

Metodologie e strumenti di lavoro per la riprogettazione e implementazione di un nuovo modello aziendale di Porta Unitaria di Accesso (PUA)

Maria Femiano (ASL Napoli 2 Nord, Italia)

Roberta Pelliccia (ASL Napoli 2 Nord, Italia)

Abstract In order to solve the excessive fragmentation of the services and the complexity of health needs, to reduce the improper request, ASL Napoli 2 Nord commenced a reorganization of the procedures for the unanimous access to the health system. Furthermore, it created actions to cope with the patients' demands and to replan the integrative system of health care. The daily management of the health system, based on the improving replanning organisational model through the bottom up system, forged an easier access to create homogeneity between the government of the demand and supply system, approved by all local and sanitary authorities, to simplify the ideation of integrative services.

Sommario 1. La Porta Unitaria di Accesso (PUA). – 2. La metodologia di lavoro per l'implementazione del Modello aziendale. – 3. La formazione quale strumento di facilitazione del cambiamento organizzativo. – 4. Conclusioni.

Keywords Access. Model. Changing.

1 La Porta Unitaria di Accesso (PUA): il modello organizzativo della ASL Napoli 2 Nord

La percezione corrente dello stato attuale dei sistemi socio-sanitari configura traiettorie che trovano nella variabilità delle pratiche in ogni settore, nella eccessiva frammentazione delle risposte nonché nella mancata valutazione della qualità e dei costi, il paradigma della debolezza implicita dei sistemi stessi e il presupposto della diffusa mancanza di soddisfazione da parte degli utenti. Tali distorsioni sono ulteriormente accentuate dal generale livello di crisi di sostenibilità in cui rimangono i nostri sistemi di welfare – a causa delle poche certezze relative alle risorse disponibili, in verità sempre più scarse – col rischio concreto che si scarichi sul cittadino l'onere di ricomporre, da un lato le frammentazioni legate all'accesso, dall'altro quelle inerenti i sistemi di offerta.

Abbiamo deciso pertanto di iniziare il presente articolo con una slide

che ben descrive i suddetti accadimenti e che enfatizza come, pur in presenza di un unico soggetto finanziatore, il SSN/SSR (Sistema Sanitario Nazionale/Regionale), la frammentazione dei 'contenitori' e degli 'oggetti' di finanziamento finisce per determinare la frammentazione operativo/gestionale, con i descritti negativi riverberi in termini di qualità dell'assistenza stessa e della tenuta complessiva.



Figura 1. Sistemi socio-sanitari: stato attuale

Per migliorare la salute dei cittadini e garantire maggiore sostenibilità dei sistemi sanitari, la Comunità Europea, per altro, ha da sempre adottato azioni volte a: intraprendere le riforme necessarie *per garantire* sistemi sanitari innovativi e sostenibili (come la sanità elettronica, e-health,¹ che indica nei prodotti, servizi e processi sanitari, cambiamenti di ordine organizzativo nei sistemi sanitari e nuove competenze; ottimizzare l'accesso a un'assistenza sanitaria più efficace e più sicura per i cittadini.

All'interno di tali contesti nazionali, regionali e sovranazionali, in particolare l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, *al fine di* rispondere all'eccessiva frammentazione dei servizi, unita alla complessità dei bisogni di cura che esigono risposte molteplici, articolate e unitarie, ha avviato, da diversi anni, una riorganizzazione dei propri servizi, partendo da un cambiamento del modello organizzativo (così come riportato di seguito) e individuando un modello assistenziale che fa del governo della domanda,

¹ L'e-health riguarda l'interazione tra pazienti e prestatori di servizi sanitari, la trasmissione di dati tra le varie istituzioni o la comunicazione *inter pares* tra pazienti e/o professionisti in ambito sanitario.

del recupero di appropriatezza e della ricomposizione dell'offerta i propri cardini logici. Il governo della domanda (Bianchi 1999) fonda le proprie coerenze sull'opzione strategica che sia necessario ricercare modalità di analisi dei bisogni incentrate sull'approfondimento dei meccanismi di formazione della domanda. È pertanto necessaria la condivisione dell'assunto culturale che soltanto la conoscenza del bisogno reale consente l'individuazione e l'eliminazione della domanda indotta, per cui l'appropriatezza è da ricercarsi non soltanto nella risposta erogativa quanto anche - e soprattutto - nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa; vera sfida, questa, della committenza: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, vanno ricercata la modalità dell'intervento nonché l'ambito di cura più appropriati, nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante di percorsi ugualmente efficaci.

Il presente articolo verte proprio su questa dimensione, rinviando a successiva pubblicazione le traiettorie operative poste in essere per il recupero di appropriatezza e la ricomposizione dell'offerta (Bianchi 2002) di cui però - si tiene qui a precisare - i meccanismi di governo della domanda rappresentano presupposto indispensabile.

Il cittadino non è tenuto a conoscere a quale punto di ingresso al sistema deve rivolgersi per ogni singolo servizio e, d'altro canto, la ASL rischia di accumulare deficit informativo, crescente sui bisogni reali, se non attiva una 'centralizzazione' del dato.

Da questo punto di vista si è innanzitutto definito il cambiamento come processo e individuato che proprio le incongruenze, le incoerenze e gli scarti possono costituire non difetti da correggere, ma leve potenziali di cambiamento (Mortara 1989). A volte «la funzione latente» di una pubblica amministrazione - come afferma Merton (1992) - ostacola il cambiamento, l'adozione di comportamenti atti a difendere i privilegi acquisiti e le proprie certezze anziché il punto di vista del pubblico (utenti) che richiede servizi e prestazioni.

Secondo Schon e Argyris (1998) il cambiamento è difatti un'organizzazione che apprende, che sviluppa le pratiche dei processi orientati a facilitare la costruzione di conoscenza, il trasferimento delle competenze, in una prospettiva di adattamento continuo alle perturbazioni socio-ambientali e riprogettazione di se stessa.

Insomma, il punto di partenza è che il cambiamento si realizza solo se sono attivati e coinvolti i soggetti direttamente interessati: innanzitutto il personale interno ai vari livelli, le dimensioni organizzative e operative concrete, le culture e le pratiche. Come sostiene Ruffini (1998), in generale un sistema organizzativo è caratterizzato da significativi livelli di complessità, che generano un elevato bisogno di integrazione e rendono necessaria l'attivazione di numerosi meccanismi di coordinamento, anche di tipo non strutturale, dove l'efficacia delle prestazioni dipende sempre

meno dall'imprescindibile contributo del singolo operatore e maggiormente dalle molteplici figure di operatori coinvolti *nella* rete.

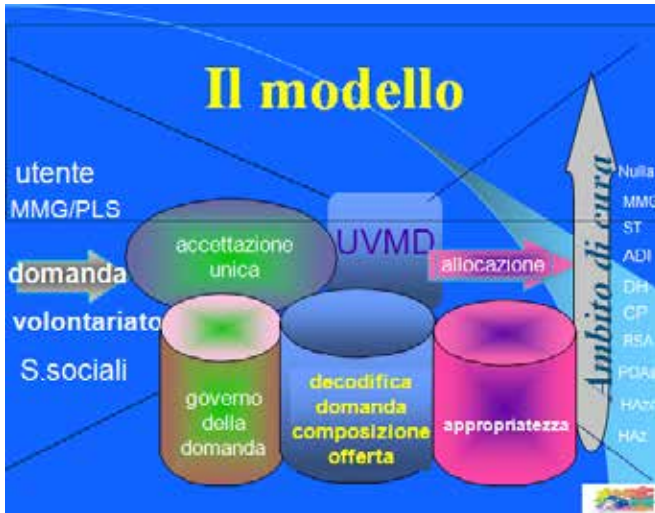


Figura 2. Percorso di accesso unitario e integrato alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari

Tale modello si caratterizza per l'attribuzione di responsabilità complessive e finali di domanda e risultato, organizzando una risposta unica e *completa* alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, secondo criteri di appropriatezza condivisa e con rapporto costo/efficacia, al fine di massimizzare le priorità socio-ambientali, attraverso un circuito territoriale di servizio basato su l'efficienza allocativa e la ricerca dell'efficienza tecnica.

Il nuovo modello organizzativo si sviluppa sul 'cambiamento' continuo (o incrementale) di cui parla Quaglino (1987), che è evolutivo, cumulativo e continuativo: una sistematica adozione di molti piccoli cambiamenti incrementali può provocare cambiamenti rilevanti.

La transizione verso tale modello ha pertanto richiesto la messa in atto di azioni orientate al 'governo della domanda', attraverso la progettazione di un sistema integrato d'intervento, dove la centralità dell'utente sostituisce la centralità del 'servizio', e lo sviluppo di soluzioni organizzative come la nascita di punti di accessi territoriali.

La Porta Unitaria di Accesso (PUA), infatti, rappresenta per il cittadino il luogo *fisico-logico* d'ingresso privilegiato nel sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari nonché l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda di 'servizi sociali, sanitari e socio-sanitari', cui fornire una risposta specifica, tempestiva, ma soprattutto completa, orientata alla logica della *presa in carico della persona*, portatrice di molteplici esigenze.

Partendo da tali considerazioni, l'Azienda ha pianificato, programmato, progettato diverse azioni/attività/interventi finalizzati a implementare e migliorare la rete generale di accesso ai servizi socio-sanitari.

In primis, ha gestito un monitoraggio PUA, che ha coinvolto i 13 Distretti Sanitari della Napoli 2 Nord, finalizzato all'analisi e alla conoscenza delle diverse modalità operative, per la gestione della PUA, presente nei Distretti Sanitari. Tale attività, tramite swot analysis, ha fatto emergere i punti di forza e/o debolezza del sistema e i relativi vincoli e/o opportunità.

Sono emersi ruoli e funzioni dei singoli 'pezzi' del sistema di accesso, con relative interrelazioni, e sono state individuate le criticità di processo e di funzionamento dei singoli Punti di Accesso, in particolare:

- l'esistenza di modelli organizzativi di tipo settoriale, organizzati per punti di accesso dislocati sul territorio, non uniformi per operatività e funzioni, che svolgono attività per singoli segmenti e per specifica competenza sociale o sanitaria;
- la mancanza di comunicazione tra i vari punti di accesso del sistema PUA e la discontinuità del processo di presa in carico, dalla prima segnalazione del bisogno alla definizione e realizzazione degli interventi necessari.

Di qui la necessità di progettare e implementare il nuovo *Modello aziendale della Porta Unitaria di Accesso PUA*, finalizzato a:

- migliorare le modalità di accesso unitario e integrato alla rete generale dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- uniformare le procedure su tutto il territorio aziendale;
- migliorare la comunicazione *intra* e *inter* distrettuale, ospedale-territorio, intra-aziendale;
- definire modalità e strumenti omogenei su tutto il territorio aziendale per la gestione dell'accoglienza, dell'informazione, dell'orientamento e dell'accompagnamento degli utenti.

Da Porte di Accesso meramente settoriali si è arrivati, dunque, grazie a un lavoro 'maieutico', realizzato attraverso una metodologia partecipata, alla definizione di una Porta Unitaria di Accesso universalistica e organica, articolata su due livelli di competenza: il primo, di tipo operativo, rivolto al cittadino e svolto dai **Punti di Accesso Territoriali** che si occupano delle attività di accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, decodifica del bisogno (con risposta di primo livello e inoltrato ai servizi competenti, interni al sistema sociale e sanitari, per l'evasione di domande complesse); il secondo, di tipo gestionale, garantito esclusivamente dalla **Funzione Centrale di Coordinamento**, che sovrintende alle attività di raccordo tra i livelli istituzionali di riferimento (ASL/Ambito Territoriale), a quelle di indirizzo, di programmazione, di gestione delle risorse, di monitoraggio e di valutazione della quantità/qualità dei servizi erogati, attraverso la convergenza dei flussi informativi.

Inoltre, è stato stabilito che l'attività della PUA si svolga su due direttri-

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

ci: una operativa, che svolge prevalentemente le attività di front-office, e una macro-organizzativa/gestionale, che assicura le attività di back-office, garantendo, tra l'altro, grazie il monitoraggio della domanda e del bisogno, una ri-programmazione congiunta dell'offerta territoriale dei servizi. Nella tabella che segue (tab. 1), sono riportate le attività della PUA distinte per livello di competenza:

Tabella 1. Delibera ASL Napoli 2 Nord n. 348 del 05 aprile 2013: «Approvazione Modello aziendale PUA: funzioni ed attività per singolo livello di competenza»

Funzioni	Attività	Livello di competenza
Accoglienza, informazione e orientamento	<ul style="list-style-type: none"> - accoglienza dell'utenza - ascolto attivo delle richieste e dei bisogni sanitari, socio-sanitari e, nel caso di bisogno sociale, attivare il raccordo con l'Ente di competenza; - selezione delle segnalazioni anche per le richieste di intervento per la non autosufficienza e disabilità; - prima decodifica del bisogno espresso dal cittadino; - informazione relativamente a opportunità, risorse, prestazioni del sistema dei servizi esistenti e accessibili; - primo orientamento ai servizi sanitari e sociali coerenti con la domanda espressa o con il bisogno rilevato in sede di prima decodifica; - compilazione della scheda di accesso e registrazione dati sul sistema Leasociosan 	Punti di Accesso Territoriali PUA
Accompagnamento	<p><i>si colloca in una fase più avanzata rispetto alla funzione di accoglienza, informazione ed orientamento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - indirizzare attivamente l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dalla PUA), attraverso, per esempio, la definizione di appuntamenti o nell'attivare servizi ed équipe professionali (come UVI o l'UVM), preposti alla valutazione di secondo livello nel caso di bisogno complesso; 	
Risoluzione di problemi semplici	<ul style="list-style-type: none"> - erogazione immediata, o comunque tempestiva, di risposte adeguate a bisogni semplici (come l'accesso a prestazioni assistenziali che richiedono la sola compilazione e presentazione di una modulistica con allegato l'ISEE) che escludano la valutazione di tipo multidimensionale; 	
Attivazione della Valutazione Multidimensionale e dell'UVI e avvio del processo di presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> - individuazione del responsabile di percorso - segnalazione del bisogno che richiede una valutazione multidimensionale in specifica équipe – anche UVI, anche attraverso il sistema Leasociosan - avvio delle procedure di presa in carico 	

<p>Osservatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio sull'attività svolta attraverso la raccolta e l'analisi di dati sulla domanda (attraverso il sistema Leasociosan) - monitoraggio sull'offerta di servizi (mappatura) al fine di migliorare la qualità del servizio offerto e facilitare le attività dei Punti di Accesso - curare la redazione di report per l'Ufficio di Piano - promuovere iniziative di formazione sul campo e altri interventi di aggiornamento - promuovere iniziative per la diffusione della conoscenza del PUA - esercizio di funzioni di regia: <ul style="list-style-type: none"> - <i>sovrintendere alle funzioni del PUA</i> - <i>coordinare gli aspetti organizzativi</i> - <i>intrattenere contatti con gli stakeholders, formali e informali</i> - <i>relazionare annualmente sull'andamento delle attività della PUA</i> - <i>sovrintendere all'implementazione del sistema Leasociosan</i> 	<p>Funzione di coordinamento distrettuale</p>
----------------------------	---	--

Per favorire il percorso di cambiamento graduale e modulare del nuovo sistema di organizzazione della PUA, si riprende il modello sviluppato da G. O' Donovan, che ha messo a punto una metodologia (O' Donovan 2006) per la pianificazione strategica al servizio dei programmi di trasformazione e organizzazione di un sistema, che presuppongono rilevanti cambiamenti culturali, basata su: pianificazione strategica e progettazione; formazione e creazione di una visione di programma; definizione di strategie comunicative di implementazione. Inoltre, sono stati definiti i seguenti requisiti, essenziali per la sostenibilità del modello:

- definizione di una *nuova scheda di ingresso* al sistema dei servizi sociosanitari a gestione integrata e compartecipata;
- *coinvolgimento dei gruppi di interesse* attraverso la partecipazione dei diversi portatori di interessi, sia nella fase di progettazione che nella gestione delle attività;
- definizione della *strategia comunicativa* in grado di coinvolgere i cittadini, attraverso un'informazione chiara e semplice sulle nuove modalità di accesso e accoglienza dell'utente e/o sul familiare: le persone devono sapere come, quando e a chi rivolgersi;
- progettazione di un nuovo *sistema informativo* attraverso l'utilizzo di strumenti facilitanti la comunicazione dei dati tra i vari servizi, tra i vari operatori, tra i singoli servizi specialistici e funzionali: l'impiego di una piattaforma informatica integrata rappresenta il perno essenziale intorno al quale ruota la capacità di raggiungere obiettivi di efficacia ed efficienza del funzionamento procedurale;
- elaborazione di un *piano di monitoraggio e di accompagnamento* essenziale per il buon funzionamento della PUA.

2 La metodologia di lavoro per l'implementazione del modello aziendale

La metodologia utilizzata per favorire la condivisione di un modello organizzativo 'unico' è stata la *gestione per processi* (Casati et al. 2005), la quale comporta che analisi, valutazione e programmazione siano incentrate sull'insieme di attività collegate che danno luogo a determinati risultati: è attraverso l'analisi dei processi che si possono, infatti, comprendere i modi di vedere e le concezioni organizzative che si formano, i linguaggi condivisi, così come i modi di pensare e di agire, i repertori simbolici e le pratiche concrete dell'organizzazione, ovvero costruzioni sociali, simbolicamente costruite e riprodotte attraverso le interazioni (Berger, Luckmann 1997).

L'attuazione del modello individuato è stata pensata come un processo per fasi che supera, in maniera graduale, la frammentarietà dei modelli organizzativi della PUA preesistenti e che consente di gestire completamente, a partire dal momento dell'accesso del cittadino/utente al servizio, il percorso della presa in carico dei bisogni sociali, sanitari e socio-sanitari.

Il processo parte dalle risorse iniziali dell'Azienda che creano valore, trasformando le risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato a un soggetto esterno (cittadino/utente) ed è teso al raggiungimento dell'obiettivo aziendale. Tale approccio è risultato utile dato che vengono individuati sin da subito gli operatori e gli utenti: il responsabile di ogni fase del processo ha dovuto chiarire le caratteristiche dell'input e tener presente i bisogni, sia quelli dell'utente immediatamente successivo sia quelli dell'utente finale: più aumentano la varietà e la specializzazione dei contributi, più sono le 'interfacce' tra organizzazioni, più quindi aumenta il rischio di difetti di continuità e di integrazione, più diventa vantaggioso l'approccio per processi.

La gestione per processi ha rappresentato un fondamentale strumento di coordinamento e di orientamento verso il risultato finale, servito per aumentare la congruità tra le attività svolte e le finalità dell'azienda, in quanto sono state considerate:

- la valutabilità, per la rilevazione di come vengono generati i dati con cui costruire indicatori di attività e di risultato;
- la flessibilità, ossia la definizione di processi facilmente adattabili al modificarsi delle attività e dei tempi: per adattarsi al cambiamento dei bisogni degli utenti;
- la costanza o riproducibilità: per garantire la capacità di dare origine al medesimo prodotto, nel periodo considerato, in assenza di cause di variazioni straordinarie;
- l'efficacia o grado di raggiungimento degli obiettivi: per il raggiungimento dei migliori esiti di accesso e presa in carico, grazie alle conoscenze esistenti e le risorse disponibili.

Considerando l'entità di possibili inconvenienti osservati, le opportuni-

tà di miglioramento e la percezione dell'urgenza del cambiamento, per il progetto di ricerca è stato preferito l'approccio Day to Day Management basato sulla **riprogettazione migliorativa o incrementale** di tipo *bottom up*, con un elevato coinvolgimento di chi esegue il processo. Infatti, utilizzando tale modello, il responsabile di tutto il processo ha avuto una visione d'insieme che gli ha permesso di ottimizzarlo, cercando di migliorare costantemente le 'performance' di tutti gli operatori sul campo: i compiti delle persone che collaborano all'interno di un processo sono noti a tutti e c'è una condivisione degli impegni e delle conoscenze; si utilizzano tutte le risorse preesistenti, si lavora per rispettare obiettivi ben definiti e ben chiari a tutti; la comunicazione avviene dal vertice verso la base, ma anche dalla base verso il vertice; c'è un ritorno costante di informazione da parte di tutti i collaboratori; ci si focalizza più sulla performance dell'intera organizzazione e non sul singolo 'pezzo'; i risultati raggiunti sono documentati e vengono periodicamente monitorati, confrontandoli con obiettivi di miglioramento sempre nuovi; soprattutto ci si focalizza completamente sul cittadino/utente, cercando di vedere il proprio lavoro dal suo punto di vista.

Questa fase progettuale richiama il modello di regolazione dell'azione pubblica di D'Albergo e nello specifico la fase idealtipica basata sul decentramento istituzionale e la sussidiarietà (Battistelli 2002) fondata sul confronto e sulla convergenza fra le utilità degli attori: questo modello presume dunque al fondo una logica che si regge sulla coincidenza delle utilità dei singoli attori e, solo successivamente, sui soggetti collettivi. La responsabilità in questo caso coinciderebbe con gli interessi, mentre le relazioni inter-istituzionali e inter-organizzative sarebbero fondate sulla partnership negoziale e su un rapporto paritario tra chi decide e chi implementa.

È stato svolto, altresì, un lavoro finalizzato all'unitarietà d'azione che si è sviluppato su tre livelli (Scott 1998):

- il livello istituzionale, nel quale è stata ricercata con successo l'unitarietà di interventi e strategie tra le istituzioni (ASL, Ambiti territoriali, privato sociale);
- il livello organizzativo, che ha identificato sia il contesto che i processi di implementazione dei servizi;
- il livello professionale, nel quale si è operato uno sforzo finalizzato all'interdisciplinarietà e multiprofessionalità della risposta al bisogno, creando delle strutture organizzative in grado di fornire risposte globali e integrate.

Riuscire a fare tutto questo, ha implicato la creazione, l'istituzionalizzazione, l'attivazione di una 'rete territoriale dei servizi'.

3 La formazione quale strumento di facilitazione del cambiamento organizzativo

L'implementazione del nuovo modello organizzativo, inoltre, è stata supportata dalla gestione di interventi formativi on the job, finalizzati al potenziamento sia di competenze tecnico-professionali trasversali che di sistema.

In particolare si è intervenuti negli ambiti:

- dell'analisi del contesto organizzativo, identificando ruoli e funzioni dei singoli 'pezzi' del sistema di accesso con relative interrelazioni, condividendo sia le criticità del processo che le azioni migliorative;
- dell'approccio alla complessità dei bisogni e delle problematiche, con individuazione delle aree dell'agire integrato, sia all'interno dei servizi dello stesso settore che tra quelli di settori diversi; della strumentazione;
- dell'individuazione delle aree di competenze tecnico-professionali e trasversali in cui si evidenzia l'esigenza di sviluppo/potenziamento al fine di garantire l'unitarietà delle fasi di accesso della persona ai servizi/prestazioni;
- della ri-definizione di strumenti e canali di comunicazione tra i diversi Punti di Accesso e tra questi e l'utenza;
- del sostegno motivazionale per fronteggiare le difficoltà riscontrate nella gestione del processo, proprie della fase d'implementazione del nuovo modello.

Al fine di raggiungere l'obiettivo dell'implementazione del nuovo modello PUA su tutto il territorio aziendale, il programma formativo è stato progettato e gestito così da raggiungere contemporaneamente gli operatori dei due livelli di competenze previsti dal 'modello aziendale della Porta Unitaria di accesso': sia gli operatori gestori dei Punti di Accesso Territoriali che gli operatori gestori della Funzione di Coordinamento, puntando al superamento delle difficoltà per avere una commisurata ricaduta organizzativa e un notevole impatto sui cittadini/utenti.

4 Conclusioni

In alcune pratiche organizzative i meccanismi di accesso (Rossi 2014) appaiono disomogenei e suscettibili di forti rivisitazioni (Fabbri 2007). Lo stesso Weber, nel delineare le caratteristiche idealtipiche di una struttura burocratica (Rossi 1981), vedeva nella discrezionalità di amministratori e operatori uno dei principali rischi da fronteggiare, al fine di garantire unità e conformità della produzione dell'output di servizio. L'implementazione del nuovo modello PUA ha prodotto una forte sinergia tra dinamiche operative e organizzative, ha consentito inoltre di realizzare una risposta

unitaria e omogenea, attraverso una riduzione della domanda impropria e un sostanziale miglioramento della modalità di accesso unitario e integrato alla rete dei servizi sociosanitari, grazie a un approccio unitario, condiviso e coordinato, di tutti gli attori locali sociali e sanitari, che in maniera congiunta hanno affrontato i problemi riscontrati durante tutto il percorso/processo, organizzando le risposte in termini di servizi multidimensionali e integrati: gli attori organizzativi e professionali, che governano l'accesso al sistema dei servizi, hanno contribuito a equilibrare domanda e offerta dei servizi stessi, ponendosi come primi interpreti (rispetto agli orientamenti istituzionali) e traduttori (nei confronti dei cittadini) dei cambiamenti che si susseguono nei meccanismi di produzione dei servizi. Gli stessi attori, come sostiene Rosenthal, sono diventati attori strategici nell'ambito di un processo di 'costruzione sociale dei propri utenti' (Rosenthal, Peccacei 2006).

Bibliografia

- Argyris, Ch.; Schon, D.A. (1998). *Apprendimento organizzativo*. Milano: Guerini e Associati.
- Battistelli, F. (2002). *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Bianchi, A. (1999). «Il Distretto possibile». *ASI*, 19 maggio.
- Bianchi, A. (2002). «L'integrazione come scelta strategica». *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 23 (2).
- Casati, G.; Panella, M.; Di Stanislao, F.; Vichi, M.C.; Morosini, P. (2005). *Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali*. Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale 1, 3a ed.
- De Leonardis, O. (1997). «Declino della sfera pubblica e privatismo». *Rassegna italiana di sociologia*, 2.
- Mortara, G. (1989). «L'apparato ministeriale: Il nucleo centrale della pubblica amministrazione». In: Freddi, G. (a cura di), *Scienze dell'amministrazione e politiche pubbliche*. Roma: NIS.
- Merton, R.K. (1992). *Teoria e struttura sociale*. Bologna: il Mulino.
- O' Donovan, G. (2006). *The Corporate Culture Handbook*. Dublin: The Liffey Press.
- Quaglino, G.P. (1987). *Figure del cambiamento organizzativo*. Torino: Tirrenia Stampatori.
- Rosenthal, P.; Peccei, R. (2006). «The Social Construction of Clients by Service Agents in Reformed Welfare Administration». *Human Relations*, 59 (12).
- Rossi, P. (1981) (a cura di). *Max Weber e l'analisi del mondo moderno*. Torino: Einaudi.

- Rossi, P. (2011). «La costruzione organizzativa dell'accesso ai servizi sociali: Logiche di regolazione di domanda e offerta a confronto nella programmazione locale dei servizi». In: *Paper for the Espanet Conference «Innovare il welfare: Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa»*. Milano: s.n.
- Rossi, P. (2014). *L'organizzazione dei servizi socio assistenziali*. Roma: Carocci editore.
- Ruffini, R. (1998). *La sanità*. In: Costa, G.; Nacamulli, R.C.D., *Manuale di Organizzazione Aziendale*, vol. 4, *Le tipologie aziendali*. Torino: UTET.
- Scott, R.W. (1998). *Istituzioni e organizzazioni*. Bologna: il Mulino.