

## I costi della vecchiaia

Il settore dei servizi di long-term care (LTC) si caratterizza per un crescente livello d'incertezza, determinato dalla contemporanea azione di differenti fenomeni: l'aumento della fragilità sanitaria e sociale dell'anziano; l'evoluzione dei possibili modelli di presa in carico; la difficoltà nel sostenere economicamente un sistema d'offerta sempre più articolato e complesso. Ed è proprio in questo contesto, che la corretta conoscenza delle performance dei servizi diviene un fattore strategico per garantire il buon governo dell'intero sistema di Welfare. Questo lavoro vuole quindi essere un'occasione di riflessione e confronto, utile ai manager che quotidianamente gestiscono i servizi LTC, ma anche ai loro principali interlocutori ed acquirenti (Regioni, Aziende Sanitarie Locali, Enti Locali, utenti e famigliari).

**Francesco Longo** è professore associato di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi di Milano, direttore del CERGAS e docente-senior della SDA Bocconi (Area Public Management & Policy). Esperto di assetti istituzionali e di governance dei sistemi e settori pubblici, ha pubblicato per EGEA "Assetti istituzionali e forme di gestione per i servizi sociali", "Federalismo e decentramento", "Governance dei network di pubblico interesse".

**Emilio Tanzi** svolge attività di docenza e ricerca per la SDA Bocconi (Area Public Management & Policy) ed il CERGAS, nell'ambito delle problematiche di gestione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Rispetto alle stesse tematiche d'indagine collabora con l'IRES Veneto e l'ASSR dell'Emilia-Romagna (Area Innovazione Sociale). Nel 2008 ha pubblicato per EGEA "Luoghi d'integrazione e convivenza".

Da oltre 30 anni il **CERGAS Bocconi** (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) svolge attività di ricerca nei diversi settori del Welfare State. I confini delle aree di studio sono di tipo settoriale (cure primarie; servizi sociali; non profit; etc.), funzionale (risorse umane; contabilità; programmazione e controllo; marketing e comunicazione; etc.) o trasversale (politiche pubbliche; valutazioni economiche; etc.).

Questa pubblicazione è stata stampata grazie al contributo di



GRUPPO SEGESTA  
ASSISTENZA E SANITÀ

ISBN 978-88-238-4263-2



9 788823 842632

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

I costi della vecchiaia

F. Longo • E. Tanzi

Francesco Longo  
Emilio Tanzi

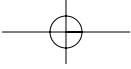
# I costi della vecchiaia

Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro



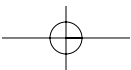
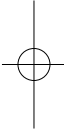
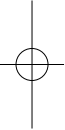
**CERGAS**  
CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

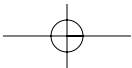
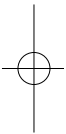
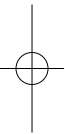
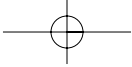
 **Egea**



**Collana CERGAS**

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





Francesco Longo  
Emilio Tanzi

# **I costi della vecchiaia**

## **Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro**

*Progetto grafico di copertina: mStudio, Milano*

Copyright © 2010 EGEA S.p.A.  
Via Salasco, 5 - 20136 MILANO  
Tel. 02/5836.5751 - Fax 02/5836.5753  
**www.egeaonline.it**  
e-mail: [egea.edizioni@unibocconi.it](mailto:egea.edizioni@unibocconi.it)

Tutti i diritti riservati. Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale, o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da

AIDRO – Associazione Italiana per i Diritti di Riproduzione delle Opere dell'Ingegno  
Corso di Porta Romana, 108 – 20122 Milano  
[segreteria@aidro.org](mailto:segreteria@aidro.org) – [www.aidro.org](http://www.aidro.org)

Prima edizione: giugno 2010

ISBN 978-88-238-4263-2

*Stampa: Digital Print, Segrate (MI)*

La realizzazione di questo libro è stata possibile anche grazie al contributo dell'IRES Veneto, i cui ricercatori hanno curato la stesura del capitolo 5.





*A mio padre  
e a tutti coloro che pensano che per vivere a lungo bisogna invecchiare  
e che il rapporto individuale e collettivo con la vecchiaia sia il riflesso  
del rapporto con la vita e con l'essere  
Francesco*

*A nonna Piera e mamma Aida  
due over 65enni veramente speciali  
Emilio*





# Indice

<b>Prefazione</b> <i>di Mariuccia Rossini</i>	<b>XIII</b>
<b>Capitolo 1. La rilevanza di conoscere i costi delle strutture residenziali per anziani</b> <i>di Francesco Longo</i>	<b>1</b>
<b>Capitolo 2. La governance della non autosufficienza</b> <i>di Francesco Longo ed Emilio Tanzi</i>	<b>11</b>
<b>Capitolo 3. La misurazione delle performance economiche delle RSA lombarde</b> <i>di Elena Cantù, Mariafrancesca Sicilia ed Emilio Tanzi</i>	<b>39</b>
<b>Capitolo 4. Traiettorie di cambiamento nelle strutture residenziali: analisi di cinque casi lombardi</b> <i>di Giovanni Fosti, Mariafrancesca Sicilia ed Emilio Tanzi</i>	<b>73</b>
<b>Capitolo 5. I CSA del Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità</b> <i>di Nicoletta Masiero, Paolo Vallese ed Emilio Tanzi</i>	<b>103</b>
<b>Capitolo 6. Diagnosi interpretativa e suggestioni di policy</b> <i>di Francesco Longo</i>	<b>145</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>157</b>



## **Autori**

Francesco Longo è professore associato di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi di Milano, direttore del CERGAS e docente-senior della SDA Bocconi (Area Public Management & Policy).

Emilio Tanzi è docente presso la SDA Bocconi (Area Public Management & Policy) e Contracted Research Fellow per il CERGAS. Collabora come consulente con l'IRES Veneto e l'ASSR dell'Emilia-Romagna (Area Innovazione Sociale).

Elena Cantù è Lecturer in Economia Aziendale presso l'IPAS Bocconi (Istituto di Pubblica Amministrazione e Sanità) e Contracted Research Fellow presso il CERGAS. Esperta in sistemi contabili e revisione di bilancio nelle aziende pubbliche. Da vari anni cura la pubblicazione del "Rapporto OASI".

Giovanni Fosti è docente della SDA Bocconi (Area Public Management & Policy) e Contracted Research Fellow presso il CERGAS. Esperto di assetti istituzionali, forme di gestione e comportamenti organizzativi nei servizi sociali e socio-sanitari.

Nicoletta Masiero è ricercatrice dell'IRES Veneto e coordinatrice di "Economia e società regionale", rivista trimestrale dello stesso istituto di ricerca.

Mariafrancesca Sicilia è assegnista di ricerca presso l'Università Bocconi e Contracted Research Fellow presso il CERGAS. Esperta di management dei servizi sociali e socio-sanitari e di accountability esterna delle aziende pubbliche.

Paolo Vallese è ricercatore dell'IRES Veneto nell'ambito del management pubblico, finanza locale e sistemi di welfare. Da vari anni cura la pubblicazione del "Rapporto NOBEL – Nuovo Osservatorio sui Bilanci degli Enti Locali".

# Prefazione

Nel panorama dei servizi strutturati di supporto all'anziano non-autosufficiente, le strutture residenziali (nelle loro differenti declinazioni terminologiche, che variano da Regione a Regione) costituiscono ormai un pilastro consolidato, ma con caratteristiche in continua evoluzione.

A fronte dell'invecchiamento della popolazione e della crescita di situazioni di fragilità non più gestibili a domicilio, la struttura residenziale ha finora assicurato un livello di assistenza medica coincidente con quello della medicina generale, integrato da assistenza infermieristica, riabilitativa ed accompagnato da un elevato livello di tutela assistenziale ed alberghiera.

Ora però il tipo di servizio non appare più solo come una risposta al bisogno di soluzioni residenziali definitive, attestate su livelli standardizzati. La domanda in tale senso rimane alta, ma si accompagna anche alla ricerca di soluzioni personalizzate, legate a necessità specifiche. In questo quadro, per esempio, vi è l'offerta di temporaneità che si colloca come punto di forza quando il rientro a casa è un orizzonte possibile. Oppure vi sono i ricoveri di sollievo che – in caso di gravi patologie croniche – permettono di alleggerire il carico familiare e consentono al care giver principale di recuperare energie preziose.

Alla complessità assistenziale si vanno poi affiancando nuove complessità cliniche. Le residenze sono storicamente considerate come il luogo elettivo per la cura di persone con patologie cronico-degenerative, assistite da un'équipe multidisciplinare, con le conoscenze tipiche della medicina di base allargate alle competenze specifiche geriatriche. Nel corso degli ultimi anni lo scenario si sta però evolvendo, poiché in queste strutture vengono ospitate anche persone affette da pluripatologie: pazienti politrasmisi, con sclerosi laterali amiotrofiche, sclerosi multipla o in stato vegetativo; pazienti affetti da cirrosi epatiche in stadio terminale, leucemie, neoplasie, etc. Pertanto, l'assistenza che le strutture residenziali sono chiamate a garantire si sta facendo sempre più complessa, si è dovuto investire in adeguate strumentazioni e le competenze dell'équipe si sono dovute estendere verso saperi più specialistici.

Infine, nella presa in carico di una persona anziana fragile è sempre più necessario muoversi in una logica a sistema ampio, in cui si riconosce alla persona accudita la libertà di scegliere la risorsa più adatta alle proprie necessità di vita. Garantire un sistema di tutela che sviluppi contemporaneamente residenze sanitarie assistenziali, assistenza domiciliare integrata, centri diurni, minialloggi o altre forme innovative di servizio, significa garantire quell'insieme di risorse necessarie per avviare e gestire un adeguato percorso di tutela globale dell'anziano e dei suoi cari.

In tale scenario, l'obiettivo delle strutture residenziali consiste nel fornire prestazioni sempre più articolate, complesse e – nel contempo – standard assistenziali, alberghieri e relazionali in grado di assicurare la massima qualità di vita ai propri ospiti. E tutto questo, in concomitanza con un'oculata gestione dei costi, per conseguire una redditività dalla quale siano banditi inefficienze e sprechi. Pertanto, le performance del servizio che si costruiscono sui dati di bilancio – opportunamente integrati con dati di natura extra-contabile, che rimandano al sistema di valori propri dell'azienda – concorrono a generare quel livello di qualità necessaria per assicurare il buono stato di salute dell'azienda, dei suoi ospiti e dell'intero sistema di welfare.

Siamo ben consapevoli che il lavoro da fare sia ancora molto e che niente può esser dato per assodato. Per questa ragione il contributo informativo, ampio e documentato, fornito dal presente libro non può che essere accolto con interesse e considerato stimolante.

Buona lettura!

Mariuccia Rossini  
Presidente Gruppo SEGESTA

# **1. La rilevanza di conoscere i costi delle strutture residenziali per anziani**

La politica per gli anziani assorbe più di due terzi di tutte le risorse socio-sanitarie e socio-assistenziali del sistema di welfare pubblico, senza che il settore disponga di un quadro informativo completo e dettagliato. Delle strutture residenziali per anziani si conoscono le rette praticate alle famiglie ed i contributi pubblici (trasferiti di norma dalle AUSL di riferimento in base a politiche regionali), ma poco o nulla si conosce dei loro costi di produzione e degli standard assistenziali applicati, quindi della loro sostenibilità economica e dei margini di investimento e di sviluppo disponibili.

Le informazioni sui livelli di servizio sono monitorate dai singoli regolatori regionali limitatamente alla verifica degli standard minimi, non potendo quindi distinguere tra quelli obbligatori e quelli aggiuntivi offerti. Ignorando i costi e gli standard effettivi garantiti, è difficile indagare l'efficienza produttiva delle strutture e valutare complessivamente lo sviluppo del settore in termini di dinamica costi-benefici (Scaletti, 2007). Le stesse famiglie degli utenti dispongono di informazioni estremamente frammentate e parziali, dato il mercato articolato e clusterizzato: poco o nulla sanno dei trasferimenti pubblici per il loro congiunto e dei conseguenti diritti esigibili rispetto agli standard di servizio attesi. Le famiglie, spesso, considerano le rette da loro pagate come l'unica fonte di reddito della struttura, ritenendo quindi i servizi disponibili più che accettabili o integrando gli stessi con risorse proprie (ad esempio, attraverso ulteriori care giver di supporto).

Aumentare la disponibilità d'informazioni sulle strutture residenziali per anziani può, quindi, contribuire all'intera crescita del settore, aumentando la consapevolezza di tutti gli stakeholder coinvolti e la loro possibilità di agire come tensori virtuosi del sistema di welfare socio-sanitario (Anessi Pessina, 2002). In particolare, sono quattro gli attori che meglio potrebbero interagire tra loro se inseriti in un contesto di supporto informativo più maturo e completo:



- gli enti gestori;
- gli utenti e le famiglie;
- gli Enti Locali, per la loro responsabilità sulla componente socio-assistenziale;
- le Regioni e le AUSL, nella loro funzione di regolatori e di finanziatori del sistema.

Il quadro informativo a cui si dovrebbe collettivamente ambire dovrebbe basarsi sui seguenti elementi conoscitivi: rette pagate dagli utenti; trasferimenti pubblici; standard di servizio; costi di produzione. Ciò permetterebbe di conoscere i margini di miglioramento e d'investimento disponibili e, conseguentemente, giustificare eventuali modifiche di policy o contributi finanziari aggiuntivi esterni al perimetro tradizionale del sistema, qualora quest'ultimo abbia raggiunto i propri livelli massimi di funzionalità.

Poste queste premesse, quali sono i principali fabbisogni informativi che si dovrebbero soddisfare per governare al meglio il settore residenziale? Quali sono le più significative differenze caratterizzanti i fabbisogni espressi dai diversi attori coinvolti nel settore?

### **1.1. I fabbisogni informativi per le finalità di policy**

Il regolatore regionale del settore, direttamente o attraverso le proprie AUSL, necessita la conoscenza congiunta di informazioni amministrative e contabili in merito ai trasferimenti pubblici, alle rette pagate dagli utenti, agli standard di servizio garantiti, ai costi di produzione sostenuti da ogni struttura, per molteplici finalità.

Innanzitutto, per il regolatore l'equilibrio economico dei produttori garantisce loro sostenibilità di medio-lungo periodo. La verifica dei risultati economico-finanziari è fondamentale per poter guidare la stabilità del sistema d'offerta. Eventuali squilibri economico-finanziari strutturali di qualche produttore potrebbero indicare l'incongruenza dei trasferimenti pubblici o delle tariffe riconosciute, oppure delle disparità significative tra territori rispetto al costo di alcuni fattori produttivi, oppure vere e proprie inefficienze gestionali (Brusati, 2002). Per ogni regolatore sovraordinato che fisiologicamente deve assumere un'ottica di sistema, questi diversi elementi rappresentano rispettivamente dei problemi su cui intervenire, magari per rivedere i meccanismi di trasferimento delle risorse, o per sostenere i gestori che operano in particolari territori, o ancora per aiutare le aziende a migliorare la loro gestione, attraverso processi di riorganizzazione, di cambiamento del management, se non addirittura della stessa proprietà.

Anche livelli di profittabilità eccessivamente elevati possono funzionare come campanello d'allarme. Essi potrebbero essere i sintomi di ampi margini di miglioramento gestionale, che solo alcuni gestori hanno saputo costruire, oppure rilevare livelli qualitativi particolarmente bassi nei servizi erogati o livelli particolarmente alti nelle rette richieste agli utenti, tutti temi che comunque non possono essere estranei all'agenda del regolatore (Borgonovi, 2002). Rispetto a quest'ultimo aspetto, il regolatore pubblico – Regione o AUSL – ha il mandato di monitorare l'andamento delle rette applicate, anche per evitare il sorgere di oneri sociali eccessivi e ingiustificate disparità territoriali o per calmierare le spese degli Enti Locali, nel momento in cui questi ultimi sono chiamati ad integrare parte o la totalità della retta per i propri cittadini non abbienti (Jommi, 2004). A questo proposito è necessario definire e implementare due distinti tipi di azioni che coinvolgono la conoscenza dell'informazione di costo. Da un lato, occorre indirizzare i gestori verso i migliori profili di efficienza presenti nel sistema, in modo da poter offrire sul mercato rette simili ed equamente diffuse sul territorio. Questo difficilmente può essere frutto di un comportamento spontaneo dei gestori, ma può essere favorito dal regolatore attraverso un' incisiva azione di circolazione delle informazioni di costo e delle relative best practice. Dall'altro lato, rette superiori alla media dovrebbero essere correlate a standard qualitativi maggiori, e non a deficit d'offerta caratterizzanti alcuni territori o a semplici politiche di marketing e brand-management. Al riguardo, il regolatore può svolgere un'utile azione di trasparenza, mettendo a confronto ed in relazione tra loro livelli di assistenza, costi di produzione e rette applicate. Lo svolgimento di queste due rilevanti azioni del regolatore implicitamente determinano la verifica del rispetto delle quote di sostegno pubblico previsto (arbitrariamente stabiliti al 50% dal DPCM sui LEA<sup>1</sup>), rispetto al totale dei costi socio-sanitari necessari per coprire gli standard essenziali di servizio definiti. Laddove lo standard di copertura pubblica dei costi complessivi non fosse ancora raggiunto, può essere ottenuto aumentando il contributo pubblico ai gestori, riducendo gli standard di servizio richiesti o diffondendo processi di sviluppo dell'efficienza produttiva nel sistema.

---

<sup>1</sup> Con il DPCM del 29 novembre 2001, previa l'intesa con la Conferenza Stato - Regioni espressa nella seduta del 23 novembre 2001, sono stati definiti i LEA. Tale Decreto, nell'Allegato 1 indica le diverse tipologie di prestazioni di carattere socio-sanitario incluse nei LEA e specifica che, per alcune prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili, viene convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN, ma che deve essere posta a carico dell'utente o del Comune. Tra queste ultime rientrano le seguenti prestazioni: a) prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo; b) prestazioni di cura e recupero funzionale di anziani non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva; c) prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo. Per tali prestazioni è previsto che la percentuale di costi a carico del SSN sia pari al 50% degli stessi.

Il monitoraggio dei costi delle strutture residenziali aiuterebbe poi il regolatore a conoscere la geografia delle determinanti di costo, molte volte legate alla scarsità di alcuni fattori produttivi o all'aumento del loro prezzo d'acquisto. Ciò renderebbe possibile valutare il rapporto costo-efficacia relativo ai modelli alternativi di assistenza. Ad esempio, se una quota consistente dei costi di produzione è imputabile agli aspetti infrastrutturali (affitto dello stabile sede del servizio) e se ne prevede un aumento consistente, si possono mettere in atto una serie di politiche in grado di favorire – laddove possibile – un più lungo mantenimento dell'anziano al proprio domicilio, attraverso il potenziamento del livello di intensità assistenziale domiciliare. Inoltre, la consapevolezza di una dinamica critica per un fattore produttivo (per esempio, la scarsità di medici o infermieri disponibili a lavorare nelle strutture per anziani non autosufficienti), dovrebbe invitare la Regione ad intervenire attraverso adeguate politiche attive del lavoro.

In sintesi, per il soggetto regolatore le finalità principali di conoscenza dei costi sono quindi essenzialmente tre:

- la verifica dell'equilibrio economico-finanziario complessivo dei gestori;
- la corrispondenza delle rette applicate e del contributo pubblico erogato ai costi di produzione e all'eventuale remunerazione del capitale di rischio, nel caso di erogatori for profit;
- il presidio delle dinamiche dei costi di acquisto dei fattori produttivi critici o scarsi.

## **1.2. L'utilità per gli utenti e le famiglie<sup>2</sup>**

Molteplici sono le utilità che un sistema di informazioni trasparente e organico può dare agli utenti dei servizi ed ai loro familiari.

Innanzitutto, gli utenti hanno la necessità di acquisire consapevolezza rispetto ai contributi regionali che le strutture ricevono per livello e tipologia assistenziale garantita, in modo da poter avere un quadro delle risorse conferite ai gestori, insieme alle rette loro pagate. Questo può rendere più informata e consapevole la costruzione delle aspettative di servizio. A queste informazioni di natura finanziaria, vanno poi aggiunte quelle relative agli standard di servizio:

- quelli minimi e obbligatori, da garantirsi con il contributo pubblico;
- quelli acquisiti con la retta ordinaria, pagata dalle famiglie al gestore;
- quelli aggiuntivi, comprati dalle famiglie con rette superiori, offerte come optional nel pacchetto del gestore o acquisite in maniera complementare

---

<sup>2</sup> Le utilità informative proposte per gli utenti e le loro famiglie coincidono con quelle degli Enti Locali, che sono chiamati ad intervenire quando le famiglie non dispongono delle necessarie dotazioni economiche.

da un altro soggetto erogatore (per esempio, l'operatore di supporto nel momento del pasto o il servizio di pedicure-manicure).

A questo proposito, sarebbe estremamente utile per le famiglie conoscere i costi medi di riferimento disarticolati in base alle differenti componenti del servizio, per valutare le rette richieste per le prestazioni di base e per gli eventuali optional assistenziali ed alberghieri. Il quadro informativo degli utenti risulterebbe completo se tali informazioni fossero anche correlate alla descrizione dei pacchetti assistenziali: ore di assistenza, ore di riabilitazione, ore di animazione, etc. Questo favorirebbe la scelta consapevole da parte delle famiglie e lo sviluppo di un mercato maturo, basato sulla libera scelta informata degli utenti, in un'ottica di *empowerment* dei pazienti e dei loro familiari. Questi potrebbero comparare differenziali di retta e standard offerti, considerando anche la credibilità istituzionale dei diversi gestori e gli eventuali differenziali di costo di alcuni fattori produttivi, tra aree metropolitane e non metropolitane (per esempio, i costi di affitto degli immobili o la retribuzione attesa del personale).

Dal punto di vista formale, tale flusso informativo dovrebbe essere rappresentato in forma semplificata e sintetica, con forme di comunicazione e linguaggi idonei a questo tipo di target. Probabilmente basterebbe organizzare un sito web gestito e periodicamente aggiornato dalla stessa Regione, il cui uso dovrebbe essere promosso presso i patronati, i servizi di assistenza sociali ed i medici di medicina generale.

Ogni regolatore dovrebbe auspicare la nascita di utenti competenti. E allo stesso modo, i gestori dotati di solidi vantaggi competitivi potranno trarre solo benefici da un mercato maturo composto prevalentemente da famiglie consapevoli ed informate.

### **1.3. L'utilità per il management aziendale**

I vantaggi che i soggetti gestori possono trarre da un sistema di rilevazione dei costi applicato a livello settoriale possono essere garantiti solo se si organizza un processo sistematico e condiviso di benchmarking inter-aziendale, capace di alimentare un confronto reciproco, dando la possibilità alle singole aziende di valutare il proprio posizionamento rispetto alla media del settore o rispetto ad aziende simili (per dimensioni, collocazione geografica, natura giuridica, etc.). In particolare, le aziende possono costruire valutazioni sulla loro economicità complessiva, rispetto alla media di mercato, comprendendo i propri margini potenziali di efficientamento e di sviluppo o i rischi di uscita dal mercato. Inoltre, le stesse aziende possono analizzare il proprio mix di fattori produttivi, valutando il proprio posizionamento rispetto alla quantità di input utilizzati ed ai costi produttivi sostenuti. Al riguardo, una differenza significativa rispetto alla media non

indica necessariamente un posizionamento migliore o peggiore, ma può evidenziare un posizionamento strategico distintivo, che deve però trovare delle sue coerenze interne. Si possono avere dei coefficienti di costo o di volume per fattore produttivo superiori alla media, se questi sono associati a standard assistenziali elevati, in grado di giustificare al mercato rette più alte. Viceversa, si può scegliere un mix caratterizzato da bassi costi e volumi minimi di fattori produttivi, coerentemente a particolari contesti, caratterizzati dalla forte presenza di care giver informali o dall'indisponibilità delle famiglie a sostenere rette elevate.

Il processo di benchmarking inter-aziendale può anche dare utili spunti di riflessione rispetto ai modelli organizzativi e di gestione adottati:

- può favorire riflessioni sulla convenienza ad esternalizzare o internalizzare particolari processi produttivi (la cucina; la lavanderia; l'animazione; etc.) in funzione alle dimensioni o alla collocazione geografica del servizio;
- può favorire l'acquisizione di informazioni rispetto all'adozione di nuove tecnologie produttive;
- può promuovere la circolazione di riflessioni in merito ai modelli di servizio e alla loro economicità relativa, in termini di rapporto costo-beneficio.

#### Box di approfondimento - Il benchmarking a supporto del miglioramento dei servizi

Lo strumento del benchmarking, nato nel comparto privato dall'esigenza delle imprese di misurare e accrescere la propria competitività, nell'ultimo decennio ha incontrato un crescente interesse e una diffusa applicazione anche nel settore dei pubblici servizi. Ma che cosa significa fare benchmarking? Il benchmarking è un processo continuo di misurazione di prodotti, servizi e prassi aziendali mediante il confronto con i concorrenti più forti o con le aziende leader di un settore (Camp, 1996; Keehley e Abercrombie, 2008). Quindi sono essenzialmente tre gli aspetti caratterizzanti questo strumento:

- processo continuo: per portare dei benefici da un punto di vista conoscitivo, l'attività di benchmarking non deve rimanere un atto isolato, ma essere una sequenza di attività strutturate e continue nel tempo. Infatti, esso non si limita a una serie di confronti occasionali ma, come ogni processo di apprendimento, richiede continuità e sistematicità al fine di strutturare un adeguato sistema per la raccolta dei dati e per la misurazione delle performance;
- misurazione e confronto: le azioni in cui si articola il benchmarking si concretizzano nell'osservazione e comparazione tra i risultati e le scelte gestionali delle diverse aziende appartenenti al gruppo d'indagine. Il fine ultimo di queste operazioni è, quindi, quello di esplicitare il gap prestazionale che separa un'azienda dalle altre e riflettere sulle possibili cause che lo hanno determinato (i c.d. performance driver). Le prassi organizzative e gestionali adottate dall'azienda che presenta i risultati migliori (best in class) rappresenteranno il benchmark (parametro di confronto e riferimento) per tutte le aziende coinvolte;
- prodotti, servizi e prassi aziendali: per quanto detto sopra, uno studio di benchmarking produce due differenti risultati: a) una misurazione della performance di processo, che verrà utilizzata come termine di confronto tra le aziende al fine di individuare l'azienda leader; b) l'identificazione dei fattori guida del processo, che hanno contribuito alla determinazione delle performance osservate. Partendo da questi performance driver le aziende potranno fondare il loro processo di miglio-

ramento, attraverso un approccio per “assimilazione creativa”, ossia un tipo di apprendimento che si basa sull’osservazione e sulla replicazione delle scelte fatte in altri contesti, dopo averne opportunamente individuato e isolato quelle condizioni trasferibili e adattabili alla specifica realtà aziendale.

Non esiste un unico modo per fare benchmarking, ma le principali fasi attraverso cui tale strumento può essere utilizzato possono essere così sintetizzate: una volta definito chi dovrà entrare a far parte del gruppo di analisi e il “che cosa osservare” (ossia quale particolare processo dovrà essere analizzato), si procede alla raccolta e all’analisi dei dati e delle informazioni, attraverso gli strumenti tipici della ricerca scientifica (questionari di rilevazione, interviste, focus group, etc.). Dai risultati così raccolti e rielaborati, una prima risposta dovrà essere data alla domanda “chi è il migliore” - ossia - quale è l’azienda che ha presentato i livelli di risultato migliori? Una volta individuata l’azienda “best in class”, si dovrà procedere all’analisi delle prassi gestionali/organizzative adottate dalla stessa e confrontare le stesse con le prassi gestionali/organizzative applicate dalle altre aziende.

Rispetto invece ai possibili vantaggi, l’adozione di uno strumento di confronto tra realtà aziendali differenti può essere molto utile in quanto consente:

- l’introduzione di meccanismi e logiche di monitoraggio e controllo in un contesto dove la verifica del “cosa si fa” e del “come lo si fa” non è sempre diffusa; questo passaggio dovrebbe sostituire una modalità di lavoro burocratica, con una logica orientata al conseguimento dei risultati;
- favorire il confronto e l’apprendimento tra realtà che – per loro natura – sviluppano al proprio interno un forte atteggiamento autoreferenziale. All’interno di questo processo di confronto, le varie aziende potranno sviluppare forme di collaborazione e di reciproco scambio di informazioni ed esperienze, riducendo – in tale modo – i tempi, i costi ed i rischi che potrebbero esserci con una sperimentazione “che parte da zero”.

#### **1.4. L’utilizzo efficace dei dati**

Come precedentemente illustrato, tutti gli stakeholder – il regolatore, gli utenti ed i soggetti gestori – possono trarre significativi benefici conoscitivi e di apprendimento attraverso la disponibilità, la circolazione e il confronto dei dati di costo, meglio se correlati ad informazioni sugli standard assistenziali. Essendo la maggior parte di questi dati sensibili e di esclusiva proprietà dei gestori, non esiste però alcun meccanismo coercitivo possibile per raccogliergli. Inoltre, una logica d’imposizione gerarchica porterebbe inevitabilmente all’invio di dati imprecisi o manipolati, nell’ottica di massimizzare le proprie convenienze rispetto all’azione del soggetto che esercita le prerogative di governo sovra-ordinate. I dati di costo rilevanti ed utili per mettere in atto un processo di benchmarking, richiedono poi l’accesso alle informazioni di contabilità analitica, per definizione interne e riservate, che possono essere elaborate ed interpretate solo da coloro che alimentano direttamente il sistema, essendo costruite su configurazioni specifiche di costo, decise da ogni singola azienda e spesso in maniera implicita. Un’analisi di dati di contabilità analitica da parte di soggetti esterni, accedendo

direttamente ai database senza precise istruzioni dei gestori rispetto alle chiavi di lettura e le assunzioni adottate per alimentare il sistema, renderebbe il lavoro difficile e potenzialmente foriero di errori interpretativi (Cavalli, Jommi e Lecci, 2007). Pertanto, un processo efficace di raccolta dei dati è possibile solo nel pieno consenso dei gestori e nella loro adesione al progetto di benchmarking di rete.

Quindi, la qualità, l'affidabilità e la tempestività dei dati dipende direttamente dalla credibilità del processo di benchmarking e dalla percezione di utilità individuale e sistemica che i gestori ne hanno. In altri termini, se i gestori percepiscono come utile il complessivo processo – sia per le proprie finalità interne, sia per la tutela degli utenti, sia per lo sviluppo del sistema di welfare – allora tenderanno a parteciparvi attivamente, garantendo la quota di lavoro interno necessaria per soddisfare il debito informativo di rete. Questo richiede che il sistema venga percepito come uno strumento collettivo della rete, basato su relazioni paritetiche di tipo orizzontale e su una bidirezionalità dei flussi informativi. Ogni gestore alimenta il sistema, ma può estrarre in ogni momento informazioni di ritorno, utili per la sua gestione interna e per la sua comprensione del mercato. Viceversa, un eventuale regolatore gerarchico, che disponga in maniera esclusiva dei dati, difficilmente riuscirebbe a determinare un clima di disponibilità al trasferimento di dati sensibili (Beretta, 1990). Un sistema di benchmarking così delineato massimizza la sua utilità se diventa uno strumento strutturato e permanente nel tempo. Esso deve essere periodicamente aggiornato ed alimentare un processo sistematico di confronto. La ciclicità nella raccolta dei dati ed il loro utilizzo può innestare circoli virtuosi per lo sviluppo del sistema, qualora tutte le parti percepiscano una sua utilità crescente, ma può – al contrario – anche innestare circoli viziosi di progressiva delegittimazione, qualora il sistema non riesca ad essere efficace e preciso.

La costruzione di un sistema informativo di tipo paritetico ed orizzontale richiede alla Pubblica Amministrazione pivotale – regolatrice del sistema – di passare da una logica di government (gerarchica e unidirezionale) ad una logica di governance, dove il governo si esplica attraverso azioni di indirizzo, persuasione morale e incentivazione di comportamenti virtuosi (Kooiman, 2003). Questa trasformazione culturale – apparentemente semplice – è in realtà molto complessa, perché le pubbliche amministrazioni sono tradizionalmente abituate a detenere ed analizzare in maniera esclusivamente interna le informazioni disponibili, senza che queste diventino patrimonio comune a tutti gli stakeholder. D'altra parte, anche i gestori devono aderire ad una cultura di rete, convinti che la crescita complessiva del sistema soddisfi meglio sia la collettività, sia i propri stakeholder aziendali.

Così come devono essere studiate le logiche e le tecniche di raccolta dei dati, altrettanta attenzione serve nel definire le modalità di costruzione ed uso delle informazioni. Un primo aspetto importante, riguarda la scelta del soggetto che effettuerà le analisi aggregate e comparative dei dati ed elaborerà i relativi

report valutativi. Questo soggetto deve essere scelto collegialmente dalla rete dei gestori in accordo con la Pubblica Amministrazione, che esercita il ruolo di regolatore e finanziatore. L'analista deve essere un soggetto terzo, percepito come *super partes*, tecnicamente affidabile ed autorevole nelle sue competenze valutative. La sua funzione non è quella di esprimere dei giudizi, ma aiutare il sistema a comprendere le principali dinamiche evolutive ed impostare processi di crescita. Nel tempo può strutturarsi anche una tecnostruttura terza di rete, che viene finanziata collettivamente da tutti i gestori, operando pertanto come unità operativa di supporto (Kickert e Klijn, 1997). Le informazioni così raccolte non devono essere utilizzate per creare ranking o giudizi sui singoli gestori, perché questo inficerebbe immediatamente l'adesione al sistema dei più penalizzati. Pertanto, il sistema deve sempre garantire l'assoluto anonimato ai singoli produttori e la loro non rintracciabilità: i dati devono essere presentati in maniera anonima, per medie generali o per medie di cluster di gestori. Viceversa, il singolo gestore deve poter vedere "in chiaro" i propri dati e poterli confrontare con quelli delle medie e dei cluster di produttori simili. Questa apparente asimmetria informativa caratterizza la logica relazionale di una rete di governance, garantendo l'adesione dei gestori, proprio perché possono ricavare utilità conoscitive, senza dover rendere pubblici dati sensibili. D'altra parte, essa incentiva i gestori a cedere le informazioni, alimentando in questo modo il sistema (Longo, 2005). Infine, sarà necessario stabilire gli strumenti e i processi utilizzati per svolgere il confronto comparativo tra gli enti gestori. Il processo di benchmarking dovrebbe svolgersi attraverso incontri seminariali, con il coinvolgimento del management dei soggetti produttori, la Pubblica Amministrazione regolatrice ed il soggetto che ha condotto l'analisi dei dati. L'obiettivo di questi incontri è quello di presentare, discutere e condividere una diagnosi delle principali performance e dinamiche del sistema, permettendo ad ogni gestore di conoscere – in via riservata – il proprio posizionamento relativo. Dopo la costruzione di un profilo di diagnosi condiviso, è ipotizzabile discutere le possibili implicazioni strategiche e manageriali per i gestori e le possibili traiettorie di policy per il regolatore. Per tutti questi scopi potrebbe essere utile anche più di un incontro seminariale: uno di presentazione dei dati; uno di discussione della diagnosi; uno di confronto su possibili opzioni di policy regionale e di strategie aziendali.

La Pubblica Amministrazione responsabile della regolamentazione e del finanziamento del settore manterrà anche relazioni dirette con i singoli gestori, parallele agli incontri collegiali, per esercitare le proprie fisiologiche e necessarie azioni di indirizzo e controllo, a partire dalla negoziazione dei mix e dei volumi di pazienti ricoverati. La presenza di un sistema strutturato di dati di costo, di attività e d'intensità assistenziale accessibile a tutti gli attori, modifica profondamente questa relazione, anche quando si svolge nel contraddittorio tra due parti. La discussione e il confronto non sono più costruiti su una rilevante asimmetria informativa reciproca (la Regione che conosce il quadro generale dei ricavi e di



attività, ma non i costi delle strutture; il singolo gestore che conosce i propri ricavi e costi, ma non dispone di un quadro complessivo), ma in un contesto informativo completo e condiviso. Le basi negoziali sono quindi quelle di un mercato maturo e trasparente, dove ogni attore propone un proprio legittimo punto di vista dei problemi, senza che esso sia difendibile avocando delle considerazioni di contesto non verificabili. Nel rispetto dei rispettivi fini istituzionali, entrambi gli attori sanno e cercano di concertare soluzioni basate sulla esplicitazione dei propri obiettivi, ritenuti coerenti alle esigenze dei propri stakeholder. Questo determina uno scenario negoziale molto più adulto, potenzialmente in grado di attivare processi più profondi e consapevoli di sviluppo.

## 2. La *governance* della non autosufficienza<sup>1</sup>

In Italia si discute parecchio sulla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale e della spesa sanitaria in generale, mentre c'è ancora troppa poca attenzione sull'evoluzione e sull'impatto economico dei servizi socio-sanitari ed assistenziali che sono, invece, quelli sui quali l'invecchiamento della popolazione ha un effetto maggiore. Infatti, è ormai assodato che i principali fattori determinanti della crescita della spesa sanitaria sono principalmente riconducibili all'aumento del benessere economico e all'innovazione tecnologica, piuttosto che all'invecchiamento della popolazione (Gerdtham e Jonsson, 2000), mentre tale fenomeno ha un impatto maggiore sulla domanda e sulla spesa per servizi socio-assistenziali. Al riguardo, rivestono un interesse particolare i servizi riconducibili a quella che viene generalmente definita, con la terminologia anglosassone, *Long-Term Care* (LTC).

La LTC comprende tutti gli interventi di natura sanitaria o assistenziale a favore delle persone anziane o disabili non autosufficienti, cioè non in grado di compiere, con continuità, gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno. Nella LTC rientrano, quindi, *“tutte le forme di cura della persona o assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti”* (Laing, 1993). Quindi, fanno parte della cosiddetta LTC:

- gli interventi sanitari, a loro volta disarticolati in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e residenziale, l'assistenza integrativa e protesica;
- le indennità di accompagnamento, ossia prestazioni monetarie erogate direttamente all'individuo non autosufficiente, a prescindere da qualsiasi requisito reddituale e non subordinata alla certificazione dell'acquisto di beni e servizi funzionali al miglioramento delle condizioni di vita del soggetto;

---

<sup>1</sup> Attribuzioni: paragrafo 2.1 di Francesco Longo; paragrafo 2.2 di Emilio Tanzi.

- gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale per finalità assistenziali, in via principale dai Comuni singoli o associati.

In base agli ultimi aggiornamenti (Ragioneria Generale dello Stato, 2008), la spesa pubblica per LTC è stata di circa 25,8 miliardi di euro, pari all'1,66% del PIL e così ripartita [Tabella 2.1]<sup>2</sup>:

- componente sanitaria, pari a circa 12,5 miliardi di euro (0,81% del PIL);
- indennità di accompagnamento, pari a circa 10,8 miliardi di euro (0,70% del PIL);
- prestazioni socio-assistenziali, pari a circa 2,5 miliardi di euro (0,16% del PIL).

Il 68% di tale spesa è destinata ad un'utenza over 65enne, per la quale assumono un ruolo principale le prestazioni di tipo economico, corrispondenti al 48% della spesa totale, seguite dalle prestazioni sanitarie (41% del totale) e dagli interventi socio-assistenziali (11% del totale).

Tabella 2.1. La spesa pubblica per la LTC (2007)

	Valori assoluti*	% del PIL	% sul totale	Valori assoluti* di cui 65+	% del PIL	% sul totale
Componente sanitaria	12.512,7	0,81	48,5	7.105,9	0,46	41,1
Indennità di accompagnamento	10.813,4	0,70	41,9	8.341,7	0,54	48,2
Interventi socio-assistenziali	2.471,6	0,16	9,6	1.853,7	0,12	10,7
Totale	25.797,7	1,66	100	17.301,3	1,13	100

\* In milioni di euro

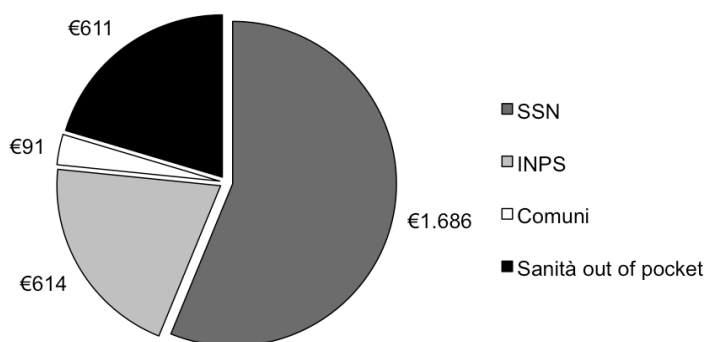
Fonte: nostra elaborazione da Ragioneria Generale dello Stato (2008)

Inoltre, in Italia una quota rilevante della spesa per la LTC è finanziata dalle famiglie in via formale o informale, anche grazie alla quota di risorse economiche riconosciute dal sistema previdenziale-pensionistico dell'INPS (indennità di ac-

<sup>2</sup> Sempre secondo le stime fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato (2008), nel 2050 la spesa pubblica per la LTC sarà pari al 2,7% del PIL, registrando un incremento significativo proprio della voce "indennità di accompagnamento". E tale crescita sarà essenzialmente imputabile al processo d'invecchiamento della popolazione. Infatti, l'Italia è uno dei paesi europei in cui la popolazione sta invecchiando maggiormente per via del rallentamento nei tassi di fertilità e dell'aumento dell'aspettativa di vita. Nel 2007 (anno di riferimento dei dati di spesa precedentemente illustrati), quasi il 20% della popolazione italiana aveva 65 o più anni mentre gli ultra-ottantenni erano il 5,3% (nel 2007 l'indice di vecchiaia in Italia era pari a 1,41). Le stime dell'ISTAT indicano che nel 2050 gli ultra sessantacinquenni arriveranno ad essere il 33% della popolazione e gli ultraottantenni il 13,5% (Fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)).

compagnamento e pensioni di invalidità). All'interno di una ricerca patrocinata dall'AUSL di Bologna, sono state analizzate le diverse componenti di quello che può essere definito il "welfare socio-sanitario" italiano, attribuendo i rispettivi valori economici (spesa annua pro-capite) e indicando i soggetti istituzionali di riferimento delle differenti tipologie di risorse (Longo e Tasselli, 2010) [Grafico 2.1].

Grafico 2.1. Le componenti del welfare socio-sanitario italiano (spesa pro-capite)



**Stima totale: € 3.002 → € 3.473 per integrazione del reddito da parte dell'INPS**

A fronte di un ammontare complessivo di risorse di circa 3.000 euro per residente (che salgono a quasi 3.400 euro se si considerano le partite socio-assistenziali gestite dell'INPS destinate ad integrazione del reddito), la spesa gestita dal SSN rappresenta il 56% di tale valore (1.686 euro). Il 20% delle risorse (614 euro) è costituito da trasferimenti socio-assistenziali dall'INPS alle famiglie per il sostegno alla non autosufficienza (esclusa quindi la componente previdenziale), destinati principalmente al finanziamento del mercato delle badanti che – secondo le ultime stime – vede impiegate, tra lavoro regolare ed irregolare, circa 700.000 persone (Pasquinelli e Rusmini, 2008), per una spesa pro-capite di circa 120 euro mensili. Un altro 20% è costituito dalla spesa sanitaria privata autofinanziata dalle famiglie (611 euro per residente), che - oltre a coprire tipologie di servizi tradizionalmente non erogati dal SSN (*in primis* spese odontoiatriche e farmaci da banco) - è sempre più rivolta verso la spesa per la specialistica ambulatoriale (prime visite ed esami diagnostici in contesti con elevate liste di attesa) e verso la medicina complementare e alternativa. E' invece esigua, pari a 91 euro per re-

sidente (3% delle risorse complessive) la spesa socio-assistenziale gestita in media dai Comuni<sup>3</sup>.

In aggiunta a questo, si deve poi ricordare come il tema delle LTC in Italia sia caratterizzato da un'elevata frammentazione istituzionale: gli attori direttamente impiegati nell'erogazione di servizi sociali sono i Comuni, le ASL, i soggetti produttori pubblici e privati (profit e non profit), ma nella programmazione e nel finanziamento degli interventi e dei servizi sono coinvolti anche lo Stato, le Regioni e le Province. Inoltre, in Italia la LTC si caratterizza per l'ampia variabilità nella struttura dell'offerta dei servizi, che varia da Regione a Regione, come evidenziato – a titolo esemplificativo - dalle differenze esistenti rispetto al numero di PL residenziali disponibili per la popolazione anziana, al numero di utenti presi in carico dai servizi di assistenza domiciliare o all'importo medio dei buoni-voucher sociali riconosciuti dai Comuni [Tabella 2.2].

Tabella 2.2. Rete di offerta regionale dei servizi per la popolazione anziana

	PL strutture residenziali <sup>1</sup> ogni 1000 residenti over 65 (2006)	Utenti in carico all'assistenza domiciliare ogni 1000 residenti over 65 <sup>2</sup> (2005)	Spesa media per utente over 65 per voucher e buoni socio-sanitari <sup>2</sup> (2005)
Piemonte	44,8	14,3	3.309
Valle d'Aosta	39,5	24,2	-
Lombardia	28,6	16,4	1.676
Trentino Alto Adige	-	34,6	6.602
<i>P.A. Bolzano</i>	-	38,7	-
<i>P.A. Trento</i>	50,5	31,2	6.602
Veneto	39,3	17,3	992
Friuli-Venezia Giulia	40,5	25,5	2.583
Liguria	29,5	11,9	2.337
Emilia-Romagna	30,5	18,7	564
Toscana	17,6	11,6	1.506
Umbria	13,5	5,7	4.448
Marche	22,3	8,9	1.672
Lazio	14,3	11,6	758
Abruzzo	16,0	25,6	1.387
Molise	15,7	39,3	-
Campania	6,2	16,3	1.268

<sup>3</sup> Fonti: Finanziamento SSN, dati ISTAT 2007; stima gestione partite socio-assistenziali a carico INPS, da Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2008); dati di spesa tendenziale nazionale 2006 per il sostegno alla non autosufficienza: si sono considerate pensioni per invalidità civile e indennità di accompagnamento, pensioni d'inabilità e assegni d'invalidità, rendite per infortunio sul lavoro, integrazioni al minimo di pensioni d'invalidità; per l'integrazione reddito, si sono considerate pensioni e assegni sociali e integrazioni al minimo di pensioni di vecchiaia/anzianità e di pensioni ai superstiti; stima spesa sociale dei Comuni dati ISTAT (2007); stima quota consumi sanitari out of pocket, da ISTAT (2007), dati riferiti a media Italia anno 2003.

Puglia	8,9	8,2	282
Basilicata	5,1	14,9	82
Calabria	5,2	9,9	250
Sicilia	8,1	27,2	2.149
Sardegna	10,3	24,4	-
ITALIA	22,1	16,6	1.360

<sup>1</sup> Nostra elaborazione dati Istat (2010)

<sup>2</sup> Nostra elaborazione dati Istat (2009)

Stante gli elementi di forte frammentazione e disomogeneità (istituzionale, organizzativa, finanziaria e di composizione d'offerta dei servizi), l'obiettivo del presente capitolo è stato quello di capire come le Regioni possono governare al meglio il settore della LTC. In particolar modo, la nostra attenzione si è focalizzata su due temi attualmente al centro del dibattito dei policy maker regionali:

- proporre – attraverso la comparazione di tre contesti territoriali – uno schema concettuale utile alla lettura dei modelli di welfare regionale, finalizzato a supportare le riforme del sistema che – per effetto del processo di federalismo in corso – le singole Regioni sono chiamate ad attuare;
- analizzare quali meccanismi di finanziamento l'ente regionale ha a disposizione per regolare le proprie relazioni con i soggetti produttori (pubblici e privati) e quali conseguenze un sistema tariffario può innescare nei processi di governance del sistema.

## 2.1. Modelli regionali a confronto<sup>4</sup>

La normativa regionale rispetto al tema della LTC è fortemente ancorata ai processi di riforma delle politiche sociali delle regioni avviati con la L.328/2000. Le Regioni di fatto stanno definendo sistemi differenti di governo del settore socio-sanitari. Solo alcune Regioni hanno finora attivato politiche specifiche dedicate alla non autosufficienza, alcune istruendo leggi di riordino ad hoc, altre inserendo in tali leggi di riordino l'istituzione di un Fondo Regionale specifico, altre ancora attivando l'istituzione del Fondo Regionale con legge di bilancio<sup>5</sup>. Dalla lettura incrociata di tali scelte, sembrano emergere due approcci di fondo in cui o prevale il ruolo di governo e la regia forte delle regioni stesse, attraverso le ASL, o si preferisce responsabilizzare maggiormente il ruolo dei Comuni (Longo,

<sup>4</sup> Il presente paragrafo rappresenta una sintesi del capitolo di Longo e Tediosi (2009).

<sup>5</sup> Varie regioni hanno già approvato leggi di riordino del settore sociale: Piemonte, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Basilicata, Toscana, Campania, Calabria, Puglia, Sardegna, Veneto e Provincia Autonoma di Trento. Altre hanno solo modificato leggi regionali approvate prima della L. 328/2000: Valle d'Aosta, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano. Per una panoramica completa delle normative regionali sugli interventi a favore della non autosufficienza, si rinvia a AGENAS (2009).

2001). Per il governo dell'ambito territoriale, vari sono comunque gli aspetti di convergenza tra le scelte effettuate<sup>6</sup>:

- la ricerca di punti di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari, mediante l'attivazione di un unico assessorato, l'elaborazione di un piano socio-sanitario, la sperimentazione di punti unici di accesso alla rete dei servizi o il raggruppamento dei vari flussi finanziari (Fondo sociale; Fondo sanitario; altre fonti pubbliche e private) in un unico Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;
- la ricerca di una riduzione della frammentarietà definendo dei confini geografici di dimensione sovra-comunale e/o distrettuale, degli ambiti ottimali, dei luoghi omogenei per regolare le varie funzioni di committenza, programmazione, produzione e valutazione degli interventi e dei servizi.

La scelta di concentrare la nostra analisi su Lombardia, Emilia-Romagna e Sicilia è stata fatta in quanto queste tre Regioni sono degli esempi paradigmatici dell'eterogeneità del comparto, sia per la dimensione ed il mix d'offerta, sia per i modelli istituzionali e di welfare sottostanti. L'analisi è stata condotta evitando di illustrare separatamente ogni singolo sistema, preferendo invece un confronto immediato rispetto alle seguenti dimensioni:

- gli aspetti socio-demografici;
- la rete d'offerta;
- i meccanismi di finanziamento;
- il modello di welfare.

### *2.1.1. Gli aspetti socio-demografici*

La Lombardia e l'Emilia-Romagna hanno una quota di anziani superiore alla media nazionale, con una generale tendenza all'incremento del fenomeno [Tabella 2.3]. Si tratta, però, di due regioni con un'elevata quota d'immigrazione straniera, attratta sia dalle opportunità offerte dal loro livello di sviluppo economico, sia dalla stessa presenza di molti anziani bisognosi d'aiuto, che alimenta sia il mercato delle "badanti", sia quello assistenziale più strutturato (Terzo Settore e cooperazione sociale), grazie alle capacità di spesa che le famiglie lombarde ed emiliano-romagnole hanno di auto-finanziare questi servizi.

Al contrario la Regione Sicilia ha una struttura demografica più tradizionale, con una quota di popolazione anziana inferiore alla media nazionale, un tessuto familiare più propenso a meccanismi di riproduzione familiare diretti al sostegno dell'anziano non autosufficiente, anche correlato al relativo basso tasso di occupazione femminile. Sicuramente la struttura demografica della regione Sicilia tenderà

---

<sup>6</sup> Per avere un quadro esaustivo delle riforme in atto, si rinvia alla lettura di Bertoni, Caffarena e Riboldi (2008).

progressivamente ad avvicinarsi a quella lombarda ed emiliano-romagnola, ma è difficile prevedere con quale grado di corrispondenza e velocità.

Tabella 2.3. Struttura demografica della popolazione

	Lombardia		Emilia-Romagna		Sicilia	
	% 65 +	% 75 +	% 65 +	% 75 +	% 65 +	% 75 +
2001	18,2	7,8	22,4	10,8	16,9	7,4
2011	21,1	10,3	23,9	12,8	18	8,8
2021	24,6	12,8	26,5	14,3	20,9	9,7
2031	29,5	15,6	30,9	16,6	25	12,1
2041	34,8	19,1	36,3	20,1	28,9	14,9

Fonte: nostra elaborazione da Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali: Relazione Biennale sulla Condizione dell'Anziano 2002-2003, integrato con dati demo.istat.it

### 2.1.2. La rete d'offerta

I sistemi di welfare socio-sanitari della Lombardia e dell'Emilia-Romagna sono tradizionalmente considerati tra i più ricchi e qualificati del Paese, seppur con delle connotazioni marcatamente diverse.

Il sistema lombardo si qualifica tradizionalmente per la forza della sua rete ospedaliera basata su molti poli di eccellenza, che sono anche i principali attori nel panorama nazionale della ricerca sanitaria. I servizi territoriali sono - invece - meno ricchi e raramente si trovano al centro del dibattito e degli interventi di policy. I comuni lombardi hanno tradizionalmente una spesa socio-assistenziale di poco superiore alla media nazionale e costituiscono degli stakeholder deboli nel panorama sanitario.

Il sistema dell'Emilia-Romagna è tradizionalmente orientato a un bilanciamento tra ospedale e territorio, facendo dello sviluppo dei servizi socio-sanitari territoriali uno dei propri punti di forza, frequentemente considerati la best-practice nazionale. Sono proprio questi servizi che di solito intervengono in modo costo-efficace per i problemi di LCT. La spesa socio-assistenziale dei comuni emiliano-romagnoli è tra le più alte d'Italia ed essi costituiscono uno stakeholder politico rilevante anche per le politiche sanitarie.

La Sicilia, invece, è una delle tre regioni italiane (insieme a Lazio e Campania) che registra i deficit infrastrutturali e di performance più gravi, offrendo meno servizi e con minore appropriatezza. Il sistema di welfare siciliano si trova per certi versi nella condizione caratterizzante i sistemi regionali prima del processo di "aziendalizzazione e regionalizzazione" sancito nel '92: eccesso di aziende, ospedali di piccole dimensioni, ridondanza delle prestazioni, assenza di economie di scala e di specializzazione. L'eccesso di allocazione di risorse nel



comparto ospedaliero, determina l'insufficienza di risorse e servizi nella componente territoriale. I comuni dell'isola hanno una spesa sociale particolarmente contenuta, in uno scenario di deboli relazioni inter-istituzionali e inter-settoriali, che concede loro un ruolo secondario nel governo della sanità.

I servizi di LCT, essendo relativamente recenti nel loro sviluppo, raccolgono le caratteristiche generali dei tre sistemi regionali, evidenziandone ancora più marcatamente le caratteristiche [Tabelle 2.4 e 2.5, oltre alla precedente tabella 2.2].

Tabella 2.4. Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per alcune aree d'utenza (valori medi pro-capite<sup>7</sup>) – Anno 2005

	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Multiutenza	Totale
Lombardia	117,4	128,3	2.621,5	6,4	104,1
Emilia-Romagna	215,9	147,6	3.250,3	11,4	148,7
Sicilia	69,9	92,0	1.123,0	2,1	75,3
ITALIA	94,8	116,7	2.071,1	6,9	98,0

Fonte: Istat (2009)

Tabella 2.5. Gli anziani ospiti dei presidi residenziali per tipologia di soggetto gestore (valori %) – Anno 2006

	Pubblico	Nonprofit	Profit	Totale
Lombardia	16,72	75,36	7,92	100,00
Emilia-Romagna	48,11	24,67	27,22	100,00
Sicilia	34,73	51,39	13,90	100,00
ITALIA	38,26	43,03	18,71	100,00

Fonti: Istat (2010)

Il sistema lombardo ha un'offerta relativamente ricca di servizi per la LCT, ma che vede prevalentemente uno sviluppo di strutture protette di natura residenziale. In particolare esistono circa 50.000 posti letto nelle RSA lombarde, che hanno una finalità di strutture protette ad alta intensità socio-sanitaria. Quindi, anche

<sup>7</sup> I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza. La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001. La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - anno 2004-2005 - e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2005". La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2005. La popolazione di riferimento per l'area "multiutenza" è costituita dalla popolazione residente - anno 2005.

negli stessi servizi territoriali per la LCT, si riflette la tendenza a strutturare prevalentemente servizi istituzionalizzati, offrendo soprattutto ricoveri garantiti da strutture socio-sanitarie intermedie.

La Regione Emilia-Romagna ha un'offerta di servizi per la LCT significativamente più ricca di quella lombarda, come riflesso della maggiore tradizione di sviluppo dei servizi territoriali, se confrontati con quelli ospedalieri. Ma gli stessi servizi per la LCT tendono a privilegiare i servizi domiciliari rispetto alle strutture protette, con un'incidenza superiore rispetto al caso lombardo. Questo inevitabilmente comporta che i degenti delle strutture residenziali lombarde siano meno "pesanti" di quelli dell'Emilia-Romagna, che - essendo più limitati in numero - necessariamente coprono le situazioni più gravi.

Infine, la Regione Sicilia registra un'offerta di servizi LCT (sia residenziali, che domiciliari) largamente insufficienti rispetto ai bisogni. Questo contribuisce a spiegare, in maniera determinante, le ragioni del persistere di un elevato numero di reparti di medicina generale in piccoli ospedali decentrati, con un eccesso di ricoveri di anziani rispetto alle altre regioni del paese.

### *2.1.3. Il modello di finanziamento della LTC*

La Regione Lombardia ha storicamente due assessorati distinti tra sanità e sociale e, coerentemente a questo, ha scelto di avere due fondi finanziari separati e vincolati. Infatti, il fondo per la spesa socio-assistenziale integrata, seppur finanziato con il fondo sanitario regionale, è interamente gestito dall'Assessorato alla famiglia e alle politiche sociali. Questo fondo viene trasferito alle Aziende Sanitarie Locali lombarde (di seguito ASL) con il vincolo di utilizzo da parte dei Dipartimenti delle attività socio-sanitarie integrate (Dipartimento ASSI), che sono responsabili di gestire i servizi socio-sanitari. Il rationale di questa scelta è quello di tutelare e favorire la spesa socio-sanitaria, separandola da quella ospedaliera, per evitare che quest'ultima, nelle sue dinamiche espansive, tolga risorse dai servizi territoriali. Questa scelta, pur raggiungendo il suo scopo, mina profondamente l'unitarietà d'azienda della singola ASL, costretta a ragionare per comparti assistenziali separati e non potendo gestire unitariamente i percorsi per patologia che tagliano trasversalmente i diversi ambiti di cura. La linea di governo per il comparto socio-assistenziale (Assessorato alle politiche sociali *versus* Direttore del Dipartimento ASSI delle ASL), configura quasi un'azienda (il Dipartimento ASSI) nell'azienda (ASL), come prevedeva il disegno iniziale della riforma lombarda che ipotizzava la nascita di tre tipologie di aziende: ASL, ASSI e Aziende Ospedaliere. I fondi socio-assistenziali dei Comuni, soprattutto dopo il diffuso ritiro delle deleghe dei servizi sociali dalle ASL, gestiscono i servizi socio-assistenziali in maniera relativamente autonoma. Pertanto i pilastri finanziari del settore socio-sanitario lombardo sono tre, con una chiara distinzione dei ruoli e delle funzioni da sostenere. Per quanto riguarda le tariffe riconosciute alle strutture residenziali, la Lombardia dal

2003 ha adottato un proprio nomenclatore (sistema S.O.S.I.A. – Scheda di Osservazione Intermedia dell’Assistenza), basato su differenti profili di gravità a cui corrispondono differenti tariffe regionali. In tale remunerazione sono inclusi tutti i fattori produttivi necessari alla presa in carico dell’anziano, che vengono quindi acquisiti autonomamente dai singoli produttori, nel rispetto di quelli che sono gli standard di accreditamento delle strutture. La definizione delle rette per i ricoveri residenziali a carico degli utenti e/o delle loro famiglie è invece lasciata alla libera regolazione del mercato, accettando quindi il rischio che vi possano essere delle significative di oscillazioni tra i vari contesti, in particolar modo tra Milano – città e provincia – e gli altri territori regionali.

La Regione Emilia-Romagna ha adottato un finanziamento unitario alle proprie Aziende USL (di seguito AUSL), le quali allocano quote significative di risorse al settore territoriale, anche sotto la spinta della forza degli Enti Locali, stakeholder rilevanti nel sistema. Da due anni a questa parte, si è innestato su questo schema, il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (di seguito FRNA), che costituisce da un lato un’operazione di ricomposizione delle risorse storicamente spese per la LCT (in particolare per anziani e per i disabili), di sviluppo delle risorse regionali addizionali (attraverso una tassa di scopo), ma soprattutto di modifica dell’assetto istituzionale e finanziario dei fondi. Il FRNA viene trasferito alle AUSL per quota capitaria pesata, ma deve obbligatoriamente essere utilizzato a livello distrettuale, con il pieno consenso degli Enti Locali, strutturando assetti decisionali che chiaramente assegnino a questi ultimi le prerogative di governo decisive. Il fondo si alimenta prevalentemente con risorse di natura socio-sanitaria, finanziate dalla sanità, ma a queste si dovrebbero aggiungere nel tempo anche risorse sociali degli Enti Locali, rassicurati dal potere maggioritario nel governo del fondo. Pertanto, similmente alla Lombardia, l’Emilia-Romagna ha istituito un fondo vincolato per la LCT socio-sanitaria, di fatto prevalentemente finanziato dal fondo sanitario regionale, a cui è dedicata una struttura istituzionale ed organizzativa ad hoc a livello delle AUSL. Differisce il ruolo degli Enti Locali, che nel territorio emiliano-romagnolo sono considerati soci di maggioranza per la gestione del FRNA, mentre in Lombardia prevale il ruolo istituzionali degli ASSI delle ASL. Per quanto riguarda il settore LTC, dal 2010 è stato avviato un percorso di accreditamento dei servizi per anziani (residenziali, semi-residenziali e domiciliari) e per disabili (semi-residenziali) ed attivato un correlato sistema di remunerazione omogeneo (DGR 2110/2009). Attraverso questo sistema, le strutture residenziali regionali (Casa Residenza Anziani) sono remunerate per giornata assistenziale in base a una delle quattro classi di pazienti determinate attraverso l’apposita scala di valutazione B.I.N.A. – Breve Indice di Non Autosufficienza. All’interno di tale remunerazione, la Regione ha preferito escludere le componenti più squisitamente sanitarie, che sono erogate direttamente dall’AUSL o rimborsate in un secondo tempo dall’AUSL al soggetto erogatore, nei limiti di

quanto l'AUSL avrebbe speso per produrre direttamente gli stessi servizi. Per quanto riguarda invece la quota di costo a carico dei cittadini, l'Emilia-Romagna – al contrario della Lombardia – ha sostenuto una forte politica di regolamentazione delle rette, decidendo di fissare annualmente un importo massimo applicabile da tutte le strutture accreditate sul territorio.

Il modello di governo del sistema sanitario siciliano si caratterizza – invece – per un elevato accentramento, in quanto la Regione definisce l'allocazione delle risorse, partendo dal quadro della spesa storica e cercando progressivamente aggiustamenti ai margini. Il rationale di questa scelta sta nella volontà di governare dal centro i produttori sanitari autonomi, come gli ospedali azienda, gli erogatori privati accreditati, le strutture socio-sanitarie, non fidandosi appieno della capacità di governo delle singole AUSL. Un governo così strutturato risulta essere molto forte in tutte le fasi programmatiche ex ante, mentre determina significative debolezze rispetto alla capacità di governo in itinere, richiedendo poi frequenti ripiani ed aggiustamenti ex post. La spesa socio-sanitaria per la LCT, pur nella sua modesta dimensione, viene quindi governata centralmente dalla Regione, mentre per le aziende locali rimane un ruolo prevalentemente amministrativo e di controllo. In quest'ottica, le competenze in materia di assegnazione delle risorse finanziarie alle strutture residenziali sono in capo all'Assessorato alla sanità. Il modello di finanziamento utilizzato nel settore della residenzialità è definito da una retta pro-capite per ogni giorno di effettiva residenza. Tale retta, unica per tutte le tipologie di strutture, comprende tutti gli oneri conseguenti alla residenzialità. Mentre per i casi di Alzheimer è prevista una retta aggiuntiva.

#### *2.1.4. I modelli regionali di welfare*

Quando si analizzano i modelli di welfare ci si può basare prevalentemente sulle scelte di policy annunciate e dichiarate o – al contrario – sugli assetti emergenti. In questo paragrafo il tentativo è di cogliere i secondi, sapendo che – pur influenzati dai programmi dichiarati – hanno una loro dinamica autonoma, in parte governata, in parte frutto di determinanti esogene ed endogene. Nel complesso – tra le tre Regioni analizzate – emergono modelli di welfare profondamente eterogenei tra loro.

Il modello lombardo per la LCT può essere qualificato con le seguenti parole chiave:

- accentrato nel governo;
- separato negli ambiti di cura;
- basato sulla distinzione tra acquirente e produttore di servizi;
- istituzionalizzato nei servizi;
- basato sulla libertà di scelta degli utenti e la competizione tra gli erogatori;
- impostato sulla co-progettazione assistenziale delle famiglie.

La componente sanitaria, quella socio-sanitaria e quella socio-assistenziale costituiscono comparti chiaramente distinti, che afferiscono ad istituzioni diverse (ASL, ASSI, Enti Locali), con fondi vincolati propri. La linea di governo che va dalla Regione alle ASSI delle ASL è molto gerarchica e strutturata. Di fatto, i Dipartimenti ASSI delle ASL operano come bracci amministrativi della Regione stessa, che ne nomina gli stessi direttori. Vi è, quindi, un'impronta marcatamente sanitaria anche sulla politica socio-sanitaria. In questo quadro, gli Enti Locali sono attori debolmente coinvolti nel governo delle risorse socio-sanitarie, mentre gli enti gestori (più di 500, tra pubblici, privati non profit e privati for profit) sono posizionati nel ruolo di semplici produttori e scarsamente coinvolti nel processo di governo. Il meccanismo d'integrazione basato sui piani di zona è debole, focalizzato prevalentemente sul coordinamento all'interno del comparto socio-assistenziale. Peraltro, nel modello lombardo è molto accentuata la distinzione tra la funzione PAC - Programmazione, Acquisto e Controllo (svolta rispettivamente dall'ASL per la sanità, dall'ASSI per il settore socio-sanitario e dagli Enti Locali per il settore socio-assistenziale) e i soggetti produttori, che sono messi in concorrenza tra di loro, in una logica di "quasi mercato". I soggetti erogatori (pubblici e privati) per operare per nome e per conto del welfare pubblico devono passare attraverso le fasi di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, che in Lombardia sono applicate con estremo rigore. Il paziente o la sua famiglia godono della massima libertà di scelta degli erogatori, sia per quanto riguarda la residenzialità, sia per quanto riguarda le cure domiciliari. Nel caso della residenzialità è debole o assente il ruolo dell'Unità di Valutazione Geriatrica nel definire la struttura di ricovero. Il cittadino sceglie liberamente l'erogatore, il quale provvede a classificarlo in base all'intensità del bisogno e a richiedere la corrispondente tariffa alla regione. Nel caso delle cure domiciliari, al paziente eleggibile che fa domanda, viene rilasciato un voucher a cui corrispondono servizi reali per un valore monetario prefissato. Il cittadino è libero di selezionare l'erogatore di prestazioni tra coloro che hanno siglato il "patto" (i cosiddetti pattanti) con la propria ASL di riferimento. Esistono anche forme di sostegno monetario diretto alle famiglie, per i nuclei che provvedono autonomamente ad assistere persone non autosufficienti. In ogni caso, il paziente o la sua famiglia sono chiamati ad essere soggetti attivi nella definizione del progetto assistenziale, da un lato perché scelgono l'erogatore, dall'altro perché contribuiscono a definire il progetto assistenziale (quali servizi utilizzare) sfruttando il potere negoziale dei detentori del voucher o della libertà di scelta della RSA e la relativa componente tariffaria a carico delle famiglie. La valorizzazione della capacità di co-progettazione dei pazienti o dei familiari è ricercata e voluta dal sistema, come elemento che si ritiene decisivo per ottenere prestazioni efficaci ed appropriate.

Il modello prescelto dalla Regione Emilia-Romagna per la LCT può essere qualificato con le seguenti parole chiave:

- alla ricerca di ambiti di governo per gli EE.LL;
- orientato alla domiciliarità;
- basato sulla capacità di selezione e indirizzo degli utenti da parte delle aziende pubbliche;
- orientato allo sviluppo della rete del welfare.

Anche l'Emilia-Romagna, similmente alla Lombardia, ha cercato di separare il governo della committenza dal governo della produzione, operando però questa distinzione a livello infra-aziendale e non inter-aziendale. Inoltre la Regione Emilia-Romagna sta cercando di rilanciare il ruolo di governo degli Enti Locali, non solo nel tradizionale campo socio-assistenziale, ma anche in quello socio-sanitario, attraverso un ampliamento delle funzioni riconosciute al Comitato di Distretto. E' stato pertanto concepito il Distretto socio-sanitario della committenza, distinto dal dipartimento della produzione, che – all'interno della stessa AUSL – insistono su di uno stesso territorio geografico. In capo al Distretto della committenza è stata posta la Conferenza dei Sindaci che hanno la triplice funzione di:

- governare il FRNA;
- approvare gli atti di programmazione distrettuali, basati su una forte integrazione tra socio-sanitario e socio-assistenziale;
- operare da consulenti per la programmazione sanitaria.

In particolare il FRNA è concepito come programma di LCT assegnato agli Enti Locali, i quali utilizzano l'AUSL come sostegno amministrativo ed operativo. L'auspicio – dietro questa operazione di empowerment istituzionale – è che essa possa portare progressivamente gli Enti Locali a conferire nel fondo anche le risorse proprie di natura socio-assistenziali e non solo quelle trasferite dalla Regione o dallo Stato, che ne rappresentano una minima parte. Nel modello emiliano-romagnolo è molto rilevante la funzione assegnata alle Unità di Valutazione Geriatrica che operano a livello distrettuali. Esse classificano l'utenza, definiscono il Piano Assistenziale Individuale ed Integrato (PAI), indicano l'ambito di cura e la tipologia di servizio ritenuto più idoneo. Se il paziente e la famiglia hanno nel modello lombardo il ruolo di regista, nel modello emiliano-romagnolo il dialogo con esse è intenso, ma il ruolo pivotale nella progettazione assistenziale spetta all'equipe multidisciplinare del Distretto dell'AUSL. Se nel modello lombardo la classificazione del paziente avviene da parte della RSA, nel modello emiliano-romagnolo avviene da parte dell'UVG, in concerto con la famiglia dell'anziano. L'enfasi competitiva lombarda in Emilia-Romagna viene sostituita con lo sforzo di strutturare reti integrate di servizi socio-sanitari, capaci di garantire la continuità delle cure e dei percorsi assistenziali tra i diversi ambiti di cura.

La rete è favorita dal fatto che buona parte della produzione socio-sanitaria si trova all'interno di un unico dipartimento (cure primarie), che l'accesso ai servizi passa da un gate unico d'accesso (le UVG) e che molti ospedali fanno istituzionalmente parte della stessa AUSL.

Infine, il modello siciliano per la LCT può essere qualificato con le seguenti parole chiave:

- complessivamente povero di strutture e servizi;
- in fase di progettazione e sviluppo;
- debolmente integrato;
- orientato alla crescita di strutture intermedie gestite da produttori privati accreditati.

Il sistema per la LCT della Sicilia è semplicemente ancora da costruirsi e quindi si trova in una fase potenzialmente ricca di opportunità, perché si può imparare la lezione di altri e disegnare la politica che più si ritiene più appropriata. Al momento l'offerta per la LCT oscilla tra due polarità entrambe poco qualificate: gli autosufficienti vengono assistiti in toto dalle famiglie, oppure vengono presi in carico da servizi sanitari specialistici di media intensità, come i reparti ospedalieri di medicina e le strutture di lungodegenza o riabilitazione. Mancano completamente o sono gravemente insufficienti le strutture intermedie e le cure domiciliari complesse. Il sistema sta accelerando il suo sviluppo e al momento si osserva soprattutto l'apertura di nuove strutture residenziali gestite da soggetti privati. Queste ovviamente servono, ma occorre definire un mix equilibrato di servizi e di gestori, senza lasciarsi guidare esclusivamente dal meccanismo attuativo più rapido disponibile. Inoltre, occorre sciogliere il nodo su chi deve governare questi produttori socio-sanitari. La Regione può programmare i volumi complessivi e le tariffe, ma difficilmente potrà controllare l'appropriatezza degli accessi e dell'assistenza. A questo proposito risulterà centrale la capacità di sviluppo manageriale delle AUSL.

### *2.1.5. Tendenze e possibili evoluzioni*

Il welfare mix lombardo si sta sempre più popolando di soggetti erogatori di diversa natura – tra cui i cittadini sono liberi di scegliere – e la Regione vorrebbe progressivamente rendere sempre più pervasiva la separazione tra i soggetti istituzionali acquirenti delle prestazioni ed i produttori. Se gli acquirenti sono e dovranno essere istituzioni pubbliche, i produttori potrebbero progressivamente trasformarsi tutti in soggetti privati, profit o non profit. Per avanzare in questa direzione tutte le pre-esistenti IPAB, che rappresentano quasi la totalità delle RSA pubbliche, sono state trasformate in “fondazioni pubbliche”, ovvero istituzioni di diritto privato, ma con soggetti pubblici che esercitano la maggioranza delle pre-

rogative di governo. L'auspicio del legislatore è che questi soggetti abbiano progressivamente la forza di diventare realmente istituzioni del Terzo Settore. Sempre in questa direzione il modello di voucher ha già pienamente liberalizzato e privatizzato il mercato dei produttori di prestazioni domiciliari. Al momento rimane ancora debole la possibilità di integrare le risorse private delle famiglie con quelle pubbliche: ad esempio, il produttore di cure domiciliari che incassa il voucher non può vendere prestazioni aggiuntive privatamente allo stesso paziente. Se il futuro andasse in questa direzione, soprattutto in considerazione della rilevante spesa socio-assistenziale delle famiglie lombarde (anch'esse sostenute in modo significativo dai trasferimenti dell'INPS), il processo di empowerment delle famiglie sarebbe completo. Sarebbero i pazienti a ricomporre a proprio favore i diversi servizi, integrando le prestazioni con la forza del cliente del "quasi mercato" che può fare "shopping around" tra le diverse prestazioni ed erogatori disponibili miscelandoli con i propri acquisti diretti di prestazioni pagate out of pocket. Il principio di sussidiarietà verticale troverebbe quindi una sua applicazione sempre più intensa, basandosi sulla centralità del paziente/famiglia, inteso come regista principale della costruzione dei progetti assistenziali e di selezionatore del welfare mix.

Il modello dell'Emilia-Romagna sta cercando, invece, di consolidare sempre più la rete dei servizi pubblici e la funzione di committenza assegnata agli ambiti distrettuali con a capo i sindaci degli Enti Locali. Per rafforzare l'integrazione dei produttori, nel campo socio-sanitario le ex IPAB sono state trasformate in ASP (Aziende di Servizi alla Persona), aziende pubbliche nate dall'accorpamento di più enti erogatori preesistenti. Ad esse è stata assegnata una missione "ampia", cioè quella di diventare anche erogatori di servizi domiciliari, anche se questo sviluppo rimane difficile<sup>8</sup>. Il dipartimento delle cure primarie dell'AUSL assomma in sé buona parte della produzione territoriale. Il rapporto contrattuale con gli erogatori privati è molto stretto, con le AUSL che svolgono una funzione forte di programmazione della rete di servizi socio-sanitari, concepiti e visti come complementari ed integrati alla rete pubblica. La funzione di committenza si sta sempre più sviluppando per tre spinte contemporanee:

- i fondi regionali e nazionali socio-sanitari e socio-assistenziali sono stati tutti accorpati nel FRNA gestito dall'ambito distrettuale, determinando un processo di ricomposizione e unificazione;
- gli Enti Locali sono interessati ad esercitare attivamente la funzione di committenza per la LCT come occasione di rilancio delle proprie prerogative di governo nel settore sanitario;
- esiste un gate unico di accesso ai servizi distrettuale (con l'ausilio tecnico dell'UVG).

---

<sup>8</sup> Per approfondire il tema delle ASP emiliano-romagnole, si rinvia a Giorgi e Tomba (2010) e Tanzi (2010).



La progressiva messa in rete delle strutture di offerta pubbliche e private e lo sviluppo della funzione di committenza, trovano una rilevante sponda nel dibattito di policy della Regione attraverso la suggestione dello sviluppo della medicina di iniziativa attraverso il “chronic care model”. Il rationale di fondo è che il Distretto dovrebbe progressivamente diventare capace di monitorare e selezionare i rischi epidemiologici individuali, intervenendo ex ante rispetto al conclamarsi degli stati di non autosufficienza, per avviare immediatamente i pazienti ai servizi socio-assistenziali capaci di fare assistenza precoce in grado di stabilizzare le patologie negli ambiti di cura meno complessi e costosi. L’azione di networking e di gatekeeping delle aziende pubbliche sarebbe in questo modo completa.

La regione Sicilia è – invece – all’inizio di un necessario e profondo processo di riorganizzazione del settore sanitario e socio-sanitario per rispondere alla grave crisi finanziaria determinata dai disavanzi strutturali accumulatisi negli ultimi anni, correlati a basse performance, modesti indici di gradimento dei servizi da parte dei cittadini e rilevanti quote di mobilità sanitaria in uscita. La legge di riordino del sistema appena approvata ha sancito la trasformazione dei piccoli ospedali periferici in strutture intermedie dedicate alla LCT e lo sviluppo delle cure primarie con particolare enfasi su quelle domiciliari. La regia di questa trasformazione dovrebbe rimanere direttamente in capo all’assessorato, essendovi una debole cultura manageriale nelle aziende. Le scarse energie imprenditoriali e di propensione al cambiamento probabilmente determineranno un’espansione dei gestori privati accreditati nel comparto, per riuscire rapidamente ad attivare i servizi oggi carenti. Il problema cruciale sarà la capacità da parte delle AUSL di mantenere un’ incisiva azione di selezione dei pazienti, per garantire i necessari livelli di appropriatezza. Lo sviluppo di questa forza e competenza di governo è però in contrasto con una tendenza al debole empowerment delle singole aziende locali del sistema.

## **2.2. I sistemi di remunerazione dell’assistenza residenziale<sup>9</sup>**

Tra i differenti strumenti introdotti per governare al meglio le relazioni tra “attori regolatori” ed “attori produttori”, un ruolo strategico di primo piano è svolto dai meccanismi di finanziamento<sup>10</sup>. Se però già da parecchi anni questa tematica è

---

<sup>9</sup> Il presente paragrafo è la revisione aggiornata curata da Emilio Tanzi dell’articolo Sicilia e Tanzi (2004).

<sup>10</sup> Nell’ambito dei processi di rinnovamento che dagli anni ’90 hanno interessato la Pubblica Amministrazione italiana, elemento di discontinuità rispetto al passato è stata la separazione tra funzione di governo (riconosciuta, nel caso dei servizi socio-sanitari in capo all’ente regionale) e funzione di produzione (attribuita a soggetti autonomi, pubblici e privati) e la progressiva specializzazione degli attori coinvolti nel sistema d’offerta. Al riguardo, Borgonovi (2002) distingue tra titola-

stata analizzata ed approfondita per quanto riguarda i servizi a connotazione strettamente sanitaria (remunerazione del ricovero ospedaliero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali), oggi sta assumendo sempre più rilevanza anche per i servizi socio-sanitari, in particolar modo per i servizi *long-term care* di natura residenziale e semi-residenziale, data la crescente quota di spesa sostenuta per questo tipo di prestazioni (Brizioli, 2006).

### *2.2.1.1 meccanismi di pagamento dei servizi pubblici: una lettura delle alternative percorribili*

La scelta del meccanismo attraverso cui finanziare le prestazioni erogate da terzi può essere affrontata partendo da due questioni di fondo (Zangrandi, 2003):

- la definizione dell'ammontare complessivo di risorse che la Regione 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.

La definizione del fondo da distribuire è una scelta che sicuramente ha una connotazione politica, ma che deve essere ancorata anche a delle considerazioni di natura economica. La valenza politica della decisione si esprime nel momento in cui – a fronte di risorse scarse rispetto ai bisogni da soddisfare – il decisore politico sceglie su quali aree di bisogno agire prioritariamente (anziani; infanzia; immigrazione; etc.). La definizione della capienza complessiva del fondo deve, però, essere messa in relazione alla quantità e qualità dell'output desiderato e considerando quali impatti economici avrà sulle aziende erogatrici. Infatti, la Regione non può ignorare le conseguenze che l'applicazione delle regole di finanziamento producono sugli equilibri economici dei produttori, considerando la rilevanza che i servizi offerti hanno per la collettività. In altri termini, ci si dovrà domandare se – data una certa struttura d'offerta – la stessa sarà in grado di sopravvivere (ossia essere economicamente in equilibrio) o se la definizione delle risorse messe in campo – data la loro esiguità – non determinerà la fuoriuscita di alcuni produttori dal settore, senza che siano sostituiti.

Box di approfondimento – La definizione del Fondo per la non autosufficienza

La legge finanziaria per l'anno 2007 (L. 296/2006) ha istituito - presso l'ex Ministero della solidarietà sociale - un fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze" stanziando 100 milioni di euro per l'anno 2007 e 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e

---

rità ed esercizio della funzione, definendo la prima come il potere e la responsabilità rispetto al soddisfacimento di un bisogno pubblico e la seconda come l'organizzazione e l'attivazione dei processi necessari per attuare la funzione e – quindi – soddisfare il bisogno. Per approfondire il delicato rapporto tra queste due funzioni (dette anche "di committenza" e di produzione") si rinvia a Borgonovi, Fattore e Longo (2009).

2009 con la finalità di “garantire l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti”. Successivamente, con la legge finanziaria del 2008 (L. 244/2007) è stato deliberato l’aumento della dotazione del fondo di ulteriori 100 milioni di euro per l’anno 2008 e di 200 milioni di euro per l’anno 2009. Una quota pari all’1% del fondo è stata attribuita all’ex Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali al fine di verificare l’efficace gestione delle risorse distribuite. Le restanti risorse del Fondo sono state allocate alle Regioni per il 60% sulla base della popolazione residente con età pari o superiore ai 75 anni e per il restante 40% in base ai criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali (DM 12 ottobre 2007 e DM 6 agosto 2008). In tale fase, le aree prioritarie d’intervento individuate per l’uso del Fondo sono state:

- attivazione dei Punti Unici d’Accesso;
- potenziamento del Piano Individualizzato di Assistenza;
- introduzione delle innovazioni tecnologiche a sostegno della persona non autosufficiente;
- attivazione e rafforzamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, con una priorità dei servizi di natura domiciliare.

Sebbene di ammontare insufficiente a dare delle concrete risposte ai bisogni del settore LTC, la costituzione del Fondo è stata una novità importante, in quanto si tratta di risorse esplicitamente dedicate alla popolazione non autosufficiente e può rappresentare una prima leva di ricomposizione degli interventi in un’area che ha visto, nel corso degli anni, una sempre maggiore frammentazione degli interventi (sanitari e socio sanitari), dei decisori (comuni, Asl, Regioni, INPS) e delle fonti di finanziamento (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondi Sociali delle Regioni, Fondi Sanitari e Socio Sanitari delle Regioni).

Per quanto riguarda la scelta fatta da alcuni contesti territoriali d’integrare i contributi dal Fondo Nazionale con proprie risorse – dando così origine ad un proprio Fondo – le analisi condotte da Gori (a cura di, 2008) ed AGENAS (2009) hanno evidenziato le seguenti linee di tendenza:

- l’attivazione del fondo è avvenuta principalmente attraverso una razionalizzazione dei flussi finanziari già esistenti, mentre solo in seconda battuta vi è stata la scelta di coinvolgere direttamente il cittadino, mediante l’attivazione di un’apposita imposta regionale (Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna) o l’attivazione di finanziamenti da parte soggetti pubblici diversi dallo Stato, Regione o Comuni (come l’Unione Europea) o soggetti privati (come le Fondazioni Bancarie). Rientrano in quest’ultimo gruppo le esperienze del Veneto, della Sardegna, della Liguria e della Provincia Autonoma di Bolzano;
- alcuni territori hanno deciso di conferire al Fondo una natura socio-sanitaria (Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Toscana, Umbria, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano), mentre in altre Regioni si è connotato per la natura sociale pura (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Sardegna).

Il secondo aspetto riguarda la scelta del criterio di ripartizione del fondo, ricordando che lo stesso andrà inevitabilmente a condizionare la gestione ed i comportamenti dei soggetti produttori. Questa scelta dovrà, quindi, avvenire in modo da garantire l’emergere di comportamenti aziendali coerenti con le politiche e gli obiettivi che la Regione intende perseguire. Anche in questo caso sarà indispensabile prendere delle decisioni avendo ben presente l’equilibrio

economico-finanziario dei soggetti erogatori, conoscendo le logiche che ne governano i comportamenti produttivi.

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 nostro sistema 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. I meccanismi di finanziamento basati sui criteri prospettici prevedono, invece, l’attribuzione di una quantità prefissata di risorse, indipendentemente da quanto viene effettivamente impiegato per la produzione dei servizi. I sistemi prospettici consentono, quindi, d’introdurre degli incentivi al contenimento dei costi e al perseguimento dell’efficienza. Tuttavia, la massimizzazione del margine di contribuzione può anche spingere all’adozione di comportamenti opportunistici nell’erogazione delle prestazioni, dei quali l’ente finanziatore dovrà tenere conto in fase d’implementazione ed utilizzo del sistema di finanziamento stesso.

I meccanismi di tipo prospettico possono essere 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 - in modo collegato - al tipo di utente preso in carico (per esempio, il numero ed il tipo di interventi realizzati o il numero di giornate di ricovero effettuate, per profilo di gravità dell’ospite). Pertanto, risulta piuttosto evidente come l’applicazione di un sistema “a tariffa” debba necessariamente essere vincolato alla chiara definizione del tipo di prestazione che si intende remunerare e dell’unità di misura da adottare, considerando che le stesse – per poter essere ancorate ad una tariffa – dovranno essere:
  - ✓ mutualmente esclusive, in modo che a ciascuna corrisponda una ed una sola tariffa;
  - ✓ contenute nel numero, in modo che il sistema di finanziamento sia facilmente gestibile;

- ✓ derivabili da informazioni rilevabili attraverso sistemi informativi semplici, da utilizzarsi nelle normali attività assistenziali.

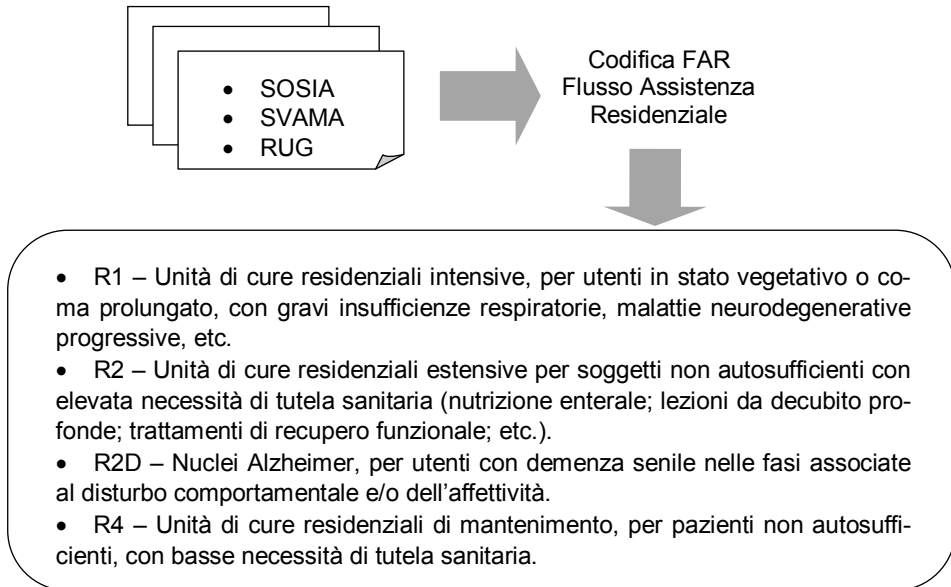
Brizioli (2006) definendo la prestazione “[...] *come un complesso integrato di singoli atti [...]*”, individua la sua unità di misura nel “[...] *ciclo standard di produzione di atti ripetibili, ciclo che nella comune esperienza coincide con la giornata di degenza*”. Lo stesso Autore esprime, quindi, la necessità di definire in modo chiaro una relazione tra bisogno assistenziale dell’ospite, tipo di prestazione che gli si deve garantire, entità della remunerazione riconosciuta alla singola prestazione, coerentemente con l’entità delle risorse utilizzate. Del resto, come già evidenziato nel presente capitolo, il settore della residenzialità in Italia risulta essere particolarmente variegato, non presentando un modello univoco di classificazione delle strutture, delle prestazioni, della tipologia di pazienti e, conseguentemente, non vi è un modello unico in grado di correlare tra loro i livelli assistenziali offerti e la remunerazione riconosciuta ai soggetti erogatori (Testi, Ivaldi e Cislighi, 2010). Ed è con l’obiettivo di fare chiarezza rispetto a questi temi che – nell’ambito del Progetto Mattoni del SSN – è stato attivato un tavolo di lavoro (Mattone 12) specifico sulle prestazioni residenziali e semi-residenziali (Palumbo, 2005; Ministero della Salute; 2007).

### **2.2.2. Case mix e sistemi tariffari: alcune esperienze regionali**

Al fine di disporre di un linguaggio comune, funzionale al confronto tra i vari sistemi sanitari regionali, nel 2002 è stato avviato il progetto di sviluppo e implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la cui attività – coordinata dal Ministero della Salute – è stata articolata in differenti sotto-gruppi di lavoro (denominati “mattoni”) per differenti aree tematiche e d’interesse (evoluzione del sistema DRG, standard minimi qualitativi delle prestazioni, introduzione della cartella clinica elettronica, assistenza primaria e prestazioni domiciliari, etc.). Come precedentemente accennato, il gruppo di lavoro denominato “Mattone 12” è stato incaricato di analizzare le prestazioni residenziali e semi-residenziali per anziani, disabili (psichici e sensoriali) e pazienti psichiatrici in lungodegenza, al fine di:

- adottare degli strumenti omogenei di analisi del *case-mix*;
- sviluppare un sistema di classificazione delle prestazioni residenziali;
- definire i contenuti informativi necessari per la rilevazione delle prestazioni;
- costruire un modello di pesi assistenziali collegabile ad un sistema remunerativo di tipo tariffario.

Figura 2.1. Flussi informativi sul case-mix e classificazione delle prestazioni residenziali in gruppi omogenei per livelli assistenziali



Per quanto riguarda l'area "anziani", il gruppo di lavoro ha analizzato alcuni dei principali strumenti di classificazione degli utenti attualmente in uso in alcuni contesti regionali (SOSIA, SVAMA e RUG)<sup>11</sup>, giungendo all'individuazione di una base informativa comune, attraverso cui alimentare il Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) e la successiva definizione di quattro nuclei organizzativi di riferimento [Figura 2.1]. A novembre 2008 il lavoro svolto dal gruppo "Mattone 12" ha ottenuto il parere favorevole da parte della Conferenza Stato-Regioni e a dicembre dello stesso anno è stato emanato il Decreto Ministeriale 17/12/2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali". Di seguito di presentano le principali caratteristiche dei sistemi di classificazione sopra citati.

### **S.O.S.I.A. – Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza**

Il sistema SOSIA – evoluzione di un sistema di qualità delle cure applicato nella città di Milano (Sirchia *et al.* 2002) e successivamente adottato dalla Regione Lombar-

<sup>11</sup> Oltre al sistema SOSIA (utilizzato in Lombardia), alla scheda SVAMA (utilizzato inizialmente dal Veneto ed ora anche dalla Puglia) e al RUG (utilizzato nelle Marche, Umbria e Lazio), gli altri principali strumenti di misurazione del case-mix sono: la scheda BINA dell'Emilia-Romagna; il modello VALGRAF, sviluppato dell'ISS e adottato dal Friuli-Venezia Giulia; l'AGED, revisione italiana del sistema francese AGIRR, attualmente in uso in Liguria.

dia con la DGR 12618/2003 – nasce come strumento epidemiologico per la classificazione degli ospiti secondo una logica isogravità. Con esso si individuano otto categorie omogenee di pazienti, relativamente alla gravità delle loro condizioni psichiche. Ogni RSA è tenuta a compilare per ogni nuovo accesso e per gli anziani già ricoverati in struttura una scheda di osservazione così strutturata:

- Valutazione della dipendenza, determinata utilizzando quattro voci della scala Barthel (capacità di trasferirsi dal letto alla sedia, e viceversa; deambulazione o uso della carrozzina; igiene personale; alimentazione);
- Cognitività e comportamento, misurata mediante l'impiego di tre item (confusione; irritabilità; irrequietezza);
- Comorbosità, misurata utilizzando la CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) per valutare la co-presenza di patologie di differente natura (cardiache, vascolari, respiratorie, epatiche, renali, etc.).

Attraverso un complesso sistema di pesi, queste tre dimensioni vengono ricondotte a due possibili livelli (moderato e grave) e – dalla loro combinazione – vengono individuati otto differenti profili di anziano: dalla classe 1, più grave, alla classe 8, meno grave. A queste la Lombardia ha poi aggiunto una classe esterna al modello, per le persone affette da patologia di Alzheimer [Tabella 2.6]

Tabella 2.6. Articolazione dei profili SOSIA

	Dipendenza	Cognitività e comportamento	Comorbosità
Classe 1	Grave	Grave	Grave
Classe 2	Grave	Grave	Moderata
Classe 3	Grave	Moderata	Grave
Classe 4	Grave	Moderata	Moderata
Classe 5	Moderata	Grave	Grave
Classe 6	Moderata	Grave	Moderata
Classe 7	Moderata	Moderata	Grave
Classe 8	Moderata	Moderata	Moderata

### *S.Va.M.A. – Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano*

Lo strumento di valutazione adottato nel Veneto è rappresentato dalla SVaMA, introdotta con il DGR 3979/1999 ed utilizzata dall'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) delle Aziende ULSS al fine di definire il percorso di presa in carico dell'anziano all'interno della rete dei servizi. I vari aspetti considerati nella SVaMA afferiscono a differenti sfere della vita della persona (salute, autosufficienza, rapporti sociali e situazione economica) e sono raggruppati in quattro macro-sezioni:

- Cartella SVaMA: contiene i quadri di raccolta dei dati identificativi della persona, della valutazione del potenziale residuo, della valutazio-

ne dell'efficacia della rete sociale, dei giudizi valutativi espressi dai singoli professionisti e del progetto assistenziale formulato;

- Valutazione sanitaria: parte compilata dal Medico di Medicina Generale. Contiene la descrizione dell'anamnesi clinico-farmacologica, l'elenco delle principali patologie disabilitanti e le condizioni che richiedono un'assistenza infermieristica;
- Valutazione cognitiva e funzionale: contiene la scala di valutazione cognitiva, la scala di valutazione della situazione funzionale distinta in ADL (activities of daily living - attività della vita quotidiana) e godibilità, la scala di valutazione del rischio decubiti o di quelli eventualmente già esistenti;
- Valutazione sociale: raccoglie informazioni sulle persone coinvolte nell'assistenza, sulla situazione abitativa, socio-ambientale ed economica.

Attraverso la SVaMA vengono classificati 17 profili di bisogno e viene determinato il punteggio minimo (60 su 100) necessario per programmare l'accesso dell'anziano al sistema residenziale dei Centri di Servizio accreditati a livello regionale (CSA). La stessa scheda viene poi utilizzata all'interno della struttura per il monitoraggio dell'ospite e l'aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Sul fronte economico, la Regione Veneto individua quattro livelli di assistenza socio-sanitaria a cui sono riconosciute differenti remunerazioni giornaliere. Rispetto ai profili SvaMA, il profilo 1 è considerato autosufficiente (lucido autonomo); i profili dal 14 al 17 sono considerati di II livello (maggior bisogno assistenziale); i profili SvaMA rimanenti sono considerati di I livello (minimo/ridotto bisogno assistenziale) [Tabella 2.7].

Tabella 2.7. Articolazione dei profili SVaMA

	Profili SVaMA ricompresi nei livelli di assistenza
I livello – Assistenza di intensità ridotta/minima, anche a carattere temporaneo	2-3-4-5-6-7-8-9-10 11-12-13
II livello – Assistenza di intensità media, anche a carattere temporaneo	14-15-16-17
Assistenza presso Sezioni Alta Protezione Alzheimer	Profilo fuori SvaMA
Assistenza presso Sezioni di Stati Vegetativi Permanenti	Profilo fuori SvaMA



### R.U.G. – Resource Utilization Group

Il sistema RUG è un algoritmo per la definizione del *case-mix* e la remunerazione delle attività residenziali sperimentato da un gruppo di ricercatori americani nella seconda metà degli anni '80 ed attualmente in uso in vari Paesi (Stati Uniti, Canada, Svizzera, Norvegia, Spagna, Germania, Gran Bretagna e Giappone). Anche in Italia da alcuni anni è in atto una sperimentazione dello strumento che vede coinvolti nel gruppo di ricerca l'INRCA, la Cattedra di Geriatria dell'Università Cattolica di Roma ed alcune amministrazioni regionali (Brizioli *et. al.*, 2002).

Il presupposto su cui si basa il funzionamento del sistema RUG (giunto ormai alla sua terza versione – RUG III) è che a *case-mix* più complessi viene a corrispondere un maggior consumo di fattori produttivi e – conseguentemente – agli stessi si dovranno riconoscere maggiori finanziamenti. La scheda è costituita da 109 item utilizzati per indagare le principali condizioni cliniche e di autonomia del soggetto, articolate in tredici differenti sezioni di valutazione (stato cognitivo, comunicazione, umore e comportamento, stato nutrizionale, etc.). In base a queste variabili, l'ospite viene classificato in uno dei sette raggruppamenti creati in base alla specifica problematica assistenziale e – successivamente – assegnato ad uno dei 44 sottogruppi di assorbimento omogeneo di risorse assistenziali, individuati in base al grado di autonomia dell'ospite [Tabella 2.8]. Il tempo necessario per la compilazione della scheda è stimato attorno ai venti minuti circa e la valutazione del paziente dovrà essere effettuata all'ingresso in struttura, ogni 90 giorni e dopo ogni significativa modifica delle condizioni clinico-assistenziali.

Tabella 2.8. Articolazione dei profili RUG

Raggruppamento principale per problematica assistenziale	Sottogruppi RUG ,determinati in base all'ADL
1. Riabilitazione	Dall'1 al 14
2. Cure intensive	Dal 15 al 17
3. Cure specialistiche	Dal 18 al 20
4. Complessità clinica	Dal 21 al 26
5. Deficit cognitivo	Dal 27 al 30
6. Deficit comportamentale	Dal 31 al 34
7. Riduzione della funzionalità	Dal 35 al 44

#### 2.2.3. Alcune considerazioni sull'applicazione dell'SSP (Sistema di Pagamento Prospettico) nel long-term care

L'adozione di meccanismi tariffari rappresenta sicuramente una scelta quasi obbligatoria 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 qualitativamente) e al

contempo superare gli effetti patologici legati alla copertura ex-post dei costi di produzione. In quest'ottica, la progettazione e l'implementazione di meccanismi remunerativi prospettici di tipo tariffario, come quelli precedentemente descritti, deve avvenire coerentemente con gli obiettivi che la stessa Regione vuole perseguire (Del Vecchio e Jommi, 2004):

- spingere verso una maggiore efficienza produttiva;
- stimolare una lettura più analitica delle attività svolte;
- aumentare la percezione dell'equità del sistema;
- indurre, attraverso il sistema competitivo, una maggiore attenzione all'utenza.

Allo stesso tempo però non si deve dimenticare che l'applicazione delle stesse tariffe non è esente da possibili distorsioni che la letteratura economica e le stesse applicazioni sul campo hanno evidenziato (vedasi l'introduzione dei Drg in ambito ospedaliero). Al riguardo, bisogna ricordare come il rapporto tra Regione soggetto finanziatore e struttura d'offerta, può essere letto attraverso la teoria dei "rapporti d'agenzia". Secondo questo modello, il principale (ossia la Regione) non è sempre in grado di osservare totalmente le condizioni nelle quali l'agente (ossia la struttura residenziale) eroga le prestazioni oggetto di scambio (per effetto delle c.d. asimmetrie informative), con il rischio che il produttore massimizzi, a suo vantaggio, la propria funzione obiettivo (Fabbri e Ugolini, 1999). Pertanto potrebbe crearsi un *trade-off* tra gli obiettivi della Regione (garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e controllare la spesa sanitaria) e gli obiettivi della singola struttura residenziale (massimizzare la propria funzione di utilità). Nella pratica, i comportamenti opportunistici che possono derivare da tale situazione possono manifestarsi attraverso differenti azioni tra cui (Levaggi e Capri, 2003)<sup>12</sup>:

- le azioni di selezione dei casi (*dumping*) e di selezione del case-mix, ossia il rifiuto da parte di alcune strutture di trattare particolari tipologie di pazienti e/o patologie caratterizzate da elevati costi di trattamento e da margini di remunerazione più bassi;
- 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 scorgiare i secondi;

---

<sup>12</sup> Un ulteriore comportamento opportunistico riscontrato in ambito sanitario a seguito dell'introduzione dei Drg è riconducibile alla dimissione anticipata e alla conseguente riduzione del tempo medio di degenza. Tale scelta, che ha l'obiettivo di aumentare il numero dei ricoveri effettuati e conseguentemente remunerati, non può essere un comportamento opportunistico assumibile in un contesto residenziale, dove la tariffa è legata non al caso trattato, ma alla singola giornata di ricovero.

- l'adozione di metodi di trattamento fortemente standardizzati ed indipendenti dalle caratteristiche del singolo caso, con la conseguente riduzione del livello qualitativo medio della prestazione erogata;
- l'errata classificazione dei casi trattati (*upcoding*), al fine di attribuire un maggior numero di ospiti ai profili maggiormente remunerativi.

Alcuni dei comportamenti opportunistici appena individuati possono manifestarsi in modo ancor più evidente in un contesto produttivo come quello residenziale, caratterizzato dal trattamento di patologie cronico degenerative e da un sistema di remunerazione che potremmo definire misto (ossia composto da una quota sanitaria e da una quota sociale):

- collegando l'entità del finanziamento unicamente al *case-mix* c'è il rischio che la singola struttura sia spinta a selezionare quelle classi di utenti maggiormente remunerative o sia incentivata a garantire le sole attività quotidiane, piuttosto che realizzare programmi assistenziali specifici e personalizzati (come per esempio, attivare o meno una nutrizione parentelare, una terapia infusiva, interventi di riabilitazione, etc.), con la conseguente riduzione della qualità erogata (Rebba, 2000);
- un deficit d'intensità assistenziale erogata ad un utente cronico sottoposto a un'azione di *upcoding* potrebbe – in breve tempo – vedersi premiata dal peggioramento delle condizioni dell'utente, tale da renderle coerenti con la classificazione adottata;
- la possibilità di trasferire sull'utente eventuali inefficienze aziendali. Infatti, qualora la tariffa riconosciuta dalla Regione non remunerasse totalmente i costi sanitari della singola struttura, una parte degli stessi potrebbe essere ricompresa nella retta applicata agli utenti. Pertanto gli stimoli all'efficienza, perseguiti con un sistema prospettico basato sul *case mix*, risulterebbero mitigati<sup>13</sup>.

Partendo da queste osservazioni ed avendo come obiettivo il conseguimento di risultati efficienti (rispetto dei vincoli di spesa) ed efficaci (appropriatezza dei ricoveri; qualità delle prestazioni; equità nella distribuzione delle risorse; etc.), si possono individuare alcuni interventi per ridurre gli incentivi all'assunzione di comportamenti opportunistici.

In primo luogo, risulta prioritario verificare in che misura i costi collegati alle classi definite dai nomenclatori dipendono dalla tipologia d'utenza o siano piuttosto determinati dal modello assistenziale adottato. In presenza di una funzione di costo prevalentemente variabile, l'equilibrio economico del singolo caso

---

<sup>13</sup> Questo comportamento opportunistico trova un limite nell'esistenza di reali fenomeni competitivi tra le strutture, che si possono però creare solo nel caso di un'offerta di posti letto superiore rispetto alla domanda e che consentirebbe all'utente e ai suoi familiari di poter esercitare la propria libertà di scelta.

trattato coincide con l'equilibrio economico della struttura e – pertanto – la flessibilità dei comportamenti rispetto agli stimoli introdotti dalle tariffe è assoluta. Viceversa, in presenza di una struttura di costo prevalentemente fissa, l'equilibrio economico non può essere realizzato per singolo caso trattato, ma solo sull'insieme delle prestazioni erogate e la variabilità dei comportamenti assistenziali è limitata. La prevalenza di costi variabili permette quindi una rapida conversione delle prassi assistenziali, mentre la prevalenza di costi fissi – in situazioni di capacità produttiva pienamente utilizzata – orienta verso l'equilibrio economico di struttura e non di singolo caso. In altri termini, una composizione dei costi di produzione prevalentemente costituita da costi fissi rende meno credibile l'ipotesi di assestamento dei comportamenti assistenziali in funzione della differenziazione tariffaria, mentre una composizione dei costi di produzione in cui abbia molto peso la componente di costi variabili rende più credibile tale ipotesi. Da tali considerazioni, la scelta di strutturare un sistema tariffario deve avere come iniziale punto di riferimento la funzione di costo delle strutture d'offerta, in quanto è a partire da questa che il singolo produttore definirà i propri processi di scelta.

Peraltro, la Regione può scegliere di non ancorare strettamente la definizione delle tariffe ai costi di produzione, rendendo meno remunerativi quei profili per i quali si vuole evitare l'istituzionalizzazione e rendere più remunerativa l'adozione di programmi assistenziali specifici e personalizzati, definendo in modo chiaro quali servizi sono inclusi nella tariffa, quali rimborsare a parte e quali non rimborsare affatto. Al riguardo, il gruppo di ricerca che ha sperimentato l'introduzione dei RUG, ha ipotizzato l'adozione di un sistema di pagamento misto, nel quale la remunerazione dell'attività riabilitativa dovrà essere coperta con uno specifico fondo *ad hoc* (Brizioni *et al.*, 2002).

Infine, quanto più forti sono gli stimoli a perseguire un'efficienza produttiva indotti dal sistema tariffario, tanto più attenti e strutturati dovranno essere i dispositivi di controllo che la stessa Regione dovrà predisporre per il governo del settore d'offerta. Infatti, ogni sistema di finanziamento tariffario “[...] *produce un insieme d'incentivi che possono riflettersi tanto in comportamenti virtuosi, quanto in effetti perversi [...]*” (Fabbri, 2000) e quindi la sua adozione dovrà essere accompagnata da un'adeguata implementazione di altri strumenti di *governance*, tra cui:

- l'adozione di un sistema di accreditamento dei servizi residenziali, che definisca dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali distinti per tipologie omogenee di assistenza (ossia in grado di rispondere al meglio ai differenti profili degli ospiti) e che sia coerente con i contenuti della programmazione regionale, in termini di target di utenti presi in carico e di risultati qualitativi perseguiti;
- la predisposizione di un sistema informativo in grado di garantire un flusso di dati chiaro ed aggiornato rispetto al case-mix, alle prestazioni eroga-

te, ai risultati conseguiti (di output e di outcome) ed ai costi di produzione. Rispetto a quest'ultimo aspetto, è opportuno ricordare come le tariffe applicate dovranno essere costruite sulla base dei costi effettivamente sostenuti, periodicamente rilevati su di un campione rappresentativo dei soggetti produttori, sia pubblici che privati<sup>14</sup>. Inoltre, le stesse tariffe dovranno subire una manutenzione continua - al fine di non generare comportamenti opportunistici - con aggiornamenti cadenzati e coerenti rispetto all'evoluzione del *case-mix*, al tasso d'inflazione ed ai rinnovi dei contratti collettivi di lavoro.

---

<sup>14</sup> Lo stesso Brizioli (2006) prevede l'eventuale predisposizione di sistema tariffario diversificato in base alle differenze strutturali tra costi di produzione sostenuti dai soggetti pubblici rispetto ai costi di produzione dei soggetti privati. Al riguardo, la recente DGR 2110/2009 emanata dalla Regione Emilia-Romagna - "Approvazione del sistema omogeneo di tariffa per i servizi socio-sanitari per anziani, valevole per l'accreditamento transitorio" - ha previsto un range in diminuzione o in aumento del costo di riferimento, a sua volta distinto in base a uno dei quattro profili d'utenza definiti attraverso la scheda BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza). Tra gli elementi considerati vi sono: il tipo di contratto applicato ai lavoratori; il diverso regime fiscale a cui sono soggetti gli enti produttori; i differenti obblighi previdenziali in caso di maternità delle lavoratrici dipendenti.

### 3. La misurazione delle performance economiche delle RSA lombarde<sup>1</sup>

#### 3.1. Introduzione al lavoro di ricerca

In Lombardia l'offerta di servizi residenziali per anziani è affidata in modo preponderante alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), strutture destinate agli over 65enni totalmente o parzialmente non autosufficienti, finanziate in parte dal SSN e in parte dall'utente. Il doppio canale di finanziamento rispecchia la natura di questo servizio che si caratterizza per la commistione di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) e assistenziale (tutelare ed alberghiera). Infatti, il DPCM 14 febbraio 2001 "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*", prevede che il 50% del costo della prestazione erogata sia a carico del SSN e il restante 50% sia a carico dell'utente o del Comune di residenza dell'anziano, qualora l'ospite non possieda i mezzi finanziari necessari al pagamento del servizio residenziale.

Il numero dei presidi di RSA lombardi agli inizi del 2009<sup>2</sup> era pari a 631 unità. I posti letto (di seguito PL) disponibili presso le RSA della Lombardia sono circa 56.433<sup>3</sup>. Nel corso degli sei ultimi anni (dal 2003 al 2009) il peso di questo settore si è sempre più consolidato, in quanto la capacità produttiva complessiva è aumentata di circa 9.000 PL, pari al +19,2%. Rapportando i PL disponibili con la popolazione anziana (over 65 anni), si ha un livello di copertura pari

---

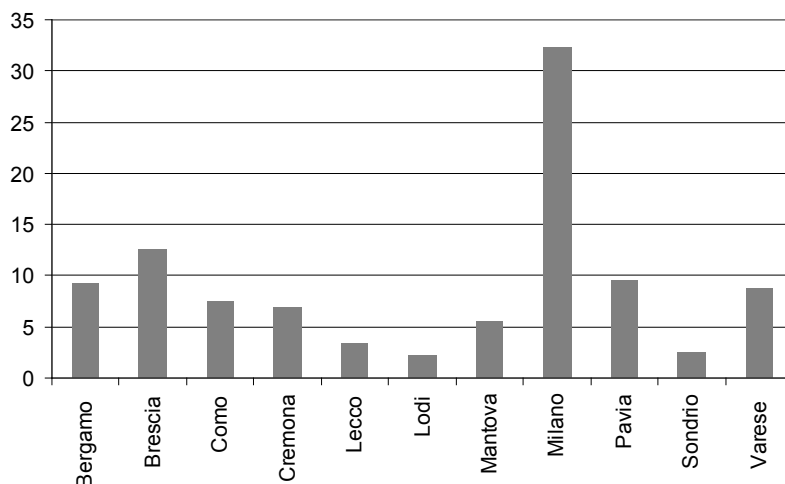
<sup>1</sup> Attribuzioni: paragrafo 3.1 di Elena Cantù; paragrafo 3.2. di Emilio Tanzi; paragrafo 3.3 di Mariafrancesca Sicilia; paragrafo 3.4 di Elena Cantù ed Emilio Tanzi.

<sup>2</sup> Dati forniti dalla Regione Lombardia – DG Famiglia e Solidarietà Sociale, riferiti a marzo 2009.

<sup>3</sup> Per meglio quantificare il peso che il contesto lombardo ha sul fenomeno, si consideri che alla fine del 2006 nel territorio lombardo si concentrava il 53,7% di tutti i PL di RSA nazionali (Istat, 2010).

al 2,9% contro una media nazionale dello 0,8% (se riferiamo questo calcolo ai soli PL in RSA)<sup>4</sup>. Questa situazione viene però a modificarsi in modo sostanziale osservando il fenomeno per singole aree territoriali. Infatti, il sistema di offerta regionale presenta delle notevoli differenze tra le undici provincie, in termini di PL disponibili [Grafico 3.1] e - aspetto ancor più rilevante - in termini di rapporto tra PL e popolazione over 65enni.

Grafico 3.1. Ripartizione percentuale dei PL in RSA tra le undici provincie lombarde



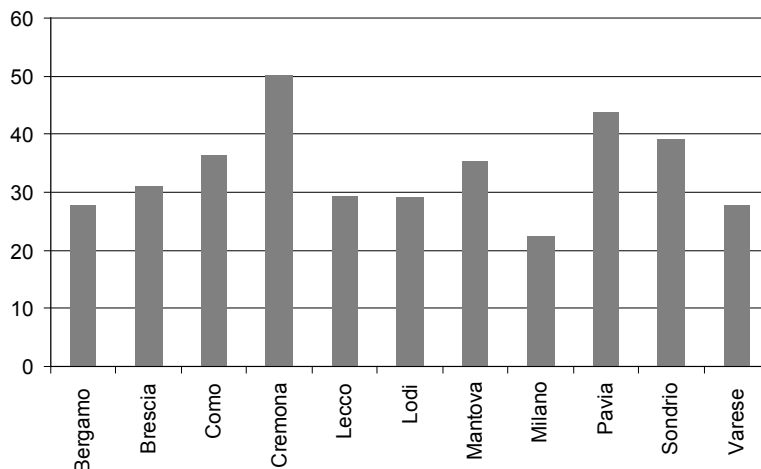
Fonte: nostra elaborazione dati DG Famiglia Regione Lombardia

Più del 32% dei PL in RSA si trova localizzato sul territorio della Provincia di Milano, per ovvie ragioni di densità demografica di potenzialità dell'offerta. Nonostante questo, però, il rapporto tra questa offerta e la popolazione di riferimento (gli over 65anni) presenta un valore inferiore rispetto alla media regionale [Grafico 3.2]. Questa situazione ha inevitabilmente determinato un allungamento dei tempi di attesa e un innalzamento delle rette applicate sul territorio milanese (dato il forte divario tra la domanda e l'offerta del servizio), spingendo molte famiglie a ricercare soluzioni presso strutture in altre provincie (come per esem-

<sup>4</sup> E' opportuno ricordare come la Regione Lombardia si sia data degli indici di dotazione di riferimento più elevati rispetto ad altre Regione a statuto ordinario del Centro-Nord. Per esempio l'Emilia-Romagna ha scelto di puntare su un minor numero di PL, ma caratterizzati da una più elevata intensità sanitaria, mentre il Veneto ha optato per una diffusione intermedia e un livello sanitario inferiore rispetto a quello previsto dalle altre due regioni (Da Roit e Gambino, 2005).

pio nel territorio di Cremona o Pavia) o soluzioni alternative alla residenzialità (come l'impiego delle badanti<sup>5</sup>).

Grafico 3.2. Rapporto percentuale dei PL in RSA e della pop > 65 anni (valori x 1.000 abitanti over 65enni)



Fonte: nostra elaborazione dati DG Famiglia Regione Lombardia

Un altro elemento caratterizzante il modello lombardo riguarda il forte peso assunto dal Terzo Settore all'interno del sistema di Welfare, risultato essenzialmente legato alla scelta di lasciare la possibilità alle ex-Ipab di trasformarsi in fondazioni<sup>6</sup>: solo il 16% degli anziani è stato preso in carico da strutture pubbliche (prevalentemente strutture comunali o ASP), il 76% da strutture non profit

<sup>5</sup> Gori e Guaita (2007) individuato nella diffusione delle assistenti familiari uno dei principali fattori alla base della riduzione del numero di anziani ospiti presso le strutture residenziali. Per altro, l'affermarsi di tale fenomeno risulta essere il prodotto, consapevole o inconsapevole, di policy più propense a prediligere l'erogazione di contributi economici in alternativa alla produzione di servizi.

<sup>6</sup> Il processo di depubblicizzazione delle Ipab (previsto nell'art. 10 della 328/2000 e nel successivo D.Lgs. 207/2001) in Lombardia trova concreta attuazione nella L.R. 1/2003, che ha portato la maggior parte degli istituti regionali a trasformarsi in fondazioni. Infatti, al momento della riforma vi erano in Lombardia 757 Ipab, di cui 301 operanti nel settore educativo e 456 operanti nel settore dell'assistenza socio-sanitaria (221 RSA; 176 aziende di assistenza; 59 enti di beneficenza). A conclusione del periodo di attuazione della riforma (2003-2005) il numero di nuovi soggetti pubblici e privati si era ridotto a 481 unità, di cui il 3% composto da Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP) e il restante 97% composto da persone giuridiche di diritto privato (7% associazioni; 90% fondazioni, fondazioni ONLUS e fondazioni di partecipazione) (Consiglio Regionale della Lombardia, 2005).



(prevalentemente fondazioni, cooperative ed enti ecclesiastici) e il restante 8% da strutture for profit.

Le logiche di fondo sui cui poggia il sistema di Welfare sociosanitario della Lombardia fanno riferimento a tre principi guida, richiamati dalla stessa Legge Regionale n.3/2008 “*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociosanitario*”<sup>7</sup>:

- la sussidiarietà orizzontale, che trova una sua concreta attuazione nel sistema di accreditamento concesso dalla Regione su parere dell’ASL e costantemente verificato attraverso la vigilanza dell’ASL di ubicazione della struttura. All’interno di questo sistema di quasi-mercato, la Regione svolge un ruolo di regolatore e principale finanziatore, mentre le ASL sono le acquirenti dei servizi;
- la libertà di scelta riconosciuta all’utente e/o ai suoi familiari, in quanto vige un sistema di accesso alle strutture che non prevede l’intervento dell’Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) o momenti valutativi ex-ante del bisogno espresso. In altri termini l’accesso al servizio residenziale avviene per contatto diretto tra domanda e offerta, favorendo così la competizione tra i produttori e - nelle intenzioni della Regione - una maggiore attenzione alla dimensione qualitativa del servizio;
- la ricerca di un efficiente ed efficace funzionamento della rete, perseguito attraverso l’uso di un sistema di finanziamento coerente al tipo di bisogno soddisfatto. A partire dalla metà del 2003 è stato introdotto un nuovo sistema tariffario, per il quale le strutture ricevono le tariffe non in base alla tipologia dei posti letto accreditati (non autosufficienti totali o parziali), ma in base alle caratteristiche degli utenti ospitati opportunamente classificati in una delle classi SOSIA<sup>8</sup> (Sicilia e Tanzi, 2004; Dotti et al, 2006). In aggiunta a questo, la Regione riconosce un “premio di qualità” assegnato in base a tre parametri: a) realizzazione di progetti assistenziali per l’Alzheimer; b) presenza dell’infermiere nell’orario notturno; c) tasso di turnover del personale.

Al fine di coniugare il miglioramento qualitativo dei servizi offerti con la tenuta economica dell’intero sistema, è necessario predisporre - a livello di singola uni-

---

<sup>7</sup> Per una più approfondita analisi degli elementi di pregio e di criticità del modello residenziale lombardo si rinvia alla lettura di Guaita (2005).

<sup>8</sup> L’attribuzione degli ospiti alle classi SOSIA avviene in base al livello di non autosufficienza valutato dal medico della struttura attraverso tre indicatori: mobilità, cognitività/comportamento, comorbilità. Accanto agli ospiti classificati secondo il sistema SOSIA, le strutture possono ospitare malati di Alzheimer. Si segnala, inoltre, che per gli ospiti presenti nelle RSA prima del 2003 la Regione ha continuato a riconoscere un finanziamento calcolato sulla base della tariffa giornaliera, differenziata in funzione dei posti letto accreditati NAT e NAP. Quest’ultima classificazione è stata eliminata con decorrenza 1.9.2006.

tà d'offerta, come a livello regionale - un adeguato strumento di monitoraggio e di governo dei costi di produzione dei servizi residenziali. Questa priorità rappresenta infatti un sfida cruciale sia per le singole strutture, sia per l'evoluzione dei sistemi di LTC: da un lato, le strutture sono chiamate a farla propria per garantire il consolidarsi e il perdurare dei propri servizi in un'ottica di efficienza oltre che di efficacia e, dall'altro, per consentire la sostenibilità dei sistemi di welfare, chiamati a fronteggiare una domanda sempre più ampia e complessa.

Ed è partendo da queste considerazioni che la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (nel prosieguo DG Famiglia) della Regione Lombardia ha commissionato un lavoro di ricerca al fine di sperimentare un sistema permanente di raccolta di dati economici in grado di evidenziare le informazioni utili al livello regionale e supportare le stesse strutture a un miglioramento dei propri risultati di gestione. Il gruppo di lavoro tecnico - composto da ricercatori del CERGAS Bocconi, da ricercatori dell'IRER Lombardia e da esperti della stessa DG Famiglia - si è mosso perseguendo un duplice obiettivo:

- sviluppare un modello di riclassificazione dei bilanci e di misurazione delle performance economiche delle RSA utilizzabile a livello regionale, quale sistema permanente di monitoraggio dei costi del LTC da parte della DG Famiglia. Tale modello di lettura è stato definito a partire dai dati di bilancio e della contabilità analitica, attraverso una loro riclassificazione e la costruzione di un set di indici in grado di rappresentare in modo sintetico la situazione gestionale delle singole strutture (tema approfondito all'interno del presente capitolo);
- sperimentare il modello di analisi su un campione rappresentativo di RSA lombarde, per avere una prima fotografia della situazione economica del sistema. Al fine di garantire un flusso informativo omogeneo e completo da parte delle strutture si è scelto di adottare un approccio partecipativo, caratterizzato da momenti di confronto aperto tra le strutture coinvolte nel progetto ed il gruppo di ricerca, sia nella fase di impostazione del modello di analisi, che nell'elaborazione dei dati ed interpretazione dei risultati. Infatti, il ritorno informativo rispetto ai risultati dell'analisi rappresenta un elemento essenziale del sistema di monitoraggio in quanto fornisce alle strutture coinvolte uno strumento utile per il governo della propria attività, strumento attraverso cui auto-valutarsi all'interno del sistema concorrenziale di riferimento in un'ottica di benchmarking di settore<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Per un approfondimento del tema, si rinvia alla lettura del box di approfondimento presentato nel capitolo 1.

### 3.2. Tempi, metodi e strumenti della ricerca

Coerentemente con le logiche di fondo precedentemente esposte, l'attività di ricerca si è articolata in due fasi.

La prima fase è stata dedicata alle seguenti attività:

- definizione dei criteri di scelta delle strutture da coinvolgere nell'attività di ricerca;
- ricognizione dell'attuale debito informativo che le RSA hanno nei confronti dell'ente regionale, al fine di individuare:
  - ✓ i dati di struttura e attività che potrebbero essere posti in correlazione con l'andamento dei costi;
  - ✓ eventuali dati di struttura o attività non inclusi nei flussi del debito informativo, ma utili alla ricerca;
- definizione del modello di analisi dei bilanci, in termini di riclassificazione dei costi di produzione e delle fonti di finanziamento, nonché di costruzione degli indici di valutazione delle performance aziendali.

Nella seconda fase si sono svolte le seguenti operazioni:

- raccolta dei bilanci e delle informazioni aggiuntive per gli esercizi 2004 e 2005;
- elaborazione dei dati raccolti ed interpretazione degli stessi, in stretta collaborazione e confronto con i referenti della DG Famiglia e con i Direttori delle strutture oggetto dell'indagine.

#### 3.2.1. L'individuazione delle aziende oggetto di studio

Al fine di selezionare le aziende oggetto di analisi, sono stati utilizzati dei criteri ritenuti coerenti con l'oggetto della ricerca:

- la natura giuridica dell'ente titolare, a sua volta distinta in: aziende pubbliche (ASP e Comuni); aziende non profit (associazioni, cooperative sociali, enti religiosi e fondazioni); aziende profit (cooperative e società di capitali);
- la dimensione della struttura, in termini di numero di posti letto accreditati. In base a questo criterio sono state individuate tre classi dimensionali: strutture piccole (con meno di 60 posti letto), strutture medie (dai 60 ai 120 posti letto) e strutture grandi (con un numero di posti letto superiore ai 120);
- lo scostamento tra retta media applicata dalle strutture del campione e retta media applicata a livello regionale (pari a 44 euro al giorno) e tra tariffa riconosciuta alle strutture del campione e tariffa media ponderata a livello regionale (pari a 36 euro giornalieri)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Con il termine "retta" si indica quanto la struttura richiede all'ospite per l'erogazione del proprio servizio. Con il termine "tariffa" si indica quanto l'ente regionale riconosce alla struttura quale

La scelta di queste variabili è stata dettata dalle seguenti considerazioni:

- a differenti assetti giuridici corrispondono diverse tipologie contrattuali per i lavoratori dipendenti e/o regimi fiscali, che possono influenzare in modo significativo la struttura dei costi del servizio;
- la dimensione aziendale è una variabile che può influenzare la struttura dei costi delle RSA in quanto ricollegata:
  - ✓ alle possibili economie di scala, in particolar modo nelle aree gestionali di supporto, come i servizi alberghieri o l'area amministrativa;
  - ✓ al maggiore peso dei costi derivanti da un incremento della complessità organizzativa, che tipicamente cresce all'aumentare delle dimensioni.
- la retta a carico dell'utente dovrebbe essere una variabile correlata ai costi di produzione, cioè indicativa di una diversa incidenza e composizione dei costi in funzione degli standard di servizio offerti;
- la retta media applicata e la tariffa media riconosciuta - insieme al corretto governo dei costi di produzione - incidono sull'efficiente funzionamento dell'azienda e dei suoi servizi, garantendone l'autonomo e duraturo operare.

Si è quindi proceduto all'individuazione di 27 strutture (pari al 5% del totale strutture) in modo tale che il campione fosse rappresentativo dell'intero universo delle RSA lombarde.

Per quanto riguarda la forma giuridica adottata, il campione si è articolato nel seguente modo:

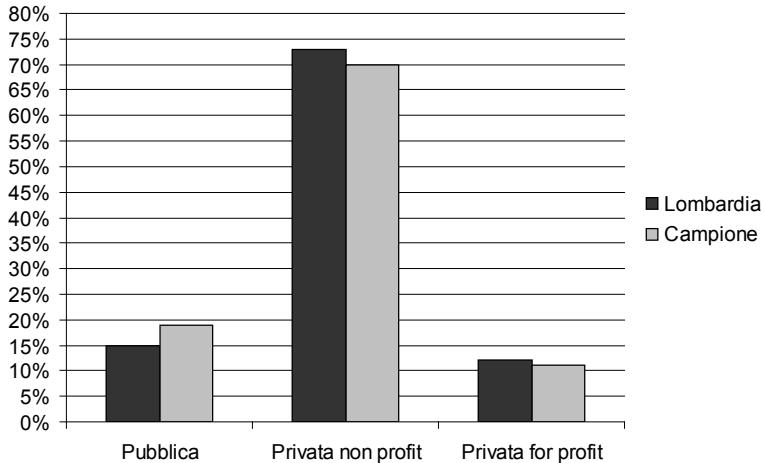
- 5 aziende pubbliche (4 ASP e 1 struttura comunale);
- 19 aziende non profit (1 associazione, 3 cooperative sociali, 3 enti religiosi e 12 fondazioni);
- 3 aziende profit (1 società cooperativa e 2 società di capitali).

Questa ripartizione - apparentemente sbilanciata a favore del settore privato sociale - è coerente con l'articolazione del sistema di offerta lombardo, che riconosce un sostanziale ruolo al privato sociale, in particolar modo alle fondazioni nate con il processo di riforma delle Ipub avvenuto in Lombardia (si veda la nota 6 del presente capitolo). Ed, infatti, è possibile riscontrare tale coerenza confrontando le percentuali di composizione del campione analizzato con le percentuali di composizione del settore a livello regionale [Grafico 3.3]. Anche la variabile "dimensione" è stata attentamente osservata nel momento di scelta delle strutture da ricomprendere nel lavoro di ricerca, in modo da garantire una certa coerenza tra campione studiato e caratteristiche del settore [Grafico 3.4]. Inoltre, si è verificato che i PL medi interni al campione (pari a 84 unità) fossero in linea con i PL medi regionali (pari a 88 unità).

---

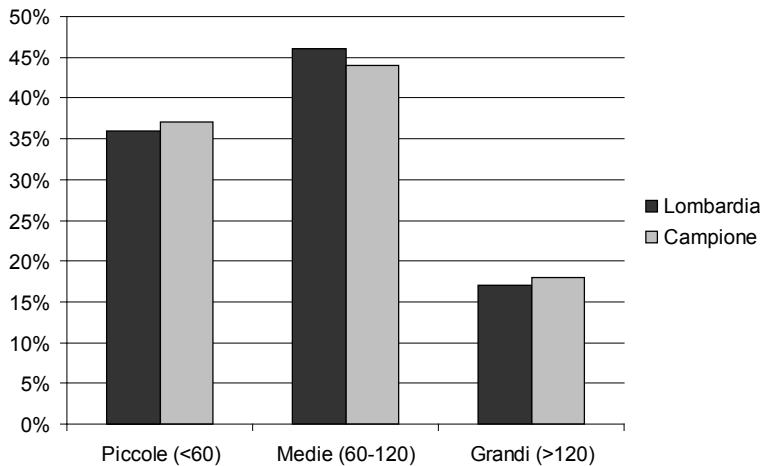
compenso per l'erogazione del servizio. I dati medi riportati sono stati ricavati da una nostra elaborazione sui dati forniti dalla DG Famiglia.

Grafico 3.3. Ripartizione delle RSA in base alla variabile “forma giuridica”



Fonte: nostra elaborazione dati DG Famiglia Regione Lombardia

Grafico 3.4. Ripartizione delle RSA del campione in base alla variabile “dimensione”



Fonte: nostra elaborazione dati DG Famiglia Regione Lombardia

Infine, si è verificato che le 27 strutture prescelte rispettassero anche gli ultimi due criteri di scelta, in termini di rette applicate e tariffe regionali riconosciute. Anche in questo caso, è possibile verificare una coerenza tra i valori medi del campione e i valori medi regionali [Tabella 3.1], coerenza peraltro riscontrabile anche in un altro importante parametro di confronto quale è il case mix SO-

SIA, da cui dipende l'ammontare complessivo dei contributi pubblici e delle rette dai privati<sup>11</sup>.

Tabella 3.1. Comparazione dati medi regionali e dati medi del campione

	Dati medi regionali	Dati medi del campione
Rette applicate	44	45
Tariffe regionali riconosciute	36	37
Case mix SOSIA	3,9	3,6

Fonte: nostra elaborazione dati DG Famiglia Regione Lombardia

### 3.2.2.1 dati raccolti e analizzati

Alle strutture è stato richiesto di provvedere all'invio dei seguenti documenti:

- Bilancio d'esercizio completo (Conto Economico, Stato Patrimoniale e Nota Integrativa) per gli anni 2004-2005;
- Dettaglio del Conto Economico per singole voci del Piano dei Conti.

Oltre ai documenti sopra elencati è stata richiesto alle strutture la compilazione di alcune schede aggiuntive [Tabella 3.2].

Tabella 3.2. Schede aggiuntive inviate alle strutture per la compilazione

a. Informazioni relative ai contratti di lavoro (riferimento all'anno 2005. Indicare se dal 2003 al 2005 ci sono stati dei cambiamenti)						
Tipo di contratto		Tipologia di figura professionale a cui si applica			N. di unità di personale a cui si applica	
b. Attività per solventi						
	Numero ospiti	N. giornate complessive di degenza		Ricavi relativi	Costi relativi	
2004						
2005						
c. Attività svolte e diverse dai servizi residenziali per anziani						
Tipo di servizio (1)	Volumi di attività (2)		Ricavi (3)		Costi (4)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005

<sup>11</sup> Partendo dai dati forniti dalla DG Famiglia è stato possibile verificare l'esistenza o meno di una correlazione tra il case mix dichiarato e le variabili "Tariffa regionale giornaliera ricevuta" e "Retta giornaliera applicata". In ambedue i casi si è verificata una correlazione negativa statisticamente significativa: SOSIA - Tariffa Media: Pearson Correlation = -,653\*\*\*, SOSIA - Retta Media: Pearson Correlation = -,192\*\*.

- (1) Centri Diurni, ADI, Asili Nido, Servizio mensa a soggetti esterni, etc.
- (2) Specificare un indicatore adeguato per la misurazione dei volumi di attività (numeri utenti, numero accessi domiciliari, numero pasti servizi, etc.).
- (3) Indicare i ricavi specificamente inerenti ai servizi elencati, quali ad esempio le rette per l'asilo nido.
- (4) Riportare – se disponibili in azienda – i costi riferiti ai servizi e rilevati attraverso i sistemi di contabilità analitica.

Tali schede hanno permesso la raccolta di ulteriori informazioni extracontabili su alcune variabili che potevano determinare differenziali di costo non imputabili a scelte gestionali della singola struttura o determinate da una non omogeneità nelle modalità di rilevazione dei costi. Tali informazioni non sono attualmente contenute nel debito informativo che le RSA hanno verso la Regione, né sono necessariamente disponibili all'interno dei documenti ufficiali elaborati dalle strutture.

La DG Famiglia ha infine provveduto alla elaborazione dei dati già presenti nel debito informativo verso la Regione.

### **3.3. Il sistema di indicatori per il monitoraggio delle performance economiche**

L'analisi dei bilanci di un'azienda può essere svolta con tecniche diverse, che risultano tutte accomunate dalla finalità perseguita, ovvero quella di esprimere giudizi e apprezzamenti sullo stato di salute dell'azienda, in termini di performance economiche. L'analisi per indici si sviluppa attraverso la costruzione di rapporti tra valori o classi di valori che figurano in bilancio, e tra questi ed altri dati di origine extracontabile. In generale si osserva come i valori assunti dagli indici non possono essere utilizzati immediatamente per fornire informazioni sulla gestione aziendale, ma necessitano un'attenta lettura, che deve avvenire considerando in modo integrato tutti gli indici. E' necessario, infatti, formulare un'interpretazione sistemica di tali indici, tenuto conto di alcuni valori ritenuti standard e procedere a un'analisi comparativa dei bilanci all'interno della medesima azienda (confronto intertemporale) o dei bilanci di aziende operanti nel medesimo settore di attività (confronto interaziendale).

Partendo da queste premesse è stato costruito un database contenente i dati generali di struttura e di servizio, i valori del Conto Economico riclassificato e il sistema di indici per la valutazione delle performance. Di seguito si illustreranno in sintesi la struttura logica di questo schema d'analisi.

### Box di approfondimento – Gli elementi necessari per un buon sistema di indicatori di performance

Un buon sistema di indicatori deve essere in grado di fornire informazioni adeguate a supportare i processi decisionali degli organi preposti alla *governance* dell'azienda. E' quindi necessario comprendere quali caratteristiche tale sistema dovrà presentare, al fine di rendere lo spesso più coerente con i fabbisogni informativi che è chiamato a soddisfare (Francesconi, 2003).

- Gli indicatori devono essere *rilevanti e significativi*, ossia devono essere direttamente correlati agli obiettivi strategici e gestionali perseguiti. Quindi, la definizione dell'indicatore dovrà avvenire considerando anche l'utilizzatore finale dell'informazione prodotta.
- Gli indicatori devono essere *chiari*, al fine di assicurare una corretta e facile raccolta dei dati ed evitare errate interpretazioni che ne possono compromettere la validità. È quindi importante ricorrere a terminologie condivise, già in uso nella prassi o all'interno del singolo servizio.
- Gli indicatori devono essere *comprensibili*. Per questo motivo è utile che per ogni indicatore ne siano descritte le modalità di calcolo, le caratteristiche, i possibili range di variazione.
- Gli indicatori devono essere *bilanciati ed esaustivi*. Il set di indicatori dovrà misurare tutte le dimensioni della performance aziendale, di efficienza e di efficacia. Sbilanciare il set di indicatori su una dimensione della performance può infatti generare degli effetti discorsivi, tanto più nel caso in cui si stanno valutando dei servizi sanitari, socio-sanitari o assistenziali.
- Gli indicatori devono essere *tempestivi*, in quanto un'informazione genera la massima utilità nel momento in cui è aggiornata. Per questo motivo è importante individuare degli indicatori la cui costruzione sia facile e realizzabile in un tempo coerente al tipo di decisione che si deve prendere (tempi brevi a supporto del controllo operativo; tempi più lunghi a supporto delle scelte strategiche).
- Gli indicatori devono essere *convenienti*, in quanto ci deve essere un equilibrio tra i costi che si sostengono per la loro costruzione (raccolta ed elaborazione dei dati; distribuzione delle informazioni ai vari livelli decisionali) ed i benefici - in termini conoscitivi - che si possono ottenere con gli stessi. Per altro, un utilizzo eccessivo e non governato di indicatori, non soltanto risulterà dispendioso in termini economici, ma rischia pure di distruggere conoscenza, in quanto informazioni inutili o non utilizzabili rischiano d'intasare e bloccare il processo decisionale.
- Gli indicatori devono essere *confrontabili*, in quanto attraverso il confronto spaziale (inter-aziendale) e temporale (intra-aziendale) determina un incremento delle informazioni trattate e una migliore conoscenza del fenomeno osservato. Per questa ragione è necessario garantire la condivisione e continuità nella composizione del set di indicatori utilizzati.

#### 3.3.1.1 dati generali di struttura e di servizio

Un primo gruppo di informazioni è stato raccolto facendo riferimento alle caratteristiche generali dell'azienda. Questi dati, provenienti dai sistemi informativi extracontabili, sono importanti in quanto consentono di comparare le singole aziende e permettono di individuare l'esistenza di eventuali correlazioni tra le caratteristiche aziendali, le scelte gestionali e la struttura dei costi. Al riguardo, le aree indagate sono state le seguenti [Tabella 3.3]:

- la forma giuridica dell'ente;



- le rette e le tariffe mediamente applicate;
- la dimensione del servizio, in termini di posti letto autorizzati e accreditati; capacità produttiva disponibile (espressa attraverso il numero di ore lavoro); giornate di assistenza erogate;
- il modello assistenziale prescelto, misurato in base alla capacità produttiva disponibile per differenti figure professionali (medici; infermieri; fisioterapisti; animatori ed educatori; etc.) e al grado di intensità assistenziale garantito (minuti settimanali di assistenza);
- le scelte di estensione orizzontale delle combinazioni economiche: aziende mono-servizio (che svolgono esclusivamente attività di assistenza residenziale) o pluri-servizio (SAD; CDI; servizio mensa per le scuole; servizio prelievi; corsi di fisioterapia; etc.). Questo aspetto è particolarmente critico nei casi in cui le strutture non siano dotate di un sistema di Contabilità Analitica (di seguito COAN) affidabile.

Tabella 3.3. I dati generali di struttura e di servizio

Denominazione della struttura	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Asl di appartenenza	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Forma Giuridica	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Comune	Fonte dei dati: Regione Lombardia
p.l. accreditati	Fonte dei dati: Regione Lombardia
p.l. Alzheimer (un di cui degli accreditati)	Fonte dei dati: Regione Lombardia
p.l. autorizzati	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Retta Media	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Tariffa Media	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Capacità produttiva disponibile (ore dipendenti e non) distinguendo ...	Fonte dei dati: Regione Lombardia
<i>Capacità produttiva medici</i>	<i>Fonte dei dati: Regione Lombardia</i>
<i>Capacità produttiva infermieri</i>	<i>Fonte dei dati: Regione Lombardia</i>
<i>Capacità produttiva terapisti</i>	<i>Fonte dei dati: Regione Lombardia</i>
<i>Capacità produttiva educatori</i>	<i>Fonte dei dati: Regione Lombardia</i>
Capacità produttiva ASA	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Gg erogate	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Minuti assistenziali settimanali	Fonte dei dati: Regione Lombardia
Tipo di contratto applicato a personale dipendente	Fonte dei dati: schede aggiuntive
Numero Ospiti Solventi	Fonte dei dati: schede aggiuntive
N. giornate complessive di degenza solventi	Fonte dei dati: schede aggiuntive
Ricavi relativi solventi	Fonte dei dati: schede aggiuntive
Costi relativi solventi	Fonte dei dati: schede aggiuntive
Tipo di servizio	Fonte dei dati: schede aggiuntive
Sistema di contabilità adottato	Fonte dei dati: schede aggiuntive

### 3.3.2. La riclassificazione del Conto Economico

Il modello di analisi riclassifica i dati del Conto Economico per aree gestionali distinguendo:

- la *gestione caratteristica*, che comprende tutti i proventi e i costi della RSA; vengono inclusi nella gestione caratteristica anche i proventi da servizi diversi dalla RSA e rivolti ad anziani e non, solo nei casi di assenza di sistemi di rilevazione di contabilità analitica che consentano di individuarne i relativi costi;
- la *gestione accessoria*: risultato netto ottenuto dall'investimento di surplus monetari e da attività temporanee o marginali (es.: proventi finanziari, fitti attivi, ecc.) e da proventi/costi imputabili a servizi diversi dalla RSA (dati provenienti dalla contabilità analitica) inseriti alla voce "Ricavi e costi dei servizi non rivolti agli anziani o soggetti a rendicontazione specifica";
- la *gestione finanziaria*: oneri finanziari;
- la *gestione straordinaria*, che viene isolata per comprendere se il risultato economico è condizionato da fenomeni fortuiti od occasionali. Qui si includono: proventi e costi "non di esclusiva competenza dell'esercizio" nonché quelli "non controllabili/casuali". Si tratta quindi di sopravvenienze e insussistenze, perdite su crediti e su cambi di esercizi precedenti, plus e minusvalenze, contributi occasionali da enti pubblici, svalutazioni di immobilizzazioni materiali e immateriali;
- la *gestione fiscale/tributaria*: costi ricollegati alle imposte sul reddito.

Con riferimento specifico alla gestione caratteristica, l'analisi dei ricavi d'esercizio è stata realizzata in base al tipo di servizio erogato (servizi residenziali rivolti agli anziani; altri servizi rivolti agli anziani; servizi non rivolti agli anziani) e alla fonte di finanziamento attivata (fonti regionali; altre fonti pubbliche; fonti private). Come già specificato, per le aziende dotate di un sistema di COAN, i ricavi direttamente imputabili a servizi diversi dall'RSA sono stati inseriti alla voce "Ricavi e costi dei servizi non rivolti agli anziani o soggetti a rendicontazione specifica" rientrante nella gestione accessoria. Negli altri casi (in cui i costi di produzione non potevano essere oggettivamente ripartiti tra RSA e altri servizi) i ricavi non riconducibili all'attività residenziale sono stati inseriti alla voce "Altri ricavi gestione caratteristica".

A) Ricavi della gestione caratteristica	
+ Rette ospiti	Solo attività RSA
+ Rette integrazione comunale	Solo attività RSA (ove distinte dalle rette ospiti)
+ Finanziamenti regionali per prestazioni erogate (distinti tra SOSIA, NAP, NAT, Alzh. se disponibili)	Solo attività RSA
+ Finanziamenti regionali per premio qualità	Solo attività RSA
+ Finanziamenti per ADI	Voce di ricavo presente nel momento in cui – in assenza della COAN – non è stato possibile scorporare i costi della RSA dai costi dell'ADI
+ Finanziamenti per altri servizi rivolti ad anziani	Voce di ricavo presente nel momento in cui – in assenza della COAN – non è stato possibile scorporare i costi della RSA dai costi degli altri servizi rivolti agli anziani (diversi dall'ADI)
+ incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	
+ lasciti e donazioni non vincolate	
+ contributi in conto capitale (quote esercizio)	Sterilizzazione degli ammortamenti
+ altri ricavi gestione caratteristica	Oltre agli altri ricavi della gestione caratteristica riferiti agli anziani, sono inclusi anche i ricavi da servizi non rivolti agli anziani (es. servizio mensa per esterni) nel momento in cui – in assenza della COAN – non è stato possibile scorporare i costi della RSA dai costi degli altri servizi

I costi d'esercizio sono stati riclassificati in tre sotto-aree gestionali (si vedano rispettivamente le parti dello schema sotto-riportato e contrassegnate con B1, B2 e B3):

- *i costi socio/sanitari*: personale dipendente e non (medici, IP, terapisti, ASA/OSS/OTA, educatori e animatori); servizi sanitari; farmaci, prodotti per incontinenza e altri beni sanitari;
- *i costi alberghieri*: personale dipendente; acquisto beni per vitto, lavanderia e pulizie; acquisto di servizi per vitto, lavanderia, pulizie e altri servizi alberghieri;
- *i costi amministrativi e generali*: personale amministrativo; utenze; assicurazioni; ammortamenti e manutenzione degli stabili; etc.

Ove la struttura non sia stata in grado di ripartire gli oneri previdenziali e contributivi ricollegati alle risorse umane tra le diverse figure professionali, gli stessi sono stati imputati proporzionalmente al peso delle singole remunerazioni. Come già illustrato, in presenza di un sistema di COAN i costi direttamente imputabili a servizi diversi dalla RSA sono stati inseriti alla voce "Ricavi e costi dei servizi non rivolti agli anziani o soggetti a rendicontazione specifica". Nel caso in cui

questa ripartizione non sia stata possibile, tali costi sono compresi per loro natura nelle voci B1 (costi socio-sanitari), B2 (costi alberghieri) e B3 (costi amministrativi e generali).

B) Costi della gestione caratteristica	Costi di erogazione del servizio residenziali per persone anziane (B1+B2+B3)
B1) Costi socio-sanitari	
Medici dipendenti (medici generici; specialisti; psicologi e psichiatri; direttore sanitario; fisiatra)	Salari/stipendi incluso straordinario, oneri sociali, eventuali indennità, retribuzione variabile, accantonamenti ferie non godute, TFR e per rinnovo contratti collettivi, IRAP <sup>12</sup>
Infermieri dipendenti	Salari/stipendi incluso straordinario, oneri sociali, eventuali indennità, retribuzione variabile, accantonamenti ferie non godute, TFR e per rinnovo contratti collettivi, IRAP
Tecnici della riabilitazione dipendenti (fisioterapisti; massoterapisti; etc.)	Salari/stipendi incluso straordinario, oneri sociali, eventuali indennità, retribuzione variabile, accantonamenti ferie non godute, TFR e per rinnovo contratti collettivi, IRAP
Educatori professionali dipendenti, inclusi animatori, arte-terapisti, assistenti sociali	Salari/stipendi incluso straordinario, oneri sociali, eventuali indennità, retribuzione variabile, accantonamenti ferie non godute, TFR e per rinnovo contratti collettivi, IRAP
ASA/OTA/OSS dipendenti	Salari/stipendi incluso straordinario, oneri sociali, eventuali indennità, retribuzione variabile, accantonamenti ferie non godute, TFR e per rinnovo contratti collettivi, IRAP
Personale esterno: medici generici; specialisti; psicologi e psichiatri; direttore sanitario	Costi riferiti ai rapporti di libera professione, contratti atipici (Co.Co.Co, contratti a progetto, etc.).
Personale esterno: infermieri professionali e generici	Costi riferiti ai rapporti di libera professione, contratti atipici (Co.Co.Co, contratti a progetto, etc.) e lavoro interinale.
Personale esterno: tecnici della riabilitazione	Costi riferiti ai rapporti di libera professione, contratti atipici (Co.Co.Co, contratti a progetto, etc.) e lavoro interinale.
Personale esterno: educatori professionali; animatori; arte-terapisti; assi-	Costi riferiti ai rapporti di libera professione, contratti atipici (Co.Co.Co, contratti a progetto,

<sup>12</sup> L'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) viene calcolata in modo differente in base alla natura del soggetto passivo. Per le imprese di tipo commerciale, la base imponibile è data dalla differenza tra le voci classificabili nel valore netto di produzione, al lordo dei costi per il personale dipendente, delle perdite su crediti e degli oneri di natura finanziaria. Per le amministrazioni pubbliche e gli enti non commerciali, la base imponibile è data dal totale dei compensi per il lavoro dipendente, assimilato o autonomo occasionale. Sulla base di queste differenze, il costo dell'IRAP è stato di volta in volta imputato all'area gestionale "Imposte e tasse" (F) oppure come componente del costo del personale. Inoltre, è bene ricordare che vi sono delle significative differenze in merito all'aliquota applicata, che è più elevata per le amministrazioni pubbliche.

stenti sociali; obiettori di coscienza; etc.	etc.) e lavoro interinale.
Personale esterno: ASA / OTA / OSS	Costi riferiti ai rapporti di libera professione, contratti atipici (Co.Co.Co, contratti a progetto, etc.) e lavoro interinale.
Altri servizi sanitari	Trasporto in ambulanza; visite specialistiche; servizi per animazione; etc.
Farmaci e parafarmaci	
Prodotti per l'incontinenza	
Altri beni sanitari	Ossigeno; materiale per l'igiene degli ospiti; materiale medico; rifiuti speciali; etc.
<b>B2) Costi alberghieri</b>	
Personale alberghiero (personale dipendente dedicato all'area alberghiera)	Salari/stipendi incluso straordinario, oneri sociali, eventuali indennità, retribuzione variabile, accantonamenti ferie non godute, TFR e per rinnovo contratti collettivi, IRAP
Acquisto beni per vitto	Costi per l'acquisto di beni riconducibili all'area alberghiera (cibo e vivande; beni per la pulizia dei locali; telerie; etc.)
Acquisto beni per pulizia locali	
Acquisto beni per lavanderia e guardaroba	
Acquisto servizi per vitto	Costi per l'acquisto di servizi esternalizzati e dati in appalto riconducibili all'area alberghiera
Acquisto servizi per pulizia locali	
Acquisto servizi per lavanderia e guardaroba	
Acquisto altri servizi alberghieri	Pedicure; barbiere; parrucchiere; servizio religioso; etc.
<b>B3) Costi amministrativi e generali</b>	
Personale amministrativo (direttore generale; direttore amministrativo; segreteria; manutentori e giardinieri; etc.)	Salari/stipendi incluso straordinario, oneri sociali, eventuali indennità, retribuzione variabile, accantonamenti ferie non godute, TFR e per rinnovo contratti collettivi, IRAP
Beni/servizi amministrativi e generali	Utenze; manutenzione e riparazione; consulenze; cancelleria; assicurazioni; spese di formazione; spese di certificazione ISO; vigilanza notturna; etc.
Godimento beni di terzi	
Ammortamento immobilizzazioni immateriali	
Ammortamento immobilizzazioni materiali	
Svalutazioni dei crediti	
+/- variazione rimanenze	
Accantonamenti per rischi	

Contrapponendo i ricavi della gestione caratteristica (A) ai costi della gestione caratteristica (B1+B2+B3) si ottiene il risultato operativo della gestione caratteristica (RO).

Risultato operativo della gestione caratteristica (RO)	Ricavi della gestione caratteristica (A) – Costi della gestione caratteristica (B)
--	--

In aggiunta alla gestione caratteristica sono state individuate le altre aree gestionali: accessoria, finanziaria, straordinaria e tributaria.

C) Ricavi e costi della gestione non RSA	
Ricavi e costi dei servizi non rivolti agli anziani o soggetti a rendicontazione specifica	Ricavi e costi di servizi quali: ADI; CDI; uso palestra per esterni; vendita di servizi mensa; ambulatori per utenti esterni; voucher; etc.
Proventi finanziari	Interessi attivi su c/c; etc.
Rettifiche attività finanziarie	
Altri proventi da gestione patrimoniale	Fitti attivi; rendite immobiliari; etc.
D) Oneri finanziari	Interessi passivi su c/c; oneri da mutui; oneri bancari; etc.
E) Proventi e oneri straordinari:	
Proventi (comprese tutte le plusvalenze)	
Oneri (comprese tutte le minusvalenze)	
F) Imposte e tasse	
IRAP	... ove specificato (altrimenti ricompreso nei costi del personale dipendente).
Imposte sul reddito dell'esercizio	

La sommatoria algebrica tra il risultato operativo della gestione caratteristica con i risultati parziali della gestione non caratteristica, dà il risultato netto (RN), che potrà essere un utile o una perdita d'esercizio.

Utile (perdita) dell'esercizio	Risultato operativo della gestione caratteristica + C + D + E + F
--------------------------------	---

### 3.3.3. Gli indici di misurazione delle performance

Partendo da questa riclassificazione del Conto Economico è possibile ottenere delle informazioni di sintesi utili alla lettura dei risultati di gestione delle singole RSA. Gli indici individuati sono riconducibili a quattro classi:

- indici di composizione dei costi;

- indici di composizione dei ricavi;
- indici di redditività (in termini di relazione tra costi e ricavi) e di incidenza del risultato delle gestioni non caratteristiche sul risultato di esercizio;
- indici di efficienza ottenuti dal rapporto tra componenti di reddito (costi e ricavi) e l'output prodotto (espresso dal numero delle giornate di assistenza erogate), nonché dal tasso di saturazione della capacità produttiva (tasso di occupazione dei posti letto).
- Indici di composizione dei costi

Per quanto riguarda la struttura dei costi di gestione, una prima riflessione deve essere fatta analizzando il peso che le singole aree gestionali hanno sui costi totali della gestione caratteristica e sul conseguente risultato d'esercizio.

Costi socio-sanitari / Costi gestione caratteristica
Costi alberghieri / Costi gestione caratteristica
Costi amministrativi e generali / Costi gestione caratteristica

Nella lettura di questi indici si deve fare particolare attenzione alle difficoltà che si potrebbero presentare in alcuni casi nel distinguere il costo delle figure socio-sanitarie che svolgono anche servizi di natura alberghiera (distribuzione dei pasti; pulizia delle camere; gestione della lavanderia; etc.). Infatti, è possibile che vi siano delle significative differenze tra quelle strutture che esternalizzano i servizi alberghieri e/o utilizzano personale dipendente ad hoc per lo svolgimento di tali attività e quelle che impiegano parte del personale socio-sanitario (prevalentemente ASA) per lo svolgimento di tali servizi. Strutture che presentano un'incidenza dei costi alberghieri particolarmente bassa rispetto alle altre strutture andrebbero quindi escluse dal calcolo delle medie.

Analizzando più nel dettaglio la gestione socio-sanitaria, gli aspetti strategici che vengono monitorati sono essenzialmente i seguenti:

- l'incidenza per natura dei costi socio-sanitari, individuando i principali fattori produttivi utilizzati nell'erogazione dei servizi (risorse umane; farmaci e parafarmaci; presidi per l'incontinenza):

Costi personale socio-sanitario / Costi gestione socio-sanitaria
Costi per farmaci e parafarmaci / Costi gestione socio-sanitaria
Costi incontinenza/ Costi gestione socio-sanitaria

- il peso in termini delle differenti figure professionali (dipendenti e non) sul totale personale socio-sanitario, calcolato in base al costo sostenuto:

Costi personale medico / Costi personale socio-sanitario
Costi personale infermieristico/ Costi personale socio-sanitario
Costi personale riabilitazione / Costi personale socio-sanitario
Costi personale educativo / Costi personale socio-sanitario
Costi personale ausiliario / Costi personale socio-sanitario

- il livello di esternalizzazione (in termini generali e per singola figura professionale), calcolato in base al costo sostenuto:

Costi personale non dipendente socio-sanitario / Costi personale socio-sanitario
Costi personale medico non dipendente / Costi personale medico
Costi personale infermieristico non dipendente / Costi personale infermieristico
Costi personale riabilitazione non dipendente / Costi personale riabilitazione
Costi personale educativo non dipendente / Costi personale educativo
Costi personale ausiliario non dipendente / Costi personale ausiliario

- il costo del personale per singola ora di lavoro, calcolata in termini generali e per singola figura professionale. Questo indice può variare in base al tipo di contratto di lavoro applicato e alle scelte gestionali adottate.

Totale costi personale sanitario / Cap.tà produttiva in ore
Totale costi personale medico / Cap.tà produttiva medico in ore
Totale costi personale infermieristico / Cap.tà produttiva infermieri in ore
Totale costi personale terapisti / Cap.tà produttiva terapisti in ore
Totale costi personale educatori / Cap.tà produttiva educatori in ore
Totale costi personale ausiliario/ Cap.tà produttiva ausiliari in ore

Per queste ultime tre tipologie di indici, un ulteriore livello di sintesi lo si può ottenere raggruppando le figure professionali operanti in struttura in due ulteriori macro-categorie: il personale sanitario (medici, infermieri, addetti alla riabilitazione); il personale socio-assistenziale (educatori/animatori ed ausiliari).

Per quanto riguarda invece la gestione alberghiera e la gestione amministrativa, l'analisi si focalizza sui seguenti aspetti:

- il livello di esternalizzazione dei servizi alberghieri (produzione e/o distribuzione del vitto; pulizia dei locali; gestione della lavanderia), calcolato



rapportando il costo sostenuto per l'acquisto di servizi sul totale dei costi alberghieri;

- l'incidenza dei costi amministrativi e generali, distinti per differenti fattori produttivi.

Costi per l'acquisto di servizi alberghieri / Totale costi alberghieri
Costi personale amministrativo / Costi amministrativi
Costi beni e servizi / Costi amministrativi
Costi ammortamenti e svalutazione immobilizzazione / Costi amministrativi
Costi accantonamenti / Costi amministrativi

- Indici di composizione dei ricavi

Per analizzare la struttura dei ricavi di gestione, questi ultimi vengono riclassificati in base alla fonte di provenienza:

- contributi pubblici regionali, comprensivi delle tariffe SOSIA, non autosufficienti parziali (NAP), non autosufficienti totali (NAT), nuclei Alzheimer e del c.d. "premio per la qualità";
- contributi pubblici comunali;
- rette a carico degli utenti e dei loro familiari.

Ricavi da contributi regionali / Ricavi gestione RSA
Ricavi da contributi comunali / Ricavi gestione RSA
Ricavi da utenti / Ricavi gestione RSA

Si calcolano poi alcuni indicatori che mostrano il peso che la gestione "non caratteristica" (gestione accessoria e straordinaria) ha avuto nell'attivare fonti alternative di proventi.

Ricavi derivanti dalla gestione RSA / Totale ricavi
Ricavi gestioni accessorie / Totale ricavi
Ricavi gestione straordinaria / Totale ricavi

- Indici di redditività

Strettamente ricollegato agli indici appena descritti, ma con riferimento all'analisi della redditività complessiva della struttura, il primo indice proposto permette di misurare il peso assunto dalla gestione "non caratteristica" nella formazione del risultato d'esercizio, rapportando lo stesso risultato al reddito operativo della gestione caratteristica:

Risultato esercizio / Reddito operativo della gestione caratteristica
---

Un indice pari a 1 sta a indicare una gestione non caratteristica ininfluente sulla formazione del reddito d'esercizio; un indice con valore inferiore a 1 (posti entrambi i risultati positivi) sta a indicare una gestione non caratteristica che distrugge ricchezza; un indice con valore superiore a 1 (posti entrambi i risultati positivi) sta a indicare una gestione non caratteristica che produce ricchezza e che esercita un impatto positivo sulla redditività aziendale.

La redditività della gestione caratteristica viene invece misurata in termini di rapporto tra i costi delle singole aree gestionali ed i ricavi complessivi di struttura. In altri termini, attraverso questi indici è possibile determinare in che modo 1 euro di ricavo viene impiegato dalla struttura nell'ambito delle proprie attività caratteristiche. Quando il primo indice (che rapporta i costi della gestione caratteristica ai relativi ricavi) è  $> 1$  la struttura è in perdita, quanto è pari ad 1 la struttura è in pareggio, quando è  $> 1$  la struttura produce utile attraverso la gestione caratteristica.

Totale costi gest. caratteristica / Totale ricavi gest. caratteristica	Incidenza dei costi della gestione caratteristica sui ricavi gestione caratteristica
Totale costi socio-sanitari / Totale ricavi gest. caratteristica	Incidenza dei costi socio-sanitari sui ricavi gestione caratteristica
Totale costi alberghieri / Totale ricavi gest. caratteristica	Incidenza dei costi alberghieri sui ricavi gestione caratteristica
Totale costi amm.vi e generali / Totale ricavi gest. caratteristica	Incidenza dei costi amm.vi sui ricavi gestione caratteristica

All'interno degli indici di redditività, che rapportano costi e ricavi, ma con finalità informativa completamente diversa è possibile far rientrare l'indice di copertura dei costi da parte della Regione, secondo quanto previsto dalla normativa sui LEA. L'indice viene calcolato come segue:

Contributi regionali / Tot costi gest. caratt.	Tasso di copertura da parte del contributo regionale
--	--

- Indici di efficienza

La riclassificazione dei dati di bilancio realizzata secondo i criteri sopra esposti permette di effettuare anche un'analisi correlata tra le componenti di reddito (costi e ricavi) e l'output prodotto (espresso dal numero delle giornate di assistenza

erogate), al fine di monitorare il livello di efficienza raggiunto, posto che siano rispettati i requisiti di qualità delle prestazioni.

Ricavi da RSA / Gg erogate	Ricavo medio per giornata assistenziale
Ricavi da contributi regionali / Gg erogate	Ricavo medio per giornata assistenziale, distinto per fonte di finanziamento
Ricavi da Comuni / Gg erogate	
Ricavi da utenti / Gg erogate	
Costi gest. caratt / Gg erogate	Costo medio per giornata assistenziale
Costi gest. soc-san / Gg erogate	Costo medio per giornata assistenziale, distinto per le diverse aree della gestione caratteristica
Costi gest. alberghiera / Gg erogate	
Costi gest. amm.va / Gg erogate	

Un altro indice di efficienza è dato dal tasso di occupazione dei posti letto (tasso di saturazione della capacità produttiva).

Gg di assistenza erogate / (PI accreditati x 365)	Tasso di occupazione dei posti letto
---	--------------------------------------

### 3.4. Le evidenze empiriche sul sistema di RSA lombardo

Nel presente paragrafo si presentano le informazioni raccolte presso le ventisette strutture residenziali oggetto d'indagine e si fornisce un quadro di sintesi delle loro performance economiche seguendo lo schema logico illustrato nel precedente capitolo.

Tabella 3.4. Andamento medio 2004-2005

	Media sui valori aggregati
Delta PL accreditati in RSA	-0,6%
Delta PL autorizzati in RSA	0,6%
Delta cap.tà produttiva disponibile (totale ore forza lavoro, dipendente e non)	0,2%
Delta gg erogate in RSA	1,3%
Delta minuti assistenziali erogati settimanalmente	1,2%
Delta ricavi RSA	4,3%
Delta rette RSA	5,3%
Delta costi RSA	3,9%

Nonostante l'arco temporale preso a riferimento (2004-2005) sia breve, in Tabella 3.4 si fornisce una lettura sintetica dell'andamento medio di alcuni dati d'attività, da cui si evince che:

- nel corso del biennio il sistema d'offerta delle RSA analizzate è restato pressoché invariato in termini di PL disponibili, assestandosi attorno alle 2.300 unità, il 96% dei quali accreditate e remunerate dal sistema regionale;
- coerentemente con l'andamento dei PL disponibili, anche la capacità produttiva (espressa attraverso le ore di forza lavoro) non si è modificata, mentre si è registrato un incremento delle giornate assistenziali e dei minuti erogati settimanalmente. Questi ultimi andamenti sono rispettivamente il segnale di un maggiore tasso di occupazione dei PL (passato dal 92% al 93% per i PL autorizzati e dal 95% al 97% per i PL accreditati), ma anche di un possibile peggioramento delle condizioni sanitarie e di fragilità degli ospiti in struttura;
- l'incremento delle giornate assistenziali erogate ha ovviamente determinato un aumento dei ricavi di gestione del 4,3%. Analizzando nel dettaglio questo trend si osserva che:
  - ✓ solo il 38% di tale variazione è imputabile ad un incremento dei contributi pubblici, mentre il 62% è determinata dalle rette;
  - ✓ l'incremento delle rette è in parte generato dall'aumento di volumi di vendita (maggior numero di giornate erogate), ma per il 75% da un incremento del prezzo della retta, che tra il 2004 e il 2005 è passata dai 44 ai 46 euro giornalieri;
- infine, aumentando le giornate erogate e il carico assistenziale garantito, sono aumentati anche i costi di produzione nella misura del +3,9%. Nonostante questa percentuale di crescita sia inferiore all'incremento percentuale dei ricavi, alla fine del 2005 ancora quindici strutture su ventisette - ossia circa il 56% delle RSA studiate - presentavano un risultato della gestione caratteristica di segno negativo.

#### *3.4.1. Indici di composizione dei costi e dei ricavi*

Analizzando il peso delle singole aree gestionali (espresso in termini percentuali e calcolato sul costo complessivo della gestione caratteristica), si evidenzia come la gestione socio-sanitaria assorba il 58,8% dei costi totali, seguita dalla gestione amministrativa/generale (23,4%) e dalla gestione alberghiera (17,8%) [Tabella 3.5].

Tabella 3.5. Peso delle singole aree gestionali. Anno 2005

	Media	Dev. Std.	Coeff. Var. <sup>13</sup>
Peso della gestione socio-sanitaria	58,8%	0,7	1,2
Peso della gestione alberghiera	17,8%	0,4	2,2
Peso della gestione amministrativa	23,4%	0,9	3,8

Tali percentuali vengono peraltro confermate dall'analisi dei costi di produzione per singolo output [Tabella 3.6], in base alla quale una giornata in RSA viene a costare 90 euro circa, di cui 52 euro spesi per l'acquisto di fattori produttivi socio-sanitari, 16 euro circa per la componente alberghiera ed i restanti 22 euro a supporto delle attività generali a supporto del funzionamento dell'intera struttura.

Tabella 3.6. Composizione del costo per singola giornata assistenziale erogata. Anno 2005

	Media	Dev. Std.	Coeff. Var.
Costi gestione caratteristica / gg erogate	90,1	16,6	0,2
Costi gestione socio-sanitaria / gg erogate	52,2	6,0	0,1
Costi gestione alberghiera / gg erogate	15,9	4,1	0,3
Costi gestione amministrativa / gg erogate	22,0	12,6	0,6

Peraltro, i valori della gestione amministrativa sono quelli che presentano una maggiore variabilità tra i casi aziendali studiati. Infatti, analizzando nel dettaglio i componenti negativi di reddito da noi imputati all'area amministrativa (costi per il personale; costi di manutenzione; utenze; quote di ammortamento cespiti; etc.) è stato possibile rilevare come - in taluni casi - l'ammontare dei costi amministrativi sia influenzato in modo significativo dalla voce "godimento di beni di terzi", ossia dalle quote di affitto e/o locazione pagate per utilizzare le strutture immobiliari necessarie allo svolgimento della propria attività. In particolare modo, questa situazione è abbastanza diffusa tra le società di capitali e le cooperative, in quanto realtà prive di quell'assetto patrimoniale che invece le ex-Ipab (ora fondazioni o ASP) o gli enti religiosi hanno ereditato dal passato [Tabella 3.7]<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Il coefficiente di variazione è dato dal rapporto tra deviazione standard e media aritmetica dei valori. Tale coefficiente è stato utilizzato per poter confrontare variabili misurate con parametri di differente natura.

<sup>14</sup> Questo aspetto viene ricordato anche da Brizioli (2006): "[...] questi dati [quote di ammortamento o fitti figurativi, N.d.A.] non sono sempre rilevabili con esattezza dai bilanci delle strutture pubbliche, che tendono a non valorizzare in modo adeguato gli ammortamenti o fruiscono di immobili in comodato d'uso gratuito".

Tabella 3.7. Composizione dei costi amministrativi per figura giuridica. Anno 2005

	ASP	Fonda- zioni	Enti reli- giosi	Coope- rative	Soc. di capitali
Costi per godimento beni di terzi / gg erogate	-	-	-	13,6	17,6
Ammortamenti beni materiali / gg erogate	2,2	4,0	6,7	0,8	0,9

Per quanto riguarda la componente socio-sanitaria del costo giornaliero, partendo dai dati raccolti si è cercato di verificare la presenza o meno di una relazione tra questa dimensione di costo e tre importanti variabili caratterizzanti il servizio di presa in carico dell'ospite:

- il case mix registrato nel servizio, ossia il livello di gravità degli ospiti assistiti, determinato in base ai criteri delle otto classi SOSIA;
- i minuti assistenziali garantiti settimanalmente a ciascun ospite della struttura;
- il modello assistenziale adottato, quest'ultimo misurato in base alla composizione professionale delle ore assistenziali garantite (ore sanitarie vs ore assistenziali<sup>15</sup>).

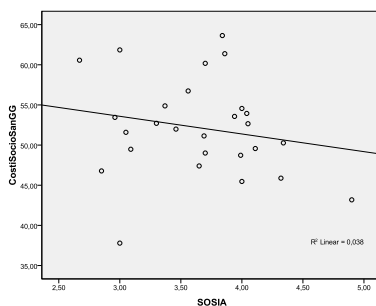
I risultati ottenuti, seppur con il limite di essere basati su di un numero limitato di casi, sono piuttosto interessanti e dovranno essere attentamente valutati in sede di ridefinizione delle policy pubbliche. Infatti quello che emerge può essere così sintetizzato:

- contrariamente a quello che si poteva ipotizzare, i dati raccolti non consentono di affermare che ad un case mix più basso vengano a corrispondere dei costi socio-sanitari più elevati<sup>16</sup>. Infatti, pur registrandosi una relazione opposta tra queste due variabili, il coefficiente R2 linear risulta poco significativo in quanto uguale a 0,038 [Grafico 3.5]. In altri termini, questi dati ci dicono che la struttura produttiva delle RSA e la conseguente funzione di costo sono rigide e difficilmente adattabili ai differenti profili assistenziali definiti a livello regionale;

<sup>15</sup> Questa distinzione è stata necessaria in quanto il sistema di accreditamento lombardo prevede che siano garantiti 901 minuti di assistenza settimanale, non indicando però la composizione professionale degli stessi. Mediamente le RSA analizzate garantiscono una presenza media di figure sanitarie pari al 25%, sul totale ore socio-sanitarie lavorate in struttura.

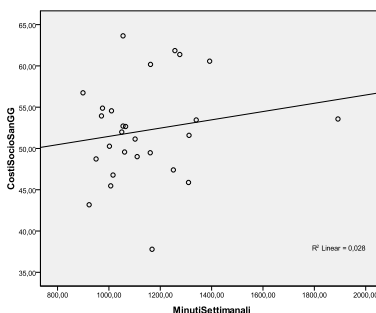
<sup>16</sup> Al riguardo si ricorda che alla classe SOSIA 1 corrispondono i maggiori livelli di gravità rispetto ai tre indicatori che costituiscono il modello (mobilità; cognitività e comportamento; comorbidità), mentre alla classe 8 corrispondono i tre livelli più moderati. Per un approfondimento sul tema, si rinvia alla lettura del § 2.2.2.

Grafico 3.5. Relazione tra il case mix ed il costo socio-sanitario giornaliero. Anno 2005



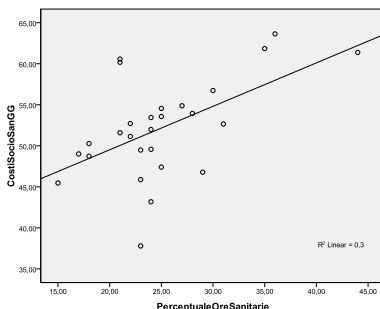
- anche per quanto riguarda la seconda dimensione di analisi, quella che poteva essere un'ovvia relazione tra minuti assistenziali garantiti e costi socio-sanitari sostenuti si è dimostrata scarsamente significativa. Infatti, pur essendovi una relazione positiva tra le due variabili osservate, la funzione lineare presenta un R2 linear uguale a 0,028 [Grafico 3.6];

Grafico 3.6. Relazione tra i minuti assistenziali e costo socio-sanitario. Anno 2005



- per quanto riguarda, invece, la relazione tra l'andamento dei costi socio-sanitari ed il peso della componente lavorativa sanitaria, i risultati ottenuti evidenziano piuttosto chiaramente l'esistenza di una relazione significativa (infatti la funzione lineare registra un R2 linear = 0,3). Quindi, nonostante il ruolo degli ausiliari sia di fatto numericamente più rilevante nel processo produttivo del servizio, il costo delle figure sanitarie sembra rappresentare la vera variabile di differenziazione [Grafico 3.7].

Grafico 3.7. Relazione tra il peso della componente sanitaria ed il costo socio-sanitario giornaliero. Anno 2005



Essendo le RSA aziende di servizi con un elevato contenuto *labour*, una parte della ricerca si è focalizzata sull'analisi dei costi del personale.

Un primo aspetto indagato è stato quello riguardante il peso che tale fattore produttivo esercita sulla struttura dei costi aziendali [Tabella 3.8]. In termini generali si rileva come le risorse umane pesino per un 64,4% sulla struttura complessiva dei costi della gestione caratteristica, percentuale che aumenta in modo sostanziale se si circoscrive l'osservazione alla sola gestione socio-sanitaria, nella quale il peso del personale raggiunge un valore vicino al 91%.

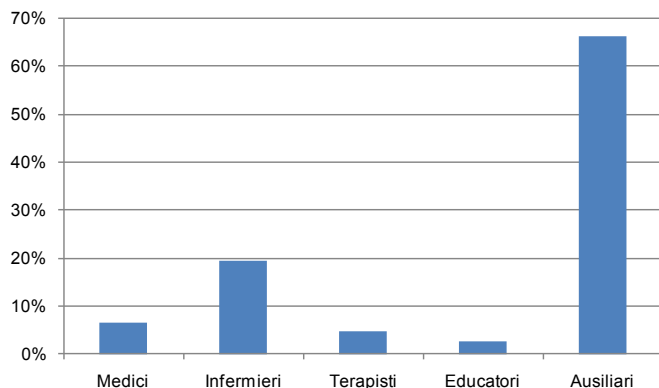
Tabella 3.8. Peso del costo del personale. Anno 2005

	Media	Dev. Std.	Coeff. Var.
Costi personale / costi gest car	64,4%	0,1	0,1
Costi personale soc-san / costi soc-san	90,8%	0,1	0,1

Tali percentuali sono sostanzialmente confermate in tutte le strutture residenziali osservate. Analizzando questi dati in base alle figure professionali operanti in struttura, i costi del personale sono prevalentemente sostenuti per acquisire professionalità assistenziali (65% circa del totale), seguiti dagli infermieri (20% circa del totale). Minor peso è invece ricoperto dalle figure mediche, riabilitative e socio-educative [Grafico 3.8].



Grafico 3.8. Composizione percentuale del costo del personale socio-sanitario per figure professionali. Anno 2005



Sempre per quanto riguarda i costi del personale, si sono confrontati i costi medi unitari, totali e per singola figura professionale [Tabella 3.9].

Tabella 3.9. Costo orario del personale socio-sanitario (valore generale e per figura professionale). Anno 2005

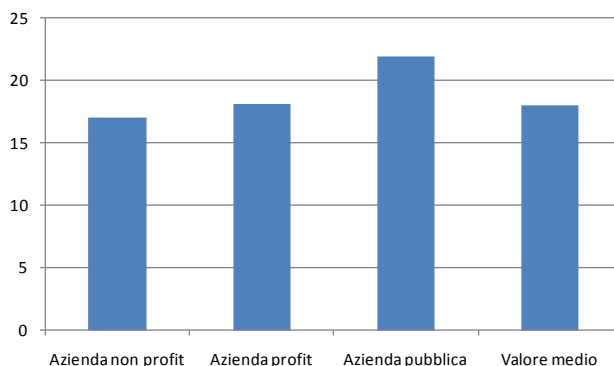
	Media	Dev. std	Coeff.Var.
Costo orario personale socio-sanitario	18,0	3,3	0,2
Costo orario medici	43,4	16,2	0,4
Costo orario infermieri	20,3	5,4	0,3
Costo orario terapisti	24,1	11,2	0,5
Costo orario educatori	17,9	6,1	0,3
Costo orario ausiliari	16,7	3,7	0,2

Mediamente un'ora di lavoro costa alla struttura residenziale 18 euro, costo essenzialmente ancorato al costo orario degli ausiliari, data la rilevanza numerica che queste figure professionali hanno sull'intera composizione organizzativa del servizio. Per altro, gli aspetti per i quali si sono registrate le più significative differenze tra le RSA analizzate, riguardano quelle figure professionali "più specialistiche", quali i medici ed i terapisti della riabilitazione, a conferma di quanto evidenziato nel Grafico 3.7.

Per quanto riguarda invece l'analisi del costo orario per natura giuridica della struttura, quelle pubbliche sembrano sostenere un maggiore onere (anche per effetto di un differente regime IRAP e una diversa gestione degli oneri contributivi in caso di malattie, assenze, maternità, etc.), mentre quelle del Terzo Settore presentano il minore costo unitario del lavoro. Entrando nel dettaglio di questi dati, la differenza maggiore si registra tra le ASP e le cooperative sociali:

nelle prime il costo medio orario ammonta a 22,8 euro, valore che nelle seconde risulta invece pari a 14,8 euro, con una significativa differenza di 8 euro l'ora.

Grafico 3.9. Costo orario del personale socio-sanitario per forma giuridica del servizio (valori assoluti). Anno 2005



Infine, una parte dell'analisi dei costi di struttura è stata dedicata alle scelte di esternalizzazione effettuate nei singoli servizi, calcolate in base ai costi sostenuti [Tabella 3.10]. Complessivamente la forza lavoro socio-sanitaria acquisita da fornitori esterni è pari al 33% del totale e vi sono delle significative differenze tra figure professionali. Infatti, il ricorso a fornitori esterni è molto più diffuso per le figure mediche (oltre al geriatra, anche altri medici-specialisti attivati in caso di bisogno), mentre risulta meno praticato per gli ausiliari, che sono quotidianamente più a contatto con l'ospite della struttura e per i quali è quindi necessario garantire una certa stabilità nella relazione interpersonale.

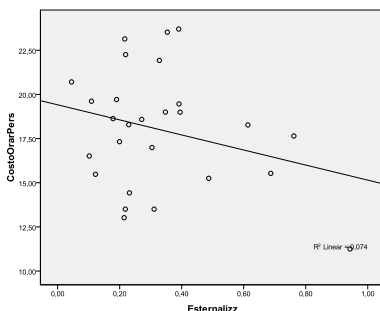
Tabella 3.10. Livello di esternalizzazione del personale. Anno 2005

	Media	Dev. Std	Co-eff. Var.
Costi pers. non dip. socio-san./ costi pers. socio-san	33%	0,2	0,6
Costi pers. medico non dip. / Costi pers. medico	84%	0,3	0,3
Costi pers. IP non dip. / Costi pers. Infermieri	46%	0,3	0,7
Costi pers. riabilitaz non dip. / Costi pers riabilitaz.	45%	0,4	1,0
Costi pers. educat. non dip. / Costi pers. educat.	49%	0,4	0,9
Costi ASA OTA OSS non dip. / Costi ASA OTA OSS	23%	0,3	1,2

Volendo comprendere in che misura la scelta di esternalizzare parte dei propri servizi possa essere motivata dalla ricerca di riduzioni del costo orario del personale, abbiamo incrociato ed analizzato gli andamenti di queste due variabili. Come evidenziato nel grafico [Grafico 3.10] è possibile individuare una relazio-

ne inversa tra queste due dimensioni (all'aumentare del livello di esternalizzazione si registra una riduzione del costo orario della forza lavoro), relazione che però non risulta essere significativa, in quanto caratterizzata da un  $R^2$  linear = 0,074.

Grafico 3.10. Relazione tra scelte di esternalizzazione e costo orario forza lavoro. Anno 2005



Quindi, sembra possibile ipotizzare che la scelta di esternalizzazione fatta da molte RSA non sia tanto determinata da calcoli di convenienza economica (non sembra registrarsi una sostanziale riduzione dei costi di produzione), quanto piuttosto dall'esigenza di rendere più flessibile il processo produttivo e di trasferire sul fornitore alcuni rischi legati all'erogazione del servizio, tra cui l'onere di sostituzione del personale in caso di assenza e/o l'adeguamento dei contenuti del servizio ai mutevoli profili socio-assistenziali degli ospiti accolti in struttura.

Analizzando la struttura dei proventi delle RSA oggetto della ricerca si osservano le seguenti caratteristiche [Tabella 3.11]:

- la principale fonte di reddito del servizio è data dalle rette pagate dagli utenti e/o dai loro familiari. In media questa voce copre il 51,5% dei ricavi totali del servizio residenziale, anche se esiste una significativa variabilità tra le strutture analizzate, essenzialmente legata - come si avrà modo di approfondire - al prezzo unitario applicato;
- il 44,8% dei ricavi è rappresentato dai contributi regionali, che sono trasferiti alle strutture quasi totalmente sotto forma di tariffe (un peso marginale è invece ricoperto dalle quote di finanziamento riconosciute con il premio qualità);
- il 3,7% dei ricavi derivano dai contributi comunali, che l'Ente Locale eroga in sostituzione dell'ospite in condizioni d'indigenza economica<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> In fase di rilevazione, alcune RSA hanno incontrato delle difficoltà nello scorporare i contributi comunali dalle rette pagate dagli utenti. Infatti, in alcuni casi l'Ente Locale non finanzia diretta-

Tabella 3.11. Peso relativo delle diverse fonti di finanziamento. Anno 2005

		Media	D.Std	Coeff.Var.
Ricavi RSA	Contributi regionali	44,8%	6,1	13,6
	Contributi comunali	3,7%	4,8	129,7
	Ricavi da utenti	51,5%	7,2	14,0

In termini di valore assoluto, i ricavi per singola giornata in struttura risultano mediamente pari a 86 euro, di cui [Tabella 3.12]:

- 37,9 euro erogati dalla Regione;
- 3,3 euro erogati dagli Enti Locali;
- 44,8 euro pagati dall'utente e/o dai suoi parenti.

Tabella 3.12. Ricavi per giornata di assistenza. Anno 2005

		Media	D.Std	Coeff.Var.
Ricavi per gg	Ricavi totali da RSA	86,0	14,7	0,2
	<i>Contributi Regionali</i>	37,9	3,5	0,1
	<i>Contributi comunali</i>	3,3	5,0	1,5
	<i>Ricavi da utenti</i>	44,8	13,9	0,3

E' interessante osservare come le proporzioni tra le diverse componenti del ricavo giornaliero non siano completamente in linea con quanto rilevato a livello nazionale da Pesaresi e Brizioli (2009). Questi due autori hanno stimato un importo medio giornaliero<sup>18</sup> per soggetto ricoverato pari a circa 90 euro circa - e quindi leggermente superiore all'importo da noi rilevato - ma con un significativo contributo da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dagli Enti Locali:

- 47,3 euro erogati dal SSN (pari al 52% del totale);
- 7,1 euro erogati dagli Enti Locali (pari all'8% del totale);
- 35,7 euro a carico dell'utente (pari al 40% del totale).

In altri termini, in base ai dati a nostra disposizione, sembrerebbe che il sistema residenziale lombardo presenti complessivamente dei buoni livelli di efficienza, che però non si traducono immediatamente in un vantaggio economico per gli utenti e i loro familiari. Questo è probabilmente spiegabile dal maggior livello di reddito medio dei cittadini lombardi rispetto alla media nazionale, che determina un minor ricorso al contributo regionale per gli anziani ricoverati incapienti e

---

mente il produttore del servizio, ma fa transitare il proprio contributo sul destinatario della prestazione. Quindi, nei dati riportati c'è il rischio di aver sottostimato il valore dei contributi comunali.

<sup>18</sup> I dati di Pesaresi e Brizioli fanno riferimento al 31-12-2004 e sono calcolati su base mensile.

una maggior propensione collettiva al contributo finanziario privato, riducendo la voce e la pressione sociale sul co-finanziatore pubblico.

Infine, è stato dato uno sguardo all'intera struttura reddituale dell'azienda, misurando l'incidenza della gestione extra-caratteristica nella formazione dei proventi [Tabella 3.13], evidenziando una certa difficoltà nell'elaborare ed implementare strategie di diversificazione dei servizi (servizi semi-residenziali e territoriali; differenziazione dell'utenza; servizi aperti al libero mercato; etc.) e/o nell'attivazione di circuiti gestionali in grado di generare fonti alternative di ricchezza (attività di raccolta fondi presso donatori privati; gestione patrimoniale; etc.).

Tabella 3.13. Proventi extra-gestione caratteristica. Anno 2005

	Media	D.Std.	Coeff.Var.
Proventi della gestione accessoria / Totale ricavi	1,8%	0,03	0,03
Proventi di natura straordinaria / Totale ricavi	1,0%	0,02	0,02

### 3.4.3. Indici di performance: redditività ed efficienza produttiva

Rappresentando tra loro i valori di costo e di ricavo precedentemente analizzati, si rileva come mediamente le strutture residenziali analizzate registrino delle perdite nello svolgimento della propria principale attività istituzionale (in quanto i costi imputabili alla gestione caratteristica sono superiori ai correlati ricavi) e di come tale divario non riesca a essere recuperato completamente dal risultato della gestione non caratteristica [Tabella 3.14]. Complessivamente, il 44% circa delle strutture analizzate (12 su 27) presenta un risultato della gestione caratteristica positivo, performance che migliora se si considera il risultato di fine esercizio. Infatti, il 52% circa delle strutture del campione (14 su 27) ha registrato un utile alla fine del 2005 [Tabella 3.15].

Analizzando quest'ultimo dato rispetto alle due variabili di classificazione del campione (dimensione in termini di PL e natura giuridica), risulta interessante osservare come siano le strutture di maggiori dimensioni e quelle for profit che presentano un risultato d'esercizio non negativo (utile o pareggio di bilancio) [Tabelle 3.15].

Tabella 3.14. Indici di performance. Anno 2005

	Media	D.Std.	Coeff.Var.
Costi gest caratteristica / Ricavi gest caratteristica	1,02	0,1	0,1
Totale costi / Totale ricavi	1,01	0,1	0,1
Tasso di occupazione dei PL	97,2%	0,1	0,1

Tabella 3.15. Media del rapporto “Totale costi / Totale ricavi” per dimensioni e forma giuridica del servizio. Anno 2005

Dimensioni del servizio	Costi/Ricavi	
Grandi	0,99	Utile
Medie	1,01	Perdita
Piccole	1,01	Perdita
Forma giuridica del servizio	Costi/Ricavi	
Aziende non profit	1,01	Perdita
Aziende pubbliche	1,02	Perdita
Aziende profit	1,00	Pareggio

Dato questo quadro d’insieme è possibile ipotizzare un miglioramento di queste performance economiche, magari aumentando il tasso di occupazione dei PL - in media pari al 97,2%. Ma è possibile una crescita di tale indicatore? Premesso che un discorso in termini generali è comunque limitato e che una riflessione su questi temi deve essere fatta sulla singola realtà aziendale, quello che emerge in modo piuttosto chiaro e inconfutabile dai dati della ricerca è che il tasso di occupazione dei PL è davvero già molto elevato e quindi difficilmente risolutivo per garantire a tutte le strutture l’equilibrio economico. Occorre invece recuperare il divario esistente tra costi di produzione e ricavi, attualmente, in media, pari a circa 4 euro per giornata di assistenza erogata. Questo recupero potrà avvenire attraverso un miglioramento dell’efficienza organizzativa delle strutture in deficit, emulando le performance del 44% delle strutture in pareggio, o, in combinazione con un aumento del contributo regionale o delle rette degli utenti.

Infine, l’ultima parte del lavoro di ricerca si è focalizzata sui contenuti delle disposizioni nazionali in tema di Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, ossia sul livello di copertura dei costi di produzione da parte del contributo erogato dalla Regione [Tabella 3.16]. I contributi regionali coprono il 43,1% dei costi della gestione caratteristica, mentre il 73,4% dei costi della gestione socio-sanitaria. Secondo la DG Famiglia però questo dato non può essere considerato sufficiente per valutare il grado di copertura dei costi previsto dai LEA da parte della Regione dal momento che sarebbe necessario definire in modo puntale quale tipologia di costi la Regione debba coprire (tutti i costi socio-sanitari o i costi sanitari strettamente intesi?), oltre che quantificare i costi che le strutture sostengono per garantire standard di assistenza e di comfort alberghiero superiori a quanto richiesto dalla normativa per l’accreditamento<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> A queste considerazioni è necessario aggiungere che la debolezza dei sistemi di contabilità analitica delle RSA non permette spesso di scorporare dai costi della gestione caratteristica quelli che non riguardano il servizio residenziale, contribuendo a determinare una percentuale di copertura da parte della Regione inferiore a quanto previsto dalla normativa. Allo stesso modo, la difficoltà di scorporo dei costi generati dai solventi potrebbe ridurre il grado di copertura da parte della regione dei costi generati dai pazienti che occupano posti letto accreditati.

Tabella 3.16. Rapporto contributo regionale e costi di struttura. Anno 2005

Tasso di copertura da parte del contributo regionale	Contributi regionali / Tot. costi gestione caratteristica	43,1%
	Contributi regionali / Tot. costi gestione socio-sanitaria	73,4%

Peraltro, in base ai dati forniti è possibile stimare un sovra-standard rispetto ai minuti assistenziali garantiti settimanalmente (fissati a 901 minuti) pari al 26%, con maggiori costi del personale del +18% e un maggior costo giornaliero stimato pari a 8,7 euro. Non considerando questi sovra-standard la copertura regionale risulterebbe essere la seguente [Tabella 3.17].

Tabella 3.17. Rapporto contributo regionale e costi di struttura al netto dei sovra-standard di personale (costi abbattuti). Anno 2005

Tasso di copertura da parte del contributo regionale	Contributi regionali / Tot. costi gestione caratteristica (abbattuti)	46,6%
	Contributi regionali / Tot. costi gestione socio-sanitaria (abbattuti)	88,1%

Si registra pertanto un avvicinamento alla soglia del 50% prevista dalla normativa LEA. La questione però forse più rilevante e più volte sollevata dai dirigenti delle strutture, dai rappresentanti dei lavoratori e dai rappresentanti degli ospiti e dei loro familiari, non riguarda tanto il rispetto di tale “soglia LEA”, quanto piuttosto la necessità di rendere questi standard dell’accreditamento regionale costantemente aggiornati con i mutevoli bisogni di assistenza che gli utenti e i loro familiari esprimono.

## 4. Traiettorie di cambiamento nelle strutture residenziali: analisi di cinque casi lombardi<sup>1</sup>

Nel corso degli ultimi anni il contesto entro cui le strutture residenziali lombarde si trovano ad agire è mutato per effetto di nuovi aspetti, tra cui:

- l'aumento del livello di concorrenza del settore, con l'abolizione dell'Unità di Valutazione Geriatrica e il riconoscimento della libertà di scelta del produttore a cui rivolgersi;
- il rafforzarsi del mercato dell'assistenza domiciliare informale, in grado di fornire alle famiglie un servizio più flessibile e meno oneroso, anche se non sempre adeguato alle reali esigenze dell'anziano<sup>2</sup>;
- l'introduzione di un nuovo meccanismo di finanziamento di tipo prospettico, legato al case mix trattato, che di fatto ha reso più complessa ed incerta la programmazione delle attività e dell'equilibrio economico aziendale;
- le crescenti difficoltà economiche nella gestione dei servizi, derivanti da una struttura dei costi rigida, data la rilevanza della forza lavoro e la necessità di garantire degli adeguati standard strutturali ed organizzativi (Brizioli e Trabucchi, 2009).

Al fine di coniugare il miglioramento qualitativo dei servizi offerti con il conseguimento di risultati gestionali economicamente sostenibili nel tempo, appare quindi sempre più pressante la necessità di dotare anche le strutture residenziali

---

<sup>1</sup> Attribuzioni: paragrafi 4.2 e 4.3 di Emilio Tanzi; paragrafi 4.4 e 4.6 di Mariafrancesca Sicilia; paragrafo 4.5 di Giovanni Fosti. L'introduzione e le riflessioni conclusive (paragrafo 4.7) sono l'esito di un lavoro congiunto di tutti e tre gli autori. Il presente contributo rappresenta una sintesi di quanto già pubblicato in Fosti, Sicilia e Tanzi (2008).

<sup>2</sup> La scelta di policy tesa a prediligere l'erogazione di misure di sostegno economico si innesta nell'impostazione di puntare sulla responsabilizzazione del nucleo familiare, incentivando l'erogazione di misure di sostegno economico per le cure informali alternative all'erogazione di veri e propri servizi.



di un adeguato bagaglio di logiche e strumenti manageriali. Partendo dal quadro di riferimento appena delineato, la presente attività di ricerca si configura come uno studio esplorativo volto a indagare le traiettorie di cambiamento percorse dalle RSA lombarde e le modalità con cui i temi del management stanno diventando patrimonio comune anche per queste realtà di servizio.

La ricerca è stata condotta attraverso l'analisi di casi multipli, nella formulazione prospettata da Eisenhardt (1989) e Yin (1994). Sono state analizzate cinque strutture, tutte localizzate nel territorio lombardo. Le strutture oggetto di studio sono state individuate in modo da garantire la presenza di forme giuridiche pubbliche e private e diversi livelli di performance in termini di risultato d'esercizio. Un ulteriore criterio di selezione è stato quello riguardante l'accessibilità dei dati aziendali (De Masi 1985). La raccolta delle informazioni è avvenuta tramite analisi documentale (statuti, bilanci, regolamenti aziendali, etc.) e interviste al management delle strutture, attraverso l'uso di un questionario semi-strutturato. Di ogni caso si descrive:

- la storia, l'assetto istituzionale e lo sviluppo dei servizi;
- i dati di attività;
- il percorso di aziendalizzazione, i relativi limiti e priorità.

#### **4.1. L'Azienda Speciale "Cremona Solidale"<sup>3</sup>**

##### *4.1.1. Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta*

Cremona Solidale è l'Azienda Speciale del Comune di Cremona che dal primo gennaio 2004 gestisce i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio. Prima della delibera del Consiglio Comunale n.90 del 25/11/2003 che ne ha decretato la nascita, i principali attori pubblici del sistema di welfare locale erano le IPAB Riunite "Città di Cremona" (Istituto Elemosiniere; Istituto Educativo Cremonese; Fondazione Eliseo e Stellina Stradiotti) e l'IPAB "F. Soldi - Centro Geriatrico Cremonese", oltre ai servizi in capo alla stessa Amministrazione Comunale. La riorganizzazione è stata motivata con l'esigenza di unificare e dare maggiore organicità alle gestioni dei servizi, dando vita a un nuovo soggetto gestionale che avesse nel Comune il suo punto di riferimento. Cremona Solidale inizia così a gestire i servizi che le vengono trasferiti dal Comune e dalle due IPAB, che nel frattempo vengono sciolte e il cui patrimonio confluisce in un'unica Fondazione (Fondazione Città di Cremona) [Figura 4.1].

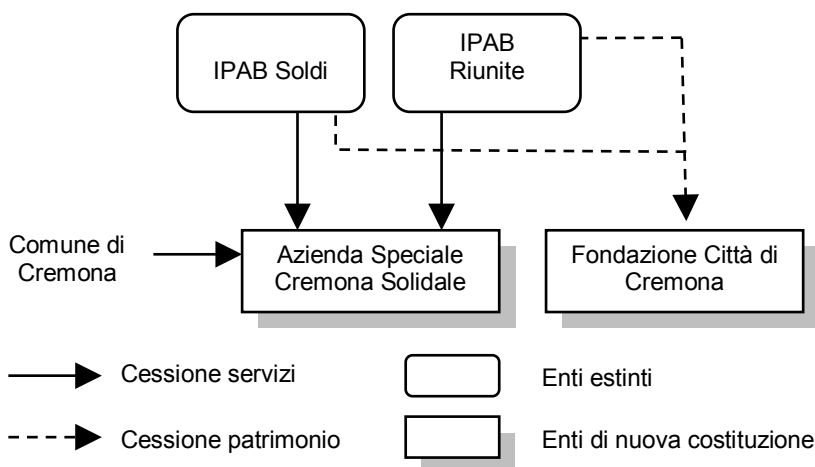
All'interno di questo processo, il Comune di Cremona trasferisce la gestione di quasi tutti i propri servizi: tre Centri Socio-Educativi (quelli che ora so-

---

<sup>3</sup> Si ringraziano il Dottor Giuseppe Carbone (attuale Direttore Generale dell'Azienda Cremona Solidale) e il Dottor Fabio Clerici (Direttore Generale nel periodo 2004-2007) per la preziosa collaborazione.

no definiti Centri Diurni per Disabili); il Servizio di Assistenza Domiciliare; il servizio di assistenza scolastica ai portatori di handicap; il Centro di Prima Accoglienza per immigrati e nuove povertà. Questi servizi vanno ad aggiungersi ai servizi che facevano già capo all’Ipab Soldi: due Centri Diurni Integrati, la residenza sanitaria e il servizio di riabilitazione. Dalle IPAB Riunite si avrà invece la gestione di tre comunità per minori e di un Centro Diurno Integrato per gli anziani. Cremona Solidale rappresenta quindi una scelta istituzionale peculiare all’interno del panorama lombardo, in quanto non rientrante nei tipici modelli della Fondazione o dell’Azienda di Servizi alla Persona previsti dalla normativa regionale di riferimento per la trasformazione delle IPAB.

Figura 4.1. Percorso di nascita dell’Azienda Speciale “Cremona Solidale”



Questi processi di fusione e cessazione hanno determinato dei cambiamenti organizzativi. Il personale che precedentemente faceva capo al Centro Geriatrico Soldi (circa 350 addetti) è transitato all’Azienda Speciale, mentre il personale delle IPAB Riunite (15 persone circa) è rimasto totalmente presso la Fondazione “Città di Cremona”, in quanto geometri o amministrativi. Per quanto riguarda invece i servizi precedentemente in capo all’Ente Locale, è necessario ricordare che gli stessi erano stati totalmente dati in appalto a soggetti terzi, prevalentemente appartenenti al mondo non profit. Pertanto, con la creazione di Cremona Solidale si è avuto un trasferimento dei contratti dal Comune all’Azienda Speciale, la quale – una volta scaduti – li ha riassegnati mediante nuovi bandi di gara. Di fatto a livello organizzativo non ci sono state delle trasformazioni significative.

Tabella 4.1. Articolazione dei servizi erogati da Cremona Solidale

	Anziani	Disabili	Minori	Adulti
Servizi Territoriali	SAD ADI	SAD	Assistenza minori disabili CAM	SAD ADI Asilo notturno CPA
Servizi Semi-residenziali	CDI	CCD		
Servizi Residenziali	IDR RSA Ricovero di sol- lievo	CSS		

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Centro Diurno Integrato (CDI); Istituto di Riabilitazione Geriatrica (IDR); Residenza Sanitaria Assistita (RSA); Centro diurno per persone con disabilità (CCD); Comunità Socio Sanitaria per disabili (CSS); Comunità Alloggio Minori (CAM); Centro di Prima Accoglienza per cittadini stranieri (CPA)

#### 4.1.2. Alcuni dati di attività del servizio RSA

Per quanto riguarda il servizio residenziale per anziani (RSA) l'Azienda Speciale "Cremona Solidale" prevede 350 posti letto, articolati dal punto di vista logistico e organizzativo in tre distinte strutture (palazzina Mainardi, palazzina Soldi e palazzina Somenzi). Nel corso del 2007 sono state erogate 272.019 ore di assistenza e sono stati garantiti 961,37 minuti di assistenza settimanali, rispetto a uno standard minimo regionale di 901 minuti. Per quanto riguarda il modello assistenziale proposto, il peso relativo delle diverse figure professionali è stato il seguente (in termini di minuti di assistenza settimanale): Assistenti Ausiliari (A-SA) e Operatori Socio-Sanitari (OSS): 77,6%; Infermieri: 14,8%; Fisioterapisti: 4,0%; Medici: 2,4%; Educatori: 1,1%. La popolazione assistita ha un'età media di 83,17 anni e proviene principalmente dalla città di Cremona (91% degli ospiti) e solo in minima parte dal territorio provinciale. Non vi sono invece utenti provenienti da altre Province lombarde o da altri contesti regionali.

Analizzando i principali indici di performance del servizio, nel corso del 2007 si è avuto un tasso di occupazione dei posti letto pari al 99,6%, facendo registrare 118.128 giornate di servizio erogate (escludendo dal conteggio i posti letto a regime privatistico) e una media giornaliera di posti letto occupati di circa 324 unità. Il valore medio del contributo giornaliero ricevuto dal Fondo Sanitario Regionale è pari a 41,1 euro, mentre il valore medio della retta pagata dagli ospiti è pari a 45,7 euro (da un minimo di 45 euro a un massimo di 48,2 euro).

Dal punto di vista economico, il servizio chiude l'esercizio 2007 con segno negativo di circa 589.000 euro, dato dalla differenza tra ricavi pari a circa 10.514.000 euro e i costi pari a circa 11.102.000 euro. Analizzando la composi-

zione dei costi, la voce principale è costituita dal personale (49,1%), seguita dai costi generali (23,4%), quest'ultima comprendente i costi amministrativi e l'IRAP. Si attestano attorno al 10% i costi alberghieri e per l'acquisto di beni e/o servizi. Per quanto riguarda invece il peso che il servizio RSA esercita sul complessivo equilibrio aziendale, i dati di bilancio mostrano la centralità dello stesso sia per quanto riguarda la struttura dei ricavi (48,9% dei ricavi aziendali), che per quanto riguarda i costi (51,6% dei costi aziendali), con una significativa incidenza sui costi alberghieri (71,0%) e sui costi per il personale (61,7%). Ed è per tale motivo che il forte squilibrio economico del settore concorre in modo significativo a determinare il saldo negativo del risultato aziendale, che per l'esercizio 2007 si è attestato intorno ad una perdita di circa 44.000 euro. Tale minore perdita è imputabile ai risultati economici positivi determinati dall'erogazione di alcuni servizi non residenziali.

#### *4.1.3. Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità*

Sin dal primo momento, l'obiettivo che il dirigente della nuova struttura si è dato è stato quello di avviare un rinnovamento dei servizi e delle modalità lavorative, adottando logiche e strumenti tipici delle discipline aziendali. E' all'interno di questo quadro che nel corso di alcuni anni vennero realizzate le seguenti scelte:

- Ammodernamento delle strutture ospitanti, mediante la costruzione di nuove palazzine. Infatti, uno dei problemi più gravi che molte strutture residenziali devono affrontare riguarda la non adeguatezza dei propri locali, la cui costruzione risale in alcuni casi alla fine dell'800. Per quanto riguarda Cremona Solidale, l'unione dei patrimoni delle ex-IPAB ha permesso di recuperare nuove risorse per i servizi residenziali precedentemente in capo al Centro Geriatrico Soldi, che non era in grado di adeguare le proprie strutture ai nuovi standard regionali. Con l'apporto del patrimonio delle IPAB Riunite è stato invece possibile aprire i cantieri per la realizzazione di una nuova sede e il trasferimento di circa 120 posti letto dalla vecchia struttura.
- Ridefinizione delle modalità di lavoro con le cooperative, passando da una retribuzione "a ore" a una retribuzione "a output". Infatti, al fine di superare la logica della pura e semplice intermediazione di manodopera, che porta a uno scarso coordinamento e a una difficile integrazione tra le differenti figure professionali, si è deciso di modificare la modalità di pagamento dei servizi esternalizzati, adottando la logica che la stessa Regione applica alle strutture, ossia pagamento in base alla prestazione e/o al singolo utente preso in carico. Coerentemente con questo approccio, i servizi territoriali in out-sourcing sono stati assegnati cercando di garantire l'unitarietà dell'utenza, creando dei "contratti a filiera", non più differenziati tra le diverse strutture, ma uniformati in base al tipo di utenti. Tutto

ciò ha comportato la messa in gara dell'ADI anziani, dell'ADI disabilità, dell'ADI adulti, etc.

- Arricchimento dei contenuti dei servizi “core” (in particolar modo quelli socio-assistenziali), attraverso l'introduzione di innovazioni tecnologiche e/o operative, tra cui: l'attivazione di servizi diagnostici, attraverso un progetto d'integrazione con il laboratorio dell'Azienda Ospedaliera; la riforma della diagnostica per immagini; la definizione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici; l'apertura di ambulatori territoriali in regime convenzionato e di libera professione; l'ottenimento della certificazione di qualità ISO 9000. Queste scelte rientrano anche in un più ampio progetto di recupero dell'efficienza e dell'efficacia del servizio, con l'obiettivo di ampliare e potenziare quelle aree di attività maggiormente redditizie e che possono avere un mercato. Infatti, la situazione di squilibrio economico caratterizzante il servizio RSA precedentemente esposta non potrà essere risolta ipotizzando un miglioramento dei tassi di occupazione (in quanto già ottimali) o una riduzione dei costi assistenziali, in quanto quest'ultimi sono aumentati a fronte di un progressivo aggravarsi della condizione media degli utenti presi in carico. Quindi la ricerca di un equilibrio economico della componente residenziale dell'azienda potrà essere conseguito solo con una manovra generale sulle rette o decidendo di diversificare il servizio offerto. Ed è secondo quest'ultima ottica che nei precedenti esercizi è stata avviata l'esperienza di offrire sul mercato dei posti letti a totale pagamento, che però ha trovato un'opposizione da parte di alcuni membri del C.d.A. e del Consiglio Comunale e che è stata quindi via via ridimensionata.
- Istituzione di unità di staff a supporto della DG, assenti nel precedente assetto organizzativo, quali l'Ufficio per il monitoraggio della qualità, l'Ufficio per il monitoraggio dei consumi e la sicurezza, l'Ufficio per la gestione delle risorse umane e per la centralizzazione della turnistica. Per meglio governare il sistema è stata poi ridefinita la gerarchia interna, individuando tre differenti presidi (la struttura Soldi, Mainari e Somenzi), istituendo quindi la figura del direttore di presidio a cui viene assegnato un proprio budget. Coerentemente con tale scelta è stato istituito il controllo di gestione articolato per centri di costo e un sistema di reporting con degli indicatori mensili e trimestrali. Maggiori difficoltà si sono invece incontrate con l'introduzione di innovazioni che hanno riguardato le modalità lavorative della base organizzativa, in particolar modo nel momento in cui si sono definiti dei trasferimenti per esigenze di servizio o si è voluto uniformare gli orari di lavoro e la turnistica. Ed è dalla volontà di apportare queste novità che per l'ex-DG sono iniziati i problemi, alla cui base vengono individuati due fattori di criticità:

- ✓ la cultura organizzativa autoreferenziale, ancorata a un obsoleto modello di servizio assistenziale di natura pubblica, che non vuole confrontarsi con le esigenze sempre più articolate e complesse che l'ambiente e il mercato esprimono;
- ✓ la difficoltà da parte dei vari attori (soggetto economico; vertice strategico; organi dirigenziali; lavoratori e sindacati; rappresentanti dei familiari degli utenti) d'interpretare in modo corretto il proprio ruolo all'interno del complesso sistema di governance aziendale, evitando sovrapposizioni o reciproche delegittimazioni.

## **4.2. La Fondazione Mazzali di Mantova<sup>4</sup>**

### *4.2.1. Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta*

La Fondazione Mazzali ONLUS nasce nel gennaio 2004 a seguito della legge regionale di depubblicizzazione delle IPAB lombarde. In realtà le origini di tale istituto sono di difficile ricostruzione, in quanto con molta probabilità la sua costituzione è legata addirittura a un lascito della famiglia Gonzaga.

In base alle disposizioni dello statuto, la configurazione del Consiglio di Amministrazione prevede la presenza di cinque membri, di cui tre nominati dal Comune di Mantova (due proposti dalla maggioranza consigliere e uno dalla minoranza), uno nominato dal Comune di Marmirolo (proprietario di una seconda struttura per anziani data in gestione alla Fondazione) e uno dall'Università di Verona, con la cui Scuola di Fisiatria l'istituto ha instaurato una proficua collaborazione. Pur disponendo della maggioranza dei consiglieri, il rapporto tra la Fondazione e il Comune è di tipo neutrale, in quanto l'amministrazione cittadina non interviene nelle scelte dell'ente, fatta eccezione per l'ingresso e la gestione degli ospiti con difficoltà economiche, sui quali il Comune è chiamato a intervenire direttamente. Tale scelta di non ingerenza si spiega con il fatto che l'Ente Comunale dispone di una propria azienda speciale (l'ASPEF – Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia) alla quale ha delegato la gestione di numerosi e diversificati servizi (RSA; CDI; comunità alloggio; centri di aggregazione per giovani; pensionati sociali; farmacie comunali; etc.) ed è su questa realtà che focalizza la propria attenzione e i propri sforzi.

---

<sup>4</sup> Si ringrazia il Dottor Paolo Portioli, Direttore Generale della Fondazione Mazzali, per la preziosa collaborazione.

#### 4.2.2. Alcuni dati di attività del servizio RSA

La Fondazione offre diversi servizi [Tabella 4.2], nonostante il suo “core business” sia costituito dai servizi residenziali per anziani, con la gestione di due RSA: una nella sede storica di Mantova (202 posti letto accreditati, 36 dei quali in Nucleo Alzheimer) e una nella sede nuova di Marmirolo (40 posti letto accreditati). Nel corso degli anni a questi servizi residenziali si sono aggiunti altri servizi:

- Unità Operative di Riabilitazione residenziali: 16 posti letto di riabilitazione generale e 16 posti letto di riabilitazione geriatrica;
- Centri Diurni Integrati: 30 posti a Mantova e 12 posti a Marmirolo;
- Consultorio geriatrico a disposizione delle famiglie con anziani a casa;
- Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare (geriatrica e generale)
- Servizio ADI accreditato per i voucher e l'estemporanea;
- Servizio SAD accreditato presso il Comune di Mantova per i voucher sociali;
- Appartamenti protetti (6 unità) presso l'attiguo Palazzo del Mago, di proprietà del Comune di Mantova.

Tabella 4.2. Articolazione dei servizi erogati dalla Fondazione Mazzali

	Anziani	Disabili
Servizi Territoriali	U.O. di riabilitazione in regime domiciliare (area geriatrica) ADI SAD	U.O. di riabilitazione in regime domiciliare (area generale) Consultorio geriatrico
Servizi Semi-residenziali	CDI	
Servizi Residenziali	U.O. di Riabilitazione Geriatrica RSA e Nuclei Alzheimer Ricoveri di sollievo	U.O. di Riabilitazione Specialistica

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Centro Diurno Integrato (CDI); Residenza Sanitaria Assistita (RSA)

Nel corso del 2007 sono state erogate 137.700 ore circa di assistenza, garantendo un modello di presa in carico caratterizzato dalla presenza delle seguenti figure professionali: Assistenti Ausiliari (ASA) e Operatori Socio-Sanitari (OSS): 65,9%; Infermieri: 17,6%; Educatori: 6,9%; Medici: 5,9%; Fisioterapisti: 3,8%. Per quanto riguarda le scelte di esternalizzazione, nel corso degli ultimi anni la Fondazione ha dato in gestione la pulizia dei locali, parte del servizio guardaroba e due reparti socio-sanitari (dei sette che compongono l'intera struttura). Tali

scelte sono state fatte cercando di mantenere all'interno dell'azienda la gestione di alcune componenti, come è stato fatto per la mensa, considerata strategica ai fini della qualità del servizio residenziale. Gli utenti hanno un'età media pari a 85 anni e nella maggior parte dei casi provengono dalla città di Mantova (69,3% degli ospiti) o dai Comuni limitrofi, alcuni dei quali non dispongono di una propria struttura residenziale; solo di rado pervengono alla Fondazione richieste d'accoglienza da fuori Provincia. Data l'attuale espansione della domanda (dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione) il tasso di occupazione dei posti letto è stato per l'anno 2007 del 99,5%, con liste d'attesa che hanno superato anche i cento nominativi. Sempre nel corso del 2007 sono state registrate 73.440 giornate di servizio. Il valore medio del contributo giornaliero ricevuto dal Fondo Sanitario Regionale è stato di 41,21 euro, mentre il valore medio della retta pagata dagli ospiti è stata di 45,57 euro (da un minimo di 44,33 euro a un massimo di 51,10 euro).

Dal punto di vista economico, il servizio RSA e Nucleo Alzheimer chiudono l'esercizio registrando una perdita pari a 187.000 euro, data dalla differenza tra i ricavi di 6.556.000 euro e i costi di 6.743.000 euro. Analizzando la composizione dei costi la voce principale è costituita dal personale (59%), seguita dai costi generali (25%), mentre si attestano attorno al 16% i costi alberghieri. Per quanto riguarda invece il peso che il servizio RSA esercita sul complessivo equilibrio aziendale, i dati di bilancio mostrano la centralità dello stesso, sia per quanto riguarda la struttura dei ricavi (69% dei ricavi totali), sia per quanto riguarda i costi (68% dei costi aziendali). Complessivamente, la Fondazione Mazzali ha chiuso l'esercizio 2007 registrando una perdita di circa 67.640 euro. Anche in questo caso, come per il caso precedente, si è riusciti a contenere la perdita di fine esercizio grazie ai risultati economici raggiunti con l'erogazione di alcuni servizi non residenziali.

#### *4.2.3. Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità*

Secondo l'analisi che la dirigenza della Fondazione dà del proprio contesto di riferimento (istituzionale e competitivo) gli elementi caratterizzanti il settore delle residenze assistenziali per gli anziani possono essere così riassunti:

- Un fattore di cambiamento è stato sicuramente l'adozione delle classi SOSIA in sostituzione del tradizionale finanziamento forfettario. Per il Direttore del Mazzali questa novità ha obbligato la struttura a ripensare il modo di programmare/organizzare le proprie attività, con una maggiore attenzione alle dimensioni economica del proprio lavoro. Per quanto riguarda, invece, i contenuti dei servizi offerti, l'introduzione dei SOSIA non ha di fatto determinato alcun tipo di cambiamento nel modello assistenziale proposto, poiché la RSA si era già posizionata su una forte componente



sanitaria e aveva strutturato i propri “processi produttivi” in modo tale da poter accogliere gli utenti più problematici.

- Il contesto competitivo è cambiato in maniera radicale, in quanto ha visto l’ingresso degli investitori privati, che operano secondo la logica del project financing e si avvalgono della collaborazione di cooperative: il privato apporta il capitale e la struttura, mentre la cooperativa gestisce le attività. L’apporto di capitale privato ha permesso la costruzione di nuove strutture, caratterizzate da standard alberghieri molto competitivi. Questo maggiore appeal delle strutture, unito a minori costi di produzione (legati ai contratti delle cooperative e alle agevolazioni fiscali riconosciute a questi soggetti), permettono di avere un elevato vantaggio competitivo rispetto alle strutture tradizionali. Attualmente la domanda di posti è superiore all’offerta e quindi questa concorrenza non è ancora percepita dalle ex-IPAB, ma nel futuro questi nuovi produttori potrebbero rappresentare una sfida per le RSA più storiche.
- Infine, dal punto di vista della domanda un altro cambiamento fortemente percepito nella gestione del servizio residenziale è stato il fenomeno del “badantato”, che ha modificato la natura delle domande d’ingresso pervenute alle RSA. Infatti, solo qualche anno fa la Fondazione riceveva domande da parte di anziani non particolarmente gravi, ma che per svariate ragioni non potevano contare sull’assistenza dei propri familiari, assistenza che invece oggi è fornita dalle badanti.

A fronte di questo nuovo scenario e del maggior dinamismo ambientale, la Fondazione mantovana ha deciso di puntare su una più spinta differenziazione dei propri servizi, superando le logiche del semplice centro di accoglienza (ritenute obsolete rispetto ai bisogni e alle attese espressi dal territorio) e perseguendo il modello del “centro di cura”, con una forte caratterizzazione scientifica, innovativa e sanitaria. Il consultorio geriatrico, i servizi di riabilitazione, il Nucleo Alzheimer sono tutti servizi nati negli anni’90, grazie alle competenze dei medici geriatri che lavoravano nella struttura e all’esperienza maturata durante lo svolgimento di un progetto di valutazione geriatrica, che vedeva anche l’iniziale partecipazione dell’ASL.

La scelta di privilegiare e investire in modo convinto sui servizi di riabilitazione ha innescato un processo d’innovazione gestionale/organizzativa che ha coinvolto tutta l’azienda, in quanto tali servizi prevedono l’adozione di standard diversi rispetto a quelli tradizionali della RSA; si sono sviluppate delle relazioni più strette tra gli operatori; ci si è dovuti aprire al mondo scientifico, attraverso la collaborazione con l’Università di Verona; è stato necessario imparare a rapportarsi con una clientela diversa, con utenti più giovani e quindi più attenti ed esigenti; si sono dovuti fare degli investimenti di aggiornamento e riqualificazione del personale, diffondendo una cultura lavorativa più dinamica. Tutto questo ha

contribuito a incrementare il livello di soddisfazione dei dipendenti, che ora non si occupano solo dell'accoglienza degli anziani.

Oltre a una politica di differenziazione dei servizi, la RSA mantovana ha deciso di adottare un particolare approccio riguardo la gestione dei posti letto di sollievo. Infatti, quest'ultimi non sono individuati a priori, ma godono di una priorità nella costruzione delle liste d'attesa, in base agli andamenti della domanda. Tale scelta è giustificata sia dal punto di vista economico, in quanto la loro remunerazione è maggiore, sia dal punto di vista sociale, poiché in questo modo si consente alla famiglia dell'anziano di mantenere il proprio parente a casa per un periodo più lungo.

Già nel momento in cui il Mazzali era soggetto pubblico, la direzione aveva deciso di adottare un sistema per migliorare il controllo della gestione, investendo risorse nell'acquisto di programmi e consulenze. Tale processo è poi proseguito con la depubblicizzazione dell'ente, in particolar modo con il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale. Il controllo di gestione è stato strutturato in base ai servizi offerti e ciascun reparto della struttura residenziale rappresenta un centro di costo. Tuttavia, a fronte di questa puntuale articolazione non si è ancora attuata una formale responsabilizzazione economica delle UO, in quanto sono del tutto assenti meccanismi quali il budgeting o il reporting. In altri termini, la Fondazione è in una fase di "avvicinamento" allo strumento, che ha già portato alla sperimentazione del sistema di contabilità analitica e che - nelle intenzioni dichiarate dalla direzione - nei prossimi anni dovrà portare a una messa a regime del sistema, nonostante alcune rigidità culturali già manifestatesi nella componente sanitaria del personale, un poco restia rispetto a una responsabilizzazione economico-gestionale del proprio lavoro.

Sul fronte della gestione del personale il processo di depubblicizzazione ha permesso di abbandonare la pratica del concorso pubblico, adottando un sistema di reclutamento e selezione più in linea con le esigenze della struttura. Inoltre, al fine di valorizzare ancor di più le risorse umane, è stato introdotto un sistema premiante che permette di regolare in modo trasparente e condiviso la progressione orizzontale. Alla base di questo sistema sono stati individuati quattro parametri di valutazione:

- il 50% del punteggio è attribuito dal responsabile del reparto, in base a quindici item precedentemente contrattati con i sindacati (capacità tecnica, disponibilità, puntualità, etc.);
- il 20% del punteggio è attribuito in base al percorso di formazione realizzato durante l'anno;
- il 20% del punteggio è assegnato in base all'effettiva presenza in servizio;
- solo il 10% del punteggio è attribuito in base all'anzianità di servizio.

### 4.3. Villa Serena SPA<sup>5</sup>

#### 4.3.1. Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta

Villa Serena SPA è una società per azioni partecipata al 98% dal Comune di Galbiate e per la restante quota da altri venti Comuni della Provincia di Lecco. Villa Serena SPA nasce nel 2001 a seguito dei cambiamenti che hanno interessato nel tempo la vecchia struttura residenziale (ex-ONPI – Opera Nazionale per i Pensionati d'Italia) che operava nel territorio comunale dal 1979. Infatti, di fronte alle difficoltà di reperire figure professionali socio-sanitarie e sanitarie nel territorio di riferimento e ai vincoli normativi che bloccavano le assunzioni, a partire dagli anni '90 il Comune ha sempre più fatto ricorso all'esternalizzazione dei servizi. Se dapprima sono stati appaltati i servizi ausiliari e strumentali (come per esempio il servizio di pulizia dei locali), nel corso del tempo questo tipo di scelta si è estesa anche alle attività *core*, ossia a quelle attività strettamente legate alla presa in carico e all'assistenza degli utenti ospiti della struttura residenziale. Ed è nell'ambito di queste scelte e con l'obiettivo di garantire una più efficiente ed efficace gestione del servizio che nel 2001 il Comune di Galbiate decise di trasformare la RSA in una società di capitali, trasferendo al nuovo soggetto economico il proprio personale dipendente<sup>6</sup> precedentemente collocato nell'area "Casa di riposo e servizi alla persona" della propria pianta organica.

Villa Serena SPA ha continuato a gestire tramite appalti i propri servizi alberghieri e socio-sanitari, anche se nel corso del tempo l'interlocutore di riferimento è divenuto un'unica cooperativa (la Cooperativa KCS), con la quale sono state sviluppate forme di collaborazione sempre più strutturate, fino a giungere nel corso del 2006 alla sottoscrizione di un contratto di associazione in partecipazione (art 2549-2554 cc), che ha visto anche il coinvolgimento della Fondazione Borsieri di Lecco quale terzo soggetto dell'accordo. Nell'ambito di questo contratto la Cooperativa KCS è il soggetto associante a cui è stato affidato il compito di gestire i servizi ricompresi nell'associazione di partecipazione e potenziare i servizi socio-sanitari nel territorio lecchese, oltre che finanziare la ristrutturazione delle strutture fisiche di Villa Serena, intervento necessario per mantenere l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento.

Villa Serena SPA e la Fondazione Borsieri<sup>7</sup> sono invece i soggetti associati. In un contesto regionale caratterizzato dal blocco dei posti letto accreditati, Villa Serena ha apportato all'associazione i propri posti letto accreditati, trasferi-

<sup>5</sup> Si ringrazia la Dott.ssa Alma Zucchi Direttrice di Villa Serena SPA e dell'Associazione di Partecipazione per la preziosa collaborazione.

<sup>6</sup> I dipendenti hanno mantenuto il contratto pubblico.

<sup>7</sup> Si tratta di una Fondazione attiva sul Comune di Lecco impegnata nella erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

ti in parte alla nuova struttura conferita dalla Fondazione Borsieri. Inoltre, a Villa Serena è rimasta la funzione di indirizzo e controllo dei servizi e - in virtù delle sue pregresse competenze - sono state attribuite funzioni relative alla gestione amministrativa degli ospiti e alla definizione del piano degli investimenti strutturali.

L'associazione di partecipazione nel corso del 2007 ha erogato i seguenti servizi: assistenza residenziale (66.158 giornate), assistenza educativa (4.275 ore), assistenza domiciliare (2.056 ore) e pasti per la ristorazione residenziale, scolastica e domiciliare (184.175 pasti).

Tabella 4.3. Articolazione dei servizi erogati dall'associazione di partecipazione

	Anziani	Minori
Servizi Territoriali	SAD Pasti a domicilio	Assistenza educativa
Servizi Semi-residenziali		
Servizi Residenziali	RSA	

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Residenza Sanitaria Assistita (RSA)

#### 4.3.2. Alcuni dati di attività del servizio RSA

Villa Serena SPA è dotata di 182 posti letto tutti accreditati. Nel corso del 2007<sup>8</sup> il tasso di occupazione è stato pari al 99,6%. L'85% dei posti letto (154) è stato occupato da ospiti vitalizi, l'11% (20) da ospiti con Alzheimer e il 4% (8) da utenti temporanei, ovvero destinati ad una breve permanenza in struttura. Per quanto riguarda invece la composizione dei ricavi, il valore medio giornaliero del contributo regionale è stato di 41,33 euro, mentre il valore medio della retta pagata dagli ospiti è stato di 51,36 euro (per gli utenti Alzheimer retta massima di 56 euro e minima di 52 euro, mentre per gli utenti non autosufficienti retta massima di 53 euro e minima di 49 euro). Gli utenti si concentrano nella classe 1 e 3 del sistema SOSIA.

Il modello assistenziale garantito ha previsto l'erogazione di 1.049 minuti di assistenza settimanali, di cui 52 minuti di assistenza medica (4,9%), 140 minuti di assistenza infermieristica (13,3%), 783 minuti di assistenza degli A-SA/OSS (74,7%), 47 minuti di assistenza fisioterapica (4,5%) e 27 minuti di attività d'animazione (2,6%).

Dal punto di vista economico, il servizio RSA ha chiuso l'esercizio 2007 con un utile di 6.413,73 euro, dato dalla differenza tra ricavi pari a 5.903.094,89

<sup>8</sup> I dati del servizio residenziali fanno riferimento alla sola struttura di Galbiate, in quanto la Fondazione Borsieri ha iniziato a operare solo nel corso del 2008.

euro e costi pari a 5.896.681,17 euro. La voce principale di costo è costituita dal personale (69%), seguita dai costi per servizi generali (18%) e dai costi per materiale alberghiero (circa il 7%).

#### 4.3.3. Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità

Negli ultimi anni Villa Serena ha dovuto cercare delle soluzioni alle seguenti questioni: il reclutamento del personale e la successiva esternalizzazione dei servizi sia *core* sia accessori; il rinnovamento della struttura in linea con quanto previsto dal piano investimenti regionale e il ripensamento del proprio portafoglio prodotti al fine, da una parte, di meglio rispondere alle necessità del territorio e, dall'altra, di ricercare sinergie. La risposta è stata la sottoscrizione del contratto di associazione con la Cooperativa KCS e la Fondazione Borsieri che ha consentito di:

- Ridefinire le relazioni con il fornitore di servizi, al fine di risolvere le debolezze generate dall'appalto delle attività a personale esterno quali: la riduzione dell'identità aziendale, l'elevato turn-over, la difficoltà di governare e presidiare la progettazione dei servizi, la realizzazione e il controllo dei processi d'erogazione delle prestazioni. L'eliminazione del contratto di appalto tra Villa Serena e la Cooperativa ha consentito di far fronte alle criticità anzidette. Infatti, il trasferimento del personale da Villa Serena alla KCS ha abbattuto il rapporto "committente-gestore" e ha attribuito al direttore di Villa Serena maggiori leve gestionali nei confronti di tutto il personale, consentendo di velocizzare e ricondurre a unitarietà i processi decisionali: "É come se appartenessimo tutti alla stessa azienda", ha evidenziato il Direttore della RSA. Tuttavia, nonostante questo processo d'integrazione organizzativa, permangono ancora delle aree problematiche legate essenzialmente alle carenze nella formazione di alcuni operatori e all'elevata presenza di dipendenti stranieri, portatori di un differente bagaglio culturale che può creare dei problemi relazionali con i colleghi, con gli utenti e/o i loro familiari. Per far fronte a queste situazioni, Villa Serena SPA sta cercando di sviluppare la leadership dei ruoli organizzativi chiamati a gestire gli assistenti sanitari di base (ASA) in modo da creare un miglior clima organizzativo, sostenere le competenze relazionali e limitare gli episodi quali l'assenteismo o l'elevato turn-over.
- Riarticolare il proprio portafoglio prodotti, con l'obiettivo di rafforzare la propria posizione sul mercato come erogatore "integrato" di servizi sociali e socio-sanitari, costituendo così una "barriera" all'entrata di nuovi competitor in un territorio caratterizzato da liste di attesa in esaurimento. Infatti, il capitale apportato da KCS ha reso possibile il rinnovamento strutturale di Villa Serena (funzionale a mantenere

l'accreditamento regionale) e nel contempo ampliare il sistema d'offerta dei servizi sul territorio, mettendo a disposizione nuove risorse umane per l'erogazione dei servizi domiciliari (integrati e non). Inoltre, la partecipazione della Fondazione Borsieri all'associazione ha consentito di sviluppare il mercato attraverso l'offerta di nuovi servizi (Centro diurno e mini-alloggi) e la loro diversificazione. Infatti, la struttura di Lecco si pone come erogatore di assistenza per una fascia più facoltosa, esigente e con un potenziale di spesa maggiore. In prospettiva, si intende destinare i posti letto nella struttura di Galbiate agli utenti con minori disponibilità economiche, mantenendo una retta più bassa rispetto alla struttura di Lecco. La differenza tra le diverse rette sarebbe principalmente giustificata dalla differente qualità dei servizi alberghieri offerti.

- Ricercare sinergie economiche che rappresentano una condizione fondamentale per mantenere le rette calmierate. Ad esempio, gli acquisti relativi ad alcuni prodotti sono stati centralizzati a livello di KCS, in modo da poter sfruttare il maggiore potere di acquisto della Cooperativa nei confronti dei fornitori.
- Estendere l'applicazione di strumenti di gestione utilizzati da KCS a Villa Serena. La RSA ha adottato il sistema contabile di KCS, diventando nei fatti un centro di costo del bilancio della cooperativa. Annualmente viene negoziato tra il direttore di Villa Serena e KCS il budget annuale dei costi e dei ricavi, alla luce degli standard che si intendono adottare nell'erogazione dei servizi. Non esiste, tuttavia, un sistema formalizzato di programmazione e controllo all'interno della struttura. Gli incentivi per le risorse umane - per esempio - sono distribuiti in base ai risultati raggiunti a fine anno (ad esempio tasso di occupazione dei posti letto), senza però una negoziazione ex-ante degli obiettivi con il personale. Inoltre, KCS ha adottato e condiviso con Villa Serena dei protocolli operativi volti a migliorare la qualità dell'assistenza erogata. Essi riguardano l'igiene dell'ospite, la somministrazione degli alimenti e delle bevande, la prevenzione delle cadute, la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito, il trattamento dell'incontinenza e l'utilizzo dei mezzi di contenzione.

#### **4.4. La RSA “Baita Serena” e la Cooperativa Sociale “Ardesia”<sup>9</sup>**

##### *4.4.1. Storia, assetto istituzionale e sistema d’offerta*

La RSA “Baita Serena” di S. Niccolò Valfurva (provincia di Sondrio), è gestita dalla cooperativa sociale Ardesia dal gennaio del 1998. Il presente caso fa riferimento ai dieci anni di gestione da parte della cooperativa sociale, collocando la gestione della RSA all’interno dell’attività complessivamente svolta dalla cooperativa. La Cooperativa Sociale Ardesia si è costituita nel 1989 e ha svolto le sue prime attività nell’ambito dell’assistenza domiciliare agli anziani nel territorio dell’Alta Valtellina, nei distretti di Tirano e di Bormio. Dalla seconda metà degli anni ’90 e in modo sempre più crescente, la cooperativa ha ampliato il proprio sistema di offerta, occupandosi di:

- servizi socio-assistenziale presso alcune case di riposo del territorio;
- gestione di una comunità alloggio per l’accoglienza temporanea di anziani parzialmente autosufficienti;
- servizi di trasporto per portatori di handicap;
- servizi educativo-assistenziali per utenti disabili;
- servizi d’assistenza domiciliare ai minori.

Oltre alla RSA “Baita Serena”, i servizi attualmente offerti dalla Cooperativa Ardesia sono:

- la gestione di due scuole materne;
- l’erogazione di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari agli anziani (assistenza domiciliare; assistenza domiciliare integrata);
- l’erogazione di servizi sanitari (un punto prelievi; servizio domiciliare cure palliative; servizi infermieristici presso ambulatori medici).

La gestione della RSA “Baita Serena” si colloca nella traccia evolutiva descritta e prende avvio nel 1998 con la stipula di un accordo tra la cooperativa sociale e la parrocchia di S. Niccolò Valfurva, proprietaria della struttura. Il personale complessivamente impiegato dalla cooperativa Ardesia è pari a 83 dipendenti, mentre i soci sono 24 (dei quali solo una parte lavora presso la cooperativa).

---

<sup>9</sup> Si ringrazia per la collaborazione Alessandra Marella, Direttore della Cooperativa “Ardesia” e Claudio Tagliapietra, Direttore della RSA “Baita Serena”.

Tabella 4.4. Articolazione dei servizi offerti dalla Cooperativa Sociale Ardesia

	Anziani	Minori	Domanda Indifferenziata
Servizi Territoriali	SAD ADI Cure palliative domiciliari Punti prelievi Massaggi Cura del piede		Punto prelievi Cure palliative domiciliari Servizi infermieristici presso ambulatori
Servizi Semi-residenziali		Scuole materne	
Servizi Residenziali	RSA		

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Residenza Sanitaria Assistita (RSA)

#### 4.4.2. Alcuni dati di attività del servizio RSA

L’RSA “Baita Serena” dispone di 33 posti letto accreditati, 7 autorizzati, 3 di sollievo autorizzati e 7 alberghieri.

La degenza media degli ospiti che fruiscono dei posti letto accreditati, dal 1998 a oggi è stata di 51 mesi, mentre quella degli ospiti “privati” è stata di 73 giorni; il turnover degli ospiti nel corso del 2007 è stato pari al 4%. Il tasso di occupazione dei posti letto è del 100%, mentre quella dei posti letto alberghieri è di poco inferiore. La struttura residenziale offre ai propri ospiti la scelta tra due pacchetti d’offerta: il servizio residenziale di base e il servizio “residenziale plus”.

Gli ospiti della RSA appartengono in prevalenza alle classi SOSIA 7 e 8, ossia a quelle classi caratterizzate da minore carico assistenziale, a cui corrispondono contributi regionali più bassi. Per quanto riguarda il profilo degli ospiti, il 54% presenta dei problemi d’incontinenza e il 3% sono cateterizzati; il 26% ricorre all’utilizzo della carrozzina; il 16% è in terapia con uso di psicofarmaci. Date le caratteristiche dei propri utenti, collocati sulla parte meno “compromessa” della scala SOSIA, la cooperativa offre anche alcune prestazioni supplementari quali cicli di cure termali presso le Terme di Bormio e soggiorni marini.

Nel corso dell’ultimo anno, le ore di attività complessivamente svolte sono state 44.296, così articolate tra le differenti figure professionali: ASA (30%), OSS (19%), Infermieri (16%), Educatori (4%), Assistenza Medica (1%), Fisioterapisti (3%), Amministrativi (7%), personale generico<sup>10</sup> (21%).

Il contributo medio giornaliero riconosciuto dalla Regione è stato pari a euro 37,14, mentre la retta media giornaliera versata dagli ospiti è stata di 34,70 euro. Le rette del servizio residenziale variano dagli 826 ai 1.126 euro mensili

<sup>10</sup> Fa riferimento al personale che svolge attività di pulizie, cucina, lavanderia.



(in relazione al livello di bisogno assistenziale), con un supplemento di euro 200 per la fruizione del servizio in camera singola. Le rette più elevate sono quelle del servizio “residenziale plus” in camera singola, che sono pari a 50 euro giornalieri. Il fatturato della Cooperativa Ardesia per l’anno 2007 è stato di euro 2.178.212,86, con un utile di euro 153.341,40. Negli anni precedenti l’utile della cooperativa è stato di euro 41.221,20 (consuntivo 2006) e di euro 7.526,26 (consuntivo 2005). I ricavi della RSA sono invece pari a euro 1.130.785, con un risultato lordo di euro 174.050 e netto<sup>11</sup> di euro 87.609. La composizione dei costi vede nel personale la componente principale (58%), seguita da “altri costi”<sup>12</sup> (26%) e dai costi per l’acquisto di beni (10%).

#### *4.4.3. Il processo di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità*

Il percorso di sviluppo della Cooperativa Ardesia e della RSA sono strettamente intrecciati. Dopo un periodo iniziale in cui la Cooperativa ha svolto attività diverse, con differenti tipologie di utenza, si è avviato, verso la fine degli anni '90, un percorso di maggiore focalizzazione sui servizi per gli anziani. Da quel punto in poi la Cooperativa ha assunto come logica prevalente di diversificazione dell’offerta quella dell’estensione dei servizi per gli anziani, passando dall’iniziale caratterizzazione esclusivamente sociale (SAD), a una caratterizzazione socio sanitaria fino ad alcune attività di tipo sanitario. Lo sviluppo intrecciato della cooperativa e della RSA viene descritto in relazione a due ambiti:

- la dinamica di relazione con il contesto e il mercato di riferimento;
- il progressivo dispiegamento di strumenti e metodologie di gestione.

Rispetto al rapporto con il proprio mercato di riferimento, la RSA “Baita Serena” nasce come casa di accoglienza di una parrocchia, in una collocazione geografica specifica (la vallata tra Bormio e S. Caterina Valfurva, un contesto poco popolato e distante dai principali centri abitati del proprio territorio) e giunge progressivamente ad accogliere persone con bisogni diversi provenienti da tutta la provincia di Sondrio. Quando la Cooperativa “Ardesia” assume la gestione della struttura, il focus professionale della Cooperativa, nata come cooperativa di A-SA, è quello dell’assistenza domiciliare agli anziani e dell’erogazione di prestazioni sociali all’interno di strutture residenziali socio sanitarie.

La Cooperativa da subito ritiene opportuno orientarsi verso quella tipologia di utenti considerata più coerente sia con la storia della RSA sia con le competenze della cooperativa: i soggetti che, pur avendo necessità di una struttura residenziale, manifestano fabbisogni di riabilitazione più accentuati e minori caratteri di fragilità sanitaria. Tale scelta di focalizzazione comporta anche un con-

---

<sup>11</sup> Al netto dei costi generali della cooperativa

<sup>12</sup> Tale voce comprende anche l’acquisizione di alcune prestazioni professionali: medico, fisioterapista, direzione.

tenimento dei potenziali ricavi, dato il sistema SOSIA adottato dalla Regione Lombardia per la remunerazione delle prestazioni offerte dalle RSA.

A partire dalle competenze sviluppate nella RSA, oggi la Cooperativa sta ampliando la propria offerta di servizi: massaggi, cura del piede, sviluppo dell'animazione e di attività ricreative (piscina, gite, soggiorni al mare). Sono inoltre in corso analisi per la costruzione di un percorso ad hoc per pazienti psichiatrici.

Oltre alla definizione del proprio ambito di utenza, tre elementi caratterizzano il posizionamento nei confronti del contesto esterno:

- le relazioni con l'ASL, che svolge attività di vigilanza: il direttore della cooperativa e della RSA intervistati evidenziano una progressiva evoluzione della relazione con l'azienda sanitaria. La vigilanza viene interpretata come momento di confronto e di scambio rispetto al servizio offerto;
- le alleanze con altri attori del territorio: la cooperativa ha attuato forme di collaborazione con l'hospice dell'azienda ospedaliera Morelli di Sondalo, e con l'associazione Siro Mauro, dedicata alle cure palliative (per le quali la cooperativa ha ottenuto l'accreditamento nell'anno 2006);
- le relazioni di fornitura: la RSA è orientata alla costruzione di relazioni di fornitura stabili per tipologie di prodotti o servizi; in particolare, la definizione di un contratto con un fornitore di farmaci esterno al territorio ha consentito significativi risparmi, ed è stata successivamente adottata da altre strutture del territorio.

La criticità delle dinamiche organizzative emerge quando il tradizionale processo decisionale "*alla macchinetta del caffè*"<sup>13</sup> non è più compatibile con la crescita dimensionale dell'organizzazione.

A partire dal 2000 la RSA avvia un processo di certificazione ISO. Il processo di certificazione necessariamente coinvolge la cooperativa nel suo insieme. Tale processo si rivela, sia per la cooperativa, sia per la struttura, un'opportunità per rileggere i propri servizi. La certificazione è la leva che porta alla definizione dell'organigramma interno alla cooperativa, alla relativa formalizzazione (ed esplicitazione) dei ruoli, all'introduzione di strumenti di budget e di reportistica interna (in precedenza la cooperativa non aveva un sistema di budgetizzazione e reportistica strutturato per ogni ambito di attività), alla definizione e valutazione degli obiettivi di sviluppo del personale.

Nell'ambito della gestione del personale, la RSA avvia la sperimentazione di sistemi di valutazione e di sistemi premianti, e oggi ha l'obiettivo di giungere a concordare un progetto di sviluppo professionale con ogni collaboratore. Anche l'apertura di nuovi servizi viene valutata sia in termini di mercato che di im-

---

<sup>13</sup> Così viene descritto nell'intervista da parte del direttore della cooperativa, che vi lavora dai primi anni '90.

patto sul personale: alcuni servizi sono stati introdotti proprio a partire da competenze, motivazioni o manifestazioni di interesse emerse nella struttura, e sono considerati uno strumento di motivazione e di sviluppo del personale<sup>14</sup>. Nell'ambito del personale la cooperativa investe nella formazione dei dipendenti, finanziando la partecipazione a corsi di qualificazione professionale; la partecipazione a tali corsi, sempre finanziata dalla cooperativa, viene utilizzata anche per la selezione.

Anche l'assetto della compagine sociale ha implicazioni significative sulla gestione del personale. Solo una piccola minoranza dei dipendenti della cooperativa fa parte della compagine sociale: tale assetto non permette di estendere al personale quelle forme contrattuali riservate dalla normativa ai dipendenti soci, in relazione al trattamento economico e previdenziale<sup>15</sup>. Il turnover dei dipendenti è molto basso, e il reperimento di professionalità infermieristiche, che costituisce uno dei problemi più sentiti nella gestione del personale delle RSA, non ha rappresentato, se non nei primissimi periodi, una criticità.

La RSA "Baita Serena" si colloca, nell'offerta complessiva della cooperativa Ardesia, non solo come l'ambito di intervento che genera circa il 50% del fatturato e del margine, ma anche come il luogo di sviluppo delle competenze professionali e di sperimentazione delle metodologie di gestione dei servizi attorno a cui la cooperativa sta organizzando il proprio posizionamento strategico.

#### **4.5. La Residenza Sant'Andrea del Gruppo Segesta<sup>16</sup>**

##### *4.5.1. Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta*

La Residenza Sant'Andrea opera nel territorio di Monza dal 1995 e fa parte del Gruppo Segesta, holding specializzata nell'offerta di servizi sanitari e socio-assistenziali. Il Gruppo è stato fondato nel 1994 proprio con l'apertura della RSA Sant'Andrea e nel corso degli anni ha mostrato un forte dinamismo e una spiccata imprenditorialità acquisendo RSA su tutto il territorio nazionale. Al momento appartengono al Gruppo Segesta 20 strutture residenziali (per un totale di 2.817 posti letto), di cui 10 in Lombardia. L'assistenza residenziale rappresenta quindi

---

<sup>14</sup> I servizi di massaggio e di cura del piede sono stati proposti al mercato esterno a partire da manifestazioni di interesse di collaboratori interni alla RSA.

<sup>15</sup> Si tratta di forme di "autoriduzione" delle condizioni di trattamento che la normativa concede ai soci delle cooperative e che hanno talvolta dato adito a dubbi sulle reali condizioni di trattamento del personale, soprattutto quando applicate da cooperative in cui non fosse possibile esercitare l'attività professionale se non nella condizione di socio.

<sup>16</sup> Si ringrazia la Dott.ssa Mariuccia Rossini (Presidente del Gruppo Segesta), la Dott.ssa Giliola Avisani (Direttore Generale del Gruppo Segesta) e la Dott.ssa Marta Plebani (Direttore Gestionale della Residenza Sant'Andrea) per la preziosa collaborazione.

una delle principali aree d'intervento di Segesta. Ad essa si affiancano servizi di assistenza sanitaria - erogati attraverso Case di Cura poli specialistiche con servizi di day hospital e chirurgia ambulatoriale<sup>17</sup> - e servizi domiciliari, affidati alla società del Gruppo "MOSAICO Home care". Nel 2004 la maggioranza di Segesta è stata acquisita dal fondo BS Private Equity che ha detenuto le quote fino al 2007, anno in cui è subentrato il gruppo francese Korian<sup>18</sup>, che ha acquisito il 92% di Segesta. Il modello istituzionale adottato dal Gruppo Segesta prevede al vertice della struttura la Segesta SPA con funzioni di controllo nei confronti delle società (nella forma giuridica di società a responsabilità limitata) chiamate a gestire le diverse strutture e le attività socio-sanitarie. Le società controllate utilizzano cooperative affiliate per la gestione integrale del posto letto, tramite contratti di out-sourcing. Inoltre, per gestire al meglio la complessità organizzativa e garantire una maggiore coerenza all'interno del gruppo, è stata istituita Segesta 2000, ovvero una società che offre servizi di supporto manageriale alle altre realtà del gruppo (servizi contabili, servizi di marketing, gestione centralizzata degli acquisti, global-service degli immobili).

Nel 2004 è stata costituita la Società Andrea S.r.l. (ora Segesta Gestioni Srl) che è diventato ente gestore della residenza, la quale ha appaltato in out-sourcing la gestione dei posti letto alla Cooperativa Sociale Sant'Andrea. In particolare, fanno capo a Segesta Gestioni Srl la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria della struttura, l'U.O. responsabile della qualità dei servizi e l'Accoglienza (Ufficio Clienti e Front Office). Resta in capo alla Cooperativa Sant'Andrea il coordinamento delle diverse figure professionali (IP; ASA; FKT; animatori ed educatori) e la gestione dei rapporti con società terze per i servizi di ristorazione e lavanderia.

La Residenza Sant'Andrea offre essenzialmente servizi di assistenza residenziale a cui si affianca il Club Alberico C. che svolge attività dedicate alle famiglie, quali corsi per gestanti, corsi di acquaticità per neonati, corsi di antalgica, corsi di ginnastica e karate [Tabella 4.5].

---

<sup>17</sup> Attualmente il Gruppo dispone di 5 Case di Cura: 3 in Toscana e 2 in Sardegna.

<sup>18</sup> Korian è un gruppo francese quotato alla borsa di Parigi leader nella gestione di residenze per gli anziani, cliniche di riabilitazione, cure intermedie e cliniche psichiatriche. In Francia, Germania ed Italia possiede 220 strutture, di cui 165 RSA, 44 cliniche riabilitative e cure intermedie e 11 cliniche psichiatriche.

Tabella 4.5. Articolazione dei servizi offerti dalla Residenza Sant'Andrea

	Anziani	Famiglia
Servizi Territoriali		
Servizi Semi-residenziali		
Servizi Residenziali	RSA	
Altri servizi		Club Alberico C.

#### 4.5.2. Alcuni dati di attività del servizio RSA

La Residenza Sant'Andrea possiede 150 posti letto, tutti accreditati dalla Regione Lombardia. La retta applicata nel corso del 2007 è stata di 76 euro, mentre la tariffa mediamente riconosciuta dalla Regione è stata di 40,4 euro.

Gli ospiti della struttura presentano un livello medio-alto di fragilità; infatti, il 43% degli utenti è classificato nella categoria SOSIA 1 e il 41% nella categoria SOSIA 3.

Nel corso del 2007, la residenza ha presentato un tasso d'occupazione dei posti letto pari al 99,6%. Si registra un basso numero di dimissioni, di cui una parte per ricoveri verso strutture con rette più basse e una parte per rientro al domicilio a seguito di ricoveri temporanei. Questi ultimi - che rappresentano il 3% dei ricoveri totali - sono legati all'erogazione di interventi fisioterapici di media-lunga durata e alla gestione della fase di convalescenza post-ospedaliera. Nel periodo estivo si ricorre al ricovero temporaneo anche per sopperire all'assenza dei caregiver abituali.

Per quanto riguarda il modello assistenziale garantito, nel 2007 sono stati erogati 1.170 minuti settimanali d'assistenza, di cui 31 minuti di assistenza medica (3%), 147 minuti di assistenza infermieristica (13%), 918 minuti di assistenza da parte degli ASA (78%), 47 minuti di assistenza fisioterapica (4%) e 27 minuti di attività d'animazione (2%).

Dal punto di vista economico, il servizio RSA ha chiuso l'esercizio con un utile di circa 760.000 euro, dato dalla differenza tra ricavi pari a 6.547.761 euro e costi pari a 5.787.578 euro. Analizzando la composizione dei costi, la voce principale è costituita dal personale (45,48%), seguita dalla voce "immobili" che comprende costi generali quali affitto, manutenzioni e utenze (24,26%).

#### 4.5.3. Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità

La struttura Sant'Andrea adotta sia strumenti di management relativi alla gestione delle relazioni con l'ambiente esterno sia strumenti a supporto della gestione interna.

Per quanto riguarda gli strumenti di gestione interna emergono i seguenti aspetti:

- Adozione di un sistema di controllo di gestione. Il Direttore della RSA annualmente negozia il budget con la holding, definendo il tasso d'occupazione da raggiungere, la tariffa SOSIA media (calcolata in base ai dati storici della struttura), i costi per il personale e per il materiale di consumo, il livello di customer satisfaction che si deve conseguire. Con scadenza mensile vengono redatti a livello centrale i consuntivi delle singole strutture, che vengono restituiti via e-mail ai vari Direttori; sempre una volta al mese i Direttori ricevono i consuntivi sull'elaborazione dei SOSIA (utenti entrati e utenti usciti). Oltre ai consuntivi economici, ogni tre mesi i Direttori di struttura ricevono anche dei dati sulla qualità garantita nella propria RSA. Nel caso in cui si vengano a verificare delle difformità rispetto a quanto programmato, vengono organizzati degli incontri tra il Responsabile della RSA e la direzione del Gruppo. Tuttavia, allo stato attuale non esiste ancora un vero e proprio processo di budget finalizzato alla negoziazione degli obiettivi con i responsabili dei servizi all'interno della singola RSA. Il Direttore di Sant'Andrea sostiene comunque la necessità di muoversi verso questa direzione, in particolar modo nei confronti dei coordinatori dei servizi, anche se la pre-condizione a tale scelta è rappresentata dal conseguimento di un accordo con le rappresentanze sindacali.
- Implementazione di un sistema di gestione della qualità: alcune strutture appartenenti al Gruppo Segesta sono certificate secondo la norma ISO 9001:2008. Nel sistema gestione qualità è compresa un'attività di audit interna condotta da un team di verificatori della sede e dall'Assicuratore Qualità interno alla singola RSA. Tale attività coinvolge i diversi servizi tra i quali l'area alberghiera, infermieristica, assistenziale, medica e l'accoglienza.
- Gestione centralizzata degli acquisti: gli acquisti sono gestiti a livello di Gruppo relativamente alla fase di scelta dei fornitori e di contrattazione, mentre l'approvvigionamento vero e proprio e la gestione del magazzino sono di competenza della singola RSA. La struttura Sant'Andrea condivide con una residenza localizzata nel Comune di Villasanta, e sempre appartenente al Gruppo Segesta, la gestione del magazzino e l'ufficio acquisti. In questo modo si riescono a gestire al meglio i rapporti con i fornitori, sfruttando delle economie di scala.
- Organizzazione di corsi per la formazione continua del personale: le esigenze formative sono individuate dal Direttore della RSA, il quale le comunica alla capogruppo che si interessa dell'organizzazione dell'attività formativa, con l'obiettivo di proporre percorsi didattici congiunti per le diverse strutture del Gruppo, coerentemente con il loro specifico fabbisogno.

gno formativo. In questi anni molte iniziative sono state realizzate per gli ASA e gli OSS, su tematiche quali la gestione della relazione con gli ospiti e i loro familiari, ma anche su temi più gestionali, quali il controllo dei costi e la riduzione degli sprechi. Nonostante questi sforzi, la formazione viene considerata ancora una tematica importante e sulla quale investire, anche perché il 50% degli attuali operatori è rappresentato da stranieri e si avverte quindi l'esigenza di garantire una certa uniformità nei comportamenti.

Le relazioni con l'ambiente esterno sono gestite in parte localmente dalla singola RSA, in parte centralmente dall'Ufficio Marketing costituito nell'ambito di Segesta2000. La residenza Sant'Andrea risulta molto radicata sul territorio di Monza e nel tempo ha conquistato una propria chiara posizione sul mercato della lungo degenza locale, connotandosi come struttura che offre un livello assistenziale medio-alto. Esistono dei meccanismi informali di promozione basati sul passaparola e sulle relazioni consolidate con gli ospedali (con i quali sono stipulate delle convenzioni), l'ASL (nell'organizzazione di convegni e/o attività di formazione) e i Comuni, soggetti che espletano un'importante funzione di orientamento della domanda. A livello di Gruppo l'attività di marketing è realizzata mediante due strumenti:

- il "Front Office Comunicazione", che consiste nella registrazione da parte dei receptionist di tutte le telefonate in entrata e nel successivo passaggio all'Ufficio Clienti che realizza dei recall (i dati sono elaborati ogni tre mesi);
- gli "Assistenti Sociali Comunicazione", che prevede uno stretto rapporto con un centinaio di assistenti sociali che orientano gli utenti nella scelta dei servizi più adatti alle loro esigenze.

#### **4.6. Analisi e comparazione dei casi**

I modelli di long-term care stanno attraversando una fase caratterizzata da:

- la ridefinizione e la riarticolazione dei sistemi di offerta, non più centrati sulle sole strutture residenziali, ma anche sul potenziamento dei servizi domiciliari (intensificazione dell'ADI) erogati da soggetti pubblici e privati;
- il riposizionamento dei servizi residenziali, stretti tra il mondo della non autosufficienza a bassa intensità sanitaria e il mondo degli episodi di acuzie che si sviluppano all'interno di situazioni personali di non autosufficienza cronica. Per gli anziani rientranti nella prima fattispecie la tendenza è sempre più quella di preferire un intervento domiciliare con il supporto

sempre più ridotto delle famiglie<sup>19</sup>. Per gli anziani che invece rientrano nella seconda categoria, vi è la tendenza a trattarli come gli unici casi in cui ricorrere alla prestazione ospedaliera;

- il riposizionamento dei servizi residenziali, che si devono adeguare a fenomeni in crescita quali le demenze precoci, la più veloce diagnosi della patologia d'Alzheimer e - più in generale - la presenza di situazioni nelle quali né l'intervento domiciliare né l'intervento ospedaliero sono in grado di offrire una prestazione adeguata in assenza di servizi specializzati<sup>20</sup>.

Il processo sinteticamente descritto si svolge attraverso il ripensamento dei modelli regionali sia per quanto attiene le modalità di definizione delle forme e dei volumi di accreditamento sia per quanto riguarda l'introduzione di sistemi di remunerazione più complessi, il cui fine ultimo è quello di governare la crescita dei bisogni orientando i produttori verso utenti sempre più fragili dal punto di vista sanitario e verso logiche d'efficienza necessarie a garantire la sostenibilità economica dell'intero sistema.

L'analisi dei cinque casi di studio, tra loro diversi sotto più aspetti (assetto istituzionale; forma giuridica; obiettivi perseguiti; tipologia d'utenza; dimensioni e volumi d'offerta; tariffe applicate; etc.), ha una finalità esplorativa, diretta a raccogliere delle "tracce" in grado di guidare la formulazione di alcune ipotesi sulle traiettorie percorse dai soggetti produttori nell'ambito dei sistemi di long-term care. Nell'ambito di percorsi differenti, è comunque possibile individuare due principali tratti d'omogeneità: i) la diversificazione del proprio sistema d'offerta; ii) il regime di attività realizzato, espresso mediante il tasso di occupazione dei posti letto.

Pur muovendosi in direzioni diverse, le strutture analizzate operano in una pluralità di ambiti della rete assistenziale e affiancano la gestione dell'assistenza residenziale ad altri ambiti di attività, alcuni più orientati alla sfera socio-sanitaria, altri più alla sfera solamente sanitaria. La propensione a occupare spazi diversi all'interno della rete dei servizi appare come un tratto nuovo nei comportamenti dei produttori rispetto alla tendenziale specializzazione che li ha caratterizzati fino ad anni recenti. Tale scelta sembra essere determinato da due fattori:

- la ricerca di un equilibrio economico-finanziario che l'erogazione della sola assistenza residenziale non sempre garantisce;
- il tentativo di radicarsi nel territorio, posizionandosi come erogatori integrati di servizi. Per altro questo tipo di scelta consente alle RSA di "risali-

---

<sup>19</sup> Alcune Regioni, tra cui l'Emilia Romagna, hanno avviato progetti di supporto alle famiglie per la riprogettazione dell'ambiente domestico in funzione delle caratteristiche dei propri anziani.

<sup>20</sup> Anche gli utenti dei reparti di psichiatria, soprattutto nei casi degli utenti più anziani, sono entrati a far parte di questo insieme di situazioni problematiche a fronte delle quali una risposta dedicata non è attiva, e che ha visto le strutture di long-term care chiamate in causa, non sempre in termini appropriati.



re la filiera produttiva”, intercettando la domanda potenziale quando la stessa è ancora sul territorio, creando quindi un rapporto di fiducia e fidelizzazione con l’anziano e i suoi familiari.

Un altro importante elemento di omogeneità riguarda i dati relativi ai tassi di occupazione dei posti letto, superiori al 99% per tutte le strutture prese in esame. Il presidio dell’occupazione dei posti letto e la capacità di governare il turnover degli utenti sono ovviamente prioritari in organizzazioni caratterizzate da costi quasi esclusivamente fissi, tuttavia non sono leve sufficienti ai fini dell’economicità delle strutture: di fatto, i risultati economici manifestano valori significativamente diversi tra loro, alcune strutture conseguono risultati economici positivi, altre risultati negativi.

I segnali raccolti in relazione ai comportamenti delle strutture evidenziano due ambiti di trasformazione:

- il modello di relazioni con il proprio ambiente di riferimento;
- gli strumenti gestionali rivolti alle dinamiche interne.

#### 4.6.1. *Il modello di relazioni con l’ambiente*

Nelle relazioni con l’esterno non si fa ricorso a strumenti di gestione dedicati, a eccezione della carta dei servizi, strumento richiesto dalla Regione Lombardia e che risulta soggetto a un’ampia gamma di interpretazioni e utilizzi, che oscillano tra l’adempimento amministrativo e il vero e proprio strumento di gestione dei rapporti con il mercato. Al riguardo è opportuno evidenziare come nessuno dei soggetti intervistati abbia fatto riferimento all’impiego di strumenti strutturati di analisi della domanda (attuale e/o potenziale), e come manchi qualsiasi riferimento agli strumenti di promozione e di comunicazione. Parziale eccezione è costituita dal Gruppo Segesta, dotato di un ufficio marketing e di un sistema strutturato di gestione dei contatti telefonici, che rappresenta *in nuce* una forma di marketing diretto. Tuttavia questa situazione non deve trarre in inganno e appare frettoloso supporre una scarsa attenzione al mercato da parte delle strutture analizzate. In primo luogo, tutti i soggetti sono e si rappresentano come nodi di una rete all’interno della quale sviluppano alleanze e connessioni sia a livello delle diverse interdipendenze professionali (momenti d’integrazione tra professionisti che fanno riferimento ai diversi soggetti della rete) sia a livello di interdipendenze strategiche (accordi interorganizzativi diretti allo sviluppo di specifici servizi) (Longo, 2005). In secondo luogo, ognuna delle organizzazioni analizzate svolge una pluralità di servizi, che la collocano in più punti della rete: in tal modo ogni organizzazione ricomprende al proprio interno più nodi dello stesso network.

Tra gli intervistati, soprattutto tra coloro che insistono su un territorio specifico, qualcuno ha esplicitato la strategia di diversificazione dei servizi come

uno strumento per elevare “barriere all’entrata” nei confronti di potenziali competitor, sebbene per i servizi residenziali la principale barriera all’entrata sia costituita dall’accreditamento regionale, che si traduce in una barriera di prezzo, poiché consente il finanziamento di circa il 50% del costo del posto letto.

Nessuna delle strutture ha espresso timori particolari rispetto all’andamento della domanda e ognuna riesce sostanzialmente a saturare la propria capacità produttiva<sup>21</sup>. Tuttavia nel corso degli ultimi anni le liste d’attesa si sono accorciate e la connessione in rete, così come la diversificazione dell’offerta, appaiono come prime azioni proattive nei confronti di un mercato meno “sicuro” che in passato.

Varie sono le sfumature che assume l’atteggiamento complessivo rispetto al cambiamento nel modello regionale. Qualcuno ha interpretato il nuovo modello di finanziamento come un’opportunità di focalizzazione per tipologie di offerta e di utenza verso la massima intensità assistenziale e le massime tariffe o nella direzione opposta; in altri casi il SOSIA è stato assunto in termini più amministrativi che strategici e se ne sono lette le implicazioni gestionali senza però aprire una valutazione sul case mix di struttura e sulle opportunità di conferma del proprio target o di definizione di un target alternativo.

#### 4.6.2. *Gli strumenti gestionali*

Alcuni ambiti emergono come particolarmente critici ed è rispetto a questi che si sono sviluppate le principali applicazioni degli strumenti di management. La gestione del personale, il controllo delle performance, il contenimento dei costi e delle incertezze di fornitura sembrano emergere come priorità in tutti i casi trattati, mentre risultano diversi le logiche e gli strumenti adottati per affrontarle adeguatamente.

Il tema del personale non può che essere critico all’interno di organizzazioni che erogano servizi alla persona. In alcuni dei casi analizzati si adottano gli strumenti manageriali tipici della funzione del personale, e sono esplicitati i processi del ciclo di selezione, formazione, sviluppo e valutazione delle risorse umane; in altre strutture il focus è stato posto prevalentemente su aspetti di natura istituzionale, con l’aspettativa che i processi di ridefinizione dell’assetto istituzionale permettessero di affrontare anche i temi connessi alle relazioni interne.

La relazione tra posizionamento di mercato, modello assistenziale adottato, competenze da sviluppare e logiche di gestione del personale non sempre emerge in modo esplicito, così come diversa è l’intensità e la presenza di strumenti manageriali utilizzati allo scopo di allineare sistemi di gestione del personale, modelli organizzativi e posizionamento strategico.

---

<sup>21</sup> Si vedano, a tal proposito, i dati relativi ai tassi di occupazione dei posti letto, sempre superiori al 99%.

L'introduzione degli strumenti di programmazione e controllo è piuttosto avanzata in tutte le strutture analizzate e le determinanti alla base di tale scelta sono state essenzialmente le seguenti:

- l'introduzione del SOSIA rende necessario il monitoraggio più puntuale dei dati economico-finanziari e di case mix, a fronte di un sistema di remunerazione più complesso e meno stabile rispetto al modello precedente;
- le diffuse scelte di diversificazione dell'offerta hanno reso più confuso il panorama organizzativo ed economico delle strutture, che hanno reagito dotandosi di strumenti di lettura più coerenti con gli accresciuti livelli di complessità interna;
- la crescita del management delle strutture ha reso disponibili strumenti e logiche prima poco conosciute;
- in alcuni casi gli obiettivi di miglioramento rispetto a performance economico-finanziarie critiche hanno imposto un aumento di attenzione;
- infine, nel caso delle ex-IPAB, la trasformazione istituzionale ha comportato l'abbandono della contabilità finanziaria di tipo autorizzativo, facilitando l'introduzione di strumenti di programmazione e controllo.

La reportistica interna ha quasi ovunque cadenza trimestrale e complessivamente la possibilità di reperire dati quantitativi caratterizzati da prontezza, precisione e rilevanza è apparsa con tutta evidenza molto migliorata rispetto a quanto fosse lecito attendersi nel recente passato.

La maggiore attenzione alle performance economico-finanziarie ha indotto tutte le strutture indagate a porre sotto analisi e ridefinire il sistema delle relazioni di fornitura. Laddove la criticità si presentava nel quadro dell'acquisizione di prestazioni professionali, sono stati introdotte modifiche di natura istituzionale, dirette alla stabilizzazione delle relazioni. Laddove la criticità si manifestava in rapporto all'acquisto di beni, tutte le strutture hanno iniziato ad attivare relazioni esterne e partnership in grado di concentrare i processi di acquisto e rafforzare il potere contrattuale all'interno del mercato di fornitura.

Infine, lo spostamento diffuso verso una maggiore "sanitarizzazione" dei servizi ha portato con sé una maggiore attenzione alla definizione di protocolli interni. In taluni casi l'esplicitazione dei processi non si è limitata alle dinamiche assistenziali e ha coinvolto le organizzazioni in termini più complessivi, attraverso processi di certificazione.

Complessivamente, si ricorda che le RSA analizzate sono prevalentemente di piccole dimensioni, dotate di organismi gestionali ristretti a cui vengono affidate una pluralità di obiettivi e di funzioni. Al di là degli strumenti adottati in termini strutturati e formalizzati, alcune traiettorie comuni emergono con chiarezza.

La connessione a network più ampi - sia per aumentare la pro-attività nei rapporti con il mercato, sia per il governo delle relazioni di fornitura - emerge

come linea di sviluppo privilegiata e comune in molti dei casi analizzati, così come l'introduzione di strumenti strutturati di misurazione delle performance.

Meno omogenee appaiono, invece, le modalità concrete di utilizzo e i significati attribuiti alle leve manageriali e ai dati di scenario da parte delle diverse organizzazioni.

Infine, alcune tra le traiettorie percorse dalle strutture analizzate dimostrano come sia possibile evolvere e crescere cogliendo i processi di cambiamento in atto come opportunità di evoluzione e di sviluppo, in termini di competenze professionali ed organizzative e in termini di performance economiche, piuttosto che lasciar prevalere una lettura del cambiamento che vede nelle trasformazioni della domanda, del sistema competitivo e delle regole dettate dal programmatore regionale una minaccia rispetto ad un posizionamento fino a pochi anni fa acquisito e ad un mercato tradizionalmente percepito e adottato come "captive".



## 5. I CSA del Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità<sup>1</sup>

### 5.1. Introduzione al lavoro di ricerca

Il sistema di offerta residenziale della Regione Veneto (regolato dalla DGR 84/2007) trova il suo nucleo principale nei Centri di Servizio per persone Anziane (CSA), che offrono un mix di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa ed alberghiera<sup>2</sup>. I CSA possono organizzarsi in unità d'offerta distinte in base al tipo di carico assistenziale, garantito dalla presenza di differenti standard di accreditamento:

- unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale;
- unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale, a cui fanno riferimento anche gli ospiti affetti da patologia di Alzheimer.

In base agli ultimi dati forniti dall'Osservatorio Regionale sulla Condizione della Persona Anziana e Disabile (aggiornati all'1-1-2008) i CSA veneti sono 275 unità e garantiscono un sistema d'offerta di circa 27.650 posti letto (pari al 2,93% della popolazione over 65enne), così ripartiti:

---

<sup>1</sup> Attribuzioni: paragrafi 5.1, 5.2, 5.3 e 5.6 di Emilio Tanzi; paragrafo 5.4 Paolo Vallese; paragrafo 5.5 di Nicoletta Masiero. L'intero report di ricerca è disponibile sul sito [www.iresveneto.it](http://www.iresveneto.it), sezione "Prodotti di ricerca", Paperlres n.65.

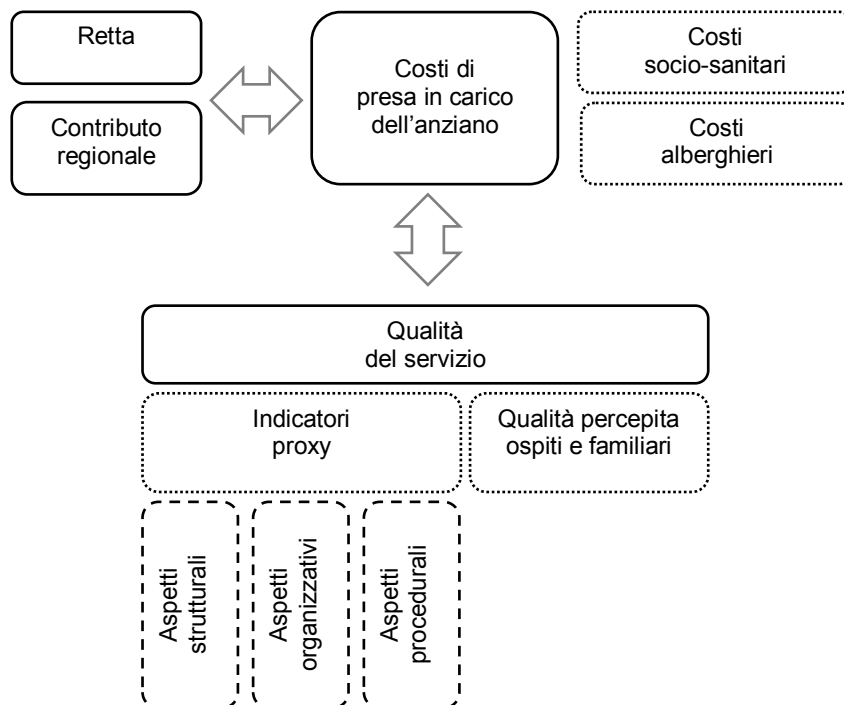
<sup>2</sup> A fianco dei CSA, il sistema di offerta della Regione Veneto prevede:

- le sezioni ad alta protezione per l'Alzheimer e la demenza (S.A.P.A.);
- i posti letto per le persone in stato vegetativo permanente (S.V.P.);
- i centri diurni per persone anziane non autosufficienti.

- il 15,1% dei posti letto per anziani autosufficienti;
- il 70,4% dei posti letto per anziani non-autosufficienti con bisogno di assistenza ridotta-minima;
- il restante 14,5% dei posti letto per anziani non autosufficienti con bisogno di assistenza maggiore.

Nel corso del 2008 il sindacato pensionati ed il sindacato della funzione pubblica della CGIL Veneto hanno dato mandato all'IRES Veneto di realizzare una ricerca, con l'obiettivo di misurare le performance economiche e qualitative conseguite dalle strutture residenziali regionali. Il lavoro di ricerca – iniziato a maggio 2008 e conclusosi a dicembre 2009 - si è sviluppato lungo due direttrici, l'una non indipendente dall'altra [Figura 5.1]:

Figura 5.1 Articolazione dell'attività di ricerca



1. attraverso l'elaborazione dei dati economici di bilancio e di alcuni dati di servizio, si sono misurati i risultati di gestione conseguiti nel 2008 dai CSA veneti, con un focus particolare rispetto a:
  - ✓ la struttura dei costi per singole aree gestionali ricollegate alla presa in carico dell'anziano (area socio-sanitaria e area alberghiera);

- ✓ il contributo che la Regione fornisce per la copertura dei costi di produzione del servizio.
2. utilizzando un modello di analisi multidimensionale, si è cercato di rappresentare in modo sintetico la qualità dei servizi, attraverso:
- ✓ la misurazione di indicatori proxy, ossia la rilevazione di quegli aspetti strutturali, organizzativi o procedurali che in modo indiretto possono essere considerati delle “garanzie” di qualità;
  - ✓ la misurazione della people satisfaction, ossia il livello di soddisfazione di dipendenti e collaboratori, considerando il ruolo strategico che le risorse umane hanno nei servizi di assistenza agli anziani;
  - ✓ la misurazione del livello di soddisfazione espresso direttamente dagli ospiti e dai rappresentanti dei parenti, in quanto la qualità del servizio si esplicita al meglio nel momento in cui la stessa è percepita e risulta in linea con le aspettative degli utilizzatori/clienti finali.

Dal punto di vista metodologico si è deciso di procedere attraverso lo studio di venti casi aziendali (pari a circa il 7% di tutti i CSA veneti), preferendo questa modalità d’indagine all’invio di una *survey* a tutte le strutture regionali. Alla base di questa scelta vi sono, infatti, alcune valutazioni d’opportunità:

- la somministrazione di un questionario a tutto l’universo avrebbe comportato una rilevazione qualitativamente limitata rispetto alle ambizioni conoscitive della ricerca e non avrebbe consentito di approfondire alcune tematiche che, invece, sono state affrontate nel corso del lavoro;
- l’auto-compilazione del questionario non avrebbe garantito quella uniformità interpretativa e quindi comparabilità dei casi che è invece stata possibile grazie a una rilevazione assistita dal ricercatore.

La scelta dei servizi oggetto dell’attività di ricerca è stata realizzata avendo cura di garantire un adeguato livello di rappresentatività del settore residenziale veneto in termini dimensionali [Tabella 5.1].

Tab. 5.1. Classificazione dei CSA in base alla variabile posti letto

	CSA Regione Veneto	CSA coinvolti nella ricerca
< 60 PL	36%	35%
61 – 120 PL	37%	35%
121 – 200 PL	20%	20%
> 200 PL	7%	10%

Fonte: nostra elaborazione dati Osservatorio Anziani Regionale



Per quanto riguarda gli strumenti di rilevazione adottati, il lavoro di raccolta dei dati e delle informazioni è stato condotto mediante l'uso di differenti strumenti, che verranno successivamente approfonditi negli specifici paragrafi tematici:

- una scheda per la rilevazione dei dati economici (ricavi e costi del CSA, articolati per fattori produttivi e aree gestionali di riferimento<sup>3</sup>) ed extra-contabili [Tabella 5.2];
- la conduzione di interviste semi-strutturate ai direttori, per la raccolta di dati ed informazioni riguardanti l'attività e gli aspetti organizzativi del CSA (per esempio, l'utilizzo o meno di protocolli socio-sanitari; le caratteristiche logistiche della struttura; la presenza o meno di associazioni di volontariato; etc.);
- un questionario per la misurazione della soddisfazione organizzativa, somministrato a circa 350 infermieri e addetti all'assistenza degli ospiti;
- una traccia semi-strutturata adottata per la conduzione di interviste in profondità agli ospiti e una per i rappresentanti dei parenti (più o meno organizzati nei rispettivi Comitati dei familiari).

Tabella 5.2. Dati extra-contabili raccolti

Natura giuridica	Pubblica; privata for profit; privata non profit
Capacità ricettiva autorizzata, espressa in posti letto	CSA autosufficienti; CSA non-auto ridotta; CSA non-auto media, altro
Giornate di assistenza erogate in CSA	
Personale dipendente a tempo indeterminato in CSA (teste equivalenti)	Totali; infermieri (IP), ausiliari (OSS)
Personale dipendente a tempo determinato in CSA (teste equivalenti)	Totali; infermieri (IP), ausiliari (OSS)
Personale in convenzione o appalto in CSA (teste equivalenti)	Totali; infermieri (IP), ausiliari (OSS)
Contratto applicato al personale dipendente	Autonomie locali; Sanità; ANASTE; UNEBA; Cooperative, altro

<sup>3</sup> La scheda di rilevazione dei costi e ricavi di produzione è stata costruita avendo come modello di riferimento quella già utilizzata dal CERGAS Bocconi (cfr. § 3.3.2.). Diversamente dal lavoro sulle RSA lombarde, nel caso dei CSA è stato necessario escludere le voci afferenti l'area amministrativa/generale, in quanto il mandato di ricerca era quello di determinare i costi di presa in carico dell'anziano, ossia i soli costi socio-sanitari ed alberghieri. In aggiunta a questo, si deve poi ricordare che molti CSA sono IPAB (infatti, la Regione Veneto non ha ancora emanato una propria legge di riforma degli Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza), le quali - adottando un sistema contabile di natura finanziaria - non sono in grado di fornire dati attendibili rispetto all'uso delle immobilizzazioni materiali.

Ore di assenza personale dipendente per il CSA	Ore di assenza per infortuni sul lavoro, malattie professionali e non, congedi matrimoniali, maternità e allattamento, permessi retribuiti e non retribuiti, scioperi
Ore lavorabili teoriche del personale dipendente per il CSA	(ore contrattuali settimanali x 52,2) – ore non lavorabili per ferie, festività, riduzione di orario ed assemblee
Ore lavorate per figure professionali (dipendenti e non) per il CSA	Personale medico; infermieri; personale assistenziale; operatori della riabilitazione; animatori ed educatori

## 5.2. Le performance economiche dei CSA analizzati

La misurazione delle performance economiche dei CSA è stata condotta analizzando i dati forniti dalle stesse strutture in base a due differenti variabili di riferimento. Una prima variabile è data dalla complessità assistenziale gestita, calcolata rapportando il numero dei PL non autosufficienti medio-gravi sul totale dei posti letto disponibili. Questa variabile è da considerarsi rilevante ai nostri fini conoscitivi in quanto è possibile ipotizzare l'esistenza di una relazione tra complessità assistenziale gestita, costi socio-sanitari, contributo regionale riconosciuto e retta applicata. Essendo il valore medio di tale indice pari al 16%, il campione di ricerca è stato così ripartito:

- strutture a gravità bassa = sotto la media (11 casi su 20, pari al 55% del totale);
- strutture a gravità alta = sopra la media (9 casi su 20, pari al 45% del totale).

La seconda variabile utilizzata per interpretare i risultati economici è stata quella riguardante la natura giuridica dell'ente titolare del servizio. In questo caso la distinzione tra soggetto pubblico e soggetto privato può risultare significativa in quanto a natura giuridica differente corrisponde un diverso contratto di riferimento per il lavoratori, diversi gradi di libertà nelle scelte gestionali (assetto istituzionale caratterizzato da una composizione eterogenea di soggetti; obbligo di predisporre bandi pubblici per la ricerca del personale; obbligo di predisporre gare per l'acquisto di beni e/o servizi; etc.), diversi regimi fiscali. In questo caso, i 20 CSA analizzati si sono distribuiti in questo modo:

- 30% con natura giuridica privata;
- 70% con natura giuridica pubblica.

Al fine d'evitare che nella fase di comparazione dei risultati economici tra strutture pubbliche e strutture private ci fossero delle interferenze da parte delle altre

due variabili strutturali osservate (dimensione del servizio; complessità assistenziale gestita), se ne è verificata l'uniformità di comportamento. Tale uniformità è stata riscontrata, rendendo quindi fattibile la comparazione dei venti CSA in base alla loro natura giuridica [Tabella 5.3].

Tabella 5.3. Dimensione media e complessità media gestita nei CSA pubblici e privati

	PL medi in CSA Dimensione del servizio	Percentuale media di PL medio-gravi in CSA
Pubbliche	102,6	17%
Private	102,2	15%
Totale complessivo	102,4	16%

### 5.2.1. La struttura dei costi socio-sanitari ed alberghieri

Il primo gruppo di indici descrittivi dei CSA può essere così sintetizzato [Tabella 5.4]:

- l'acquisizione di forza lavoro esterna al servizio (calcolata utilizzando le unità equivalenti) è una scelta gestionale particolarmente diffusa in tutto il settore e può essere stimata intorno al 40%. In altri termini, ogni 100 unità equivalenti di forza lavoro, 60 unità sono legate all'azienda con un rapporto di dipendenza lavorativa (a tempo indeterminato o determinato), mentre 40 unità sono legate all'azienda attraverso un rapporto di fornitura. È importante evidenziare come – rispetto a tale scelta gestionale – vi siano delle significative differenze, con un valore minimo di esternalizzazione pari al 7% e un valore massimo pari al 92%;
- il valore medio di esternalizzazione è essenzialmente confermato per gli operatori addetti all'assistenza dell'anziano (tasso medio degli OSS esternalizzati pari al 42%), mentre risulta più elevato per gli infermieri professionali, per i quali è pari al 56%. Anche in questi due casi, la variabilità del fenomeno tra i casi analizzati risulta significativa;
- le ore di assistenza giornaliera garantite a ciascun ospite sono 2,7 e non si registrano differenze quantitative tra i venti CSA. Differenze più marcate si riscontrano, invece, rispetto alla natura delle figure professionali attivate e al modello assistenziale adottato. Infatti, se in media la componente sanitaria (medici e IP) e riabilitativa (terapisti e logopedisti) copre il 18% delle ore assistenziali erogate, vi sono strutture con un carico sanitario-riabilitativo più leggero (10% circa), mentre altre con un carico più elevato (30% circa);
- infine – per quanto riguarda la valutazione delle performance aziendali – i dati raccolti evidenziano come la capacità produttiva dei CSA sia utilizza-

ta al meglio (tasso medio di occupazione dei PL uguale al 99%), mentre dei margini di miglioramento potrebbero essere ottenuti contenendo il fenomeno dell'assenteismo tra i lavoratori dipendenti, in media pari al 10% sul totale ore disponibili. Per poter valutare tale dato si consideri che il tasso medio di assenza nelle grandi imprese è pari al 5,13%<sup>4</sup> e che in alcuni CSA tale indice ha registrato valori tra il 17-19%.

Tabella 5.4. Indici gestionali e di produttività – Anno 2008

	Media	Coef.Var.
Livello di esternalizzazione della forza lavoro	39%	0,7
• % IP esternalizzati	56%	0,6
• % OSS esternalizzati	42%	0,7
Ore giornaliere di assistenza	2,7	0,1
Peso della componente sanitaria e riabilitativa	18%	0,3
Tasso di assenza	10%	0,4
Tasso di occupazione dei posti letto disponibili	99%	0,0

Il costo medio giornaliero di presa in carico dell'anziano in struttura è di 79,9 euro, di cui il 73% è imputabile alla componente socio-sanitaria, con un costo medio di 58,4 euro. Il costo medio giornaliero della componente alberghiera risulta essere di 21,5 euro [Tabella 5.5].

Tabella 5.5. Costo giornaliero: totale, componente socio-sanitaria, componente alberghiera – Anno 2008

	Media	Coef. Var.
Costo giornaliero di presa in carico dell'anziano, di cui	79,9	0,2
• Costo socio-sanitario giornaliero	58,4	0,2
• Costo alberghiero giornaliero	21,5	0,3

Essendo il CSA un'azienda di servizio, il peso economico che la "forza lavoro" occupa nella formazione dei costi di gestione è rilevante. Analizzando i costi di presa in carico dell'anziano, gli oneri per la remunerazione dei lavoratori (dipendenti e non) determinano il 73% del costo totale, percentuale che sale al 96% se si circoscrive l'analisi alla sola area socio-sanitaria [Tabella 5.6]. Le differenze tra i CSA rispetto a quest'ultima variabile risultano non significative. Discorso diverso deve essere fatto per l'area alberghiera, nella quale l'acquisto di beni e/o

<sup>4</sup> Ricerca realizzata per "Il Sole 24 Ore" da Cidp Hrda e pubblicata sul quotidiano del 28 agosto 2008.

servizi (materie prime per la preparazione dei pasti; utenze; servizi mensa, pulizia dei locali, lavanderia) ha un peso più rilevante, influenzato anche dall'ampio ricorso a forme di esternalizzazione.

Tabella 5.6. Peso percentuale del fattore produttivo "forza lavoro" – Anno 2008

	Media	Coef. Var.
Peso del fattore produttivo "forza lavoro"	73%	0,1
Peso del fattore produttivo "forza lavoro" (socio-sanitario)	96%	0,0
Peso del fattore produttivo "forza lavoro" (alberghiero)	12%	1,1

Data quindi la centralità delle professionalità socio-sanitarie nella formazione dei risultati economici dei CSA, è stato necessario fare un approfondimento rispetto al costo unitario di tale fattore produttivo, in termini generali e per categoria professionale (sanitaria = medici; IP, FKT; socio-assistenziale = OSS; educatori/animatori; assistenti sociali) [Tabella 5.7].

Tabella 5.7. Costo orario personale socio-sanitario – Anno 2008

	Media	Coef. Var.
Costo orario personale socio-sanitario	21,0	0,2
Costo orario personale sanitario	25,4	0,4
Costo orario personale socio-assistenziale	20,5	0,3

Analizzando gli indici economici e gestionali in base alla natura giuridica dei servizi, emerge che [Tabella 5.8]:

Tabella 5.8. Comparazione tra strutture pubbliche e strutture private – Anno 2008

	Natura pubblica	Natura Privata
Ore giornaliere di assistenza	2,6	2,8
Peso della componente sanitaria e riabilitativa	19%	17%
Livello di esternalizzazione della forza lavoro	29%	62%
% IP esternalizzati	55%	57%
% OSS esternalizzati	32%	66%
Tasso di assenza	11%	10%
Tasso di occupazione dei posti letto disponibili	99%	100%
Costo giornaliero di presa in carico dell'anziano	78,8	82,1

• <i>Costo socio-sanitario giornaliero</i>	57,4	60,6
• <i>Costo alberghiero giornaliero</i>	21,5	21,5
Costo orario forza lavoro	21,0	20,8

- per quanto riguarda i livelli di performance raggiunti (tasso di assenza e copertura PL) e la natura dei servizi offerti (ore giornaliere di assistenza e peso componente sanitaria-riabilitativa), non vi sono delle differenze rilevanti tra strutture pubbliche e strutture private;
- delle significative differenze si registrano invece nelle politiche di esternalizzazione. Nelle strutture pubbliche il ricorso a lavoratori esterni risulta pari al 29%, contro il 62% delle private, differenza sostanzialmente determinata dalle scelte di esternalizzazione delle figure assistenziali (32% per il pubblico, contro il 66% del privato);
- non si rilevano differenze di costo per la componente alberghiera del servizio, mentre nelle strutture private si registra un costo giornaliero più elevato nell'area socio-sanitaria (+3,2 euro per die).

Distinguendo i CSA in base alla complessità assistenziale gestita, si hanno i seguenti risultati [Tabella 5.9]:

Tabella 5.9. Comparazione tra strutture a bassa ed alta complessità assistenziale – Anno 2008

	Bassa complessità	Alta Complessità
Ore giornaliere di assistenza garantite	2,6	2,8
Peso della componente sanitaria e riabilitativa	16%	21%
Livello di esternalizzazione della forza lavoro	45%	32%
<i>% IP esternalizzati</i>	47%	66%
<i>% OSS esternalizzati</i>	52%	32%
Tasso di assenza	10%	11%
Tasso di occupazione dei posti letto disponibili	99%	99%
Costo giornaliero di presa in carico dell'anziano	74,6	86,2
• <i>Costo socio-sanitario giornaliero</i>	52,6	65,5
• <i>Costo alberghiero giornaliero</i>	22,0	20,8
Costo orario forza lavoro	19,4	22,9

- si conferma una sostanziale uniformità per quanto riguarda le performance di produttività (tasso di assenza e occupazione dei PL) e le ore giornaliere di assistenza;
- coerentemente con il profilo dell'ospite assistito, si rilevano delle differenze qualitative nel servizio erogato, in quanto nelle strutture che gestiscono una più elevata complessità aumenta il peso della componente sanitaria e riabilitativa (21% contro 16%) e dei correlati costi di gestione (+13 euro giornalieri nell'area socio-sanitaria; +3,5 euro per il costo orario della forza lavoro). Al riguardo è interessante rilevare come il costo giornaliero della componente alberghiera risulti essere più elevato in quelle strutture chiamate a gestire una minore complessità assistenziale (in media +1,2 euro per die);
- infine, anche il confronto tra le scelte di esternalizzazione ha portato a risultati interessanti: nei servizi più complessi vi è la tendenza a mantenere nella propria organizzazione le professionalità necessarie per la gestione dell'anziano (con un minore ricorso all'esternalizzazione della forza lavoro), in particolar modo per quelle figure professionali di natura assistenziale che sono quotidianamente a contatto con l'ospite.

### 5.2.2. La struttura dei ricavi di produzione

Per quanto riguarda la composizione dei ricavi dei servizi residenziali, i contributi erogati dalla Regione Veneto sono stati mediamente pari a 45,4 euro giornalieri, ossia il 47% dei ricavi complessivi del servizio. Infatti, la retta media giornaliera a carico degli ospiti è stata di 51,4 euro [Tabella 5.10].

Tabella 5.10. Composizione dei ricavi dei CSA – Anno 2008

	Media	Coef. Var.
Contributo medio regionale giornaliero	45,4	0,1
Retta media giornaliera	51,4	0,2

Comparando queste variabili in base alle dimensioni strutturali dei servizi (natura giuridica e complessità assistenziale gestita) si segnalano interessanti differenze [Tabella 5.11]:

- le strutture private applicano in media una retta più elevata (circa 10 euro in più al giorno), mentre la differenza dei contributi regionali riconosciuti non risulta essere significativa. Se – come già esposto nella tabella 5.8 – non vi sono delle significative differenze di servizio tra le strutture pubbliche e le strutture private, quali possono essere i fattori sottostanti questa maggiore retta? Tali difformità possono essere in parte giustificate dal dif-

ferente sistema contabile che nelle strutture pubbliche non ha ancora fatto emergere il peso economico degli ammortamenti? Oppure le minori rette applicate dalle IPAB sono in parte legate alle loro disponibilità patrimoniali<sup>5</sup>?

- la differenza tra contributi regionali riconosciuti alle strutture a bassa complessità e i contributi riconosciuti alle strutture ad alta complessità risulta coerente con la natura stessa del servizio, in quanto a quest'ultime la Regione riconosce in media un contributo giornaliero superiore di +4,5 euro. Lo stesso discorso è riscontrabile anche nella scelta delle rette applicate, in quanto nelle strutture caratterizzate da maggiori prestazioni socio-sanitarie l'anziano paga in media 2,8 euro giornalieri in meno rispetto all'anziano ospitato nelle strutture a più bassa complessità assistenziale.

Tabella 5.11 – Contributi regionali e rette applicate in base alle dimensioni strutturali “natura giuridica” e “complessità assistenziale gestita” – Anno 2008

	Natura Pubblica	Natura Privata
Contributo medio regionale giornaliero	44,9	46,6
Retta media giornaliera	48,4	58,5
	Bassa Complessità	Alta complessità
Contributo medio regionale giornaliero	43,4	47,9
Retta media giornaliera	52,7	49,9

Tornando di nuovo ad un livello di analisi generale, è importante evidenziare come - ai fini della normativa LEA - i contributi regionali stiano coprendo l'81% dei costi socio-sanitari sostenuti dai CSA, lasciando scoperti - e quindi a carico dell'utente e/o della struttura - circa 13 euro per giorno assistenziale erogato, a cui si dovranno aggiungere i 21,5 euro di costi alberghieri e i costi giornalieri amministrativi (non calcolati nella presente ricerca).

Questi 13 euro non coperti dai contributi regionali sono essenzialmente imputabili alle scelte produttive dei CSA, che hanno organizzato i propri servizi prevedendo un numero di professionisti superiore agli standard previsti dalla normativa regionale. Infatti, facendo un confronto tra le teste equivalenti degli IP

<sup>5</sup> Nella già citata ricerca CERGAS (capitolo 3), le RSA lombarde sostengono in media costi per l'affitto/locazione pari a 3,33 euro per giornata di assistenza erogata. L'aspetto interessante da rilevare è che queste voci di costo sono quasi esclusivamente presenti nelle strutture cooperative e nelle società di capitali, mentre non compaiono nei bilanci delle ex-IPAB.



e degli OSS<sup>6</sup> richieste per l'accreditamento regionale (calcolate distinguendo i rapporti previsti per i posti letto a ridotta e media intensità) con la dotazione personale effettivamente presente nelle strutture, si registrano dei sovra-standard medi pari al 28% per gli IP e al 18% per gli OSS, che valorizzati in termini economici corrispondono a un maggior costo di produzione stimato attorno ai 10,3 euro giornalieri.

### 5.3. La qualità nei servizi residenziali: un tentativo di misurazione

Nel corso degli ultimi anni il tema della qualità nei servizi sanitari e socio-sanitari è stato più volte affrontato dagli studiosi del settore (Donabedian, 1990; Molteni, 1997; Vecchiato, 1997; Ranci Ortigosa, 2000; Elefanti *et alt.*, 2001; De Ambrogio, 2003). Nonostante questo sforzo teorico-concettuale, dal punto di vista pratico ed operativo il tema della qualità nei servizi residenziali per anziani resta però un argomento difficile da affrontare, non soltanto per la natura stessa del prodotto (immateriale, relazionale ed interattivo), ma anche perché ci troviamo dinnanzi a:

- un contesto multistakeholder. Gli anziani, i familiari, i professionisti ed i dirigenti aziendali, gli enti finanziatori (Regione e Comune) e la società civile esprimono proprie e particolari attese che vanno a privilegiare alcuni aspetti del servizio a discapito di altri. Una ricerca realizzata in cinque strutture residenziali americane e riportata da Censi (2001) ha evidenziato come per gli ospiti il fattore ritenuto più importante sia il “fattore morale” (l'umore, l'identificazione con l'istituzione, la visione della propria vita e la possibilità di affrontare i problemi), mentre per il personale della struttura ed i parenti è il “sistema di cura” a determinare la qualità del servizio. Ma quale punto di vista fare proprio? La qualità dovrà essere raggiunta adottando un approccio multistakeholder, che tenga conto delle differenti esigenze espresse, ricordando comunque che il destinatario ultimo del servizio rimane l'anziano;
- la natura olistica del servizio, in quanto per l'anziano la struttura residenziale non rappresenta solo un servizio, ma il suo nuovo contesto di vita. Per questo motivo il concetto di qualità del servizio non può essere definito esclusivamente considerando parametri sanitari, assistenziali o alberghieri, ma deve fare proprio un approccio globale, in grado di valorizzare tutti quegli elementi soggettivi, identitari, relazionali, caratterizzanti una vita di qualità. In altri termini, un servizio residenziale di qualità è quello che aiuta l'anziano a riconoscersi nelle attività e nei tempi del suo nuovo

---

<sup>6</sup> La scelta di limitare l'analisi dei sovra-standard a queste figure professionali è in parte giustificabile dal peso economico che queste figure professionali hanno. Infatti, i costi degli IP e gli OSS corrispondono rispettivamente al 16% e al 74% dei costi complessivi dell'area socio-sanitaria.

contesto di vita e al contempo mantenere quei legami con il suo ambiente di provenienza, senza determinare una traumatica scissione tra quanto vi era “prima e fuori” e quanto che vi è “ora e dentro”.

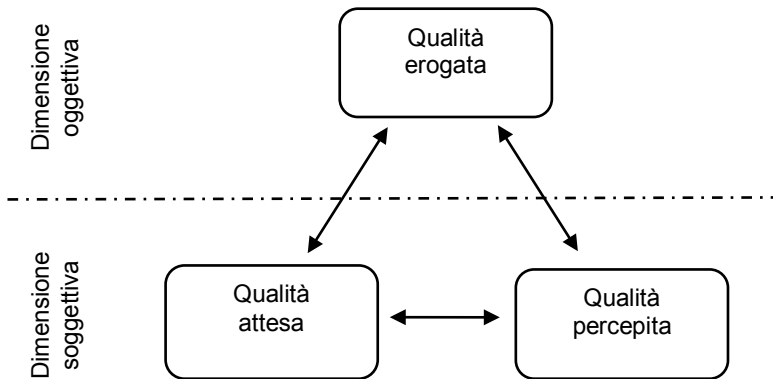
Lo schema interpretativo da noi utilizzato è un adattamento semplificato del modello ServQual (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 2000), nel quale si trovano tre differenti declinazioni del concetto di qualità del servizio<sup>7</sup> [Figura 5.2]:

- la qualità erogata, ossia la qualità associata al servizio al termine del processo produttivo. Questa dimensione di qualità presuppone il rispetto di particolari caratteristiche produttive e il continuo riferimento a standard minimi, interni l'azienda o definiti da soggetti terzi (enti di certificazione; enti di vigilanza; enti di governo del settore). Tale concetto di qualità si traduce quindi in una lettura “tecnica”, in termini di procedure realizzate, condizioni produttive garantite, attrezzature e materiali impiegati, competenze professionali utilizzate;
- la qualità attesa, ossia le aspettative che l'utente/cliente pensa di ricevere quale prestazione minima. La formulazione di queste attese sono il risultato di un mix di differenti fattori, tra cui le precedenti esperienze di consumo, le informazioni ottenute dagli altri consumatori (attraverso il passaparola) e le comunicazioni che l'utente riceve dalla stessa azienda. È opportuno evidenziare come nel settore socio-sanitario, le esigenze legate alla qualità attesa possono essere implicite o inesprese, in quanto la condizione di deprivazione (fisica, economica, relazionale, etc.) non permette al potenziale utente di prendere lucidamente coscienza della sua condizione di bisogno;
- la qualità percepita, ossia la qualità così come è vista dal cliente e che quasi mai corrisponde esattamente al servizio effettivamente ricevuto. Infatti, la capacità di valutazione dell'utente è condizionata dalla presenza di filtri che, agendo sulla persona in modo assolutamente inconsapevole e automatico, impediscono di avere un'oggettiva percezione della realtà. Si consideri, poi, che in condizioni di disagio (malattia, solitudine, perdita di un lavoro, etc.), questi elementi di distorsione possono accentuarsi ulteriormente.

---

<sup>7</sup> Nel presente paragrafo si è cercato di fotografare la qualità erogata dai venti CSA analizzati, mentre nei successivi paragrafi ci si è concentrati sulla qualità attesa e percepita dai lavoratori (in quanto clienti interni del servizio), dagli ospiti e dai loro familiari.

Figura 5.2. Il modello semplificato dei GAP del ServQual



Data la specificità del servizio indagato è necessario fare alcune puntualizzazioni rispetto ai concetti appena esposti, per non incorrere in grossolani errori:

- i CSA si caratterizzano per una spiccata rigidità gestionale, data dalla composizione dei costi di produzione<sup>8</sup> e dalla natura stessa del servizio (residenziale, ossia dentro un “contenitore” fatto di muri, difficilmente modificabile nel breve periodo). Il combinarsi di questi due elementi può spingere le scelte gestionali ad anteporre le esigenze dell’organizzazione alle esigenze degli anziani, facendo perdere di vista quello che dovrebbe essere il compito primario di queste istituzioni;
- come conseguenza del peggioramento del quadro clinico degli ospiti, la componente sanitaria delle strutture residenziali sta acquisendo un peso sempre più rilevante nei processi di produzione. In questo modo vi è il rischio di organizzare la vita dei residenti in funzione delle cure e non di collocare le cure dentro la loro vita quotidiana (Censi, 2001);
- l’analisi delle attese/soddisfazioni degli anziani dovrà avvenire adottando particolari strumenti d’indagine, in quanto la classica survey di tipo quantitativo rischia di essere inadatta per questo tipo d’utenza. Al contrario, attraverso l’intervista con domande aperte si incoraggia l’ospite a riferire la propria esperienza di vita in modo libero, utilizzando parole e modi a lui

<sup>8</sup> Come illustrato nel paragrafo 5.1, il 73% dei costi sostenuti per la presa in carico dell’anziano derivano dai salari/stipendi e il 61% della forza lavoro impiegata ha un rapporto di dipendenza con l’azienda.

congeniali. Da tale narrazione l'intervistatore<sup>9</sup> trarrà quelle informazioni utili ai fini della ricerca (Pingatti, 2002).

### 5.3.1. *La qualità erogata: dimensioni osservate e risultati conseguiti*

Inspirandoci al modello teorico elaborato da Donabedian (1990), la nostra analisi si è concentrata sull'osservazione di tre macro-aspetti di riferimento:

- l'analisi degli elementi strutturali, delle caratteristiche ambientali in cui si svolge l'erogazione del servizio, della conformazione/articolazione degli spazi (mq a disposizione per ogni ospite; chiara definizione degli ambienti in base alla loro destinazione d'uso; etc.). La definizione degli spazi di una struttura residenziale non dovrebbe essere affrontata solo dal punto di vista funzionale, in quanto ogni ambiente porta con sé degli importanti significati simbolici per le persone che lo vivono. Spesso, invece, la costruzione degli ambienti di queste strutture è più attenta alle indicazioni normative vigenti e mette in secondo piano l'aspetto di vivibilità, enfatizzandone l'aspetto sanitario/assistenziale a discapito di un carattere più domestico (Morini, 2002);
- l'analisi degli elementi organizzativi<sup>10</sup>, ossia la composizione del fattore produttivo "lavoro" in termini quantitativi-qualitativi (ore di assistenza garantite; ruolo della componente non sanitaria/assistenziale nella vita della struttura), la presenza o meno di volontari, il ruolo di coproduttori riconosciuto ai parenti (maggiore o minore coinvolgimento nella formulazione del PAI) e il livello di motivazione degli operatori di front-office (misurato attraverso il parametro della soddisfazione organizzativa);
- l'analisi degli elementi procedurali, di produzione del servizio, comprendendo in questa dimensione tutti quegli aspetti legati alle attività gestionali, assistenziali ed alberghiere (uso e aggiornamento dei protocolli; regole di vita della struttura; etc.), nonché quegli importanti margini di autonomia e privacy riconosciuti agli anziani e che consentono loro di non sentirsi ospiti all'interno di quella che dovrebbe essere la loro nuova casa.

La ripartizione appena presentata sconta i limiti di essere una fotografia parziale della realtà, in quanto vi sono degli elementi del servizio che non è stato possibile considerare per oggettive difficoltà di misurazione. Tra queste assenze vi è

---

<sup>9</sup> Per quanto riguarda la figura dell'intervistatore, è bene che lo stesso sia un soggetto esterno all'azienda o quantomeno esterno al servizio analizzato, al fine d'evitare che l'anziano sia intimorito nell'esprimere con sincerità i propri pensieri, le proprie emozioni, le proprie sensazioni rispetto alla vita in struttura.

<sup>10</sup> Rispetto al modello originale di Donabedian, in questa nostra analisi abbiamo preferito separare la dimensione organizzativa dalla dimensione strutturale, con l'intento di valorizzare al massimo il contributo che i fattori umani, professionali e relazionali apportano alla qualità del servizio.

l'*outcome*, quello che Donabedian definisce come l'esito del servizio, il cambiamento nello stato di salute attribuibile all'intervento assistenziale di cura. Consapevoli che tale esclusione non incontrerà il consenso di tutti i nostri lettori, ci sentiamo in dovere di argomentare le ragioni sottostanti questa nostra scelta:

- è assai difficile parlare di miglioramento della salute in situazioni cronico-degenerative come quelle caratterizzanti il profilo degli anziani accolti nelle strutture residenziali (Molteni, 1997), dove gli interventi volti a favorire un rallentamento del declino clinico-funzionale degli ospiti non necessariamente portano ad un miglioramento della qualità di vita, quanto piuttosto ad un suo allungamento;
- la nostra è una proposta ideologica, che consapevolmente vuole allontanare il più possibile l'idea della struttura residenziale dalla dimensione ospedaliera, non ravvisando in tale scelta alcun "rischio di scivolare verso posizioni vetero assistenzialistiche" (Sirchia *et al.*, 2002). In quei contesti ove il processo di medicalizzazione del servizio è assunto acriticamente, l'intera vita dei ricoverati finisce per essere scandita dalle pratiche sanitarie;
- dare maggiore peso alla componente umana e relazionale, declinando il concetto di outcome in tre sotto-dimensioni: la soddisfazione dei lavoratori, in quanto risultato che diventa a sua volta risorsa per garantire un servizio di qualità; la soddisfazione degli anziani, principali destinatari del servizio; la soddisfazione dei familiari, in quanto la struttura residenziale risponde anche a una loro richiesta d'aiuto.

Nella fase di rielaborazione dei dati e delle informazioni raccolte, si sono individuate le seguenti dimensioni di analisi [Tabella 5.12]:

Tabella 5.12. Le dimensioni di analisi del modello

Dimensione assistenziale	Ore socio-sanitarie per giornata erogata Peso delle ore di animazione rispetto alle ore socio-sanitarie Uso di protocolli Soddisfazione organizzativa IP e OSS
Dimensione alberghiera	% delle camere singole/doppie % delle camere dotate di un proprio bagno MQ per PL Rotazione dei menù proposti Tempo medio di somministrazione del pasto
Riconoscimento autonomia e privacy dell'anziano	Personalizzazione della propria camera Libertà nell'orario dell'alzata/messa a letto Uso di separé nelle fasi di pulizia/vestizione Scelta delle persone con cui consumare i pasti

Trasparenza e partecipazione dei parenti	Coinvolgimento parenti nella formulazione del PAI Bilancio Sociale Carta dei servizi Questionario di soddisfazione URP
Integrazione con il territorio e la cittadinanza	Spazio dedicato per consumare pranzi con persone esterne alla struttura Presenza strutturata di associazioni di volontariato
Logiche e strumenti manageriali	Apertura dei servizi sul territorio Attivazione di network per gli acquisti Budget e contabilità analitica Certificazione qualità People satisfaction

Quando la variabile descritta è contrassegnata con il simbolo “\*” significa che il numero di strutture analizzate è stato pari a 17 anziché 20. Infatti, alcuni CSA appartengono al medesimo “gruppo industriale” (2 CSA ad un gruppo con personalità giuridica non profit; 3 CSA ad un gruppo con personalità giuridica *for profit*) e – per tale motivo – adottano politiche gestionali simili. Per evitare un sovra-conteggio di tali pratiche è stato, quindi, necessario considerare questi servizi come un’unica realtà aziendale.

### *Dimensione assistenziale*

L’analisi della dimensione assistenziale dei CSA è stata condotta osservando sia gli aspetti legati al modello più tradizionale di servizio residenziale, ossia quello più votato al semplice accudimento (organizzazione delle attività secondo precisi protocolli; ore socio-sanitarie per giornata di assistenza erogata), sia quegli aspetti che ne favoriscono una reinterpretazione in un’ottica più relazionale e d’*empowerment* (peso della componente educativa/di socializzazione; soddisfazione/motivazione dei lavoratori).

Per quanto riguarda l’uso dei protocolli assistenziali\*, la situazione fotografata è la seguente:

- protocolli per la gestione del bagno assistito: 11 strutture (65%);
- protocolli per la gestione delle piaghe: 11 strutture (65%);
- protocolli per la gestione dei presidi per l’incontinenza: 12 strutture (71%);
- protocolli per la gestione delle procedure di contenzione fisica: 13 strutture (76%);
- protocolli per la prevenzione/gestione delle cadute: 11 strutture (65%).

In aggiunta a questo, si consideri che in 4 strutture si usano 1-2 protocolli (24%), in 6 strutture 3-4 protocolli (35%), mentre in 7 strutture tutti questi strumenti sono stati adottati in modo integrato (41%). Ed è proprio in queste ultime strutture, quelle più orientate ad un uso sinergico dello strumento, che si è evidenziato il ruolo svolto da alcuni attori esterni al servizio (principalmente USSL, Università ed imprese private) nella formulazione e nell'aggiornamento di tali protocolli, in collaborazione con gli stessi CSA.

Sempre nell'ambito della dimensione assistenziale, le altre variabili osservate sono state:

- le ore socio-sanitarie mediamente garantite: 2,7 per singola giornata assistenziale. Rispetto a questa variabile non si sono registrate delle differenze significative tra CSA (Coeff.Var. = 0,1);
- il peso medio delle ore di animazione/socializzazione, sul totale delle ore socio-sanitarie: 2,4%. In questo caso, le differenze tra CSA iniziano a farsi più marcate, registrando un valore minimo pari all'1,1% e un valore massimo pari al 3,4% (Coeff.Var. = 0,3);
- la soddisfazione organizzativa espressa dagli infermieri (IP) e dagli addetti all'assistenza (OSS): valore medio 4,8 (su una scala 1-7), con un Coeff.Var. = 0,1.

### *Dimensione alberghiera*

La componente alberghiera costituisce, insieme alla componente assistenziale, il nucleo base del servizio residenziale. Rientrano in questo ambito tutte quelle risorse e quelle scelte gestionali finalizzate a soddisfare i bisogni primari dell'individuo, da noi analizzate privilegiando gli aspetti di "domiciliarità", in grado di fare sintesi tra le esigenze di socializzazione ed il diritto di "indipendenza" dell'individuo.

Lo spazio a disposizione per lo svolgimento dei momenti di vita comunitaria (escludendo da questo calcolo la propria camera da letto) è in media pari a 7,6 mq per singolo PL (Coeff.Var. = 0,3) di cui:

- 2,7 mq per l'area pranzo (Coeff.Var. = 0,3);
- 3,0 mq per l'area soggiorno, solitamente utilizzata come sala TV e spazio d'incontro con i familiari ed amici (Coeff.Var. = 0,4);
- 1,9 mq per l'area ricreativa/occupazionale, ricomprendendo in questo spazio anche la palestra utilizzata per la riabilitazione (Coeff.Var. = 0,7).

La situazione risulta essere più favorevole sul fronte del riconoscimento degli spazi di vita individuali, in quanto l'88% delle camere sono singole o doppie (Coeff.Var. = 0,2) e l'89% delle stesse è dotata di un proprio bagno (Coeff.Var. = 0,2). Anche la superficie delle camere da letto mediamente disponibile è ade-

guata alle esigenze d'autonomia dell'ospite, in quanto pari a 11,2 mq per singolo PL (Coeff.Var. = 0,2).

Infine, per quanto riguarda il momento dei pasti, la varietà dei menù proposti\* durante il corso dell'anno (stagionalità x numero menù stagionali) è abbastanza buona (in media 10 menù), mentre dei margini di miglioramento si possono intravedere per il tempo dedicato alla somministrazione del pasto\* (in media 97 minuti, tra pranzo e cena, quanto un tempo congruo sarebbe pari a 120 minuti).

### *Riconoscimento dell'autonomia e della privacy dell'anziano*

Come più volte ricordato, vivere in una struttura residenziale pone l'anziano al rischio di perdita della propria identità, in quanto tutte le attività sono pianificate, le fasi della giornata sono scandite da regole ed orari rigidi e tutti gli ospiti tendono ad essere trattati allo stesso modo. È invece importante che all'anziano venga riconosciuta una sfera di autonomia e privacy, al fine di valorizzarne a pieno le capacità residue ed evitare che la stessa persona si auto-imponga il ruolo di soggetto totalmente dipendente dal servizio (Cenci, 2001)<sup>11</sup>. Al riguardo, gli aspetti osservati nella nostra indagine sono stati i seguenti:

- orario dell'alzata/messa a letto\*: 5 strutture non prevedono alcuna possibilità di scelta da parte dell'ospite (29%); 7 prevedono un cambio di orario, ma sono in casi particolari (41%); 5 servizi hanno riconosciuto all'anziano la totale libertà di scelta (29%);
- tutte le strutture analizzate consentono una minima personalizzazione della propria camera da letto\*, mediante piccoli oggetti/suppellettili; 3 strutture consentono l'uso di mobili provenienti dalla propria casa d'origine, compatibilmente con le norme di sicurezza (18%);
- 4 strutture (24%) non prevedono la possibilità di scegliere i compagni con cui consumare i pasti\*, mentre 6 strutture (35%) lasciano piena libertà di scelta all'anziano; 7 strutture (41%) si collocano, invece, in una posizione intermedia: la libertà di scelta è riconosciuta, ma in via eccezionale e subordinandola al parere degli operatori;
- solo 7 strutture prevedono l'utilizzo di appositi separé\* durante le operazioni di pulizia e vestizione dell'ospite a garanzia della sua privacy (41%). Negli altri casi, l'utilizzo dei separé è previsto solo in caso di decesso.

---

<sup>11</sup> Come ben spiegato da Mellone (2008), è la stessa istituzionalizzazione che “*provoca nuova non autosufficienza [...] Nell'istituzione non hanno più senso le categorie comuni del tempo, dello spazio individuale, del fare, della aspettativa sul futuro, delle relazioni sociali*”. Per questo motivo è necessario che a livello regionale si faccia una seria riflessione sulla non appropriatezza dei ricoveri per autosufficienti e per non autosufficienti ad intensità ridotta/minima e sulla necessità di potenziare la domiciliarità e/o sperimentare forme più leggere di residenzialità.



### *Trasparenza e partecipazione dei parenti*

L'attiva partecipazione dei parenti alla vita dell'anziano in struttura non è soltanto un fondamentale sostegno affettivo, ma rappresenta anche un'importante risorsa sul fronte assistenziale, che lo stesso servizio può attivare attraverso la condivisione di informazioni e progetti. Per tale motivo, nell'ambito della nostra analisi, sono stati monitorati i seguenti aspetti:

- 4 strutture non prevedono alcun tipo di coinvolgimento dei parenti nella formulazione del PAI\* (24%); 4 strutture prevedono un coinvolgimento solo in termini informativi (24%); 9 strutture prevedono un coinvolgimento più ampio nelle fasi antecedenti la definizione dei contenuti assistenziali da garantire all'ospite (53%);
- tutti i CSA hanno adottato una Carta dei Servizi\* (100%);
- 7 CSA hanno un URP\* per gestire la comunicazione con i propri interlocutori (41%);
- 1 CSA ha redatto un Bilancio Sociale\* (6%);
- 15 CSA somministrano in modo sistematico il questionario per la valutazione del servizio\* (88%).

Da questi dati si evidenzia in modo piuttosto chiaro l'esistenza di una forte disomogeneità nella diffusione di questi strumenti. Alcuni sono già prassi aziendale (le carte dei servizi e i questionari di customer satisfaction, anche se per questi ultimi si ricordano i già citati limiti legati ad un loro uso nei servizi sociali), mentre altri rappresentano un'assoluta novità. Sarà quindi interessante verificare se nei prossimi anni vi saranno delle significative evoluzioni al riguardo.

In aggiunta a questo e per meglio interpretare queste informazioni, è necessario chiarire come nella ricerca si è semplicemente rilevata la presenza o meno di questi strumenti, senza entrare nel merito dei criteri di uso degli stessi e di quali effetti hanno avuto sulle performance aziendali (in termini di efficienza ed efficacia)<sup>12</sup>. Avere un URP o redigere un Bilancio Sociale non necessariamente significa avere un servizio migliore. Infatti, molto dipende da come questi strumenti sono stati adottati, da come sono stati recepiti dall'organizzazione, da come hanno migliorato la cultura aziendale. Per chiarire questo concetto si prenda ad esempio l'uso della "Carta dei servizi". Essendo questa un requisito che la Regione Veneto richiede per ottenere l'autorizzazione al funzionamento, era scontato registrare una percentuale di diffusione pari al 100%. Ma prima ancora che un obbligo di legge, la Carta dovrebbe rappresentare uno strumento che l'azienda ha a disposizione per indirizzare e motivare l'organizzazione verso il conseguimento di migliori livelli di performance (Tanzi, 2003).

---

<sup>12</sup> Queste riflessioni possono essere estese anche alle variabili rientranti nella categoria "Logiche e strumenti manageriali".

### *Integrazione con il territorio e la cittadinanza*

Nel momento in cui una struttura per anziani riesce ad instaurare un rapporto dialettico con il proprio contesto di riferimento, incrementa il livello qualitativo del servizio offerto in quanto:

- consente all'ospite di mantenere vivi i legami che aveva prima di entrare in struttura. Infatti, l'anziano istituzionalizzato vede modificare il proprio rapporto con il mondo esterno, con una totale perdita dei suoi precedenti ruoli sociali. La perdita di queste relazioni rappresenta una forte deprivazione (Censi, 2001) ed è quindi importante aiutare la persona a ristabilire una connessione con il suo passato;
- si fa promotrice di un nuovo concetto di terza/quarta età tra la cittadinanza, creando una coscienza collettiva sulle problematiche legate alla non autosufficienza, favorendo il superamento degli stereotipi e/o delle paure che la nostra società ha sviluppato nei confronti della vecchiaia, della decadenza fisica, della malattia e della morte.

Poste queste premesse, nella ricerca si sono osservate le seguenti due variabili, considerabili una sintesi – seppur parziale ed incompleta – dei concetti appena esposti:

- 5 strutture (29%) hanno predisposto in modo strutturato uno spazio autonomo\* per consentire ai familiari e/o amici di poter pranzare/cenare con il proprio parente/conoscente;
- 11 strutture (65%) hanno instaurato rapporti consolidati e formalizzati con associazioni che operano nei propri servizi\*.

### *Logiche e strumenti manageriali*

L'introduzione di logiche e strumenti manageriali nei servizi sociali rappresenta un'opportunità affinché gli stessi possano rinnovarsi nei contenuti e migliorare le proprie performance, economiche e non. Il tema del buon governo delle strutture residenziali rappresenta una sfida da cogliere al fine di garantire la tenuta del sistema di Welfare e favorire l'evoluzione della rete dei servizi verso modelli di presa in carico sempre più coerenti alle mutevoli esigenze dell'anziano non autosufficiente.

Per tali considerazioni le nostre osservazioni si sono concentrate su due aspetti:

- la cultura della misurazione\*, in quanto senza un corretto monitoraggio del “che cosa si fa” e del “come lo si fa” difficilmente si potranno elaborare delle adeguate strategie aziendali. Al riguardo gli strumenti analizzati sono stati:

- ✓ l'uso della contabilità analitica/industriale, che consente d'avere una più precisa misurazione dei costi per centri di responsabilità: adottata da 6 CSA (35%);
- ✓ l'introduzione del sistema di budgeting, per la definizione degli obiettivi aziendali e la coerente assegnazione/gestione delle risorse: adottato da 6 strutture (35%);
- ✓ l'ottenimento della certificazione di qualità, che fissando degli standard e documentando quanto si fa, permette d'analizzare le cause di non conformità e verificare la correttezza delle modalità d'azione: ottenuta da 5 CSA (29%);
- ✓ la somministrazione di questionari e/o l'uso di altri strumenti d'indagine per misurare la soddisfazione lavorativa: in uso presso 9 strutture (54%).
- la capacità di mettersi in rete\*, ossia di costruire alleanze con soggetti esterni all'azienda (USSL; Comuni; imprese private; altre strutture residenziali; altri servizi socio-sanitari o socio-assistenziali; etc.) con l'obiettivo di acquisire vantaggi economici, diversificare il proprio portafoglio di offerta, aprirsi al territorio e alle sue esigenze:
  - ✓ 7 strutture hanno realizzato collaborazioni per l'acquisto congiunto di beni e servizi (presidi per l'incontinenza; prodotti monouso), mentre 5 strutture fanno parte di un più ampio gruppo industriale. Quindi complessivamente 12 strutture (71%) hanno avviato un percorso per migliorare il loro potere contrattuale nei processi d'acquisto dei fattori produttivi;
  - ✓ 14 strutture (82%) erogano servizi congiuntamente e/o in modo coordinato con altri enti (pasti a domicilio; assistenza domiciliare; mense comunali; etc.).

Le informazioni raccolte mostrano come i CSA analizzati abbiano intrapreso un interessante cammino verso la partecipazione a network inter-aziendali, mentre sarà necessario recuperare il tempo perduto sul tema della misurazione delle performance aziendali, in ritardo anche per la scelta di non modificare il sistema contabile in uso presso le IPAB venete.

#### **5.4. La soddisfazione organizzativa degli operatori socio-sanitari**

Il tema della soddisfazione nella vita lavorativa è un tema complesso, nel quale trovano sintesi un ampio spettro di variabili correlate tra loro, come fattori individuali, culturali, sociali, organizzativi ed ambientali. Al fine di ricostruire e sintetizzare le dinamiche legate a queste variabili, si è proceduto empiricamente interrogando direttamente parte gli operatori delle strutture residenziali analizzate, facendo ricorso alla somministrazione di un questionario.

In questo lavoro ci si è avvalsi del Questionario di Soddisfazione Organizzativa – QSO (Cortese, 2001). Nel QSO si richiede all'intervistato di esprimere un giudizio riguardo il proprio livello di soddisfazione per ciascuno degli aspetti lavorativi proposti (indagati attraverso venti item), in funzione delle condizioni vissute nella propria azienda. Il livello di soddisfazione viene misurato su di una scala a sette punti: 1 = “per nulla soddisfatto”; 7 = “completamente soddisfatto”. Vengono considerati significativi sia i punteggi ottenuti dai singoli item, sia il punteggio complessivo. I venti item fanno riferimento ai diversi aspetti ritenuti determinanti nella creazione della soddisfazione organizzativa. Per garantire una maggiore coerenza con il contesto lavorativo socio-assistenziale, è stato necessario adattare l'originario modello QSO, integrandone alcune sue componenti. Innanzitutto sono stati sostituiti alcuni degli item proposti che facevano riferimento ad aspetti lavorativi non correlati alle caratteristiche dei servizi residenziali<sup>13</sup>. Al questionario è stata poi aggiunta una sezione, con cui si sono rilevate alcune dimensioni anagrafiche dei rispondenti (età; sesso; ruolo professionale ricoperto; posizione lavorativa; tipologia di contratto; anzianità lavorativa nella struttura; etc.). Queste informazioni ci hanno permesso di qualificare meglio il profilo dei rispondenti e verificare l'esistenza o meno di correlazioni fra alcune di queste caratteristiche e il livello di soddisfazione espresso.

In tutto sono stati 340 gli operatori ai quali è stato somministrato il questionario, garantendo in questo modo un campione equamente ripartito su tutte le strutture in cui si è svolta l'indagine. La somministrazione è stata condotta direttamente dai ricercatori IRES, senza interferenza da parte della dirigenza delle strutture nelle quali ci si è recati e la restituzione è avvenuta garantendo il totale anonimato dei rispondenti.

#### 5.4.1 Il modello teorico di riferimento

Per poter meglio interpretare le informazioni raccolte ed individuare quegli elementi in grado di influenzare maggiormente i livelli di soddisfazione degli operatori, è stato utilizzato il modello dei “fattori igienici e fattori motivanti” di Frederick Herzberg (Herzberg *et alt.*, 1959; Herzberg, 1968).

Nei suoi studi, Herzberg sviluppa una riflessione sui fattori che stanno alla base della soddisfazione in ambito lavorativo ed opera una distinzione fra le definizioni di soddisfazione e motivazione. Secondo l'Autore, il contrario della soddisfazione nel lavoro non è l'insoddisfazione, ma l'assenza di soddisfazione.

---

<sup>13</sup> Per esempio, nel modello originale del QSO si faceva riferimento ai benefit integrativi, strumenti difficilmente utilizzati nel settore socio-assistenziale. Questo item è stato da noi sostituito con “l'utilità sociale del lavoro svolto”, riconoscendo in questo aspetto una specie di ricompensa meta-economica, in aggiunta alla retribuzione. Un altro importante cambiamento apportato è stato il riferimento alle relazioni con ospiti ed i loro familiari, ovviamente non previsto nel modello originale di QSO.

In modo analogo, l'opposto della insoddisfazione è l'assenza di insoddisfazione. Il modello consente di distinguere i fattori legati alle caratteristiche esteriori del lavoro (come per esempio il livello di retribuzione, la sicurezza dell'impiego, l'ambiente fisico di lavoro, etc.), chiamati anche *fattori igienici*, da quelli legati agli aspetti interiori della vita lavorativa, legati all'auto-realizzazione individuale (per esempio il riconoscimento dell'utilità del proprio lavoro, la percezione della valorizzazione della propria autonomia, il riconoscimento dei propri meriti, etc.), definiti anche *fattori motivanti*. La sola presenza di condizioni lavorative adeguate o comunque percepite positivamente dal singolo non è presupposto sufficiente a garantire il massimo livello di soddisfazione, coinvolgimento ed impegno da parte del lavoratore. Ciò che spinge la persona a spendersi con maggiore stimolo ed energia, garantendo una maggiore produttività, sono gli aspetti legati al proprio lavoro che appagano bisogni superiori dell'individuo, ossia i fattori motivanti. I fattori igienici non possono da soli garantire una reale soddisfazione, sebbene il miglioramento delle condizioni relative a tali fattori può portare a diminuire l'insoddisfazione. È solo puntando a valorizzare le motivazioni individuali, che si può raggiungere un più elevato livello di soddisfazione.

Partendo da questo schema logico, abbiamo riconsiderato gli item del QSO utilizzato nella ricerca reinterpretandoli secondo la *teoria dei due fattori* di Herzberg. I venti item sono stati quindi riclassificati ed analizzati come di seguito si propone [Tabella 5.13].

Tabella 5.13. I venti item QSO, riclassificati secondo la teoria di Herzberg

Fattori igienici	Fattori motivanti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ambiente fisico di lavoro</li> <li>• La sicurezza sul luogo di lavoro</li> <li>• Il livello di retribuzione</li> <li>• L'equilibrio tra lavoro e tempo libero</li> <li>• La sicurezza dell'impiego</li> <li>• Le possibilità di dire con franchezza ciò che si pensa</li> <li>• Le relazioni con i colleghi</li> <li>• Le relazioni con i superiori</li> <li>• L'informazione e la comunicazione interna</li> <li>• L'organizzazione dell'orario di lavoro</li> <li>• La programmazione e il controllo delle attività</li> <li>• Le relazioni con gli ospiti o i loro familiari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I contenuti del lavoro</li> <li>• L'immagine e il prestigio dell'azienda</li> <li>• L'utilità sociale del lavoro svolto</li> <li>• Il riconoscimento dei meriti individuali</li> <li>• L'autonomia e la discrezionalità</li> <li>• L'autonomia e la discrezionalità</li> <li>• Le opportunità di carriera</li> <li>• La definizione dei compiti e delle responsabilità</li> <li>• Le occasioni di formazione ed apprendimento</li> </ul>

### 5.4.1 Le informazioni raccolte con il questionario

Le caratteristiche dei soggetti rispondenti al nostro questionario possono essere riassunte nei seguenti punti [Tabella 5.14]:

- l'81% sono OSS, mentre il restante 19% IP. Questa ripartizione è peraltro perfettamente in linea con la ripartizione rilevata a livello nazionale nell'indagine Istat "L'assistenza residenziale in Italia - 2008" (dati al 31-12-2005);
- l'85% dei rispondenti sono donne, mentre il restante 15% uomini. Anche queste percentuali sono in linea con la ripartizione tra generi rilevata nella già citata indagine Istat: all'interno delle due professionalità da noi considerate la ripartizione tra generi è pari all'87% per le donne e 13% per gli uomini;
- i lavoratori di nazionalità italiana sono pari all'89%, mentre quelli stranieri sono l'11%<sup>14</sup>;
- rispetto alla tipologia contrattuale, vi è una maggiore concentrazione di rispondenti in corrispondenza del contratto a tempo indeterminato (84%), a fronte di un numero più ristretto di contratti a tempo determinato (13%);
- infine, per quanto riguarda l'anzianità lavorativa, più della metà dei rispondenti (56%) presta servizio presso il CSA da più di cinque anni.

Tabella 5.14. Composizione anagrafica dei rispondenti

Sesso	uomo	14%
	donna	85%
	MISSING: % sul totale	1%
Nazionalità	italiana	87%
	straniera	11%
	MISSING: % sul totale	2%
Lavoro svolto all'interno della struttura	funzione infermieristica	15%
	funzione di assistenza socio sanitaria	81%
	MISSING: % sul totale	4%
Posizione lavorativa rispetto alla struttura	dipendente della struttura	70%
	dipendente o socio di altra società	24%
	libero professionista	3%
	altro	1%
	MISSING: % sul totale	2%

<sup>14</sup> Per avere un quadro sul fenomeno degli operatori stranieri socio-sanitari operanti in Italia, si rinvia alla lettura dell'articolo di Mellina, Pittau e Ricci "Quanti lavoratori stranieri nel settore infermieristico?", pubblicato in *Monitor* n. 18/2006.

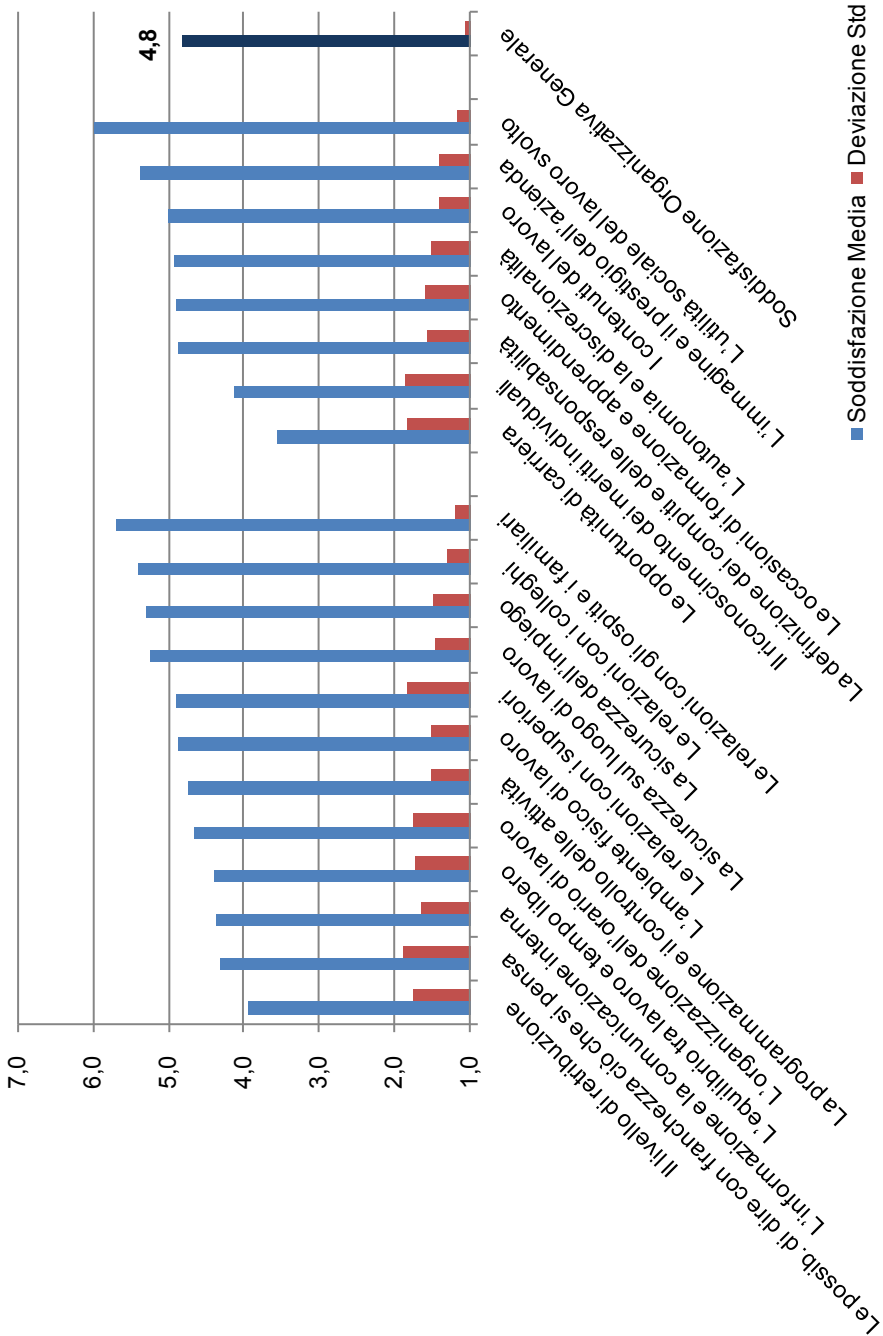
Tipologia di contratto di lavoro	a tempo indeterminato	84%
	a tempo determinato	13%
	altro	2%
	MISSING: % sul totale	1%
Anni di servizio presso la struttura	oltre i 10 anni	36%
	tra 5 e 10 anni	20%
	tra 2 e 5 anni	18%
	tra 1 e 2 anni	9%
	meno di 1 anno	16%
	MISSING: % sul totale	1%

Nel grafico 5.1 sono riportati i valori medi rilevati per ogni singolo fattore di soddisfazione, a loro volta divisi fra “fattori igienici” e “fattori motivanti”. Il valore della soddisfazione organizzativa generale - dato dalla media aritmetica delle valutazioni espresse da tutti gli intervistati rispetto agli item proposti - risulta essere piuttosto buono ( $M = 4,8$ ), indicativo di un contesto di lavoro soddisfacente e motivante per gli operatori dei CSA. Inoltre, per quasi tutti i fattori indagati si riscontra un livello di soddisfazione superiore al valore centrale della scala utilizzata (soddisfazione  $> 4$ ), a parte due aspetti che invece si collocano al di sotto di tale valore: il fattore igienico “Livello di retribuzione” ( $M = 3,9$ ) ed il fattore motivazionale “Opportunità di carriera” ( $M = 3,5$ ).

I fattori igienici ritenuti più soddisfacenti sono “Le relazioni con gli ospiti ed i familiari” ( $M = 5,7$ ), “La sicurezza sul luogo di lavoro” ( $M = 5,2$ ), “La sicurezza dell’impiego” ( $M = 5,3$ ) e “Le relazioni con i colleghi” ( $M = 5,4$ ).

I fattori motivanti che si collocano su livelli di gradimento superiori sono, invece, “L’immagine ed il prestigio dell’azienda” ( $M = 5,4$ ) e “L’utilità sociale del lavoro svolto” ( $M = 6,0$ ). Per altro è interessante osservare come quegli aspetti che presentano un più alto livello di soddisfazione, siano caratterizzati da una sostanziale omogeneità di giudizio tra i rispondenti, sintetizzata da un basso valore della deviazione standard.

Grafico 5.1. Livello di soddisfazione organizzativa media per singolo item (fattori igienici e fattori motivanti)





Incrociando i livelli di soddisfazione organizzativa individualmente espressi con le variabili anagrafiche dei singoli rispondenti<sup>15</sup> si osserva che:

- tra gli operatori socio-sanitari si rileva una maggiore frequenza delle risposte con “valore positivo<sup>16</sup>”, rispetto agli infermieri professionali;
- vi è un maggior numero di operatori stranieri che si dichiarano positivamente soddisfatti rispetto ai colleghi italiani;
- i lavoratori con più anni di anzianità ed inquadrati con tipologie contrattuali più stabili tendono ad esprimere mediamente un minor numero di risposte positive sui temi proposti<sup>17</sup>, rispetto ai colleghi più giovani e legati all’azienda da forme contrattuali meno stabili.

## 5.5. La parola a residenti e familiari

Nell’ambito della ricerca sulla qualità dei servizi erogati dai CSA si è voluto considerare anche il parere dei fruitori diretti di cinque delle strutture del campione, unitamente all’opinione di alcuni dei familiari e rappresentanti dei Comitati dei residenti nelle medesime strutture. Fino a questo punto della ricerca, la descrizione effettuata della gestione e dell’organizzazione dei CSA supportata da dati e informazioni verificabili è – di fatto – ampiamente articolata e documentata. Possiamo perciò dire che essa ci fornisce una fotografia dettagliata dei servizi e ci restituisce un’immagine soddisfacente delle dimensioni e caratteristiche del fenomeno. Del resto, è altrettanto vero che non ci restituisce quello spessore e quella complessità dell’“agito” che fa di una residenza per anziani un fenomeno sociale complesso.

Assumere il versante dell’utenza - anche a partire dalla complessità psicoculturale dei soggetti - non può che incidere sull’intera strategia socio-sanitaria e socio-assistenziale. La tendenza demografica degli ultimi decenni implica una crescita esponenziale di infermità degenerative, di degenze definitive e rende necessario ripensare la pratica e l’erogazione dei servizi assistenziali ponendo par-

---

<sup>15</sup> Il metodo adottato per compiere questa analisi è stato il modello di scelta binaria di tipo probit. Di seguito si riportano solo quelle correlazioni verificate con un grado ragionevole di certezza (PValue < 5%, ossia le probabilità che non vi sia alcuna correlazione sono uguali od inferiori al 5%).

<sup>16</sup> Nell’elaborazione di questi dati sono considerate “valutazioni positive” le risposte con valori compresi tra 5 e 7, mentre “valutazioni negative” le risposte con valori compresi tra 1 e 3. E’ stato considerato neutro il valore centrale della scala (soddisfazione = 4).

<sup>17</sup> Anche Cortese (2001), nel lavoro di standardizzazione del QSO, riscontra delle correlazioni simili e giustifica tali particolarità al momento evolutivo caratterizzante il contesto lavorativo italiano. Le aspettative che i lavoratori assumono al momento della loro entrata nel mondo del lavoro e che strutturano durante la loro vita lavorativa, si vedono progressivamente erose. Per i soggetti con più alta anzianità, sebbene tendenzialmente inquadrati con contratti più stabili, il passato risulta idealizzato e tratteggiato in termini di minori carichi di lavoro, migliori relazioni interne, più elevato benessere, mentre il presente risulta svalutato e caratterizzato in termini negativi.

ticolare attenzione alla soggettività, all'emozione e alla cultura degli assistiti, favorendo altresì una sempre più consapevole e "partecipata" gestione degli utenti quali attori di primo piano. Perciò, al di là delle potenzialità conoscitive intorno al fenomeno, si tratta di cogliere le ricadute operative<sup>18</sup> di uno strumento quale l'ascolto delle soggettività, in quanto esso può costituire un momento imprescindibile per fare emergere asimmetrie e coincidenze, per far integrare i linguaggi complementari di utenti, familiari, operatori e amministratori.

Parallelamente, le opinioni dei familiari dei residenti sono assunte ad oggetto di analisi nel tentativo di contribuire ad un allargamento della partecipazione alla valutazione dei servizi, sia facendo sì che utenti indiretti guadagnino il ruolo di attori consapevoli del complesso sistema socio-sanitario, sia promuovendo l'acquisizione della congruenza e dell'autorevolezza del punto di vista di cui sono portatori<sup>19</sup>. Infatti, la definizione di salute, benessere e qualità della vita dipende dall'interazione fra istituzioni sanitarie, medici, personale paramedico, malati, assistiti e loro familiari (Leonini, 2004). Il familiare, pur non rispecchiando le esigenze del residente, può fornire un ulteriore punto di vista sulla qualità del trattamento ricevuto dai parenti in struttura e, soprattutto, può dare importanti indicazioni su eventuali esigenze che siano a lui stesso riferite. Nella prospettiva qui assunta il coinvolgimento degli utenti indiretti si pone l'obiettivo di considerare quali siano le priorità espresse per il benessere dei loro parenti e di quali esigenze essi siano portatori.

### *5.5.1. Lo strumento d'indagine: le tracce di intervista e i temi proposti*

La raccolta delle opinioni è stata effettuata attraverso la registrazione di interviste individuali ai residenti e interviste di gruppo ai familiari. A partire dalla mappa concettuale indicata nello schema di analisi della tabella 5.12, le domande hanno portato alla costruzione di tracce di interviste basate su di un modello ibrido non-standard, semi-strutturato, biografico. Ogni domanda principale fa riferimento a un tema ricavato dalla mappa concettuale e si prevede di accompagnarlo ad un numero non vincolato di approfondimenti o rilanci, plausibili (ma non probabili), che richiamano uno sviluppo categoriale dei temi che sono stati messi in luce per indagare l'opinione sulla qualità del servizio, senza escludere che dalle risposte emergano eventuali criticità o problematiche.

<sup>18</sup> "La spendibilità non può che essere concepita quale componente costitutiva dell'identità di ogni scienza" sostiene Cipolla (2002), illustrando il "proprio della spendibilità sociologica" di questo imperativo epistemologico.

<sup>19</sup> Le pratiche dell'assistenza, e in particolar modo i significati simbolici, legati alla qualità del vivere, si sono profondamente modificati dagli anni ottanta del secolo scorso, proprio in conseguenza all'irruzione nel sistema sociosanitario di attori che hanno promosso istanze e informazioni dalla parte degli assistiti e dei loro familiari. I destinatari dei trattamenti non si limitano a subire passivamente le prescrizioni sociosanitarie, ma richiedono un crescente coinvolgimento nelle decisioni terapeutiche e la condivisione delle scelte che li riguardano (Leonini, 2004).

Per la traccia rivolta ai residenti anziani [Tabella 5.15] i temi di ciascuna domanda sono chiaramente distinti l'uno dall'altro e potrebbero non essere in relazione associativa fra loro. Si tratta di domande che presentano una formulazione molto semplice e aperta, in modo da costituire per l'intervistato degli input cui rispondere liberamente sul suo vissuto in residenza e, per l'intervistatore, delle linee guida per precisazioni semantiche o nuove formulazioni (rilancio del tema). In questo modo si riesce ad avere una visione strutturata *ex-ante* su categorie precise che, in forma di rilancio, consentono all'intervistatore di rimanere entro un territorio semantico delimitato, pur conservando la discorsività dell'approccio biografico non-standard.

Tabella 5.15. Traccia per i residenti

Interpretazione: percezione dell'ambiente generale	Arrivo, permanenza
Quotidiano: vissuto del soggetto	Fasi della giornata, attività e svago nei diversi momenti
Socializzazione: vissuto del soggetto in comunità rapportato a spazi e attività condivise	Compagno/i di stanza; residenti vicini; gruppi ricreativi; amici, parenti e soggetti esterni alla residenza
Giudizio sul comfort offerto dal servizio alberghiero e assistenziale	Comfort universali (camera, spazio personale, letto, mobili, illuminazione, servizi igienici) servizi specifici (protesi, supporti, tutori)
Giudizio sul personale socio-sanitario	Specialisti, medico generico, infermieri, assistenti, personale non sanitario, ecc.
Giudizio sul servizio mensa	Gradimento pietanze, orari, luogo di conferimento, autonomia e scelta commensali
Giudizio conclusivo sulla residenza	Scelta autonoma della residenza, consiglio ad altri di fruirne

Lo sviluppo della seconda traccia per i familiari si compone di tre domande aperte [Tabelle 5.16]. La griglia di rilancio delle prime due domande (1. aspetti positivi e qualificanti il servizio residenziale; 2. aspetti negativi o che dovrebbero essere cambiati per qualificare il servizio) si colloca in linea con gli argomenti proposti ai residenti. Come nell'altra traccia, l'ultima domanda consiste in un input a esprimere un giudizio complessivo sulla qualità del servizio ed eventuali indicazioni di miglioramento, corrispondente all'ultimo degli input rivolti agli anziani ("*consiglierebbe ad un amico questa residenza?*").

## Traccia 5.16. Traccia per familiari

Quali sono, secondo voi, i punti di forza del servizio? (tema: aspetti positivi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual è stata la prima impressione?</li> <li>• Quale impressione avete adesso dopo un po' di tempo?</li> <li>• Cosa pensate ... <ul style="list-style-type: none"> <li>... degli spazi ricreativi?</li> <li>... della compagnia fornita all'anziano?</li> <li>... del personale?</li> <li>... dei servizi sociosanitari?</li> <li>... del servizio alberghiero?</li> <li>... del servizio mensa?</li> </ul> </li> </ul>
Quali, secondo voi, i punti di debolezza del servizio? (tema: aspetti negativi)	
Cosa è stato fatto o si può fare rispetto alla trasparenza della gestione? (tema: giudizio e consigli)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricevete sufficienti informazioni?</li> <li>• Avete un rapporto diretto col personale?</li> <li>• Avete consigli e suggerimenti per migliorare il servizio?</li> </ul>

*5.5.2. I soggetti coinvolti e i CSA esplorati*

Per rispettare l'anonimato dei venti residenti intervistati e dei familiari, sono state registrate le informazioni strettamente necessarie e rilevabili (per i residenti età, sesso ed indicazione approssimativa del tempo di soggiorno in CSA). Invece, non è stato possibile recuperare informazioni sul luogo di provenienza dell'ospite, sul suo stato di salute al momento dell'ingresso e nel momento dell'intervista, sulla sua condizione socio-economica, sulla professione svolta nel corso della sua vita e sul titolo di studio posseduto. Inoltre, non è stato possibile intervistare soggetti con un periodo di residenzialità sufficientemente omogeneo, come ci si era proposto. Ciò ha limitato la comparabilità delle opinioni e non ha agevolato il riscontro nella percezione dei residenti di un'eventuale evoluzione dinamica della qualità dei servizi offerti dalle strutture.

Fra i vincoli della ricerca, da ricordare la scelta di rispettare l'anonimato delle strutture che esclude una descrizione dei contesti abitativi in quanto li renderebbe riconoscibili e comparabili. Tale opzione non va intesa come un limite, poiché l'obiettivo di questa parte non consiste nella presentazione di studi di caso o nella stesura di una classifica, quanto piuttosto di considerare la specificità dei parametri e la complessità dei meccanismi che portano alla formazione del punto di vista dell'utenza diretta e indiretta, al fine d'individuare la sostenibilità di criteri differenziati ed esigenze anche contrapposte.

Secondo la natura giuridica, due dei cinque CSA esaminati sono Fondazioni, mentre tre sono IPAB. Quanto a dimensioni del servizio erogato, tre rientrano nella classe fra i 120 e i 200 posti letto, una supera i 200 posti letto, e una appartiene alla classe più piccola con 60 posti letto. Un dato rilevante, ai fini di un eventuale confronto, potrebbe risultare quello relativo al CSA3 (IPAB) e al

CSA4 (privato) entrambe di 130 posti letto, ma con un significativo scarto rispetto ai giorni di assistenza e alla forza lavoro impiegata [Tabella 5.17].

Tabella 5.17. Aspetti descrittivi delle strutture

	Natura giuridica	Posti letto	Totale giorni di assistenza	Forza lavoro impiegata (teste equivalenti)
CSA1	IPAB	139	46.018	108,07
CSA2	IPAB	245	89.318	186,04
CSA3	IPAB	130	31.349	98,99
CSA4	Privata	130	47.305	114,74
CSA5	Privata	60	21.256	48,00

### 5.5.3. I risultati dell'indagine

L'analisi delle opinioni riportate ci fornisce un materiale ricco d'informazioni e ci mette di fronte sia le problematiche dell'abitare in un CSA, sia l'estrema difficoltà di dare consistenza a una valutazione dell'appagamento effettivo di un familiare residente. La complessità nella definizione della qualità del servizio e del benessere dell'assistito riflette, infatti, la complessità di un sistema "a molti attori e molti livelli" (Balbo, 2004) e non è sufficiente tener conto della situazione e del contesto specifico in cui agiscono i soggetti coinvolti, ma risulta indispensabile cogliere come gli individui ed i gruppi operino nella costruzione di significati sociali relativi alla salute e all'assistenza, rispondendo a esigenze diversificate e contrapposte. Poiché l'ambito della qualità della vita e della salute incide direttamente sulla vita quotidiana, i soggetti sono portatori di aspettative che fanno riferimento a una "cultura ed a un immaginario sociale radicati e centrali nelle pratiche concrete" (Balbo, 2004) e riflettono bisogni e competenze (o incompetenze) che possono entrare in conflitto rispetto a valori e obiettivi collettivi.

Entro i limiti consentiti dall'approccio qui adottato, si potrà osservare come i parametri del residente in CSA appaiano fortemente condizionati dalla particolare situazione emotiva. Vi sono aspetti che esulano dalle possibilità di analisi offerte dal modello e che difficilmente possono essere indicati dagli standard correnti sulla qualità, ma che condizionano pesantemente il benessere e determinano l'opinione del residente. Questo vale anche per le opinioni espresse dai familiari che sono influenzate da aspettative almeno in parte decentrate rispetto al modello. Si è comunque tentata una ri-organizzazione del senso degli elementi emersi dalle rilevazioni sottolineandone di volta in volta la complessità e cercando di limitare le forzature.

### *Dimensione assistenziale*

Per l'anziano residente, modello assistenziale e rapporto con il personale si equivalgono e risultano difficilmente distinguibili: essere curato in modo soddisfacente significa, innanzitutto, essere trattato con una cortesia che egli deve sentire come autentica. La professionalità e la perizia sono valutate in quanto “umaneamente esercitate”, prima che “tecnicamente conformi”. Quasi sempre l'opinione sul personale riflette una soddisfazione di tipo affettivo ed emerge un profondo rispetto da parte dell'anziano verso il lavoro svolto, accompagnato da una forte responsabilizzazione delle proprie necessità, che inducono il residente anche a contenere le proprie richieste. In altri termini, sembra che la condizione di “ospite” prevalga su quella di “cittadino residente”, tanto che il soggetto non si sente legittimato a “fare delle richieste” ed appare spesso passivo, in una relazione che sembra presentare un'accentuata asimmetria. Alcuni anziani, anche se non protestano, appaiono costretti alla discrezione da questo vissuto, un po' succube, più che non esauditi nelle aspettative.

*“Sono tutte brave, sono affezionata come se fossero delle figlie. Ma ci sono delle cose che non vanno bene [...] ogni otto giorni mi fanno la doccia, io la farei ogni giorno, ma non si può.”* Abbassa la voce e dice: *“Questo non lo metta, ma bisogna accontentarsi.”* (residente CSA3C).

*“Il personale? Non ho niente da dire. Anche stanotte ho suonato il campanello e non mi hanno mica sgridato.”* (residente CSA5A).

Secondo i rappresentanti dei familiari, uno dei punti di maggiore criticità riguarda l'elevato tasso di turn over del personale, per lo più dovuto all'uso di operatori esterni provenienti dalle cooperative. Il CSA3 – seguendo un percorso inverso alla generale tendenza di esternalizzazione – ha affrontato la questione preferendo abbandonare il rapporto di fornitura precedentemente instaurato e, nonostante questo abbia determinato un aumento delle rette, i familiari si dichiarano soddisfatti di tale scelta strategica, in quanto confortati dalla stabilità e dalla preparazione del personale interno, per il quale gli stessi hanno richiesto e sostenuto l'erogazione di corsi di aggiornamento ad hoc, su temi specifici, quali l'assunzione dei liquidi e la prevenzione della disidratazione. A parte questo aspetto di criticità, da parte dei parenti vi è comunque un generale apprezzamento della professionalità e della disponibilità del personale, anche se non si può omettere che ovunque il numero degli operatori è stato segnalato come insufficiente rispetto ai bisogni sempre più complessi ed articolati dei propri cari.

*“L'amministrazione fa riferimento alle cooperative perché costano di meno, così non incidono sulla retta, ma noi non siamo contenti. Intanto non ci vor-*

*rebbe questo turno over, perché gli anziani si affezionano, mentre ci hanno detto che il personale si stanca.*” (familiare CSA1).

*“Non c’è in struttura un medico geriatra. Ci sono solo i medici di base della zona che si prendono in carico i nostri parenti, perché sono residenti qui. Io non sono contenta. Questo vuol dire che manca l’assistenza sanitaria.”* (familiare CSA2).

Un altro indicatore utile a valutare il modello assistenziale è dato dalle attività di socializzazione e animazione, per le quali si sono rilevate delle significative differenze tra i servizi analizzati (3,4% delle ore di animazione sulle ore totali lavorate per il CSA3, contro il 2,4% registrato nel CSA4). Se per i familiari è possibile ritrovare un collegamento tra la presenza o meno di queste attività ed il giudizio espresso sul servizio ricevuto, i residenti – tranne poche eccezioni – sono risultati piuttosto indifferenti alle attività ricreative. Difficile che si esprimano con particolare entusiasmo, anche quando le seguono in modo regolare. Anche se in genere le animatrici sembrano amate dall’anziano, si intuisce una sorta di distacco dalle attività, vissute quasi sempre come rituali o sentite poco spontanee. In realtà, l’anziano sembra molto più interessato alla socializzazione, intesa come la genuina compagnia delle altre persone e lamenta spesso la solitudine e la difficoltà a rapportarsi agli altri residenti.

*“Lunghissima [con riferimento alla giornata, N.d.A.], non finisce mai [...] Il pomeriggio ci sono le signorine nel salone, che a volte ci leggono il giornale, poi ci fanno pitturare, disegnare. Io non faccio il riposino, lo fanno quelli più anziani. Le giornate sono sempre uguali. Se non ci fossero le signorine non ci sarebbe niente.”* (residente CSA3D).

*“Non c’è mai nessuno. Io avrei bisogno di un gruppo, di amici, di qualcosa [...]. Mi sento spaesata, mi sento sola. Sola al mondo. Sa cosa vuol dire? Mi piacerebbe avere un gruppo di amiche e andare fuori a mangiare la pizza, andare al cinema o all’opera insieme. Sono tutte piccole cose, ma riempiono la vita.”* (residente CSA1B).

### **Dimensione alberghiera**

Rispetto la qualità del servizio alberghiero, la situazione nei cinque CSA in esame si presenta piuttosto diversificata anche se le soluzioni adottate in termini di servizi e comfort, pur non equivalendosi, sembrano presentare un equilibrio complessivo che permette di parlare di prestazioni soddisfacenti. Pertanto, a fronte di situazioni diversificate, si può affermare che i residenti godono in misura compensata di questo o quel vantaggio: camera singola o bagno personale, di-

sponibilità di spazi per l'area pranzo piuttosto che per l'area soggiorno e/o ricreativa, varietà di pietanze, etc.

Se si passa alle opinioni raccolte, si può osservare che presso i residenti il servizio alberghiero riscuote un gradimento generalizzato e dalle interviste non sono state rilevate forme particolari di malessere o disagio rispetto al comfort offerto dalle strutture. Tuttavia, ciò che risalta non è tanto l'assenza di lamentele rispetto alla situazione abitativa, quanto il diffuso disinteresse dei residenti rispetto a questa dimensione. Al riguardo si ha l'impressione che chi vive in CSA, anche se in grado di individuare e giudicare gli standard di igiene e comfort, non incarna il profilo del cliente esigente in termini di prestazioni alberghiere, cosa che sembra confermare l'insufficienza di criteri troppo vincolati alla soddisfazione del cliente. Piuttosto, il residente tende a considerare l'ambiente in cui abita in un continuum con il clima affettivo e considera prioritaria la possibilità di gestire la sua quotidianità liberamente.

Altrettanto è significativo che la maggior parte delle risposte degli anziani alla domanda sulla camera da letto, con cui si intendeva sondare più direttamente la soddisfazione per i servizi alberghieri, contengono una valutazione che non è mai centrata sull'aspetto abitativo in senso stretto quanto piuttosto sulla privacy e sulla possibilità, sempre molto apprezzata, di disporre di una stanza singola o, in caso contrario, sul rapporto col compagno/a di stanza. Tali criteri sono riconducibili a due esigenze, chiaramente manifestate da più soggetti, che vanno dal bisogno di una maggior intimità e privacy, alla mancanza di opportunità di socializzazione. Quasi l'anziano in CSA si dibattesse fra le difficoltà della convivenza e il bisogno di compagnia.

*“Siamo in due. Quello che stava con me prima è morto due giorni fa. Adesso quello che c'è è vecchiotto, ma è tranquillo. Però non mi piace guardare la televisione in camera, perché ho paura di disturbare ... essendo in due.”* (residente CSA5C).

*“La camera mi piace. E anche la persona che ho dentro. Prego che viva fin che vivo io. Il primo mese ero con una bisbetica e ho dovuto portare via il televisore, non potevo accendere la luce, fin che si è liberato questo posto.”* (residente CSA2A).

Generalmente, l'anziano che può disporre di una stanza singola si dichiara più soddisfatto di quello che deve dividerla. Probabilmente, le ragioni di questa preferenza fanno capo all'impossibilità di scegliere il compagno di stanza e all'alta probabilità di essere tenuto a condividere lo spazio con persone gravemente invalidate o di assistere inevitabilmente a decessi, anche ripetuti.

Rispetto alla qualità e quantità delle vivande non sono state registrate lamentele significative, se non in CSA2. Alcuni rilievi riguardano la rotazione del-



le pietanze o una certa negligenza nel menù del pasto serale (in due CSA), oppure sono riconducibili al gusto personale e/o alle restrizioni dietetiche determinate da patologie. Più frequentemente, i residenti hanno manifestato un certo disagio rispetto al tempo dedicato alla somministrazione del pasto o all'attenzione che il personale può dedicare nel seguire le persone che hanno maggior necessità di ricevere un supporto durante l'assunzione del cibo.

*“Il cibo non è male, però bisogna fare presto, perché c'è poco personale.”* (residente CSA3C).

I familiari, invece, risultano particolarmente attenti all'aspetto alberghiero, spese volte usato per motivare la scelta del CSA. Sono le priorità a non trovare coincidenza con quanto espresso dai residenti, dal momento che per i familiari conta molto, oltre alla pulizia, la qualità dell'edificio e dell'arredo delle stanze, la presenza di servizi (come bar o ristoranti) e di aree riservate agli esterni.

*“Quelli che vengono da altre strutture pensano di essere arrivati in un albergo. Fin troppo lusso. Sentono il salto. Le camerette sono da due, mentre prima erano piccole e ce n'erano anche da tre o quattro. È pulito, non ci sono cattivi odori. Credo che anche mia madre sia contenta.”* (familiare CSA4).

### **Riconoscimento dell'autonomia e della privacy dell'anziano**

A partire dall'assunzione dei residenti quali cittadini soggetti di diritti individuali, il riconoscimento dell'autonomia e della privacy è stato considerato dal gruppo di ricerca come indicativo della qualità del servizio erogato.

Purtroppo, sotto questo aspetto, la situazione non appare soddisfacente, per quanto nel CSA4 siano rispettati tutti i requisiti da noi individuati e nel CSA2 ben tre requisiti su quattro. Tuttavia, anche in quest'ultimo caso, come in altri tre CSA, un punto dolente riguarda la mancata garanzia di privacy nel momento dell'igiene personale dell'ospite. Tale carenza è avvertita dagli ospiti – soprattutto donne – come un mancato rispetto alla loro persona, che si sente ridotta a un corpo da lavare, curare e nutrire, verso cui viene agita un'indifferenza tecnica che spesso risulta dolorosa. In questo senso, i vissuti sembrano filtrati da una corporeità che avverte prepotentemente la mancanza d'autonomia e che amplifica a dismisura anche pratiche banali, trasformandole in esperienze negative.

*“Per l'igiene ho combattuto tanto perché non volevo gli infermieri uomini, ma il personale è poco. Adesso mi sono abituata, ma in principio era una disperazione, una guerra ogni mattina. Ho chiesto al Signore di aiutarmi.”* (residente CSA3D).

Rispetto agli altri elementi riguardanti l'autonomia riconosciuta al residente, ossia la libertà di decidere l'ora ed i tempi dell'alzata e messa a letto, piuttosto che la possibilità di personalizzare la propria camera o di scegliere le persone con cui consumare i pasti, ci troviamo di fronte a una situazione di parziale inadeguatezza piuttosto generalizzata, che fa supporre un ritardo culturale nel processo di definizione del servizio erogato.

### *Trasparenza, partecipazione dei parenti*

L'aspetto relativo alla trasparenza nelle informazioni e alla capacità di ascolto delle esigenze delle famiglie chiamano in causa segnatamente le opinioni espresse dai parenti, dalle quali emerge una carente attrezzatura valutativa con cui formulare giudizi credibili e quindi spendibili in sede negoziale.

La situazione risulta piuttosto articolata, anche in ragione del fatto che non sempre i Comitati dei familiari sono strutturati e funzionanti. Addirittura, per il CSA2 i familiari hanno costituito una propria associazione, in quanto non soddisfatti delle precedenti esperienze del Comitato. Dovendo tracciare un bilancio, sembra di poter constatare una maggiore consapevolezza valutativa, anche se non pienamente sviluppata e matura, da parte dei familiari delle IPAB, rispetto ai familiari dei CSA privati. Questi ultimi sono risultati particolarmente confortati dalla informalità della gestione, mentre i familiari delle IPAB avvertono maggiori esigenze di ascolto e di trasparenza da parte della direzione. Su questo punto – a fronte di un lavoro durato anni, in cui i familiari si sono impegnati in modo proattivo – si è espresso positivamente solo il Comitato di CSA3.

*“Come Comitato, tre anni fa ci sono state molte, troppe difficoltà. Eravamo vissuti come un'invasione di campo. Era una cosa nuova. Un po' alla volta, quando si è capito che il nostro compito era di coadiuvare, che non eravamo un sindacato, ma che volevamo portare dalla base le nostre piccole esigenze, siano stati accettati bene. Tante situazioni, tante problematiche sono state risolte.”* (familiare CSA3).

*“C'è un particolare: qui noi ci conosciamo tutti ... il direttore ... gli infermieri ... il personale. Quindi la trasparenza c'è in modo molto naturale. Ci conosciamo da sempre.”* (familiare CSA4).

Tra i temi sollevati rimane aperto ed irrisolto il conflitto fra l'esigenza di garantire un'assistenza il più possibile premurosa ed adeguata all'anziano ed i costi del personale che – per alcuni parenti, in particolare dei CSA1 e CSA2 – sono considerati responsabili del “caro retta”. D'altro canto, i familiari del CSA3 hanno manifestato una loro completa adesione alle politiche adottate per la gestione del personale ed hanno assunto una posizione equilibrata rispetto all'incidenza che

tale scelta (operatori interni e stabili; presenza del medico di notte; etc.) ha avuto sulla retta da loro pagata.

### *Integrazione con il territorio*

L'integrazione della struttura con il territorio rappresenta un importante fattore per la qualità della vita dell'anziano ospite e contribuisce alla tessitura di un patto intergenerazionale più solido, se praticato da una cittadinanza partecipe ai meccanismi di governance sociale e territoriale. Al riguardo, tra le strutture analizzate il CSA2 rappresenta un interessante esperimento in quanto, dal punto di vista urbanistico, si colloca nel centro storico della cittadina ospitante, con il quale "dialoga" attraverso un ampio giardino e delle ampie vetrate e, dal punto di vista architettonico, è dotato di ampi saloni e zone ricreative (con relativo bar-caffè) aperte all'intera popolazione.

*"I miei amici vengano da fuori, perché ogni pomeriggio giochiamo a tombola e io faccio la cassiera. [...] Comunque ho tante amicizie fuori. Non solo al momento della tombola, anche dopo. Per esempio, stasera, ci fermiamo giù. Non vengo su a cena, restiamo al bar e ci facciamo fare dei toast, si beve qualcosa, si sta in compagnia fino alle otto. Mi piace di più. Le esterne mi portano notizie da casa, da fuori."* (residente CSA2).

Poiché la condizione di "ospite" caratterizzante l'anziano in CSA è vissuta dallo stesso come una sottrazione di cittadinanza, come una sorta di esilio, la vicinanza del CSA – e possibilmente la stessa coincidenza – col paese di provenienza rappresenta un elemento che dispone positivamente la persona ad accettare meglio il soggiorno. Per l'anziano, questa rassicurazione di partenza è sentita come una pre-condizione alla serenità e al benessere in quanto, a lui che generalmente ha difficoltà a muoversi, risulta indispensabile per godere della possibilità di condividere il quotidiano con persone dello stesso paese e superare lo straniamento che deriva dal risiedere "fuori casa". Ovviamente, la vicinanza può facilitare anche le visite dei familiari, la compagnia di conoscenti esterni, nonché la presenza di operatori compaesani: elementi che influiscono sullo stato emotivo e possono presentare ricadute rilevanti sulla valutazione del servizio.

## **5.6. Conclusioni e spunti di riflessione**

Le dinamiche dei servizi residenziali per la non autosufficienza si stanno caratterizzando sempre più per un crescente livello d'incertezza e complessità, determi-

nato dalla contemporanea azione di differenti fenomeni (a livello macro ed a livello micro) tra loro strettamente collegati<sup>20</sup>:

- l'aumento della fragilità dell'anziano, non solo dal punto di vista sanitario (presenza di multi-patologie, in alcuni casi associate a fenomeni di demenza), ma anche dal punto di vista sociale (indebolimento delle reti d'aiuto e delle relazioni parentali di riferimento);
- l'incertezza rispetto al modello di presa in carico che le strutture residenziali dovranno adottare, connessa anche alle difficoltà che si incontrano nel passare da un'integrazione socio-sanitaria teorica ad un'integrazione reale, ossia in grado di definire chiari ruoli e meccanismi di collaborazione efficaci tra i vari nodi della rete (Amministrazioni Comunali; Aziende ULSS; Aziende Ospedaliere; Medici di Medicina Generale; CSA; etc.);
- la difficoltà di sostenere un servizio residenziale sempre più complesso e articolato, in quanto:
  - ✓ parte dei costi socio-sanitari delle strutture non sono coperti dal contributo regionale, ma rimangono in carico all'utente e ai suoi familiari;
  - ✓ questi maggiori costi sono essenzialmente imputabili ai sovra-standard che le strutture stanno adottando per garantire un servizio di qualità, che altrimenti - a detta degli stessi Direttori - non sarebbe possibile erogare applicando i livelli minimi fissati e riconosciuti a livello regionale.

Ma davvero questi sovra-standard sono in grado di soddisfare le richieste e necessità degli ospiti e dei loro familiari? Ed è possibile individuare dei margini di miglioramento dell'efficienza produttiva, cercando quindi di contenere i costi dei servizi residenziali?

Rispetto al primo quesito (qualità erogata, attesa e percepita), le informazioni raccolte ci restituiscono – seppure con delle differenze – un quadro d'insieme positivo. Nei venti CSA analizzati si è registrato una diffusa qualità ed una viva attenzione verso il tema del miglioramento continuo. Prova ne sia la sempre più ampia adozione di protocolli socio-sanitari e socio-assistenziali, dettata dalla volontà di darsi un metodo di lavoro sempre più scientifico e professionale. Ma quanto questi strumenti sono in grado di adattare il servizio alle specifiche richieste dell'anziano, dei suoi familiari e – non meno importante – degli operatori?

---

<sup>20</sup> La prospettiva adottata nella realizzazione della presente ricerca è stata quella economico-aziendale, ossia un approccio che ha come oggetto d'analisi le scelte gestionali e le performance conseguite dalla singola realtà produttiva (nel nostro caso i venti CSA, analizzati attraverso lo studio di casi). Per tale ragione, le nostre conclusioni si focalizzeranno sui soli aspetti richiamati nel terzo punto, ricordando comunque ai lettori che le scelte e i risultati di un'azienda non possono essere avulsi da un'attenta analisi del contesto ambientale all'interno del quale la stessa agisce.

- Sebbene gli anziani focalizzino il loro concetto di qualità sulla dimensione della privacy e sulla possibilità di gestire liberamente la propria quotidianità, sono ancora poco diffuse quelle scelte organizzative e gestionali in grado di garantire una maggiore autodeterminazione dell'ospite (orario di alzata/messa a letto; personalizzazione del proprio spazio di vita; etc.) ed una maggiore tutela della propria intimità (a parte una buona percentuale di camere singole/doppie e la percentuale di camere dotate di un proprio bagno). Gli stessi anziani esprimono poi l'esigenza di essere accuditi e curati con attenzione, cortesia ed empatia, richiedendo quindi qualche cosa di più rispetto ad un servizio professionalmente ineccepibile, in quanto bisognosi di relazioni e non solo di prestazioni.
- La ricerca di partecipazione da parte dei parenti risulta essere piuttosto fragile, in quanto se da un lato vi è ampia diffusione di strumenti quali le Carte dei Servizi o i questionari per la misurazione della soddisfazione, ancora piuttosto scarsi sono le esperienze di comunicazione bidirezionale come l'URP, di trasparenza come il Bilancio Sociale o – fatto ancor più grave – di vera e propria coproduzione del servizio nella definizione del Piano Assistenziale Individuale. Per altro, è importante evidenziare come non sempre le opportunità di partecipazione o informazione messe a disposizione siano adeguatamente o correttamente utilizzate. Un esempio al riguardo è certamente rappresentato dai Comitati Parenti, realtà non sempre istituite o il cui funzionamento è strettamente limitato alla presenza dei propri cari all'interno del CSA.
- Infine, nonostante l'elevato livello di soddisfazione organizzativa da noi registrato tra gli operatori (IP ed OSS), è necessario evidenziare come vi siano ancora degli aspetti da monitorare con attenzione (un elevato tasso di assenza; un elevato turn-over), per le conseguenze che gli stessi fenomeni possono avere sulla qualità del servizio e sui costi di produzione.

Rispetto ai possibili spazi di miglioramento nel governo dei costi e dei risultati economici di gestione, i dati raccolti ci dicono che:

- eventuali miglioramenti devono essere ricercati in una diversa gestione delle risorse umane, al fine di contenere il tasso di assenza attualmente registrato, considerando anche il peso che il costo del personale ha sui costi totali d'azienda. I dati raccolti non ci permettono di individuare le ragioni sottostanti le differenti performance registrate nei CSA. Sarà pertanto necessario approfondire il tema e verificare se tali diversità sono imputabili (ed eventualmente in che misura) a scelte organizzative (tra cui l'incapacità di prevenire e/o risolvere il fenomeno del burnout) o ad eventi non direttamente controllabili dal management aziendale (assenze per maternità, per permessi matrimoniali, per malattie estranee al tipo di lavoro svolto in struttura, etc.);

- potenziare la diversificazione delle proprie fonti di ricavo, al fine di garantirsi una maggiore autonomia rispetto ai contributi pubblici e sfruttare al massimo le potenzialità di un territorio economicamente ricco come il Veneto. Un aspetto davvero particolare delle realtà indagate – ma più in generale del settore dell’assistenza residenziale agli anziani – è la scarsa adozione di strategie e strumenti tipici della raccolta fondi (ricerca e gestione di donatori; sponsorizzazioni; organizzazione di eventi; etc.) che, nell’ambito socio-sanitario, hanno determinato l’affermarsi d’importanti realtà, come – ad esempio – la Lega del Filo d’Oro o l’Associazione VIDAS di Milano<sup>21</sup>;
- infine, una scelta che dovrà essere fatta e che non è più prorogabile - indipendentemente dalla riforma che la Regione Veneto vorrà applicare per la trasformazione delle IPAB - è la necessaria adozione di un sistema contabile economico-patrimoniale e l’introduzione di un’adeguata contabilità analitica. Senza questi due strumenti è inimmaginabile garantire una completa conoscenza dei costi di produzione e un conseguente loro governo.

---

<sup>21</sup> Al riguardo si consideri che circa il 33% della popolazione italiana over 15 anni è un donatore regolare, ossia una persona che eroga dei contributi economici a favore di organizzazioni sociali almeno una volta l’anno. Il contributo medio erogato da tali soggetti è stimato attorno ai 180 euro annuali (Fonte: presentazione dati GfK-Eurisko, Terza Conferenza Nazionale della Donazione, 11 novembre 2008).



## **6. Diagnosi interpretativa e suggestioni di policy**

Disponendo dei dati sul sistema d'offerta residenziale di due regioni rilevanti come la Lombardia ed il Veneto, probabilmente comuni e generalizzabili a molte delle Regioni più sviluppate del Paese, è possibile proporre alcune ipotesi interpretative dello scenario attuale e prospettico di questi soggetti produttori e trarre alcuni spunti sulle possibili linee di policy che potrebbero essere assunte per il governo dei sistemi di welfare regionali. A tale proposito, il presente capitolo è articolato nei seguenti passaggi logici:

- evoluzione del profilo di bisogno e della missione delle strutture residenziali;
- caratteristiche e tendenze comuni;
- principali variabilità ed elementi di differenziazione;
- possibili linee di policy.

### **6.1. L'evoluzione del profilo di bisogno e della missione delle strutture residenziali**

Negli ultimi anni il settore residenziale è caratterizzato da un profondo e veloce dinamismo che ha significativamente ridisegnato il posizionamento strategico dei suoi produttori. A questa situazione si è giunti essenzialmente per effetto di quattro fattori:

- il finanziamento a DRG degli ospedali ha determinato l'emergere di strategie di selezione nei confronti dei pazienti affetti prevalentemente da malattie croniche, in particolare se legate alla terza e quarta età, soprattutto nelle divisioni di medicina generale. La non autosufficienza cronica non rientra più nella missione degli ospedali, spingendo quindi le strutture residenziali a rafforzare la propria componente medico-sanitaria;



- l'esplosione del fenomeno delle badanti ha posticipato la necessità di ricorrere ai servizi residenziali solo nelle fasi conclusive della vita o quando il carico della disabilità fisica o mentale è così grave da non poter essere più gestito da un solo care giver. Questo spinge all'innalzamento medio dell'età degli ospiti in struttura e alla presenza di quadri clinico-cognitivi particolarmente compromessi, con degenze medie attese ridotte entro l'orizzonte dell'anno ed un aumento del turn over in uscita;
- la crescita esponenziale delle persone over 80enni e l'incremento dei casi di demenza ed Alzheimer modificano in maniera rilevante la composizione demografica dei residenti in struttura. Paradossalmente, questi malati risultano particolarmente critici se fisicamente autosufficienti e difficilmente gestibili a domicilio, seppure con la presenza di una badante che da sola non riesce a garantire delle adeguate condizioni di protezione e contenimento;
- infine, i servizi residenziali non rappresentano più un meccanismo di risposta ai problemi di povertà, essendo oramai piuttosto modesta la quota di contributo elargita dagli Enti Locali, che intervengono direttamente in caso di situazioni economiche difficili. In altri termini, i dati raccolti ci mostrano come il sistema d'offerta residenziale non rappresenti più la risposta ad un disagio economico o previdenziale, ma un vero e proprio servizio di tutela alla grave non autosufficienza.

In sintesi, negli ultimi anni si è definita e precisata la missione delle strutture residenziali, orientate prevalentemente alla grave non autosufficienza anziana (in Lombardia i disabili occupano l'8% dei posti, mentre nel campione del Veneto gli anziani non autosufficienti rappresentano l'85% degli ospiti), con degenze medie relativamente brevi, perché vicine al "fine vita".

Lo straordinario dinamismo e l'importanza numerica del settore hanno reso normale e socialmente accettato il finanziamento paritetico tra pubblico e privato (dell'ospite e/o della sua famiglia), raggiungendo un sostanziale equilibrio al 50%, seppur con alcune differenze inter-regionali, che dipendono:

- dall'estensione del servizio pubblico (più è esteso, minore è la copertura pubblica per singolo caso);
- dal livello di reddito della popolazione (più è alta, minore è la copertura pubblica);
- dalla gravità degli ospiti (al suo aumento, cresce il supporto pubblico);
- dalla sensibilità delle diverse politiche regionali di welfare.

La compenetrazione di risorse pubbliche e private, invece, non si è sviluppata con uguale intensità a livello di cure domiciliari, dove i servizi delle badanti risultano ancora esterni al perimetro della programmazione pubblica del SAD sociale o dell'ADI socio-sanitaria. Allo stesso modo non esiste alcuna continuità o

coordinamento nel passaggio dall'ambito domiciliare a quello residenziale, modificando completamente i care giver di riferimento del paziente, dalla badante al proprio medico di medicina generale. Al contrario, alcune esperienze internazionali sono riuscite a garantire la continuità del care giver di riferimento anche all'aggravarsi dello stato di disabilità dell'anziano e al crescere dell'intensità assistenziale dei servizi passando, ad esempio, dalla domiciliarità protetta a forme di istituzionalizzazione "accompagnate". Pertanto, il coordinamento di risorse pubbliche e private si è concentrato all'interno di un unico ambito di cura – i servizi residenziali – senza continuità lungo i percorsi assistenziali orizzontali o verticali.

Inoltre, il dinamismo del settore non è ancora riuscito a colmare la rilevante eterogeneità nella dotazione di strutture nei confronti inter-provinciali, all'interno di singole regioni. La programmazione regionale si è mossa con decisione in questa direzione, ma lo sviluppo attuativo non ha ancora colmato le rilevanti differenze di partenza. Questo contribuisce a spiegare le differenze di rette pagate dagli ospiti, in funzione dei differenziali tra i volumi di domanda ed offerta dei singoli territori. L'eterogeneità territoriale dell'offerta spiega perché le rette degli utenti risultino significativamente correlate al gap domanda-offerta rispetto all'intensità assistenziale, generando così dei disincentivi all'efficienza e al governo dei costi di produzioni, essendo qualsiasi retta accettata dal mercato locale.

Una riflessione aggiuntiva deve essere poi fatta rispetto agli standard assistenziali e ai reali tassi di copertura dei costi che il sistema pubblico deve garantire. In Lombardia e Veneto la maggioranza delle strutture supera gli standard assistenziali previsti dalla Regione, anche perché questi non possono essere così velocemente riprogrammati in modo coerente alla rapida evoluzione della demografia degli ospiti. A questo proposito occorre riflettere su quale sia il livello minimo di assistenza da garantire, ma questo non è facile da stabilirsi. Senza certezze sullo standard assistenziale è difficile valutare il tasso di copertura dei trasferimenti pubblici sul totale dei costi delle strutture. Inoltre, è necessario ricordare come tale tasso di copertura non può che decrescere all'aumentare dell'offerta pubblica e del tasso di popolazione non autosufficiente assistita, perché le risorse pubbliche finite vengono allocate su un numero maggiore di casi e perché decresce l'intensità del fabbisogno sanitario. Al riguardo è interessante osservare come vi siano politiche divergenti tra Regioni: alcune spingono verso l'omogeneizzazione degli standard assistenziali e delle rette in tutto il sistema delle strutture residenziali, per raggiungere maggiore equità nei servizi di welfare. Altre Regioni, invece, definiscono gli standard essenziali obbligatori, che le singole strutture possono superare correlando a queste rette maggiorate, per favorire la competizione e quindi l'innalzamento complessivo della qualità del sistema. Queste sono due prospettive opposte di concezione del welfare, su cui è interessante confrontarsi ed aprire un'esplicita discussione di policy. Del resto le

stesse strutture non rendono espliciti gli standard quantitativi da loro adottati e le correlazioni tra costi sostenuti e rette applicate, rispetto alle quali sarebbe possibile fare dei ranking inter-aziendali. In altri termini, non c'è una traduzione lineare degli standard assistenziali in costi ed in rette. Pertanto la retta richiesta agli utenti non può “comunicare” la maggiore o minore intensità assistenziale offerta.

Alla luce di questo scenario di contesto, nei prossimi due paragrafi analizzeremo dapprima le tendenze comuni tra le strutture e, successivamente, le principali eterogeneità emergenti tra le stesse.

## **6.2. Caratteristiche e tendenze comuni**

Vi sono caratteristiche e tendenze comuni nell'insieme delle strutture analizzate, che possono essere considerata di natura generale per l'intero settore.

Il settore è molto frammentato, con tantissime strutture medio-piccole, che appartengono a soggetti economici diversi tra di loro. Basti ricordare che in Veneto operano 275 produttori, in larga parte facenti riferimento a soggetti economici distinti, mentre in Lombardia esistono 550 diversi soggetti istituzionali di riferimento, con in media 90 posti letto l'uno. Il più grande gruppo italiano – Segesta – ha 37 strutture, mentre il più grande gruppo francese – Korian – ne ha 170, ed ha quindi comprato il gruppo italiano. Questa frammentazione determina degli enormi costi di dispersione nel sistema; innanzitutto non vi sono economie di specializzazione, a partire dai fattori produttivi a maggiore intensità di capitale umano. I dati delle RSA lombarde e dei CSA veneti dimostrano come il personale sanitario sia quello acquistato in maggior misura all'esterno, per la difficoltà di sviluppare all'interno delle economie di scala. La frammentazione, inoltre, determina l'impossibilità di specializzare le strutture per tipologie di utenti, servizi o mercati. Essa rende difficile la ricerca di sinergie nell'acquisizione di beni/servizi e di condivisione delle funzioni di supporto all'attività assistenziale (amministrazione del personale; ICT; manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili; etc.).

Da alcuni anni è iniziato un lento processo di networking o acquisizioni di strutture da parte di gruppi, così come è riscontrabile sia nel nostro campione Veneto, come in quello Lombardo, ma il tasso di concentrazione raggiunto appare ancora troppo modesto rispetto alla frammentazione istituzionale presente nel settore. Paradossalmente i processi di ricomposizione ed integrazione delle strutture d'offerta non avvengono attraverso l'azione dei soggetti economici tradizionali del settore. Infatti, spesso non sono le istituzioni storiche che si fondono o creano consorzi; la ricomposizione avviene principalmente ad opera di soggetti gestori di servizi intermedi o finali. Sono le cooperative che si trovano a gestire diverse strutture a produrre reti di cooperazione e di trasferimento di know-how. Talvolta questi processi non sono neanche frutto di esplicite strategie di fusione

o acquisizione, ma frutto di contingenze che ex-post si rivelano come processi di integrazione e coordinamento, generando di fatto dei gruppi. In altri casi, vi sono gruppi privati che esplicitamente implementano strategie di fusioni e acquisizioni, con il chiaro obiettivo di occupare crescenti quote di mercato e di ricercare sinergie e forme di valorizzazione del know-how acquisito.

La difficoltà che i soggetti economici tradizionali incontrano nell'avviare dei processi di aggregazione, dipende probabilmente dal loro forte elemento identitario che impedisce una riformulazione radicale dei confini dell'istituzione. La stessa presenza di copiosi patrimoni immobiliari, di norma scarsamente monitorati nelle contabilità e quindi non valorizzati, costituisce un ulteriore ostacolo ai processi di fusione, per la difficoltà a definire il concambio delle quote di governo. Viceversa i soggetti economici delle aziende che gestiscono servizi intermedi o finali (principalmente cooperative o società di capitali) vengono da storie molto giovani, sono scarsamente o per nulla capitalizzati e presentano una forte abitudine a ridefinire il perimetro delle proprie azioni in base alla scadenza dei contratti o al rapido modificarsi dei contenuti dei servizi. Queste aziende sono abituate a leggere trasversalmente il settore ed a ricercare possibili sinergie. Essendo soggetti dotati di scarsi patrimoni, sono abituati a ragionare e governare le proprie dinamiche economico-finanziarie anche nel breve periodo, avendo sviluppato una cultura manageriale, anche se non sempre corredata da espliciti strumenti operativi di supporto.

Dal campione delle strutture lombarde – sbilanciato sulle istituzioni non profit – emerge una chiara focalizzazione sulla gestione caratteristica, mentre scarsi o nulli sono i proventi derivanti dalla gestione non caratteristica. Anche le strutture Venete rilevano ricavi quasi esclusivamente provenienti dalla gestione caratteristica (rette e contributi regionali). Questo ci segnala almeno due caratteristiche rilevanti per comprendere il settore dei servizi LTC. Da un lato, non è vero che in Italia il privato sociale è in grado di produrre autonomamente risorse attraverso forme incisive di fundraising, finanziandosi nei fatti quasi esclusivamente con le risorse pubbliche o con le rette degli utenti. Il Terzo Settore è quindi un semplice produttore di servizi e non ancora un attivatore di risorse sociali. Dall'altro lato, questo dato ci segnala come le strutture residenziali abbiano una scarsa propensione alla fantasia imprenditoriale, non riuscendo a sviluppare introiti diversi dal loro core business tradizionale, anche se spesso sono dotate di importanti patrimoni storici ed immobiliari in luoghi di pregio. Rimanendo comunque all'intero del loro core business, questi enti stanno iniziando a differenziare sempre più il loro portafoglio prodotti, abbinando al servizio residenziale dei centri diurni, dei posti letto di sollievo, l'assistenza domiciliare, servizi di riabilitazione e – in alcuni casi – anche dei servizi sanitari geriatrici. Questa è una prospettiva di sviluppo estremamente interessante, che potrebbe determinare una maggiore integrazione della rete dei servizi per gli anziani, in quanto erogati da

uno stesso soggetto gestore. Le motivazioni alla base di questa scelta sono probabilmente le più diverse, tra cui:

- la scarsa redditività del servizio residenziale e l'indisponibilità del soggetto economico ad aumentare le rette;
- la consapevolezza di essere il più grande gestore di servizi per anziani del proprio territorio e la necessità di presidiare anche altre aree di bisogno di tale utenza;
- la disponibilità di fattori produttivi in eccesso e sottoutilizzati, come gli spazi o certe professionalità.

Le strutture residenziali analizzate – sia del campione lombardo, sia del campione veneto – lavorano in media sopra lo standard assistenziale definito dalla Regione. Questo può avere diverse possibili interpretazioni:

- lo standard programmato potrebbe essere insufficiente, anche alla luce dell'aggravamento epidemiologico degli ospiti;
- vi è una certa inefficienza nella valorizzazione dei fattori produttivi disponibili;
- oppure, si sceglie di avere standard qualitativi più elevati, in coerenza al tenore di vita dei lombardi e dei veneti.

Gli standard assistenziali sono però relativamente fissi e non variano al variare del case mix. Infatti, i dati di entrambe le Regioni mostrano una debole o assente correlazione tra costi sostenuti e gravità del mix di utenti. Pertanto, alla modifica del mix degli utenti, non si alzano o si abbassano gli standard assistenziali effettivamente garantiti. Questo potrebbe ulteriormente spiegare perché le strutture preferiscono avere una dotazione fissa sovra-standard di personale. Al riguardo, colpisce come i differenziali di costo tra le strutture siano debolmente correlati ai differenziali di minutaggio – ovvero il driver fondamentale degli standard assistenziali – perché dipendono dai differenziali di costo orario del personale. Questo rafforza l'ipotesi che gli standard di servizio vengano correlati soprattutto ai bisogni assistenziali medi di struttura e come la ricerca di un equilibrio economico sia un processo di aggiustamento ex-post, che fa prevalentemente leva sulle rette applicate agli utenti.

Analizzando il quadro d'insieme, si può affermare come le strutture residenziali abbiano avviato un loro processo di aziendalizzazione, con la sistematica introduzione di strumenti manageriali per il governo delle performance e delle persone. Probabilmente i gestori privati e quelli pubblici che hanno cambiato radicalmente la loro formula giuridica, hanno innovato maggiormente le logiche e gli strumenti di funzionamento, mentre si registra un ritardo nelle strutture pubbliche più tradizionali – come ad esempio le IPAB venete – che non hanno ancora adottato neppure la contabilità economico-patrimoniale. La fase iniziale di questo processo e le ridotte dimensioni medie delle aziende spiegano come mai

il percorso di aziendalizzazione sia ancora prevalentemente focalizzato sul livello corporate, ovvero sui risultati d'insieme dell'azienda e non arrivi ancora ad un processo di responsabilizzazione per risultati parziali delle singole unità operative. In altri termini, sono ancora poche le esperienze che vedono l'introduzione del controllo di gestione per centri di responsabilità ed il budget per risultati attesi, assegnati alle singole unità operative. La maturazione del processo di aziendalizzazione e gli sviluppi delle forme di fusione e coordinamento inter-aziendale, non potranno che rendere l'utilizzo di questo importante strumento di gestione più sistematico e radicale.

### **6.3. Principali variabilità ed elementi di differenziazione**

Del resto è possibile individuare delle profonde e significative differenze tra le strutture residenziali studiate. Un primo elemento di differenziazione è dato dal patrimonio disponibile. Le strutture storiche hanno patrimoni con origini antiche, che da tempo sono stati ammortizzati e non figurano più tra i costi del servizio. Erroneamente l'utilizzo di questi patrimoni non viene considerato neppure come costo figurativo, rendendo impossibile la valutazione dell'economicità complessiva dell'istituzione. All'opposto, molti gestori pagano degli affitti rilevanti o sostengono degli ammortamenti significativi per le dotazioni infrastrutturali, che rendono il confronto dei costi impari. Paradossalmente si osservano situazioni dove istituzioni dall'ingente patrimonio storico dispongono di strutture caratterizzate da standard logistico-alberghieri modesti, perché non sono state capaci di valorizzare e trasformare il proprio portafoglio patrimoniale. Viceversa, aziende che utilizzano dotazioni infrastrutturali i cui oneri ricadono pesantemente sui costi complessivi di gestione, presentano situazioni logistiche più moderne e con le migliori dotazioni alberghiere.

Inoltre, vi sono differenze importanti tra le scelte d'internalizzazione ed esternalizzazione del personale. Ad esempio, nel campione veneto vi è un rapporto medio tra dipendenti e personale di cooperative pari al 40% circa, ma con punte massime di esternalizzazione che arrivano al 92% e minime al 7%. Questo determina rilevanti riflessi sul tasso di turn-over del personale (maggiore nelle forme di esternalizzazione), sul grado d'identificazione aziendale (maggiore per i dipendenti) e sui costi degli organici. A tal proposito, nel campione lombardo si è registrata un'elevata variabilità dei costi del personale ausiliario – che oscilla tra i 23 ed i 15 euro l'ora – spiegabile esclusivamente con i differenziali contrattuali. A giudizio di chi scrive, il differenziale di costo orario di natura contrattuale non costituisce un indicatore di efficienza, ma un indicatore che misura la geografia dei poteri nelle relazioni sindacali ed esprime il livello di tenore di vita socialmente accettabile per queste figure professionali. Riteniamo fisiologico che possano esserci differenze di reddito tra persone che svolgono mansioni simili in

aziende diverse, in base ai livelli di produttività ed efficienza della singola azienda. Ma riteniamo anche, che queste differenze possano essere di qualche punto percentuale e non del 50%. Nei CSA veneti emerge con nitidezza che a fronte di un livello di soddisfazione professionale complessivamente positivo, la maggiore tensione si sia concentrata sugli elementi retributivi e di carriera, che gli operatori del settore percepiscono come scarsamente gratificanti. Probabilmente questo contribuisce a spiegare gli elevati tassi di assenza (in media del 10-11%, con punte del 17%). Del resto, tali differenze salariali sono anche una delle principali determinanti degli equilibri economico-finanziari dei soggetti gestori, dato il peso che la forza lavoro ha nel processo produttivo. Nel campione lombardo ben quindici strutture su ventisette presentano un leggero squilibrio di bilancio nella gestione caratteristica. Questo significa che esistono profili significativamente diversi di economicità tra queste strutture: circa la metà presenta un equilibrio economico e l'altra metà - invece - registra degli squilibri. Essendo il contributo regionale uguale per tutte le strutture, così come il tasso di occupazione dei posti letto è generalmente alto, il differenziale può essere spiegato attraverso ottimizzazioni o mancate ottimizzazioni gestionali. In altri termini, i differenziali di costo sono significativamente spiegati dalle differenze contrattuali del personale e dalla capacità di organizzare tale fattore produttivo.

Infine, le strutture stanno sviluppando - con intensità e rapidità diversa - l'ampliamento del proprio portafoglio servizi. Per alcuni gestori i servizi residenziali rappresentano solo una delle aree di attività; per altri, invece, rappresentano il loro principale core business, mentre le altre iniziative rimangono marginali. Per alcuni gestori raggiungere un'ampia estensione dei servizi dedicati agli anziani rappresenta una strategia esplicita, perseguita con obiettivi dichiarati; per altri è un processo debole, emergente, poco pensato. Questi diversi orientamenti influenzano la cultura organizzativa e le competenze presenti nelle diverse aziende. In alcuni casi l'ampliamento dei servizi offerti avviene grazie a strategie di networking nel più ampio sistema di welfare socio-sanitario o attraverso fusioni o acquisizioni. Questo determina un'ulteriore differenziazione tra strutture, in termini di connessioni forti o leggere ad una rete più ampia di gestori, all'interno di un gruppo aziendale o in una rete di coordinamento inter-aziendale. L'appartenenza o meno ad un gruppo o ad una rete modifica inevitabilmente la cultura organizzativa e gestionale interna, essendo influenzata dalle iniziative della "casa madre" o dagli orientamenti del pivot di riferimento del network. Il network può promuovere una relativa specializzazione delle singole strutture o invitare a completare il portafoglio dei servizi, per emulazione delle competenze sviluppate da altre strutture presenti nella rete, sfruttando e diffondendo il know-how presente nel sistema aziendale. Sicuramente l'inserimento di una struttura in un sistema più ampio di gestori incentiva lo sviluppo di logiche e strumenti aziendali. In queste situazioni, ineludibilmente, il sistema aziendale introduce bu-

dget di responsabilità per risultati riconducibili alle singole strutture e probabilmente le diffonde anche alle principali sub-articolazioni interne.

#### **6.4. Possibili linee di policy**

Innanzitutto è utile sottolineare come il dinamismo del sistema residenziale – quantitativo, di portafoglio, di qualità dei servizi – rende possibili azioni di riposizionamento strategico, attraverso il blocco di alcune traiettorie di sviluppo e l’incentivazione di altre, potendo lavorare su trend di crescita senza necessariamente dover modificare radicalmente un portafoglio statico ed esistente. Questo aumenta significativamente le probabilità di successo attuativo delle strategie intraprese. Infatti, in un sistema di welfare complessivamente in espansione, è possibile rimodulare le quote di mercato dei singoli ambiti di cura, assumendo una prospettiva dinamica e non statica, senza dover procedere a dolorose e difficili azioni di taglio dei servizi. Siamo quindi di fronte a un sistema dove le politiche di riprogrammazione sono possibili, anche con relativa pace politico-istituzionale.

Premesso questo, il settore della residenzialità può definitivamente abbandonare ogni visione pauperistica, non essendo l’indigenza economica il suo principale target ed essendo questo – in ogni caso – compensato direttamente dagli Enti Locali. Come abbiamo visto, sono marginali le quote pagate dagli Enti Locali per sostenere le rette dei soggetti incapienti. Probabilmente, alcune di queste poste sono sottovalutate perché esistono dei meccanismi di trasferimento diretto di natura generale e poco visibili. In ogni caso, l’azione di copertura dei differenziali tra capacità contributiva e rette applicate resta a carico di altri attori e le strutture residenziali si collocano – in questo scenario – come puri soggetti produttori. La consapevolezza sulla rilevante forza contributiva degli anziani e delle loro famiglie dovrebbe gettare nuova luce sull’opportunità d’integrare risorse pubbliche e private lungo l’intero processo di cura, in ogni ambito ed in ogni fase della vecchiaia e della non autosufficienza. Le risorse della famiglia spese per la badante dovrebbero integrarsi con quelle pubbliche dell’INPS, del centro diurno e dei servizi domiciliari SAD ed ADI. Inoltre, i care giver dovrebbero rimanere più stabili nel tempo: perché il care giver domiciliare non può accompagnare l’anziano – magari con un ruolo diverso – nelle fasi di istituzionalizzazione, garantendo continuità assistenziale e relazionale?

Risposte istituzionali ed organizzative più evolute richiedono, inoltre, una minore frammentazione dei gestori del sistema della residenzialità. Abbiamo bisogno di meno gestori e favorire i processi di fusione, acquisizione e coordinamento inter-aziendale. L’azienda socio-sanitaria media dovrebbe gestire dalle dieci alle cinquanta strutture per raggiungere le necessarie economie di scala e specializzazione, di sviluppo di competenze, di diffusione del know-how, di



formazione e rotazione del personale. Questo risultato può essere raggiunto attraverso percorsi d'incorporazione in grandi gruppi (pubblici o privati), o attraverso forme di coordinamento tra gestori. Fino a quando le dimensioni medie dei singoli gestori rimarranno minime e frammentate, molti processi di ammodernamento saranno strutturalmente difficili, se non impossibili. Le Regioni possono avere un ruolo attivo in questo processo di riforma – sia attraverso azioni di politica industriale, sia attraverso indirizzi programmatori – per promuovere collaborazioni e coordinamenti tra i soggetti pubblici e/o privati. La nascita di alcuni grandi gruppi potrebbe rendere più facile un'azione di riequilibrio contrattuale complessivo nel settore, garantendo redditi più uniformi e più dignitosi per tutti. Ogni Regione potrebbe definire un livello d'inquadramento contrattuale omogeneo per profili professionali simili, garantendo così le necessarie flessibilità per incentivare il merito, la produttività e le diverse performance aziendali. Questo avrebbe moltissimi vantaggi:

- renderebbe la professione degli ausiliari più appetibile, con maggiori competenze e soggetta a minori turn-over;
- garantirebbe lo sviluppo di una competizione tra strutture, basata non più sulla compressione salariale, ma sulla capacità organizzativa e gestionale dell'imprenditore sociale;
- innalzerebbe il livello di reddito delle professioni sociali, dando un contributo allo sviluppo socio-economico complessivo e alla dignità del settore e degli assistiti.

La constatazione che in Veneto ed in Lombardia – due Regioni caratterizzate da una forte competenza di programmazione e regolazione – le strutture stanno lavorando sopra gli standard definiti dalle stesse Regioni, dovrebbe far riflettere sul significato che si deve attribuire al vincolo di copertura pubblica del 50% dei costi socio-sanitari di produzione. E' patrimonio conoscitivo comune che gli standard così definiti sono troppo bassi rispetto alle esigenze degli ospiti e che questo loro limite è necessario al fine di far apparire il tasso di contribuzione del pubblico vicino alla soglia obiettivo del 50%. Di fronte a questa situazione, crediamo che si possano imboccare alcune strade alternative:

- ammettere con coraggio intellettuale che le risorse pubbliche attuali sono insufficienti per garantire un tasso di copertura del 50%. Assumendo questa prospettiva e definendo standard assistenziali più realistici – e quindi più alti – si potrà coprire probabilmente il 40% dei costi, garantendo però trasparenza nei processi di tutela di welfare;
- reperire risorse finanziarie aggiuntive, dedicate specificatamente al tema della non autosufficienza. La prospettiva federalista, soprattutto per le Regioni più ricche, potrebbe creare lo spazio politico per introdurre imposte di scopo legate alla non autosufficienza, come avvenuto nei principali paesi europei. La maggiore disponibilità di risorse potrebbe consentire la de-

- finizione di standard assistenziali più elevati e più rispondenti alle abitudini delle popolazioni delle regioni benestanti, riuscendo a raggiungere e rispettare il target del 50% del contributo pubblico sul totale dei costi;
- terza ed ultima prospettiva, è quella di un intervento di welfare più selettivo e mirato, che si concentri solo su particolari tipologie di non autosufficienza o di disagio sociale, rispetto ai quali definire standard assistenziali adeguati, garantendo un tasso di contributo pubblico del 50% – e forse oltre – rispetto ai costi di produzione. In questa terza ipotesi, le fasce di bisogno meno intenso verrebbero escluse dal contributo pubblico e costrette a contribuire integralmente con risorse private.

I significativi differenziali di costo, di equilibrio economico, di standard assistenziali tra strutture con pazienti omogenei dovrebbe rappresentare un terreno di lavoro fondamentale per ogni regolatore regionale. C'è bisogno d'ingegnerizzare e diffondere le migliori competenze organizzative e gestionali all'intero sistema. Per fare questo è necessario attivare diverse piste di lavoro:

- costruire un osservatorio permanente sui costi e sugli standard assistenziali, capace di modellizzare le soluzioni gestionali ed organizzative, individuando delle best practice;
- diffondere il know-how presente nel sistema, attraverso continui processi di benchmarking inter-aziendali;
- promuovere la rotazione della dirigenza nel sistema – tra gestori privati e pubblici – creando un vero e proprio mercato, reso efficace attraverso le informazioni sulle performance ottenute nelle strutture dirette;
- promuovere ricerche e sperimentazioni inter-aziendali, che contribuiscano alla contaminazione dei saperi ed allo sviluppo collettivo di modelli organizzativi avanzati;
- promuovere – nei casi più estremi – soluzioni di take over aziendali, dove gestori più capaci vengono incoraggiati ed incentivati ad acquisire strutture dai risultati deludenti.

Infine, i dati sulla qualità registrati nei CSA veneti segnalano come per il management vi sia un sentiero stretto tra il bisogno di aumentare il tasso di sanitizzazione dei servizi e la necessità di aumentare il tasso di de-istituzionalizzazione degli utenti, con una maggiore autonomia nella definizione dei tempi di vita, più privacy, relazioni umane più forti e selettive, sia con gli operatori, che con gli altri ospiti; etc.. L'empowerment degli utenti e la crescita delle sensibilità gestionali potrebbero garantire facili successi, se il quadro fosse stabile e prevalentemente socio-assistenziale, per ospiti con lievi problemi di autosufficienza. Trovandoci in uno scenario opposto – incremento dell'età media, crescita dei deficit cognitivi e fisici, riduzione del periodo medio di permanenza in struttura – sviluppare modelli di personalizzazione e di auto-identificazione in

un nuovo spazio percepito come vitale da parte dei residenti, rappresenta la nuova frontiera nel ridisegno di questi servizi. Il sistema delle strutture residenziali sta crescendo, dal punto di vista degli assetti istituzionali (nuove forme giuridiche e sviluppo di network), dei modelli di servizio, di maggiore coinvolgimento dei parenti, dal punto di vista gestionale, ma parallelamente la complessità della sfida e il livello degli obiettivi attesi si sta innalzando.

## Bibliografia

- AGENAS (2003), “Assistenza agli anziani non autosufficienti”, in *Monitor* n.4
- AGENAS (2009), *I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle Regioni*, [www.agenas.it](http://www.agenas.it)
- Anessi Pessina E. (2002), *Principles of Public Management*, EGEA, Milano
- Balbo L. (2004), “Vita quotidiana, salute, star bene, in un sistema a molti attori e molti livelli”, in Guizzardi G. (a cura di, 2004)
- Beretta S. (1990), *Il controllo di gruppi aziendali*, EGEA, Milano
- Bertoni F., Caffarena C. e Riboldi B. (2008), “Il quadro delle riforme”, in Gori (a cura di, 2008).
- Bezzi C. (2001), *La valutazione dei servizi alla persona*, Istituto italiano di Valutazione, Giada Editore, Palermo
- Borgonovi E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano
- Borgonovi E., Fattore G. e Longo F. (2009), *Management delle istituzioni pubbliche*, EGEA, Milano
- Brizioli E. (2006), “La remunerazione delle attività di assistenza residenziale e semi-residenziale”, in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di, 2006), *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna
- Brizioli E. e Trabucchi M. (2009), “Gestire le strutture residenziali nel 2020”, in NNA (a cura di, 2009)
- Brizioli E., Ferrucci L., Masera F. e Greggi F. (2002), “Sistemi di remunerazione e di analisi del *case-mix* delle RSA”, in Trabucchi M., Brizioli E. e Pesaresi F. (a cura di, 2002)
- Brusati L. (2002), *I sistemi di finanziamento delle aziende pubbliche*, EGEA, Milano
- Camp R.C. (1996), *Business process benchmarking: trovare e migliorare le prassi vincenti*, Itaca, Milano

- Carbone C., Fosti G., Sicilia MF., Spano P. e Tanzi E. (2006), “Sistemi di long-term care: una comparazione tra cinque regioni italiane”, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di, 2006), *Rapporto OASI 2006*, EGEA, Milano
- Cavalli L., Jommi, C. e Lecci F. (2007), “La spesa sanitaria: fonti informative, composizione ed evoluzione”, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di, 2007), *Rapporto OASI 2007*, EGEA, Milano
- Censi (2001), *La vita possibile*, FrancoAngeli, Milano
- CERGAS Bocconi - IRER Lombardia (2007), *I costi della lungo-assistenza. Costruzione di un sistema di monitoraggio permanente dell'evoluzione dei costi delle RSA*, report di ricerca
- Cipolla C. (a cura di, 2002), *La spendibilità del sapere sociologico*, FrancoAngeli, Milano
- Consiglio Regionale della Lombardia (2005), “La trasformazione delle IPAB tra pubblico e privato”, in *Note informative sull'attuazione delle politiche regionali* n. 3
- Cortese C.G. (2001), “Prima standardizzazione del questionario di soddisfazione organizzativa (QSO)”, in *Risorsa Uomo*, 8 (3-4)
- Da Roit B. e Gambino A. (2005), “La spesa”, in Gori C. (a cura di, 2005)
- De Ambrogio U. (a cura di 2003), *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci, Roma
- De Masi D. (1985), *Manuale di ricerca sul lavoro e sulle organizzazioni*, NIS, Roma.
- Del Vecchio M. e Jommi C. (2004), “I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio sanitario nazionale”, in *Mecosan* n.49
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Dotti C., Casale G., Fazzone U., Lo Vaglio P. e Zacchi V. (2006), “La classificazione SOSIA degli anziani ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali Lombarde”, in *Annali di Igiene*, vol. 18, n. 5
- Eisenhardt K.M. (1989), “Building Theories from Case Study Research”, in *Academy of Management Review*, vol. 14, n.4.
- Elefanti M., Brusoni M. e Mallarini E. (2001), *La qualità nella Sanità*, EGEA, Milano
- Fabbi D. (2000), “Comportamenti opportunistici e riforma sanitaria: ricoveri ripetuti e trasferimenti negli ospedali dell'Emilia-Romagna”, in Fiorentini G. (a cura di, 2000)
- Fabbi D. e Ugolini C. (1999), “Pagamento prospettico, modelli sanitari regionali e funzioni di controllo nelle prestazioni ospedaliere”, in Fabbi D. e Fiorentini G. (a cura di, 1999), *Regolamentazione e finanziamento dei servizi pubblici*, Carocci, Roma

- Fazzi L. (2002), “La qualità dei servizi sociali nella riforma del welfare” in Fiocco M.P. e M. Martinati (a cura di, 2002), *Qualità sociale dei servizi sociali*, FrancoAngeli, Milano
- Fiorentini G. (a cura di, 2000), *I servizi sanitari in Italia. Anno 2000*, Il Mulino, Bologna
- Fosti G., Sicilia MF. e Tanzi E., (2008), “Traiettorie di cambiamento nelle RSA: analisi di cinque casi lombardi”, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di, 2008), *Rapporto OASI 2008*, EGEA, Milano
- Francesconi A. (2003), *Misurare, programmare, controllare*, CEDAM, Padova
- Franci A. e Corsi M. (2006), *Distribuzione territoriale, costi e qualità in case per anziani*, Edizioni Quattroventi, Urbino
- Gerdtham U.G. e Jonsson B., (2000) “International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis”, in Culyer A.J. e Newhouse J.P. (a cura di, 2000), *Handbook of Health Economics*, vol. 1
- Giorgi G. e Tomba R. (2010), “Le ASP in Emilia Romagna”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n.7
- Gori C. (a cura di, 2005), *Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma
- Gori C. (a cura di, 2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma
- Gori C. e Guaita A. (2007), “Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?”, in *I Luoghi della cura*, anno V – n. 3
- Guaita A. (2005), “La residenzialità per anziani”, in Gori C. (a cura di, 2005)
- Guizzardi G. (a cura di, 2004), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna
- Herzberg F. (1968), “One more time: how do you motivate employees?”, in *Harvard Business Review Classic*
- Herzberg, F., Mausner, B. e Snyderman, B.B. (1959), *The Motivation to Work*, John Wiley, New York
- Ingresso M. e Alietti L. (2004), “Immagini del vivere sani. I periodici del benessere fra prevenzione, fitness e sapere pratico”, in Guizzardi G. (a cura di, 2004)
- IRER Lombardia (2009), *La RSA: governo della risorsa sociale tra crescita, controllo e sviluppo qualitativo*, report di ricerca
- IRES Veneto (2009), *Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità*, report di ricerca
- ISTAT (2007), *Conti economici regionali*, [www.istat.it](http://www.istat.it)
- ISTAT (2009), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati – Anno 2005*, [www.istat.it](http://www.istat.it)
- ISTAT (2010), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – Anno 2006*, [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Jommi C. (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, EGEA, Milano

- Keehley P. e Abercrombie N.N. (2008), *Benchmarking in the public and non profit sectors: best practices for achieving performance breakthroughs*, Jossey-Bass, San Francisco
- Kickert W.J.M., Klijn E.H. (1997), *Managing Complex Networks*, Sage Publication, London
- Kooiman, J. (2003), *Governing as governance*, Sage Publication, London
- Laing W. (1993), "Financing Long-Term Care: the crucial debate", in *Age Concern England*, London
- Leonini L. (2004), "Le associazioni dei malati tra fund raising e diritti dei malati", in Guizzardi G. (a cura di, 2004)
- Levaggi R. e Capri S. (2003), *Economia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano
- Longo F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, EGEA, Milano
- Longo F. e Tasselli S. (2009), "Welfare socio-sanitario: se lo conosci lo riformi", in [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info)
- Longo F. e Tediosi F. (2009), "Servizi per la non autosufficienza. Un quadro regionale frammentato", in Istituto di Studi e Analisi Economica – ISAE (a cura di, 2009), *Rapporto ISAE. Finanza pubblica e istituzioni*, Roma
- Mellone V. (2008), *Invecchiare. Le età della vita*, rapporto di ricerca IRES Veneto
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2008), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali - Parte seconda*, [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it)
- Ministero della Salute (2007), *Mattoni 12. Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Relazione finale*, [www.mattoni.ministerosalute.it](http://www.mattoni.ministerosalute.it)
- Molteni M. (1997), *Le misure di performance nelle aziende non profit di servizi alla persona. Implicazioni per la direzione aziendale e per gli enti erogatori*, CEDAM, Padova
- Morini A. (2002), "Criteri costruttivi per le Rsa", in Trabucchi E., Brizioli E. e Pesaresi F. (a cura di, 2002)
- NNA (a cura di, 2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Rapporto 2009*, Maggioli Editore, Rimini
- Palumbo F. (2005), "Il programma Mattoni. Un processo di rinnovamento e condivisione", in *Monitor* n.13
- Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, FrancoAngeli, Milano
- Pasquinelli S. e Rusmini G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, [www.qualificare.info](http://www.qualificare.info)
- Pesaresi F. (2008), "La suddivisione della spesa tra utenti e servizi", in Gori C. (a cura di, 2008)
- Pesaresi F. e Brizioli E. (2009), "I servizi residenziali", in NNA (a cura di, 2009)
- Pesaresi F. e Simoncelli M. (2008), "Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione", in *Tendenze Nuove* n.2

- Pingatti F. (2002), “La soddisfazione degli ospiti residenti in Rsa: indicatore di qualità?”, in Trabucchi E., Brizioli E. e Pesaresi F. (a cura di, 2002)
- Ragioneria Generale dello Stato (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n.8
- Ranci Ortigosa E. (a cura di, 2000), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, FrancoAngeli, Milano
- Rebba (2000), “Le residenze sanitarie assistenziali nel processo di integrazione dei servizi sociali e sanitari”, in Fiorentini G. (a cura di, 2000)
- Scaletti A. (2007), *Il controllo economico delle aziende dei sistemi sanitari regionali*, Giappichelli, Torino
- Sicilia MF. e Tanzi E. (2004), “Sistemi tariffari per la remunerazione del long-term care”, in *Mecosan* n.50
- Sirchia G., Trabucchi M., Zanetti E. et alt. (2002), “La qualità nelle Residenze sanitarie assistenziali”, in Trabucchi E., Brizioli E. e Pesaresi F. (a cura di, 2002)
- Tanzi E. (2003), “La qualità e il miglioramento del servizio nelle aziende non profit”, in Bandini F. (a cura di, 2003), *Manuale di economia delle aziende non profit*, CEDAM, Padova.
- Tanzi E. (2010), *I contratti di servizio tra EELL e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza*, Dossier n.191 dell’ASSR, <http://asr.regione.emilia-romagna.it>
- Testi A., Ivaldi E. e Cislighi C. (2010), “Primi elementi per la costruzione di una tariffa nelle RSA: i predittori della complessità assistenziale”, in *Tendenze Nuove* n.1
- Trabucchi M., Brizioli E. e Pesaresi F. (a cura di, 2002), *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, Bologna
- Vecchiato T. (a cura di, 1997), *La valutazione della qualità nei servizi*, Fondazione Zancan, Padova
- Yin R. (1994), *Case study research. Design and methods*, Sage, London.
- Zangrandi A. (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, EGEA, Milano
- Zeithmal V.A., Parasuraman A. e Berry L.L. (2000), *Servire qualità*, McGrawHill, Milano



