegna ad erogare dietro una remunerazione data dalla quota di contribuzione pagata dall'utente e dal trasferimento finanziario riconosciuto dalla Pubblica amministrazione, sulla base dell'impegno mutualmente sottoscritto. La funzione del contratto non si esaurisce tuttavia nella semplice prestazione di servizio, ma include anche il raggiungimento di precisi standard quantitativi e qualitativi (Liguori, 2007).

L'individuazione *ex ante* di tali standard è importante considerando la natura immateriale del servizio oggetto del rapporto tra ASP e controparti. A tal fine è necessario predisporre - in fase di stipulazione - delle schede tecniche che saranno parti integranti del contratto e che dovranno contenere, tra le altre, le seguenti informazioni:

- descrizione sintetica del servizio, dei suoi contenuti e degli obiettivi che si intendono conseguire con lo stesso;
- descrizione dell'utenza, dei criteri di accesso e delle modalità di presa in carico;
- descrizione delle attività svolte. Per esempio, in un centro diurno per disabili si potranno garantire interventi legati all'autonomia personale (igiene della persona, alimentazione, cura dell'abbigliamento, ecc.), alla riabilitazione (sedute di fisioterapia, nuoto, terapia assistita con animali, ecc.) e all'educazione (attività di mantenimento scolastico, attività grafiche, attività motorie, ecc.);

- descrizione dei fattori produttivi necessari a garantire un certo livello qualitativo (numero di operatori e qualifica professionale; corsi di aggiornamento e/o formazione agli operatori; presenza o meno di certificazioni; adozione di "linee guida" per la gestione di particolari procedure; elementi strutturali la sede del servizio; ecc.);
- tempi di erogazione (giorni e orari di apertura; durata e frequenza delle singole prestazioni; ecc.).

La descrizione del servizio attraverso le schede tecniche dovrà essere accompagnata da un idoneo sistema di misurazione e monitoraggio delle prestazioni e dei risultati conseguiti (schede tecniche di rilevazione; costituzione di *équipe* multi-professionali; ecc.). È importante ricordare come tali specifiche dovranno limitarsi esclusivamente a quegli aspetti strettamente legati alla qualità del servizio. Infatti, ogni interferenza da parte dell'Ente locale committente nelle scelte gestionali dell'ente produttore risulterebbe un'indebita e pericolosa ingerenza, lesiva dell'autonomia propria dell'ASP.

Per quanto illustrato nel precedente paragrafo, è necessario che nell'oggetto del contratto siano indicate le modalità di gestione dei rapporti tra produttore e utenti, in un'ottica di tutela dei diritti dei cittadini. In particolar modo, nel contratto potranno essere stabiliti i tempi per la realizzazione e gli effetti connessi alla mancata adozione dei seguenti strumenti:

- Carta dei servizi;
- Bilancio sociale;
- questionari per la misurazione della qualità attesa e percepita o altri strumenti di partecipazione e voce degli utenti e della cittadinanza;
- altri strumenti di comunicazione esterna (Ufficio per le relazioni con il pubblico; Numero verde; procedure per la raccolta di reclami/suggerimenti; ecc.).²¹

Nel caso in cui l'ASP - per produrre i servizi oggetto del contratto - debba utilizzare beni del Comune (immobili, mobili, attrezzature, automezzi, ecc.), la proprietà degli stessi resta in capo all'Ente locale, mentre all'ASP sarà riconosciuto un diritto d'uso gratuito o dietro corrispettivo di un canone di locazione.²² Sarà quindi necessario riportare nel contratto le seguenti informazioni (Gabbuti, Tretola, 2004):

- inventario dei beni affidati al gestore;
- modalità di consegna dei beni;
- eventuale onerosità dell'affidamento (canone);
- durata dell'affidamento;

²¹ Parte di questi strumenti di comunicazione e trasparenza sono previsti dalla stessa LR n. 2/2003 e nello specifico: la Carta dei servizi nell'art. 32; il Bilancio sociale nell'art. 25; gli strumenti di partecipazione dell'utenza e della cittadinanza (compresi gli strumenti per esprimere il reclamo/dissenso) nell'art. 33.

²² È opportuno ricordare che questo tipo di rapporto tra Ente locale e ASP è di natura differente rispetto al conferimento che i Comuni hanno effettuato nella fase di costituzione delle ASP, in base al quale gli Enti locali acquisiscono il ruolo di soggetti proprietari dell'Azienda pubblica di servizi alla persona.

- modalità di uso dei beni affidati (solitamente limitato ai contenuti del contratto per cui è stato affidato);
- manutenzione ordinaria e straordinaria;
- modalità di restituzione;
- responsabilità per l'integrità dei beni affidati.

Infine, è possibile che l'ASP debba realizzare delle opere strumentali all'esercizio del servizio. Ogni volta che nel contratto sia prevista la realizzazione di una o più opere, è necessario elaborare un piano degli interventi nel quale dettagliare i tempi di esecuzione, le modalità di realizzazione, le fonti di finanziamento attivate. Un altro aspetto importante da chiarire riguarda la proprietà del bene prodotto e la sua eventuale destinazione d'uso, se ancora funzionante alla scadenza del contratto.

Profilo economico-finanziario

La dimensione economico-finanziaria del contratto è data dalle rette (prezzi applicati all'utenza per l'ottenimento del servizio) e dal contributo pubblico (corrispettivo che il soggetto affidante riconosce al soggetto produttore per il servizio prestato, anche sotto forma di tariffa).

Rispetto alle rette, il contratto ne deve chiaramente predeterminare le modalità di calcolo e di revisione. La definizione delle rette può avvenire:

- a prezzo privato, per quei servizi non inclusi nel contratto di servizio. In tali casi il servizio pubblico è venduto sul mercato a un prezzo liberamente contrattato;
- a prezzo pubblico, nei casi in cui il servizio sia venduto a un prezzo inferiore a quello di mercato.

Il valore della retta può essere differenziato in base al tipo di utenza (politiche di prezzo) e/o in base alle condizioni di consumo (politiche di utilizzo). Un esempio di politiche di prezzo - nell'ambito dei trasporti pubblici locali - sono gli abbonamenti scontati per gli studenti o le persone anziane, mentre un esempio di politiche d'utilizzo sono i *ticket* giornalieri a prezzo ribassato per chi decide di lasciare la propria autovettura nei parcheggi esterni al centro storico.

Un altro aspetto che deve essere regolato riguarda le modalità di riscossione per quanto dovuto dall'utente. Nello specifico, gli aspetti da definire sono:

- le forme di pagamento da applicare;
- i tempi e i modi della riscossione;
- le sanzioni per il ritardato pagamento e i criteri di recupero delle quote non pagate.

Nel momento in cui il corrispettivo del gestore non sia rappresentato esclusivamente dalla retta, il contratto dovrà contenere un riferimento agli oneri economici a carico del soggetto affidante. Questo trasferimento finanziario dovrà permettere all'ente affidatario di coprire i costi di gestione e di operare nel rispetto del principio di economicità.

La scelta del meccanismo attraverso cui finanziare le prestazioni erogate dall'ASP può essere affrontata partendo da due questioni di fondo (Zangrandi, 2003; Sicilia, Tanzi, 2004):

- la definizione dell'ammontare complessivo di risorse che l'ente committente intende impiegare in un particolare settore d'intervento;
- i criteri attraverso cui tali risorse saranno assegnate, ossia la predisposizione di meccanismi di trasferimento delle risorse.

L'ammontare complessivo di spesa non soltanto sarà determinato da considerazioni di natura politica (favorire o meno degli specifici *target* di utenti), ma dovrà considerare il livello quantitativo e qualitativo perseguito e la necessità di assicurare una congrua remunerazione delle risorse impiegate e - conseguentemente - un equilibrio economico per gli stessi soggetti produttori.

I trasferimenti acquirente-produttore possono essere definiti "a valori consuntivi" o "a valori *ex ante*". Il criterio del piè di lista è il classico esempio di pagamento a consuntivo, in quanto realizzato sulla base delle spese effettivamente sostenute dall'ente produttore. Per lungo tempo tale meccanismo è stato utilizzato dal Sistema sanitario nazionale per ripianare i disavanzi di bilancio delle Aziende pubbliche, generando dei comportamenti fortemente deresponsabilizzanti da parte di queste ultime che potevano - in tale modo - attribuire a un terzo soggetto le conseguenze finanziarie derivanti dalle loro decisioni (Sicilia, Tanzi, 2004).

I meccanismi basati sui criteri prospettici sono invece riconducibili a due tipologie:

- finanziamento a quota fissa o a *budget* globale. In questo caso la quantità delle risorse allocate è legata alla generica necessità di soddisfare un bisogno ed è definita forfettariamente (finanziamento prospettico della domanda). Un esempio al riguardo è il riconoscimento del finanziamento in base al numero di posti letto accreditati in struttura, indipendentemente dalla presenza o meno dell'ospite;
- finanziamento a tariffa, ossia il riconoscimento di una remunerazione definita *ex ante* e proporzionale al numero e al tipo di prestazione erogata e/o al tipo di utente preso in carico (per esempio, numero e tipo di interventi domiciliari realizzati o numero di giornate di ricovero effettuate per profilo di gravità dell'ospite).

L'adozione di meccanismi tariffari rappresenta sicuramente una scelta quasi obbligata per garantire un'equità del sistema attraverso l'applicazione del principio *value for money* (riconoscimento di un compenso a fronte dell'erogazione di un determinato servizio, misurabile quantitativamente e/o qualitativamente) e al contempo superare gli effetti patologici legati alla copertura *ex post* dei costi di produzione.

Al contempo però non si deve dimenticare che l'applicazione delle stesse tariffe non è esente da possibili comportamenti opportunistici, tra cui l'incremento della spesa

complessiva generata da un aumento dei volumi di produzione,²³ in particolar modo per quei servizi caratterizzati da un'offerta variabile e non necessariamente predefinita (solitamente i servizi semi-residenziali e territoriali). Per questo è indispensabile che l'ente committente affianchi questo strumenti di remunerazione all'adozione di adeguati strumenti di controllo della spesa, che possono essere rappresentati da (Cantù, Jommi, 2002):

- tetti vincolanti sulla spesa o sui volumi, con meccanismi di abbattimento delle tariffe in caso di avvicinamento al tetto o riduzione proporzionale delle tariffe, fino a rispettare il tetto;
- *target* sulla spesa o sui volumi, cioè semplici riferimenti per le aziende produttrici, con abbattimento tariffario una volta superato tale *target*.

Attività di monitoraggio

Una puntuale definizione delle prestazioni oggetto del contratto non ha ragione di esistere se non si prevede contestualmente un adeguato sistema di monitoraggio, finalizzato a verificare la corretta esecuzioni delle obbligazioni contrattualmente assunte (Liguori, 2007).²⁴

Attraverso il monitoraggio l'Amministrazione comunale ha la possibilità di ottenere informazioni dal punto di vista tecnico, procedurale, economico e qualitativo necessarie per valutare le attività dell'ASP e il conseguimento degli obiettivi assegnati.²⁵ Tale monitoraggio potrà concretizzarsi attraverso:

²³ Gli altri comportamenti opportunistici legati all'introduzione di un sistema remunerativo tariffario sono (Levaggi, Capri, 2003):

- le azioni di selezione dei casi (*dumping*), a favore di quelli con margini maggiormente remunerativi;
- l'erogazione di trattamenti di elevata qualità a utenti con costi effettivi più bassi della media (*cream skimming*) e di trattamenti di qualità più bassa ai pazienti maggiormente costosi (*skimming*), al fine di attirare i primi e scoraggiare i secondi;
- l'erogazione di trattamenti standardizzati, indipendentemente dalle caratteristiche che caso;
- l'errata classificazione dei casi trattati (*upcoding*), al fine di aumentare i casi rientranti nelle categorie maggiormente remunerative.

²⁴ Il concetto di controllo a cui si fa riferimento in queste righe è quello che Gianfelici (2008) definisce "controllo contrattuale", per distinguerlo dal "controllo proprietario". Quest'ultimo nasce dal possesso da parte dell'Ente locale di una partecipazione nell'azienda di gestione, mentre il primo trova il suo fondamento nel contratto di servizio. Come l'autore sottolinea,

il contratto di servizio rappresenta per tale controllo non solo una fonte di legittimazione [...] ma pure un limite nelle clausole negoziali che regolano il rapporto tra le parti.

²⁵ La definizione di monitoraggio si sovrappone con quella di controllo di gestione, con la differenza che quest'ultima è un'attività interna al gestore mentre il monitoraggio costituisce un'attività propria dell'ente affidante che si riserva il diritto di verificare il rispetto delle prescrizioni contrattuali.

- la richiesta e l'analisi di documenti e/o dati amministrativi, gestionali e contabili (il cosiddetto debito informativo);
- la conduzione di ispezioni in loco, attraverso l'invio di appositi incaricati presso le sedi dei servizi.

Al fine di non lasciare nel vago questa attività, è necessario che nel contratto ne siano definiti i contenuti, i tempi e le modalità d'esecuzione, in particolar modo:

- aspetti che saranno oggetto del monitoraggio, magari allegando al contratto uno schema tipo delle schede che si utilizzeranno per la rilevazione (per esempio, copia modulo di rilevazione della presenza degli operatori, copia modulo di rendicontazione dei movimenti degli ospiti del servizio, ecc.);
- periodicità/frequenza della richiesta dati e/o conduzione delle ispezioni, eventualmente allegando al contratto un calendario di massima di tali attività;
- modalità di richiesta/invio dei dati e i criteri di svolgimento delle ispezioni;
- indicazione dei referenti operativi interni all'ASP e all'ente committente.

Modifiche contrattuali

Data la natura concessoria delle prestazioni oggetto dei rapporti tra Comuni e ASP - strettamente legate alle dinamiche dei bisogni sociali oltre che al mutevole quadro normativo di riferimento - è utile prevedere degli organi tecnici e delle procedure a cui affidare la periodica verifica degli obiettivi e dei contenuti contrattuali. Pertanto è necessario che nel contratto siano chiaramente indicati:

- le parti oggetto delle possibili modifiche;
- i motivi ammissibili per effettuare le modifiche;
- le procedure e i tempi necessari per giungere a un nuovo accordo tra le controparti;
- gli effetti di un mancato accordo nei termini previsti.

La possibilità di effettuare delle modifiche è ammissibile data la natura concessoria del contratto di servizio, che però trova un limite nel vincolo di non compromettere l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda produttrice. In altri termini, ogni tipo di modifica contrattuale non potrà arrecare alcun danno economico all'azienda produttrice.

Sanzioni

In caso di gravi e ripetute inadempienze degli obblighi assunti, il contratto può prevedere l'applicazione di sanzioni che non necessariamente devono accompagnarsi alla risoluzione del rapporto contrattuale. Solitamente, a fronte di un'esecuzione del servizio diversa da quella prestabilita, le parti possono decidere l'applicazione di una pena pecuniaria.

Al fine di prevenire situazioni di conflitto tra le parti, è opportuno che nel contratto sia stabilita la procedura per l'applicazione di tale sanzione, che potrà così articolarsi:

- l'amministrazione contesta all'ente affidatario la violazione degli obblighi contrattuali;
- se il gestore non provvede entro un tempo predeterminato a conformare la sua attività agli standard contrattuali, sono comminate le sanzioni;

- qualora il gestore non accetti la violazione contestatagli, potrà rivolgersi al giudice o ricorrere alla procedura arbitrale prevista contrattualmente.

Nel caso specifico del rapporto tra Comuni e ASP, legati anche da un rapporto di proprietà, ha senso prevedere una procedura sanzionatoria nei confronti dell'ente produttore, nel momento in cui tali penali ne andranno a ridurre l'equilibrio economico? E - nel caso di perdita - le stesse dovranno essere ripianate dalle Amministrazioni comunali? Il quesito non è di facile risoluzione, in quanto la previsione di tali sanzioni si colloca nei delicati rapporti tra committenza e proprietà, in particolar modo nel momento in cui la compagine sociale dell'ASP non necessariamente è coincidente alla composizione quali/quantitativa dei soggetti committenti. Infatti, l'applicazione di una sanzione a tutela del committente "A" potrebbe avere delle ripercussioni economiche negative anche sul Comune proprietario "B".

Del resto essendo l'ASP un soggetto giuridicamente e gestionalmente autonomo, ma di fatto "tutelato" da un rapporto di proprietà di natura pubblica, l'applicazione di un sistema sanzionatorio potrebbe essere utile per ricreare - seppure artificialmente - quelle condizioni di mercato in grado di orientare le scelte gestionali verso migliori livelli di *performance*. Ovviamente l'applicazione di un tale meccanismo risulterà pienamente efficace solo se ancorata a un adeguato sistema di valutazione del CdA e della dirigenza aziendale (retribuzione di risultato).

Cause di risoluzione e revoca dal contratto

Oltre al caso di raggiungimento della propria scadenza naturale, possono sussistere ulteriori ragioni per le quali un contratto di servizio può estinguersi:

- la risoluzione, ossia il diritto riconosciuto contrattualmente alle parti di poter interrompere il rapporto al verificarsi di particolari situazioni (eccessiva onerosità dell'impegno assunto; impossibilità sopravvenuta; inadempimento degli obblighi contrattuali; ecc.);
- la revoca, ossia la possibilità di procedere a un provvedimento di annullamento del contratto se vi sono motivi di pubblico interesse o se non sussiste più l'interesse pubblico allo svolgimento del servizio. Essendo l'affidamento del servizio pubblico caratterizzato da poteri pubblicistici, tale potere di revoca è riconosciuto esclusivamente ai soggetti committenti, in questo caso le Amministrazioni comunali.

Dato il particolare rapporto esistente tra Comuni e ASP, è bene ricordare che il recesso, ossia la facoltà riconosciuta a una delle due parti di ritirarsi dagli obblighi assunti senza che sussista un determinato motivo, deve essere formalmente escluso.

4. I contratti di servizio stipulati tra Comuni e ASP dell'Emilia-Romagna: lo stato dell'arte

Seguendo lo schema logico precedentemente illustrato, nel presente Capitolo si riporta un'analisi ragionata degli elementi caratterizzanti i contratti di servizio attualmente vigenti tra enti committenti (Comuni e Aziende USL) e ASP, con l'obiettivo di individuare dei percorsi di miglioramento dello strumento stesso. Per meglio interpretare i dati riportati, si ricorda che gli stessi fanno riferimento alla documentazione fornita da 17 ASP.²⁶

Premessa: le parti contraenti

Un primo aspetto che si è voluto analizzare riguarda il ruolo che implicitamente è stato assegnato al contratto di servizio, in quanto strumento funzionale all'integrazione delle politiche sociali e socio-sanitarie a livello distrettuale. Tale dimensione è stata analizzata osservando alcuni aspetti contrattuali molto semplici, ma - al contempo - significativi:

- in quante realtà distrettuali pluri-comunali è stato possibile stipulare un contratto di servizio unico tra ASP e Unione dei Comuni e/o Comunità montana?
- nella realtà distrettuali pluri-comunali, tutti i Comuni hanno stipulato un contratto di servizio con la propria ASP di riferimento?
- nei contratti di servizio analizzati, in quanti casi - assieme alle Amministrazioni comunali - vi sono anche le Aziende USL come parti contraenti?

A parte 4 ASP definibili mono-comunali (ossia caratterizzate dalla presenza di un'unica Amministrazione comunale nella propria compagine sociale), delle restanti 13 realtà aziendali solo 4 sono riuscite a stipulare un contratto di servizio unico con i propri enti committenti di riferimento (30% circa), tra cui 1 avente come oggetto il passaggio all'ASP delle deleghe precedentemente assegnate all'Azienda USL. È stato interessante osservare come degli 89 Comuni soci delle 17 aziende analizzate, solo 57 (ossia il 64% del totale) abbiano stipulato almeno un contratto di servizio con la propria ASP di riferimento.

²⁶ Una volta analizzati i circa 140 contratti di servizio pervenuti, è stato necessario fare una scelta metodologica rispetto alla modalità più appropriata di presentazione delle osservazioni così raccolte. Infatti, ci si è trovati di fronte ad ASP che, avendo contemporaneamente più interlocutori, hanno dovuto stipulare più contratti di servizio, o ad ASP che, agendo in un contesto mono-comunale, hanno stipulato un unico contratto di servizio. Avendo constatato che strutturalmente e contenutisticamente i contratti afferenti a una stessa azienda erano pressoché simili, si è deciso di riportare i dati di sintesi raccolti in base alle 17 ASP, al fine di evitare un sovra-conteggio delle prassi adottate nelle realtà pluri-comunali.

Peraltro, nel caso in cui in uno stesso Distretto operavano contemporaneamente più ASP (nei casi osservati queste situazioni erano riconducibili a 2 Distretti, escludendo la realtà mono-comunale di Bologna) si è osservato come le diverse aziende di servizi si siano di fatto spartite i rapporti con i diversi enti committenti. In altri termini, alcune Amministrazioni comunali si rapportano esclusivamente con l'ASP A, mentre altre Amministrazioni comunali si rapportano esclusivamente con l'ASP B. Questa situazione può trovare una giustificazione nel forte radicamento che tali aziende (prima IPAB) hanno sempre avuto con il proprio territorio di riferimento, aspetto che ovviamente non si è venuto a modificare semplicemente con l'entrata in vigore della normativa e l'istituzione dell'ASP.

Infine, per quanto riguarda la capacità di coinvolgere le Aziende USL nella definizione del contratto di servizio, solo 9 ASP su 17 (53% circa) sono riuscite a instaurare dei rapporti di committenza, anche per quanto riguarda la componente sanitaria dei servizi.

Durata

Per quanto riguarda i tempi di validità dei contratti analizzati, la situazione può essere così sintetizzata:

- contratti della durata compresa tra 1 e 2 anni: 3 ASP (18% circa sul totale delle ASP analizzate);
- contratti della durata compresa tra 2 e 5 anni: 11 ASP (65% circa);
- contratti con una durata superiore ai 5 anni: 4 ASP (17%).

Si registra quindi una tendenza a stipulare contratti di media durata, cercando di mediare tra l'esigenza di stabilità del rapporto di fornitura (presumibilmente anche per ridurre i tempi e i costi di stesura e firma dell'accordo) e le esigenze del settore sociale e socio-sanitario, caratterizzato da una certa dinamicità sul fronte dei bisogni e della domanda. Per poter valutare al meglio questo aspetto, sarà quindi necessario verificare la presenza o meno di clausole riguardanti i meccanismi di aggiornamento e/o revisione contrattuale, in particolar modo rispetto ai contenuti delle schede tecniche dei servizi oggetto del contratto.

Oggetto: tipologia di servizi

Come era prevedibile leggendo le stesse carte fondative delle ASP, il *focus* principale degli interventi sociali di queste aziende si è concentrato su due tipi di utenti: anziani e disabili. Conseguentemente, anche la maggior parte delle attività delegate rientrano nelle forme più tradizionali di servizio:²⁷

²⁷ Queste percentuali fanno di volta in volta riferimento al numero delle ASP analizzate che erogano quel particolare tipo di servizio. Essendovi ASP pluri-servizio, la somma di tali valori risulta superiore al 100%.

- il 76% eroga servizi di assistenza domiciliare;
- il 76% eroga servizi semi-residenziali nella forma di Centri diurni;
- il 59% ha in gestione case protette;
- il 47% eroga servizi residenziali attraverso la gestione di alloggi protetti.

Analizzando l'ampiezza del "portafoglio servizi", sono essenzialmente 3 le ASP che hanno diversificato il proprio *target* d'utenza e sono quelle realtà produttive a cui i Comuni hanno delegato anche la gestione del proprio Servizio sociale territoriale e l'accesso e il governo della complessiva rete dei servizi sociali (comprendendo quindi - a titolo di esempio - l'erogazione dei contributi economici, l'assegnazione delle case popolari, la gestione degli affidi familiari, l'inserimento lavorativo dei disabili, ecc.). Le altre 14 realtà aziendali tendono invece a specializzarsi su aree di utenza più circoscritte, anche se sono ancora poche le ASP che si occupano esclusivamente di servizi per minori (asili nido, scuole per l'infanzia, centri pomeridiani per minori, ecc.), migranti (centri di accoglienza, servizi per richiedenti asilo politico, ecc.) o nuove povertà (servizi di prossimità e a bassa soglia, ecc.).

Infine, è importante rilevare come - in fase di analisi dei documenti raccolti e di creazione di macro-categorie di classificazione dei servizi delegati - ci si è trovati di fronte a una variegata e non sempre immediata chiarezza terminologica. Infatti, in nessun contratto è stata prevista la stesura di un glossario di riferimento, dando quindi per scontata la piena e univoca comprensione dei termini utilizzati nel documento e nelle schede tecniche allegate.

Oggetto: schede tecniche

Come già detto, le schede tecniche rappresentano una parte importante del contratto di servizio, perché in esse si esplicitano in modo chiaro le prerogative della funzione di committenza nei confronti della produzione.

Nella documentazione pervenuta non è stato possibile individuare un modello univoco ed esaustivo di scheda tecnica e si è quindi deciso di tentare un'operazione di sintesi che, partendo da una lettura critica di quanto già fatto, ha portato all'elaborazione del seguente schema di riferimento, che è stato successivamente declinato per tre differenti tipologie di servizi (in allegato al presente Capitolo):

- descrizione del servizio;
- destinatari;
- orari di apertura;
- ubicazione;
- criteri di accesso;
- prestazioni offerte;
- standard qualitativi;
- rendicontazione/controllo sulla gestione (se non regolata direttamente e in modo univoco per tutti i servizi nel contratto);
- rette applicate;

- modalità di pagamento dei servizi;
- corrispettivo per la prestazione da parte dell'ente committente;
- massimali del contratto: numero max utenti serviti; numero max prestazioni erogate; spesa max sostenibile dall'ente committente.

Oggetto: forme di comunicazione e tutela degli utenti

Benché alcuni strumenti di comunicazione e tutela degli utenti siano abbastanza diffusi tra le ASP analizzate, solo per 5 realtà aziendali l'ente committente ha richiesto l'elaborazione di un piano di comunicazione integrata, nel quale definire e coordinare in modo sinergico tutti gli strumenti utili a migliorare il rapporto con la cittadinanza. In particolar modo, gli strumenti esplicitamente richiesti nei contratti sono stati:

- la Carta dei servizi: per 15 ASP su 17;
- la stesura del Bilancio sociale: per 7 ASP su 17;
- la gestione dei reclami e la periodica somministrazione di questionari di misurazione della soddisfazione/qualità percepita: 6 ASP su 17;
- meno comune è il ricorso a strumenti quali l'URP, il sito internet aziendale, l'organizzazione periodica di incontri con le associazioni degli utenti/consumatori.

Per quanto riguarda l'adozione della Carta dei servizi, è interessante osservare come 9 contratti sui 15 che la richiedevano hanno chiaramente indicato le modalità e i tempi di approvazione dello strumento, i tempi di aggiornamento dei suoi contenuti, i meccanismi organizzativi necessari per garantire la partecipazione delle associazioni di consumatori alla stesura del documento, gli indicatori-standard qualitativi da monitorare e periodicamente comunicare all'ente committente.

Oggetto: piano delle opere

Per quanto riguarda la realizzazione di opere all'interno degli accordi contrattuali, solo 4 ASP su 17 hanno previsto - peraltro in forma ipotetica - la stesura di un piano degli interventi oggetto di un'aggiuntiva convenzione tra ASP e Comuni, nel caso in cui si rendessero necessari investimenti strutturali funzionali all'erogazione dei servizi. Di fatto e coerentemente con la stessa natura immateriale e *labour intensive* dei servizi sociali, il processo di delega dei servizi è avvenuto essenzialmente utilizzando capacità produttive già presenti nell'ASP o già disponibili presso gli enti committenti. Molto più diffuso è stato il trasferimento di beni materiali di proprietà degli Enti comunali: ben 14 ASP hanno ottenuto in disponibilità immobili o beni mobili (prevalentemente automezzi) per lo svolgimento delle attività delegate. Di questi casi, 13 contratti hanno previsto un uso a titolo gratuito, mentre per una ASP tale diritto d'uso è stato concesso a titolo oneroso.

Profilo economico-finanziario

La definizione dei meccanismi di remunerazione dei servizi è stata analizzata facendo riferimento alle tipologie precedentemente illustrate:

- ripiano del disavanzo a valori consuntivi: 6 ASP;
- trasferimenti finanziari a quota forfettaria: 7 ASP;
- applicazione di tariffe definite *ex ante*: 3 ASP.

Entrando però nel merito dei contenuti delle specifiche disposizioni contrattuali, emergono delle situazioni interessanti ai fini della presente ricerca:

- nel momento in cui si sono previsti sistemi di remunerazione prospettici a tariffa, soltanto per una ASP nel contratto era stato previsto un vincolo massimo di spesa non superabile, al fine di governare eventuali comportamenti opportunistici da parte del produttore. Infatti, pur predisponendo delle forme di trasferimento basate su criteri prospettici, i contratti di 2 ASP prevedevano la copertura dell'eventuale disavanzo di gestione da parte degli Enti comunali, ossia l'applicazione *de facto* di un trasferimento a valori consuntivi.
- nel momento in cui il contratto prevedeva un aggiornamento delle remunerazioni riconosciute, solo in pochi casi sono stati individuati in modo chiaro criteri di revisione da adottare: adeguamento all'indice di inflazione ISTAT, adeguamento ai rinnovi contrattuali collettivi, adeguamento alle variazioni quali-quantitative degli utenti, ecc. Nella maggior parte dei casi la definizione di tali criteri è rimasta generica, con il rischio di favorire un approccio di adeguamento incrementale, basato sulla spesa storica.

La lettura dei profili economico-finanziari ha poi evidenziato che tra gli Enti comunali vi sono ancora difficoltà nel separare il ruolo di proprietà dal ruolo di committenza. Nei contratti di altre 5 ASP sono richiamati e/o riportati i contenuti degli accordi tra gli enti soci, in termini di criteri di ripartizione dei disavanzi dell'ente produttore. Una volta di più è necessario ricordare che questi aspetti - seppure importanti - non riguardano il rapporto tra ente produttore ed enti committenti, ma rientrano nelle dinamiche relazionali tra questi ultimi e gli enti proprietari. E per tale ragione dovrebbero avere già trovato una loro completa normazione nelle convenzioni stipulate tra i soci e nello Statuto. Il fatto che, in un contratto di servizio, l'ente committente inviti l'ASP a

... ricercare ogni forma e strumento che consenta la massima valorizzazione del patrimonio ... ad attuare una progressiva riduzione delle perdite di gestione dei servizi conferiti, in modo tale da ridurre o contenere l'intervento comunale

è piuttosto indicativo di quanta confusione vi sia in atto, che - a lungo andare - rischia di creare un vero e proprio cortocircuito istituzionale tra i vari attori del sistema.

Attività di monitoraggio

Rispetto alle attività di monitoraggio, è stato interessante rilevare come il *focus* di tali verifiche non si è limitato alla sola dimensione economica del servizio (attraverso la trasmissione dei dati di bilancio), ma che lo stesso è sempre stato integrato con la richiesta di informazioni quantitative non economiche (utenti presi in carico; ore di assistenza erogate; numero di operatori in servizi; scostamenti rispetto agli standard definiti nella carta dei servizi; ecc.) e qualitative (soddisfazione media registrata tra gli utenti; numero e tipo di reclami raccolti nel corso dell'anno; ecc.). Inoltre, per 5 ASP su 17 tali richieste non hanno natura esclusivamente consuntiva, ma prevedono da parte dell'ASP l'elaborazione e la trasmissione di un flusso intermedio di report, funzionali a un monitoraggio del servizio costante e continuo nel tempo da parte dell'ente committente.

Anche dal punto di vista procedurale, i documenti analizzati riportano in modo piuttosto puntuale e dettagliato i criteri e i tempi che le ASP devono rispettare per fare fronte a questo loro debito informativo. Addirittura, per 8 strutture è stata prevista l'attivazione di un'apposita unità organizzativa preposta alla valutazione dei servizi, composta da rappresentanti della committenza, della stessa ASP e - in taluni casi - degli utenti/clienti. Meno diffusa è la predisposizione *ex ante* delle schede che le ASP sono chiamate a compilare e che dovrebbero essere parte integrante dello stesso contratto di servizio.

Un aspetto di forte criticità riguarda la non sistematicità delle informazioni normanti tali attività di monitoraggio, che di fatto risultano essere distribuite in modo non strutturato tra le varie parti del contratto (nell'elenco degli obblighi dell'ASP; negli articoli riguardanti la gestione dei rapporti economico-finanziari; in alcuni paragrafi delle schede tecniche; ecc.). Parallelamente a questo, in molti casi i contenuti degli articoli specifici sul controllo sono apparsi privi di contenuti, riportando semplici enunciazioni di principio e non utili indicazioni operative.

Modifiche contrattuali

Sebbene l'oggetto del rapporto tra Enti comunali e ASP sia per propria natura dinamico (in quanto legato a mutevoli fenomeni sociali) e nonostante la durata dei contratti analizzati si collochi prevalentemente in un arco temporale tra i 2-5 anni (se non oltre), il tema delle modifiche contrattuali non è stato mai affrontato in modo sufficientemente strutturato. Sei ASP non hanno previsto alcun tipo di aggiornamento delle schede tecniche o dei contenuti contrattuali, ma anche nel momento in cui si sono introdotti degli articoli sul tema, gli stessi hanno affrontato la questione in modo formale e generico, senza alcuna istruzione riguardante i tempi e le modalità per attuare le modifiche necessarie. In altri casi è stato possibile ritrovare indicazioni riconducibili al tema, ma inserite tra le disposizioni riguardanti il debito informativo e/o i rapporti economici tra ASP e Comune.

È invece importante ribadire ancora come i servizi di *welfare* siano per loro natura soggetti a dinamiche che nel lungo periodo possono modificare il portafoglio degli utenti, dei servizi e conseguentemente il profilo delle spese che l'ASP dovrà sostenere (Longo,

2005). Per tale motivo risulta indispensabile prevedere a livello contrattuale meccanismi operativi atti a modificare i contenuti dell'accordo, in termini di volumi/tipo di servizi da offrire e contributi dovuti dal committente locale.

Sanzioni

Per 10 ASP non sono previste sanzioni in caso di inadempimento dei contenuti contrattuali, mentre per le restanti 7 sono previste sanzioni di tipo pecuniario. In alcuni casi, tali sanzioni sono state quantificate in modo differente (in termini percentuali sull'importo dovuto), in base al tipo di inadempimento contrattuale.

Allegati

Schema tipo di contratto e schede tecniche

Contratto di servizio

1. Premesse
2. Oggetto
3. Durata
4. Obblighi dell'ASP
5. Obblighi del Comune
6. Meccanismi di coordinamento Comune-ASP
7. Programmazione dei servizi e delle attività
8. Livelli qualitativi dei servizi
9. Accesso degli utenti
10. Carta dei servizi e altri strumenti di tutela/comunicazione con gli utenti
11. Trattamento dati personali e tutela delle *privacy*
12. Continuità del servizio
13. Programmazione delle opere
14. Conferimento e uso di beni mobili e immobili
15. Debito informativo
16. Monitoraggio sullo stato di attuazione del contratto
17. Rette a carico degli utenti
18. Modalità di riscossione
19. Interessi moratori
20. Rapporti finanziari tra Comune-ASP
21. Applicazione di sanzioni o penali
22. Modifica e aggiornamento delle schede tecniche e dei contenuti del contratto
23. Risoluzione e revoca del contratto
24. Interpretazione e Foro competente
25. Spese contrattuali e di registrazione
26. Applicazione norme del Codice civile per quanto non previsto
27. Norme transitorie e finali

Allegati

- a. Schede tecniche
- b. Scheda dei beni mobili e immobili in uso
- c. Schede del flusso informativo

Scheda tecnica - Casa di riposo per anziani	
Descrizione del servizio	Struttura residenziale a carattere socio-assistenziale destinata ad soggetti parzialmente autosufficienti o non autosufficienti di grado lieve. Oltre ad ospitalità e assistenza, offre occasioni di vita comunitaria e supporto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali, ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione delle funzioni residue.
Destinatari	Anziani, ma possono accedere alla struttura anche adulti con patologie assimilabili a quelle dell'età senile.
Orari di apertura	Tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24.
Ubicazione	Corso Italia n. 123, AAAA.
Criteri di accesso	<ul style="list-style-type: none"> • Domanda deve essere fatta allo Sportello sociale per un colloquio con l'assistente sociale al fine di accedere alla rete dei servizi socio-sanitari integrati previa valutazione dell'Unità di valutazione geriatrica - UVG. • L'UVG è composta da un geriatra, un infermiere professionale e un assistente sociale. • I posti liberi nelle strutture - sia convenzionati che non - vengono assegnati tramite una graduatoria aggiornata ogni 15 gg sulla base dei punteggi BINA (punteggio di gravità assegnato dall'UVG).
Prestazioni offerte	<p>Prestazioni assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ospitalità e assistenza tutelare diurna e notturna; • somministrazione dei pasti; • assistenza sanitaria; • assistenza infermieristica e riabilitativa in caso di bisogno; • somministrazione dei farmaci all'occorrenza; • attività sociali e di relazione; • assistenza/supervisione ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane (alzata, deambulazione, mobilità, alimentazione, igiene personale; ecc.); • ... <p>Prestazioni alberghiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fornitura dei pasti con possibilità di diete personalizzate; • pulizia quotidiana degli ambienti comuni e delle singole camere; • lavaggio degli indumenti, della biancheria intima e della biancheria alberghiera; • rifacimento letti e cambio di biancheria.
Rette applicate	<p>La retta alberghiera può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a totale carico degli utenti e/o delle loro famiglie; • a carico parziale o totale del Comune di AAAA <p>Relativamente all'anno 2010 la retta giornaliera è stabilita in 53,00 Euro.</p>

(continua)

I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna.
Linee guida per il governo dei rapporti di committenza

Modalità di pagamento dei servizi	I servizi attivati saranno a pagamento sulla base della retta indicata. L'utente verserà il corrispettivo dovuto direttamente all'ASP che emetterà apposita fattura mensile posticipata. In caso di riduzioni o esenzioni concesse dal Comune, il Comune integrerà all'ASP la quota residua della tariffa non corrisposta dall'utente, secondo le modalità previste dal contratto di servizio.
Standard qualitativi	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione del PAI entro 10 gg dalla presa in carico e aggiornamento ogni 6 mesi. • Minuti di assistenza giornaliera per ospite: 97. • Almeno un bagno assistito settimanale per ospite. • Almeno una visita mensile del podologo. • ...
Rendicontazione e controllo sulla gestione	<p>L'ente erogatore semestralmente invia al Comune committente una relazione documentata con indicazione delle seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. utenti presenti a inizio periodo, entrati in struttura e usciti; • n. PAI elaborati e aggiornati; • n. bagni assistiti svolti nel periodo; • tasso di turnazione del personale; • ore di formazione erogata/n. personale; • dati della contabilità analitica attinenti al centro di costo (costi di natura alberghiera e amministrativa); • ...
Soglia massima di produzione	Dato dai PL disponibili (230) x 365 giorni = 83.950 gg di assistenza residenziale garantite.

Scheda tecnica - Assistenza domiciliare	
Descrizione del servizio	Prestazioni socio-assistenziali erogate a domicilio dell'anziano o dell'adulto parzialmente autosufficiente o non autosufficiente. L'obiettivo del servizio è quello di mantenere la persona non autosufficiente nel proprio ambiente domestico, il tutto predisponendo (in base al Progetto individualizzato di vita e di cure) pacchetti personalizzati di interventi focalizzati sulla persona e sulla sua famiglia.
Destinatari	I destinatari del servizio sono le persone over65enni con limitazioni dell'autonomia. Possono essere ammesse altresì persone con età inferiore ai 65 anni - fino ai 50 anni - che presentino patologie assimilabili all'età senile.
Criteri di accesso	Attraverso l'elaborazione del Progetto individualizzato di vita e di cure definito dai Servizi sociali territoriali del Comune AAAA.
Orari di apertura	Le prestazioni assistenziali a domicilio sono fornite nei seguenti orari: <ul style="list-style-type: none">• orario diurno feriale dalle h. 7.30 alle h. 19;• orario festivo dalle h. 7.30 alle h. 14;• orario notturno, qualora si renda necessario per particolari prestazioni: dalle h. 20 alle h. 7.
Prestazioni offerte	<p>Prestazioni per l'autonomia individuale:</p> <ul style="list-style-type: none">• bagno assistito;• attività di prevenzioni delle piaghe da decubito;• alzata e rimessa a letto;• vestizione;• deambulazione assistita nell'abitazione;• aiuto nella somministrazione dei pasti;• aiuto nella preparazione dei pasti;• pedicure/manicure;• controllo nella corretta assunzione dei farmaci;• igiene e riordino dell'ambiente domestico. <p>Interventi di segretariato sociale:</p> <ul style="list-style-type: none">• spesa;• consegna farmaci;• espletamento di pratiche burocratiche.

(continua)

<p>Rette applicate</p>	<p>Prestazioni per l'autonomia individuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bagno assistito: 3,50 Euro cad. • attività di prevenzioni delle piaghe da decubito: 1,50 Euro cad. • alzata e rimessa a letto: 1,50 Euro cad. • ... <p>Interventi di segretariato sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spesa: 2 Euro cad. • consegna farmaci: 2 Euro cad. • espletamento di pratiche burocratiche: 2 Euro cad. <p>Con decorrenza 1 gennaio 2011 le rette saranno aggiornate annualmente all'indice ISTAT al 31 dicembre dell'anno precedente. Sono possibili ulteriori adeguamenti connessi alle mutate e documentate condizioni di erogazione, in modo particolare per quanto riguarda modifiche contrattuali del personale impiegato. Tutti gli adeguamenti saranno concordati in base a quanto stabilito nell'art. 19 del Contratto di servizio "Modifiche delle schede tecniche".</p>
<p>Modalità di pagamento dei servizi</p>	<p>L'utente verserà il corrispettivo dovuto direttamente all'ASP che emetterà apposita fattura mensile posticipata. In caso di riduzioni o esenzioni concesse dal Comune AAAA, il Comune AAAA integrerà all'ASP la quota residua della tariffa non corrisposta dall'utente, secondo le modalità previste dal Contratto di servizio.</p>
<p>Standard qualitativi</p>	<p>Tempi di accesso e attivazione del servizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • entro 3 gg successivi alla segnalazione; • entro 20 gg dalla presa in carico stesura del PAI definitivo di cura. <p>Procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riunioni d'<i>équipe</i> almeno a cadenza quindicinale; • incontro quindicinale tra l'assistente sociale del Comune AAAA con l'<i>équipe</i> del SAD per la verifica dei PAI. <p>Personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • limitare il <i>turnover</i> degli operatori per garantire una continuità relazionale con l'anziano/utente: 3 operatori per singolo utente nell'arco dell'anno; • formazione e aggiornamento degli operatori: min. 8 ore annuali per operatore; • ...

(continua)

Rendicontazione e controllo sulla gestione	<p>L'Ente erogatore semestralmente invia al Comune committente una relazione documentata con indicazione delle seguenti informazioni:</p> <p>in relazione all'utenza anziana in carico al servizio:</p> <ul style="list-style-type: none">• n. utenti seguiti;• tipologie di PAI;• n. accessi realizzati;• n. e tipologia di prestazioni erogate;• ... <p>in relazione alle modalità di organizzazione del lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none">• n. incontri di <i>équipe</i>;• tasso di turnazione del personale;• ore di formazione erogata / numero personale;• ...
Soglia massima di produzione e spesa	<p>L'obiettivo da raggiungere nel 2010 è di assistere, con le modalità previste nella presente scheda, circa 1.200 persone erogando circa 23.000 ore.</p> <p>Salvo quanto previsto nell'art. 20 del contratto di servizio "Modalità di revoca dal contratto" e previa verifica della qualità garantita in base a quanto regolato dalla presente scheda tecnica, il corrispettivo per il servizio a carico del Comune relativamente all'anno 2010 (periodo da gennaio a dicembre) è complessivamente stimato in 1.430.000 Euro.</p> <p>A partire dal mese di settembre di ogni anno ed entro la fine del mese di novembre, i rappresentanti del Comune AAAA e dell'ASP si incontreranno per ridefinire gli obiettivi e il <i>budget</i> di spesa del servizio per il nuovo anno, partendo dall'analisi dei bisogni del territorio, dagli obiettivi previsti nei documenti di programmazione zonale e dai dati di costo rilevati nel corso dell'anno.</p>

Scheda tecnica - Ristorazione scolastica	
Descrizione del servizio	Produzione dei pasti, confezionamento, trasporto, approntamento refettori, distribuzione dei pasti, pulizia dei tavoli e dei refettori e di quanto usato per il servizio produzione.
Destinatari	Alunni e personale docente delle scuola materna, elementare e media del Comune di AAAA.
Ubicazione	La preparazione dei pasti (produzione e confezionamento) avverrà presso la cucina dell'ASP, mentre la loro distribuzione/consumo nei refettori ubicati presso le singole scuole: <ul style="list-style-type: none"> • Scuola materna Collodi, via Milano 1; • Scuola elementare Foscolo, via Roma 2; • Scuola media Manzoni, via Napoli 3.
Criteri di accesso	Per gli alunni della scuola materna il servizio è compreso nella retta mensile pagata al Comune. Per gli alunni della scuola elementare e media, l'accesso al servizio è possibile previa consegna del buono mensa acquistabile presso l'Ufficio AAAA del Comune (aperto da lunedì a venerdì, dalle 9.00 alle 13.00).
Prestazioni offerte	L'ASP provvederà a: <ul style="list-style-type: none"> • preparazione dei pasti presso la propria cucina secondo quanto stabilito negli standard qualitativi della presente scheda tecnica; • trasporto dei pasti presso i refettori delle sedi scolastiche precedentemente indicate; • predisposizione del refettorio (preparazione dei tavoli per i pasti); • distribuzione dei pasti (scodellamento); • pulizia e riordino dei tavoli e dei refettori dopo i pasti; • lavaggio e riordino delle stoviglie, piatti, bicchieri, posate e pentole; • gestione dei rifiuti; • ...
Rette applicate	Per gli alunni della scuola materna il servizio è compreso nella retta mensile pagata al Comune; per gli alunni delle scuole elementare e media, per l'anno 2010 ogni singolo buono costa 2,50 €.

(continua)

<p>Corrispettivo per la prestazione</p>	<p>Il corrispettivo che il Comune AAAA dovrà pagare all'ASP per il servizio prestato sarà determinato dal numero dei pasti effettivamente consumati.</p> <p>L'importo unitario pattuito è pari a € 4,81 + IVA al 4% per un importo complessivo di € 5,00.</p> <p>L'importo complessivo presunto annuo della presente convenzione è quantificato in € 120.160 (di cui € 4.807 per IVA).</p> <p>Il prezzo dovrà restare invariato fino al 31/12/2010. Con decorrenza 1/1/2011 le tariffe saranno aggiornate annualmente all'indice ISTAT al 31/12 dell'anno precedente.</p> <p>Sono possibili ulteriori adeguamenti connessi alle mutate e documentate condizioni di erogazione.</p> <p>Tutti gli adeguamenti saranno concordati fra i due Enti, in base a quanto stabilito nell'art. 19 del contratto di servizio "Modifiche delle schede tecniche".</p> <p>Il pagamento verrà effettuato mediante emissione di mandato a 30 gg dalla data di ricevimento delle fatture mensili, sempreché non sia stata constatata l'irregolarità o insufficienza del servizio.</p>
<p>Standard qualitativi</p>	<p>Il Servizio fornitura pasti dovrà essere effettuato tutti i giorni con esclusione del sabato, dei giorni festivi, dei periodi di vacanze e per la durata dell'intero anno scolastico.</p> <p>Gli orari di distribuzione dei pasti sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pranzo scuola materna: ore 12.00; • pranzo scuola elementare: ore 12.30; • pranzo scuola media: ore 13.00. <p>I menu settimanali e mensili sono predisposti dal Servizio dietetico del Comune. L'ASP è vincolata al rigoroso rispetto dei menù previsti.</p> <p>Il pasto giornaliero è costituito da: primo piatto, secondo piatto, contorno, pane, frutta di stagione (cotta o cruda, offerta in non meno di tre diversi gusti nella medesima settimana) o dessert e acqua minerale.</p> <p>Etc.</p>
<p>Rendicontazione e controllo sulla gestione</p>	<p>L'ASP mensilmente invia al Comune una relazione documentata con le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. pasti effettivamente consumanti durante il mese; • documentazione attinente il rispetto delle norme ISO e procedure igienico-sanitarie nelle diverse fasi del servizio; • ...
<p>Soglia massima di produzione</p>	<p>Il numero annuale di pasti che l'ASP deve garantire per singolo istituto scolastico sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scuola materna: 10.054; • scuola elementare: 13.588; • scuola media: 390.

5. Conclusioni e indicazioni per il futuro

Dalle informazioni raccolte, emerge in modo assai chiaro la difficoltà che molti Enti locali e ASP hanno incontrato nell'uso dello strumento contrattuale. Tra i casi osservati, si riscontra una limitata abilità nell'articolare in modo specifico i contenuti di tale documento, tanto che è possibile ritrovare enunciati pressoché identici, nonostante gli stessi dovrebbero regolare rapporti di committenza e fornitura assai differenti tra loro. Tale livello di puntualizzazione - il più delle volte solo formale - non si ritrova invece nella definizione delle schede tecniche, che risultano più lacunose e imprecise, in quanto spesse volte in esse manca la definizione di:

- standard qualitativi e quantitativi richiesti al produttore;
- adeguati sistemi di monitoraggio e controllo delle prestazioni erogate;
- precise regole per l'aggiornamento dei contenuti dell'accordo e il suo adeguamento alle mutevoli esigenze del territorio.

In altri termini, dalla lettura dei documenti a disposizione sembra emergere una certa difficoltà nel rendere il contenuto del contratto qualcosa di aderente e funzionale al buon funzionamento dei rapporti tra le parti e al governo del servizio.

Del resto, la semplice stesura di un buon contratto non garantisce automaticamente un'efficace ed efficiente *partnership* tra committente e produttore (Migale, 2004). La definizione di clausole rigorose e dettagliate è condizione necessaria ma non sufficiente per eliminare l'insorgere di possibili controversie. La qualità dei rapporti che si vengono a creare tra soggetto affidatario e soggetto produttore dipende in buona misura dallo sviluppo di un clima di reciproca conoscenza e fiducia (Manfredi, 1998; Gianfelici, 2008). Un recente lavoro di ricerca condotto in alcuni Comuni italiani (Sicilia, in corso di pubblicazione) ha evidenziato come i risultati migliori si hanno nel momento in cui l'approccio formale è sapientemente coniugato a un approccio relazionale, ossia in quelle situazioni in cui la prevenzione e gestione delle eventuali - e inevitabili - controversie avviene attraverso la comunicazione, il confronto e la negoziazione tra le parti. Peraltro, lo sviluppo e il mantenimento di tali componenti intangibili genera effetti positivi, con un contenimento dei costi di transazione.

Inoltre, non si può ignorare che per l'Ente locale la scelta di assicurare l'offerta dei servizi necessari attraverso altri soggetti implica una serie di cambiamenti organizzativi, che dovranno essere adeguatamente valutati e governati (Dipartimento della Funzione pubblica, 2006). In particolar modo, le principali questioni da tenere in considerazione sono:

- accompagnare il processo di committenza, tanto più se questo comporterà una ridefinizione dei ruoli interni e l'assegnazione di nuove competenze tra le risorse umane precedentemente impiegate nei servizi ceduti all'esterno. Infatti, un presidio

debole di tali aspetti può incontrare resistenze ed è quindi importante guidare il cambiamento con interventi formativi e/o di supporto, al fine di contenere eventuali "ansie organizzative". Tale questione risulterà ancora più critica nel momento in cui è previsto un piano di mobilità del personale comunale, se non addirittura soluzioni di *outplacement*;

- fare un serio investimento affinché i Comuni (singoli, ma ancor più associati) imparino a non essere più gestori, ma registi della propria rete di servizi, utilizzando in modo strategico la committenza e valorizzando al massimo l'apporto del soggetto produttore. In altri termini, è necessario che nell'Ente locale si formino professionalità in grado di redigere un buon documento di regolazione della committenza e gestire i rapporti con gli enti produttori (ASP, imprese *for profit*, cooperative, soggetti del Terzo settore), attraverso l'uso di adeguati strumenti di *network management* (Meneguzzo, Cepiku, 2008).

Rispetto a quest'ultimo punto - strettamente legato alla capacità dell'Ente locale di fare *governance* - quali considerazioni possono essere fatte, osservando i dati della ricerca? A che punto il processo di riforma disegnato dalla LR n. 2/2003 si è concretamente realizzato, rispetto al ruolo degli Enti locali e al loro rapporto con le ASP?

Dall'analisi dei contratti raccolti sembra che parte delle Amministrazioni comunali facciano molta fatica a svolgere la "funzione di regia" loro assegnata e che alcune ASP incontrino difficoltà nell'occupare un preciso ruolo all'interno del più ampio sistema di *welfare* locale. Tali valutazioni possono essere fatte considerando che:

- solo il 39% delle ASP ha in atto accordi contrattuali con i propri Comuni di riferimento;
- solo il 30% delle realtà pluri-comunali sono riuscite a stipulare un contratto unitario a livello distrettuale;
- il 47% degli accordi stipulati non hanno di fatto previsto alcun coinvolgimento delle Aziende USL.

Molteplici possono essere le ragioni di tali risultati, tra cui i più importanti sono:

- una non chiara definizione delle regole di funzionamento della *corporate governance* interna alle ASP, che di fatto rende complessa la gestione dei rapporti tra gli Enti comunali nella loro doppia veste di soggetti proprietari e committenti. Quando queste regole non sono chiare è molto difficile giungere a un accordo unitario tra le parti, in particolar modo per quanto riguarda alcuni importanti aspetti, tra cui:
 - la determinazione delle tariffe a carico degli utenti;
 - la definizione della remunerazione al soggetto produttore;
 - i criteri di copertura degli eventuali disavanzi di gestione;
- un supporto formativo assente, che di fatto avrebbe consentito una più puntuale e precisa stesura dei contratti di servizio e un più facile passaggio dalla gestione diretta (in capo agli stessi Enti locali) alla gestione esternalizzata (in capo alle ASP);

- un quadro normativo che non ha fatto completa chiarezza rispetto al livello di autonomia riconosciuto alle ASP. Infatti, allo stato attuale, non è possibile dire con certezza se le ASP possano o non possano erogare servizi diversi da quelli loro commissionati dagli Enti locali e quindi non rientranti nei contratti con loro stipulati. Dal punto di vista economico-aziendale questa libertà di gestione non soltanto è legittima,²⁸ ma pure auspicabile al fine di:
 - valorizzare le capacità di sperimentazione e innovazione sociale che già caratterizzavano molte ex IPAB;
 - favorire l'introduzione di logiche manageriali, in quanto funzionali al conseguimento di risultati più efficienti ed efficaci;
- una normativa in tema di accreditamento dei servizi che - sovrapponendosi temporalmente al processo di aziendalizzazione delle ex IPAB - ha di fatto rallentato i rapporti tra ASP e Comuni, in attesa di conoscere quali nuove regole governeranno i rapporti tra committenti e produttori. Peraltro, tale situazione è risultata ancora più complessa di quello che già poteva essere per la sovrapposizione terminologica proposta, in quanto si parla di "contratto di servizio" anche per regolare il sistema accreditamento (al riguardo si veda *Box 3*);
- infine, ma non meno importante, un processo di riforma che ha sottovalutato le complessità legate al processo di fusione/unione delle ex IPAB in termini di riassetto istituzionale e organizzativo, condivisione e omogeneizzazione delle pre-esistenti prassi operative/produttive, ricostruzione di un'unitaria identità e cultura aziendale.

Risulta quindi più che mai necessario fare un po' di ordine tra i molteplici rapporti che si possono instaurare tra Enti locali e ASP, per quanto riguarda i contenuti della relazione, i ruoli assunti di volta in volta dalle controparti e gli strumenti più consoni per il governo della stessa (*Tabella 3*).

A livello strategico si possono individuare due tipi di relazioni:

- l'ASP è riconosciuta come soggetto statutariamente autonomo che partecipa alla definizione dei contenuti del Piano di zona, dall'analisi dei bisogni che il territorio esprime, all'individuazione degli obiettivi che si intendono perseguire, sino alla definizione del *mix* di offerta che gli attori della rete dei servizi si impegnano a sviluppare/garantire. In tale veste - e avendo tra gli altri come interlocutori gli stessi Enti locali - firmerà l'accordo di programma con cui il Piano di zona diviene strumento di programmazione sociale a livello distrettuale;

²⁸ Infatti, per poter erogare dei servizi non previsti negli accordi con i propri Comuni di riferimento, l'ASP deve comunque ricevere una formale autorizzazione da parte dell'Assemblea dei soci, attraverso l'approvazione del piano programmatico aziendale e i bilanci di previsione redatti e presentati su proposta del Consiglio di amministrazione. Nel caso in cui tali servizi generassero utili, gli stessi sarebbero reinvestiti nell'attività istituzionale dell'ente e andrebbero a consolidarne la situazione patrimoniale. Nel caso di perdite, le stesse verranno coperte dai Comuni soci, coerentemente agli accordi tra loro stipulati.

- l'Assemblea dei soci (tra cui vi sono anche gli Enti locali) approva il piano strategico aziendale e i correlati bilanci di previsione, su proposta del Consiglio di amministrazione. All'interno di tali programmi - che dovranno risultare coerenti con il sottoscritto accordo di programma, pur non essendone perfettamente coincidenti - saranno indicati gli obiettivi (economici e non) assegnati nel medio-lungo termine all'azienda e i relativi ambiti di attività entro cui operare.

A livello di gestione, invece, i legami tra ASP ed Enti locali saranno regolati da due differenti tipologie contrattuali:

- i contratti di servizio indicati nella Delibera Consiglio regionale n. 624/2004, per la gestione del rapporto committenza-fornitura dei servizi socio-sanitari non accreditabili;
- i contratti di servizio indicati nella Delibera Giunta regionale n. 514/2009, per la gestione del rapporto committenza-fornitura dei servizi socio-sanitari da accreditare.

A parere di chi scrive, il processo di riforma del *welfare* regionale potrà proseguire il cammino avviato nel 2003 e conseguire gli obiettivi che si era posto solo nel momento in cui si garantirà alle ASP di assumere - in modo chiaro e autonomo - quel ruolo che la stessa normativa regionale gli riconosce all'interno della rete degli interventi sociali e di sostegno alla persona.

Tabella 3. Schema di sintesi delle relazioni tra ASP ed Ente locale, distinte per contenuto e strumenti di governo

	Contenuto del rapporto	Ruolo dell'ASP	Ruolo dell'Ente locale	Strumento di governo
Livello strategico	Analisi dei bisogni, definizione degli obiettivi distrettuali, definizione del mix di offerta distrettuale	Partner all'interno della programmazione zonale	Partner (con ruolo di regia) all'interno della programmazione zonale	Accordo di programma del Piano di zona
	Conseguimento dei risultati strategici, nel rispetto di vincoli di bilancio	Azienda di proprietà	Soggetto proprietario/socio dell'ASP	Piano strategico e bilanci preventivi con delibera assembleare
Livello gestionale	Conferimento della gestione del servizio	Fornitore di servizi non accreditati	Soggetto committente dell'ASP	Contratto di servizio Delibera Consiglio regionale n. 624/2004
	Regolazione dell'accreditamento	Concessionario di servizi accreditati	Soggetto committente dell'ASP	Contratto di servizio Delibera Giunta regionale n. 514/2009

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. *Le aziende pubbliche dei servizi alla persona nel Comune di Bologna*. Bononia University Press, Bologna, 2007.
- Airoidi G., Brunetti G., Coda V. *Economia aziendale*. Il Mulino, Bologna, 1994.
- Barbarti E. Il contratto di servizio tra Comune di Bologna ed ASP. In AA.VV. *Le aziende pubbliche dei servizi alla persona nel Comune di Bologna*. Bononia University Press, Bologna, 2007.
- Bassoli M., Polizzi, E. *Spaghetti governance. La partecipazione della società civile nelle politiche locali*. FrancoAngeli, Milano (in corso di pubblicazione).
- Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E. *Il Piano di zona. Costruzione, gestione e valutazione*. Carocci Faber, Roma, 2004.
- Borgonovi E. Che fine hanno fatto le riforme? *Azienda Pubblica*, n. 3, 1999.
- Borgonovi E. *Ripensare le amministrazioni pubbliche*. Egea, Milano, 2004.
- Borgonovi E., Fattore G., Longo F. *Management delle istituzioni pubbliche*. Egea, Milano, 2009.
- Cantù E., Jommi C. I sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie: un aggiornamento al 2000 per cinque realtà regionali. In Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*. Egea, Milano, 2002.
- Caperchione E. *Il governo e la gestione delle aziende pubbliche e private di servizio alla persona. Il processo di riforma delle IPAB*. Giappichelli Editore, Torino, 2004.
- Colozzi I. *Le nuove politiche sociali*. Carocci Editore, Roma, 2002.
- D'Orsogna M., Erspamer A. Il contratto di servizio. In Mangiameli S. (a cura di). *I servizi pubblici locali*. Giappichelli Editore, Torino, 2008.
- Dalla Mura F. *Pubblica Amministrazione e no profit. Guida ai rapporti innovativi nel quadro della Legge 328/2000*. Carocci Faber, Roma, 2003.
- Donati P. *Ripensare il Welfare*. FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Fazzi L. *Il welfare mix in Italia: primi passi*. FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Fosti G. "Controllo politico e autonomia per l'azienda sociale", nota didattica SDA Bocconi, Milano, 2002.
- Franzoni F., Anconelli M. *La rete dei servizi alla persona*. Carocci Faber, Roma, 2003.
- Gabbuti S., Tretola L. (a cura di). *Il contratto di servizio: elementi per la redazione e la gestione*. Formez, Roma, 2004.
- Gandini G. L'evoluzione della governance nel processo di trasformazione delle IPAB, Paper n. 60, Università degli studi di Brescia - Dipartimento di Economia aziendale, 2006.
- Gianfelici C. *I servizi pubblici locali in outsourcing. Le funzioni di indirizzo e controllo dei Comuni*. FrancoAngeli, Milano, 2008.

- Gneccchi F. I rapporti tra enti locali e imprese di pubblici servizi. *Symphonya. Emerging Issue in Management*, n. 1, 2004
- Gori C. (a cura di). *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*. Carocci, Roma, 2005.
- Levaggi R., Capri S. *Economia sanitaria*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Liguori F. *I servizi pubblici locali*. Giappichelli Editore, Torino, 2007.
- Longo F. (a cura di). *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione*. Egea, Milano, 2000.
- Longo F. Aziende sociali comunali: rischi e benefici. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 1, 2004.
- Longo F. *Governance dei network di pubblico interesse. Logiche e strumenti operativi aziendali*. Egea, Milano, 2005.
- Manfredi F. Il paradigma della competizione collaborativa come modello per la gestione dei rapporti tra soggetti pubblici e privati. *Azienda Pubblica*, n. 5, 1998.
- Meneguzzo M. Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sull'amministrazione pubblica. *Azienda Pubblica*, n. 1, 1997a.
- Meneguzzo M. Ripensare la modernizzazione amministrativa e il New Public Management. L'esperienza italiana: innovazione dal basso e sviluppo della governance locale. *Azienda Pubblica*, n. 6, 1997b.
- Meneguzzo M., Cepiku D. (a cura di). *Network pubblici: strategia, struttura e governance*. McGraw-Hill, Milano, 2008.
- Migale L. *I servizi pubblici locali: esternalizzazione, contratti e controllo*. Giappichelli Editore, Torino, 2004.
- Montanelli R., Turrini A. *La governance locale nei servizi locali*. Egea, Milano, 2006.
- Osborne D., Gaebler T. *Dirigere e governare*. Garzanti, Milano, 1995.
- Osborne S.P. (a cura). *Public-Private Partnership. Theory and practice in international perspective*. Routledge, Londra, 2000.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione pubblica. *L'esternalizzazione strategica nella amministrazioni pubbliche*. Rubettino, Soveria Mannelli (CZ), 2006.
- Regione Emilia-Romagna. *La trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza. Verso le Aziende pubbliche di servizi alla persona*. 2005.
http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/documentazione/Opuscolo_IPAB.htm (ultimo accesso maggio 2010)
- Rhodes R.A.W. The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44 (4): 652-667, 2006 (prima versione dell'articolo: 1996).
- Sama R. La Riforma delle IPAB nella Regione Emilia-Romagna. In AA.VV. *Le aziende pubbliche dei servizi alla persona nel Comune di Bologna*. Bononia University Press, Bologna, 2007.

- Sangiuliano R. (a cura di). *Le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza (IPAB)*. Edizioni Simone, Napoli, 2007.
- Santuari A. Le IPAB tra fondazioni di diritto privato e aziende pubbliche di servizi alla persona: un'analisi delle legislazioni regionali. In Fiorentini G. (a cura di). *I Servizi Sanitari in Italia 2004*. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Sapone A. Dalla istituzione delle IPAB ai primi tentativi di riforma. In AA.VV. *Le aziende pubbliche dei servizi alla persona nel Comune di Bologna*. Bononia University Press, Bologna, 2007.
- Sicilia M. La contrattazione formale e relazionale a supporto dei processi di esternalizzazione dei servizi pubblici locali. *Azienda Pubblica* (in corso di pubblicazione).
- Sicilia M., Tanzi E. Sistemi tariffari per la remunerazione del long-term care. *Mecosan*, 50: 37-47, 2004.
- Sorace D. *Diritto delle Amministrazioni pubbliche. Una introduzione*. CEDAM, Padova, 2004.
- Spadoni B. Il contratto di servizio nella regolazione e nella liberalizzazione dei servizi pubblici locali. Tratto da *Diritto dei servizi pubblici*, 2004.
<http://www.dirittodeiservizipubblici.it/articoli/articolo.asp?sezione=dettarticolo&id=82>
(ultimo accesso maggio 2010)
- Tanzi E. La qualità e il miglioramento del servizio nelle aziende non profit. In Bandini F. (a cura di). *Manuale di economia delle aziende non profit*. CEDAM, Padova, 2003.
- Valotti G. *La riforma delle autonomie locali: dal sistema all'azienda*. Egea, Milano, 2000.
- Zangrandi A. *Management pubblico e crisi finanziaria*, Egea, Milano, 2003.
- Zuffada E. *Amministrazioni pubbliche ed aziende private. Le relazioni di collaborazione*. Egea, Milano, 2000.

Riferimenti normativi (in ordine cronologico)

- Regno d'Italia Legge 17 luglio 1890, n. 6972, *Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*.
- Corte Costituzionale. Sentenza 30 luglio 1981, n. 173.
- Corte Costituzionale. Sentenza 7 aprile 1988, n. 396.
- Repubblica Italiana. Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.
- Repubblica Italiana. Decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, *Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della Legge 8 novembre 2000, n. 328*.
- Regione Emilia-Romagna. Legge regionale n. 2 del 12 marzo 2003, *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

- Regione Emilia-Romagna. Delibera Consiglio regionale n. 623 del 9 dicembre 2004, *Direttiva per la trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in Aziende pubbliche di servizi alla persona ai sensi dell'articolo 23 della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2.*
- Regione Emilia-Romagna. Delibera Consiglio regionale n. 624 del 9 dicembre 2004, *Definizione di norme e principi che regolano l'autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria delle aziende pubbliche di servizi alla persona secondo quanto previsto all'articolo 22, comma 1, lettera d) della Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2.*
- Regione Emilia-Romagna. Deliberazione della Giunta regionale n. 284 del 14 febbraio 2005, *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 LR n. 2/2003 e delibera del Consiglio regionale n. 623/2004.*
- Regione Emilia-Romagna. Deliberazione della Giunta regionale n. 722 del 22 maggio 2006, *Piano di trasformazione delle Aziende Pubbliche di Servizi alla persona - Ulteriori chiarimenti e precisazioni.*
- Regione Emilia-Romagna. Deliberazione della Giunta regionale n. 514 del 20 aprile 2009, *Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della LR 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari.*

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPEL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (*)

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

2001

- 47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
- 51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
- 58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

- 60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
- 61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
- 62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
- 65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
- 66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
- 67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
- 68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
- 69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
- 70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
- 71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
- 74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
- 75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

- 76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)

78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.

- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

141. Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
167. La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
171. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

172. La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
173. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
174. I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
175. Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)

- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)

