

12 Traiettorie di cambiamento nelle RSA: analisi di cinque casi lombardi

di Giovanni Fosti, Mariafrancesca Sicilia, Emilio Tanzi¹

12.1 Introduzione

La domanda di servizi socio-sanitari per la popolazione anziana è destinata ad aumentare in modo considerevole nei prossimi anni, con particolare riguardo all'assistenza continuativa (*long-term care*). L'affermarsi di questo nuovo bisogno dipende da tre fenomeni caratterizzanti l'attuale contesto socio-economico del nostro Paese (ASSR 2003, CENSIS 2005):

- ▶ l'invecchiamento generale della popolazione, con la conseguente diffusione di malattie cronico-disabilitanti collegate all'aumento delle aspettative di vita media. Nel 2004 la percentuale degli anziani non autosufficienti era pari a circa il 20,2% del totale over 65 anni, percentuale che presumibilmente raggiungerà il 22,5% nel 2010 e il 24,0% nel 2025 (CENSIS 2005);
- ▶ la riduzione della potenzialità di assistenza informale erogata all'interno dei nuclei famigliari, per il diffondersi delle famiglie mono-nucleari e per l'affermarsi del nuovo ruolo occupazione della donna nel contesto produttivo nazionale;
- ▶ il crescente orientamento del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti (con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia) e l'esigenza di favorire e sostenere un'assistenza extraospedaliera in grado di soddisfare i bisogni caratterizzanti la fase post-acuta dell'intervento sanitario.

Un ruolo centrale nel soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali degli anziani è svolto dalle strutture residenziali che sono destinate a offrire prestazioni sia di

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca e confronto, i par. 12.2 e 12.3 vanno attribuiti a Emilio Tanzi, i par. 12.4 e 12.6 a Mariafrancesca Sicilia, il par. 12.5 a Giovanni Fosti. L'introduzione (par 12.1) e le riflessioni conclusive (par. 12.7) sono invece l'esito di un lavoro congiunto di tutti gli autori. Si ringrazia la Dott.ssa Lucia Ferrari e il Dott. Tommaso Visentini per la preziosa collaborazione.

natura sociale che sanitaria. In Italia il sistema di offerta di assistenza residenziale registra delle profonde disparità territoriali per quanto riguarda la dotazione di strutture, pubbliche e private (CENSIS 2005, Carbone et al. 2006). Inoltre, il sistema presenta ancora una rete piuttosto diffusa di Case di Riposo (teoricamente destinate agli autosufficienti, ma che in realtà ospitano soggetti totalmente o parzialmente non autosufficienti) e una rete assai più modesta di RSA.

Osservando il fenomeno secondo la prospettiva della specifica azienda, il quadro di riferimento che si sta delineando appare sempre più complesso e articolato, in quanto l'ambiente competitivo di riferimento vede:

- ▶ la coesistenza di numerosi produttori (pubblici e privati, profit e non profit);
- ▶ l'emergere di nuove tipologie di servizi sostitutivi del servizio residenziale;
- ▶ l'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento regionali come l'applicazione dei SOSIA in Lombardia e la sperimentazione dei RUGs in altre Regioni italiane (Sicilia e Tanzi, 2004);
- ▶ la modifica dei comportamenti d'acquisto delle famiglie, che si rivolgono in maniera crescente all'«mercato delle badanti».

Al fine di coniugare il miglioramento qualitativo dei servizi offerti con il conseguimento di risultati gestionali economicamente sostenibili nel tempo appare sempre più pressante la necessità di dotare anche le strutture residenziali di un adeguato bagaglio di logiche e strumenti manageriali.

Il tema dell'aziendalizzazione delle RSA rappresenta quindi una sfida cruciale sia per le singole strutture sia per l'evoluzione dei sistemi di long-term care: le strutture sono chiamate a farla propria per garantire il consolidarsi e il perdurare dei propri servizi in un'ottica di efficienza ed efficacia, mentre sistemi di welfare per essere in grado di fronteggiare una domanda sempre più ampia e complessa.

12.1.1 Obiettivo e metodologia della ricerca

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 strutture residenziali socio-sanitarie e le modalità con cui le logiche e gli strumenti manageriali sono stati adottati dalle stesse.

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 lombardo². Le strutture oggetto di

² La scelta di concentrare l'indagine su un'unica Regione è stata fatta per eliminare le distorsioni derivanti dai differenti contesti normativi di riferimento. Per avere un quadro completo dell'elevata eterogeneità caratterizzante il settore, si rinvia a Carbone et al. (2006) e Pesaresi e Simoncelli (2008).

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.

Al fine di rendere comprensibile il contesto in cui operano le strutture indagate, si riassumono sinteticamente i tratti fondamentali del modello adottato dalla Regione Lombardia per il long-term care. La Lombardia ha un elevato numero di posti letto in strutture residenziali: infatti, il sistema long-term care lombardo è dotato di 54.658 posti letto (di cui 1.657 per Alzheimer), gestiti da 625 soggetti con una percentuale di copertura della popolazione anziana con età superiore a 75 anni del 6,7%. Come in altri contesti, le relazioni tra le RSA e la Regione sono regolate dall'accreditamento. L'accreditamento è uno strumento finalizzato ad attestare il rispetto di quegli standard strutturali e gestionali che i fornitori del SSR devono osservare. Dal punto di vista del fornitore l'accreditamento genera l'ottenimento del finanziamento regionale, oltre che la legittimazione nei confronti della domanda. Dal punto di vista della Regione, l'accreditamento costituisce una forma di controllo degli standard di servizio erogati nel territorio, ma anche dei volumi di offerta finanziati e del correlato fabbisogno finanziario. Le RSA accreditate e iscritte al registro regionale (istituito presso la Direzione Regionale Famiglia e Solidarietà Sociale) ricevono dalla Regione un finanziamento come corrispettivo per: i) l'assistenza medica generica, infermieristica, riabilitativa; ii) gli ausili per l'incontinenza; iii) i farmaci, il gas medicale e altro materiale sanitario. L'onere a rilievo sanitario è corrisposto alle RSA attraverso un meccanismo di finanziamento a tariffa per giornata di degenza, differenziata in base al tipo di utente preso in carico. Il sistema di classificazione degli ospiti attualmente in uso ha sostituito il vecchio sistema NAT-NAP (ospiti non autosufficienti totali o parziali) con il SOSIA³. Quest'ultimo classifica gli ospiti in otto categorie omogenee al proprio interno in termini di gravità delle condizioni psico-fisiche. L'attribuzione degli ospiti a una delle otto classi di riferimento avviene in base al loro livello di non autosufficienza, valutato attraverso un sistema di indicatori: indicatori di mobilità; indicatori di cognitività, indicatori di comportamento e indica-

³ Il SOSIA è entrato in vigore per gli ingressi avvenuti a partire dal 1 maggio 2003.

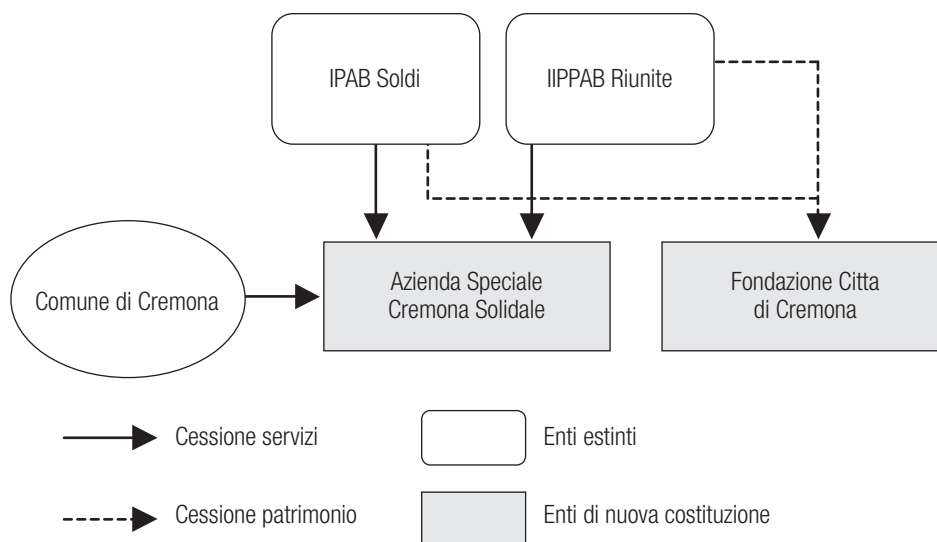
tori di comorbidità. La valutazione compete ai responsabili sanitari delle strutture. Al fine di governare eventuali rischi di up-coding compete alle ASL l'attività di vigilanza rispetto alle classificazioni realizzate.

12.2 L'Azienda Speciale «Cremona Solidale»⁴

12.2.1 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 mag-

Figura 12.1 **Percorso di nascita dell'Azienda Speciale «Cremona Solidale»**



Fonte: nostra elaborazione

⁴ 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.

giore organicità alla gestione 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 12.1).

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 sono 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 al 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 rientrando nei tipici modelli della Fondazione o dell'Azienda di Servizi alla Persona previsti dalla normativa regionale di riferimento per la trasformazione delle IPAB. La scelta di non adottare il modello della fondazione è stata essenzialmente determinata da motivi sindacali e dall'opposizione espressa da una parte della maggioranza, contraria all'idea di eleggere come ente gestore dei servizi sociali un ente di diritto privato. D'altra parte il modello pubblico dell'ASP è stato escluso in quanto prevedeva la presenza di un membro del Consiglio di Amministrazione di nomina regionale e quindi una parziale perdita di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale sul nuovo soggetto gestore dei servizi. Per questi motivi è stata scelta una terza alternativa, individuata nella contemporanea nascita di due soggetti: un soggetto incaricato di gestire il patrimonio (la fondazione); un soggetto incaricato di gestire i servizi (l'azienda speciale). La costituzione dell'Azienda Speciale e della Fondazione ha comportato una maggiore focalizzazione dei soggetti coinvolti su specifiche aree di competenza, permettendo al Comune di esternalizzare la gestione dei servizi e nel contempo mantenere il potere d'indirizzo strategico in materia di politiche sociali.

Analizzando il rapporto tra Comune e Azienda Speciale, lo Statuto di quest'ultima stabilisce che l'Ente Locale indichi le finalità e gli indirizzi che il soggetto erogatore dovrà perseguire, oltre che esercitare un'azione di verifica e controllo sui risultati derivanti dalla gestione. In aggiunta a questo, lo stesso articolo stabilisce che il Comune di Cremona definisca in via prioritaria un contributo annuale da devolvere all'Azienda Speciale, oltre che fissare i prezzi di trasferimento per l'erogazione dei servizi. Dal punto di vista procedurale la definizione delle tariffe prevede una proposta da parte della stessa Cremona Solidale, che viene valutata da un'apposita Commissione, dalla Giunta e infine approvata dal Consiglio Comunale. Tali vincoli non riguardano le prestazioni che non hanno rilievo sociale e che sono erogate in modo libero sul mercato (come le attività di fisio-

Tabella 12.1 **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 sollievo	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).

rapia per esterni o i servizi ambulatoriali). Tra le prerogative dell'Amministrazione Comunale rientrano inoltre la definizione dei titoli d'accesso, il governo delle liste d'attesa e la nomina dei membri del Consiglio di Amministrazione.

Dal punto vista organizzativo, questi processi di fusione e cessazione hanno determinato i seguenti cambiamenti. 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 amministratori. 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. L'unico elemento di novità è stato l'inserimento di un funzionario di supporto al Direttore Generale con adeguate conoscenze rispetto alle nuove aree d'attività acquisite (ossia quelle non geriatrico/riabilitative), in modo tale da coordinare al meglio i servizi erogati attraverso gli appalti (Tabella 12.1).

12.2.2 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 assi-

stenza 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 (ASA) 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 composizione 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 i costi per l'acquisto di beni/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.

12.2.3 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. È 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 outsourcing 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.

«Avevamo proposto di offrire alcuni posti letto in RSA sul libero mercato a tariffa piena. Questi non erano letti di sollievo, ma veri e propri letti privati. Il primo anno erano 10, il secondo 20, ma nel terzo anno sono stati ridimensionati. E questo nonostante la domanda ci sia. A Cremona ci sono cittadini che non possono acquistare servizi di alta qualità, perché nel nostro territorio questi servizi non esistono. Noi abbiamo cercato di dare delle risposte a queste esigenze. All'inizio abbiamo ricevuto l'approvazione, ma poi questa nostra scelta è stata accusata di essere classista.» (ex-DG).

► 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 sono voluti 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 famigliari degli utenti) d'interpretare in modo corretto il proprio ruolo all'interno del complesso sistema di governance aziendale, evitando sovrapposizioni o reciproche delegittimazioni.

«Non basta agire sulle variabili organizzative o strutturali, perché uno degli elementi di funzionamento dell'organizzazione è lo stile, soprattutto nella produzione di servizi dove il rapporto tra produttore e consumatore è diretto ed è fondamentale nella costruzione dell'immagine e della qualità dell'ente erogatore. La premessa al processo di aziendalizzazione è quindi rappresentata dalla cultura organizzativa, il senso di lealtà nei confronti dell'azienda, il senso di servizio verso l'utente e i famigliari. Prima vengono questi principi e solo dopo la tutela dei propri privilegi, tanto più nel momento in cui quest'ultimi non garantiscono l'efficacia e l'efficienza.» (ex-DG).

12.3 La Fondazione Mazzali di Mantova⁵

12.3.1 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 consigliare 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.

Per quanto riguarda invece la relazione con l'Azienda Sanitaria Locale, il rapporto è molto più stringente, ma anziché basarsi su logiche collaborative lo stesso è vissuto dalla Fondazione in modo problematico, in quanto improntato su logiche burocratiche e di continuo contenimento dei costi, in linea con le richieste espresse dalla Regione. Inoltre, per il Direttore della Fondazione questo costante deterioramento del dialogo tra soggetto controllore (l'ASL) e soggetti controllati (le RSA) è anche riconducibile allo scarso radicamento territoriale dei dirigenti che in questi anni si sono trovati alla guida dell'ASL mantovana.

«Dovunque ci sia qualche controllo c'è l'ASL. La Regione ha sempre più caratterizzato l'ASL come un proprio ufficio decentrato. Ora anche la stessa ASL è piuttosto ingessata e ha perso la sua voglia di sperimentazione. L'ASL programma solo e ti considera solo come venditore di servizi. Facciamo fatica a fare qualsiasi cosa che sia al di fuori di queste linee. Se vai a proporre qualche cosa di nuovo nessu-

⁵ Si ringrazia il Dottor Paolo Portioli, Direttore Generale della Fondazione Mazzali, per la preziosa collaborazione.

Tabella 12.2 **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).

no ti ascolta [...] Ci sono poi anche degli aspetti personali, in quanto molti dei dirigenti che ci avevano mandato non avevano alcuna conoscenza del territorio ed erano per lo più orientati alla gestione del bilancio. Oggi abbiamo un nuovo DG mantovano e mi sembra che l'approccio sia diverso. Riusciamo a parlarci e questo ci sembra già una cosa formidabile!»

12.3.2 Alcuni dati di attività del servizio RSA

La Fondazione offre diversi servizi (Tabella 12.2), 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.

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 agli 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.

12.3.3 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 SO-SIA in sostituzione del tradizionale finanziamento forfettario. Per il Diretto-

re del Mazzali questa novità ha obbligato la struttura a ripensare il modo di programmare/organizzare le proprie attività, rendendo più stringente la dimensione economica del 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 l'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 dei 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 a 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 famigliari, 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.

«La cosa più utile di questo taglio riabilitativo è che è stato un fattore di crescita rispetto a tutto il mondo RSA. Ci siamo dovuti dare una «mentalità più ospedaliera, con un livello di soddisfazione del personale decisamente più alto [...] Vorrei poi aggiungere anche un'altra cosa: i requisiti di accreditamento della riabilitazione e l'obbligo di ragionare per protocolli, ci hanno spinto a dare una maggiore scientificità e una maggiore tracciabilità al nostro lavoro. Mentre prima molta conoscenza era lasciata alla memoria dei volenterosi. Tutto questo ci costringe a fare un cambio di mentalità».

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 dotare 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.

Infine, 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.

«In questi anni chi ha fatto la scelta di rimanere in Fondazione ha costituito un nucleo di persone molto preparare. L'investimento che la Fondazione ha fatto su di loro è stato elevato. Sono queste persone che fanno la differenza. Se hai del personale che non si identifica con la struttura, la qualità del lavoro ne risente e diventa davvero debole.»

12.4 Villa Serena SPA⁶

12.4.1 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

⁶ Si ringrazia la Dott.ssa Alma Zucchi Direttrice di Villa Serena SPA e dell'Associazione di Partecipazione per la preziosa collaborazione.

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 dipendente⁷ 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 Borsieri⁸ 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, trasferiti 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 12.3).

Tabella 12.3 **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).

⁷ I dipendenti hanno mantenuto il contratto pubblico.

⁸ Si tratta di una Fondazione attiva sul Comune di Lecco impegnata nella erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

12.4.2 Alcuni dati di attività del servizio RSA

Villa Serena SPA è dotata di 182 posti letto tutti accreditati. Nel corso del 2007⁹ 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 ASA/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 6.413,72 euro, dato dalla differenza tra ricavi pari a 5.903.094,89 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%).

12.4.3 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 Sere-

⁹ 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.

na 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: «*È 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 famigliari. 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 di indisciplina, 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 l'ampliamento dei servizi offerti 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 mercato attraverso l'offerta di nuovi servizi (Centro diurno e minialloggi) 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 (in termini di 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.

12.5 La RSA «Baita Serena» e la Cooperativa Sociale «Ardesia»¹⁰

12.5.1 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);

¹⁰ Si ringrazia per la collaborazione Alessandra Marella, Direttore della Cooperativa «Ardesia» e Claudio Tagliapietra, Direttore della RSA «Baita Serena».

Tabella 12.4 **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).

- 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).

12.5.2 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 generico¹¹ (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 (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 netto¹² di euro 87.609. La composizione dei costi vede nel personale la componente principale (58%), seguita da «altri costi»¹³ (26%) e dai costi per l'acquisto di beni (10%).

12.5.3 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

¹¹ Fa riferimento al personale che svolge attività di pulizie, cucina, lavanderia.

¹² Al netto dei costi generali della cooperativa

¹³ Tale voce comprende anche l'acquisizione di alcune prestazioni professionali: medico, fisioterapista, direzione.

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

A partire dalla 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*»¹⁴ non è più compatibile con la crescita dimensionale dell'organizzazione.

¹⁴ Così viene descritto nell'intervista da parte del direttore della cooperativa, che vi lavora dai primi anni '90.

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 impatto 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 personale¹⁵.

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 previdenziale¹⁶.

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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

12.6 La Residenza Sant'Andrea del Gruppo Segesta¹⁷

12.6.1 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 12 Strutture residenziali (per un totale di 1.354 posti letto), di cui 8 in Lombardia (di cui 6 a Milano), 2 in Sardegna, 1 in Veneto e 1 nel Lazio. L'assistenza residenziale rappresenta quindi una delle principali aree d'intervento di Segesta. Infatti, ad essa si affiancano servizi di assistenza sanitaria – erogati attraverso Case di Cura poli specialistici con servizi di day hospital e chirurgia ambulatoriale¹⁸ – 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 Korian¹⁹, acquisendo il 92% di Segesta.

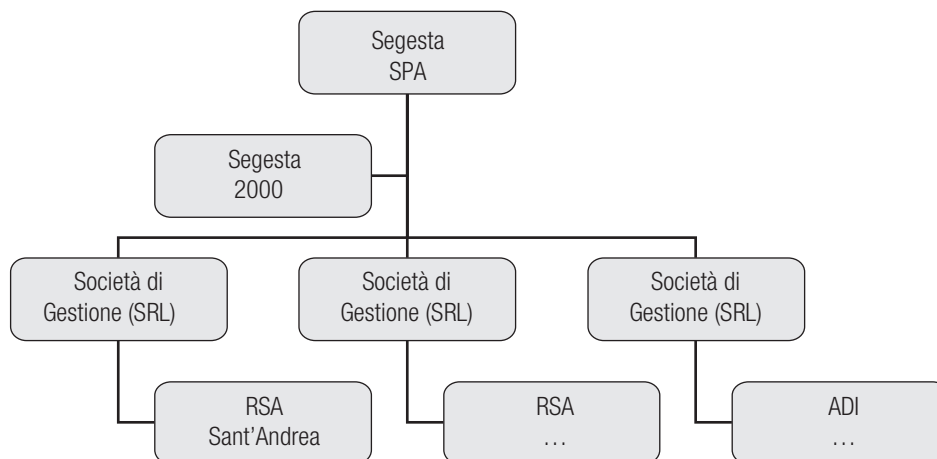
Il modello istituzionale adottato dal Gruppo Segesta prevede al vertice della struttura la Segesta SPA con funzioni di controllo nei confronti delle società (nella forma giuridica di società a responsabilità limitata) chiamate a gestire le diverse strutture e le attività socio-sanitarie. Alle controllate si affiancano delle cooperative che forniscono il personale socio-assistenziale necessario per l'erogazione dei servizi. 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).

Nel 2004 è stata costituita la Società Andrea S.r.l. che è diventato ente gestore della residenza, la quale ha subappaltato la gestione dei posti letto alla Cooperativa Sociale S.Andrea. In particolare, fanno capo all'Andrea SRL la Direzione Gestionale e la Direzione Sanitaria della struttura, l'UO responsabile della qualità dei servizi e l'Ufficio Clienti. Alla Cooperativa Sant'Andrea è affidato il coordinamento delle diverse figure professionali (IP; ASA; FKT; animatori ed educatori). Inoltre, sono stati stipulati dei sub-appalti per la gestione del servizio di ri-

¹⁷ 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.

¹⁸ Attualmente il Gruppo dispone di 8 Case di Cura: 3 in Toscana, 2 in Sardegna e 2 nel Lazio.

¹⁹ Korian è un gruppo francese quotato alla borsa di Parigi leader nella gestione di residenze per gli anziani. In Francia possiede 172 strutture, di cui 127 RSA, 35 centri polivalenti o specializzati e 10 cliniche psichiatriche.

Figura 12.2 **Articolazione del Gruppo Segesta**

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 12.5 **Articolazione dei servizi offerti dalla Residenza Sant'Andrea**

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

storazione e del servizio di lavanderia, mentre la gestione delle pulizie è stata recentemente internalizzata per sopravvenuti problemi con il soggetto fornitore del servizio.

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 12.5).

12.6.2 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. Quest'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 *care-giver* 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 760.183 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%).

12.6.3 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. Tutta-

via, 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 qualità: ogni struttura appartenente al Gruppo Segesta è certificata secondo le norme ISO 9000. Nel sistema qualità è compresa un'attività di *audit* interno, condotta dal responsabile qualità di Segesta e dal responsabile qualità delle singole strutture. Tale attività coinvolge le varie aree del servizio, tra cui i servizi alberghieri, i servizi infermieristici, i servizi medici, i servizi amministrativi, i servizi di accettazione, marketing e gestione delle relazioni con i clienti.
- ▶ 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 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 Capo-Gruppo che si interessa nell'organizzazione dell'attività formativa, con l'obiettivo di proporre percorsi didattici congiunti per le diverse strutture del Gruppo, coerentemente con il loro specifico fabbisogno 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 Segesta 2000. La residenza Sant'Andrea risulta molto radicata sul territorio di Monza e nel tempo ha conquistato una propria chiara posizione sul mercato della lunga 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.

12.7 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 famiglie²⁰. 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 specializzati²¹.

Il processo sinteticamente descritto si svolge attraverso il ripensamento dei modelli regionali sia per quanto attiene le modalità di definizione delle forme e dei

²⁰ 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.

²¹ 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.

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 «risalire 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:

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

12.7.1 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 eroga 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 produttiva²². 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

²² Si vedano, a tal proposito, i dati relativi ai tassi di occupazione dei posti letto, sempre superiori al 99%.

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.

12.7.2 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.

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 state 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».

Bibliografia

- ASSR – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2003), «Assistenza agli anziani non autosufficienti», in *Monitor* n.4.
- Brizioli E., Romano M., Senin U. e Trabucchi M. (2002), «La rete dei servizi per gli anziani», in Trabucchi M., Brizioli E. e Pesaresi F. (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna.*
- Carbone C., Fosti G., Sicilia M., Spano P. e Tanzi E. (2006), «Sistemi di long-term care: una comparazione tra cinque Regioni italiane», in Anessi E e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano.
- CENSIS (2005), «Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti», documento presentato al seminario *L'organizzazione dei servizi per l'anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative*, Roma – 14 luglio.
- Commissione Europea (2003), *Servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale*, Consiglio Europeo, 7 marzo.
- De Masi D. (1985), *Manuale di ricerca sul lavoro e sulle organizzazioni*, NIS, Roma.
- Eisenhardt K.M. (1989), «Building Theories from Case Study Research», in *Academy of Management Review*, Vol. 14 No.4.
- Longo F. (1997), «I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa», in *Mecosan*, n.23.
- Longo F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse: logiche e strumenti operativi aziendali*, Egea, Milano.
- Pesaresi F. e Simoncelli M. (2008), «Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione», in *Tendenze Nuove* n.2
- Sicilia M. e Tanzi E. (2004), «Sistemi tariffari per la remunerazione del long-term care», in *Mecosan*, n. 50.
- Yin R. (1994), *Case study research. Design and methods*, Sage, London.