

6 Le politiche regionali emergenti nel settore socio-sanitario e le strategie di adattamento dei grandi produttori

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola e Andrea Rotolo¹

6.1 Introduzione

Il settore socio-sanitario in Italia va acquisendo un'importanza sempre crescente sia in termini di risposte fornite agli assistiti, sia rispetto al bacino di domanda potenziale, che va allargandosi costantemente in funzione di alcuni cambiamenti demografici, sociali e di sistema in atto, legati soprattutto all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle persone non autosufficienti e all'impossibilità di aumento della spesa pubblica e privata a causa della crisi economica. I cambiamenti in corso agiscono su due versanti: da un lato, quello del settore nel suo complesso, in cui le traiettorie evolutive sono caratterizzate da alcuni trend prevedibili e da altri altamente incerti; dall'altro lato, all'interno di queste condizioni di contesto e dell'offerta di servizi oggi esistente, le singole aziende di produzione dei servizi sono sempre più chiamate a un cambio di paradigma nella modalità di lettura del mercato e di erogazione e gestione dei servizi.

In questo quadro, il governo della produzione dei servizi socio-sanitari è, allo stesso tempo, uno snodo cruciale per la tenuta del sistema sanitario e sociale, in una logica d'integrazione tra i settori, e per la soddisfazione dei bisogni di cura dei cittadini.

Più volte è stato evidenziato come, nonostante si parli spesso di «sistema» socio-sanitario, quest'ultimo sia oggi il risultato di diverse politiche afferenti a soggetti pubblici distinti (Stato, INPS, regioni, SSN), a cui corrispondono inter-

¹ Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §6.1 e §6.3 sono da attribuire principalmente ad Andrea Rotolo, i §6.2, §6.4, §6.6 a Elisabetta Notarnicola, il §6.5 a Giovanni Fosti e i §6.7 e §6.8 a Francesco Longo.

Gli autori desiderano ringraziare tutte le Aziende partecipanti al *Network Key Providers Socio-sanitario* istituito nel dicembre 2013 presso SDA Bocconi, che con i loro preziosi contributi hanno permesso non solo la raccolta dei dati, ma anche la loro discussione e interpretazione. Si ringrazia, inoltre, SCA *Hygiene Products*, il suo dirigente Massimo Minaudo e relativo staff, la cui lungimiranza ha consentito la realizzazione di questa ricerca.

venti e assetti istituzionali diversi, che producono numerose sovrapposizioni e frammentazioni (Fosti *et al.*, 2012), attuando, nei fatti, una vera e propria *governance* a silos. Alle complessità derivanti dall'assetto nazionale, si sommano quelle del livello regionale e locale, facendo aumentare il numero degli attori coinvolti, in un quadro che vede ormai l'esistenza di ventuno sistemi sociosanitari paralleli, tutti accomunati da un eccessivo livello di frammentazione e, quindi, dalla necessità di promuovere processi di integrazione e ricomposizione.

Allo stesso tempo, per sua definizione², il sistema si caratterizza come un settore di produzione di servizi, sebbene questi rappresentino, oggi, solo una parte limitata della spesa pubblica totale, a fronte della predominanza di trasferimenti monetari (Fosti *et al.*, *ibidem*). Infatti, su un totale stimato di circa 56,6 miliardi di euro di spesa sociosanitaria pubblica, corrispondente a circa 950 € di quota pro capite per cittadino residente, 360 € circa corrispondono alla spesa per servizi gestiti da attori pubblici, mentre 590 € sono le risorse monetarie trasferite direttamente ai beneficiari (soprattutto da parte dell'INPS) che decidono quasi del tutto in autonomia come utilizzarle. Accanto alle risorse pubbliche, la spesa privata delle famiglie per servizi sociosanitari (servizi ausiliari sanitari, assistenza per disabili e anziani non autosufficienti, asili nido e baby sitter, ecc.) è stata stimata (Del Vecchio *et al.*, 2013) in 76,73 € pro capite, corrispondenti a 179,49 € per ogni famiglia italiana.

La natura dei servizi sociosanitari, ibrida in quanto chiamata a rispondere a istanze estremamente complesse e multidimensionali, fa sì che i confini tra il mondo sociosanitario, sanitario e sociale siano molto labili e flessibili, con una conseguente difficoltà nel posizionamento dei produttori. Tale caratteristica riguarda sia il contenuto delle singole prestazioni per utente, sia la loro gestione complessiva, dato che a ognuno degli ambiti di assistenza citati corrisponde un sistema di *governance* differente. A oggi, i dati sul sistema di offerta pubblica dimostrano che i tassi di copertura della popolazione sono modesti (Calò *et al.*, 2013) e si attestano, nella migliore delle ipotesi, su valori compresi tra il 20% e il 30%, senza sostanziali differenze tra le diverse tipologie di politiche e target di utenza. Questi dati assumono ancora maggiore rilevanza se vengono letti parallelamente alle già citate dinamiche socioeconomiche in atto.

Ad aumentare il grado di complessità del settore, negli ultimi anni si sono moltiplicate le tipologie dei soggetti che vi operano, tra cui, per esempio, Aziende pubbliche di Servizi alla Persona, Istituti di ricovero, Consorzi di enti pubblici e privati, Fondazioni, Società Private for profit, Cooperative sociali e altre. La

² «Quelle prestazioni per cui nessuna delle due componenti (sanitaria e sociale) prevale sull'altra, erogabili in modalità ambulatoriale, domiciliare o residenziale, con il concorso di professionalità di entrambi i mondi (sanitario e sociale) e costruendo interventi organici attorno ai soggetti beneficiari, sulla base di valutazioni multidimensionali (proprio in virtù della complessità intrinseca dei "problemi" sociosanitari)» (DPCM 14 febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie).

tendenza rimasta invariata nel tempo è, comunque, quella dell'affidamento di questi servizi a soggetti terzi rispetto al committente pubblico locale (Comuni e AUSL), che ha determinato il moltiplicarsi degli enti gestori e produttori. Dal 1997 al 2010, il numero degli enti produttori di servizi residenziali di natura privata è passato da circa 1.700 a più di 4.500 (Guerrazzi, Ricci 2013).

A oggi, i produttori di servizi socio-sanitari si trovano, quindi, a operare in un contesto in cui:

- ▶ manca un chiaro quadro regolatorio di riferimento per il sistema. Questo produce, a sua volta, un altissimo livello di frammentazione della *governance* pubblica (rispetto a tutte le funzioni di governo: dalla pianificazione alla programmazione degli interventi, dal finanziamento al monitoraggio dei livelli di attività);
- ▶ esistono numerosi elementi d'interdipendenza tra sistema sanitario, socio-sanitario e sociale, senza una chiara regolazione dei confini e delle competenze, che generano sovrapposizioni e carenze, e rendono necessario lo sviluppo di una efficace azione di coordinamento e integrazione sulle singole prestazioni da parte dei produttori;
- ▶ i bisogni dei cittadini sono crescenti e complessi e le tensioni di sistema trovano difficoltà a risolversi nei confini pubblici;
- ▶ il mercato si compone di numerosissimi operatori (per lo più iper-specializzati e di piccole dimensioni, oggi spesso in difficoltà finanziaria), in cui pochi sono i *top players* per dimensioni e rilevanza;
- ▶ ampio è il livello di spesa e di erogazione di processi assistenziali gestiti da *care giver* informali (c.d. badanti), auto-organizzati dalle famiglie a proprie spese, valorizzando in questo modo i trasferimenti ottenuti da INPS;
- ▶ il livello di dinamicità e cambiamento è molto forte.

Nel contesto rappresentato, in cui manca una visione unitaria di sistema che sia di cornice e indirizzo e in cui il settore presenta elementi di variabilità così ampi e confini molto aperti, le aziende di produzione di servizi diventano, nei fatti, il perno ricompositivo rispetto ai singoli interventi e al sistema dei servizi in generale, attori protagonisti delle dinamiche strategiche e dell'evoluzione del settore (Del Vecchio, 2012).

La lettura aziendale delle caratteristiche dei produttori permette, allora, di ricostruire le caratteristiche del settore a partire dal basso, dandone una rappresentazione *evidence based*: in un contesto così frammentato e variabile, la lettura *bottom-up* consente una visione complessiva altrimenti molto difficile. Diviene, per questo, fondamentale sapere quali siano le caratteristiche dei produttori, soprattutto con riferimento alle loro scelte strategiche circa il mix di servizi erogati, alla gestione dei fattori produttivi e alle relazioni con il sistema pubblico.

Pur in presenza di numerose analisi e riflessioni sul sistema (per esempio, Autori vari, 2013; Del Favero, 2012), manca, a oggi, una lettura del settore che assuma il punto di vista dei produttori, sia in chiave descrittiva che in chiave evolutiva. Il capitolo ha, quindi, un triplice obiettivo: i) fornire una fotografia accurata delle caratteristiche dei grandi produttori dei servizi sociosanitari, adottando una prospettiva aziendalistica per indagare quali siano oggi i profili aziendali; ii) comprendere dal loro punto di vista le dinamiche del settore e gli impatti della regolazione regionale; iii) analizzare le scelte strategiche attuate in risposta alle politiche regionali dai grandi produttori, comprendendo in questo modo le dinamiche complessive del settore.

Alcuni contributi e ricerche si sono già occupati, in passato, di affrontare il tema del settore sociosanitario adottando questa prospettiva e indagando la produzione dei servizi (Longo, Tanzi, 2010; Montemurro 2012; Tidoli, 2013); questi si sono concentrati, però, per lo più su un singolo servizio (tipicamente, i servizi residenziali per la non autosufficienza). In questo capitolo, al contrario, l'obiettivo è quello di indagare le aziende nel loro complesso, focalizzandosi sull'insieme delle attività gestite e dei servizi erogati, e di comprendere come queste abbiano reagito ai diversi cambiamenti in atto nel settore e con quali impatti sul sistema dell'assistenza.

6.2 Metodo

I dati e le evidenze circa le caratteristiche del settore sociosanitario, i trend di cambiamento e le strategie di risposta messe in atto dalle aziende che verranno presentati nei paragrafi seguenti (§6.3 e seguenti) sono stati raccolti grazie al coinvolgimento nella ricerca di un panel di quattordici aziende che operano nel settore sociosanitario come produttori di servizi di vario tipo. Le aziende hanno fornito, in un primo momento, i dati principali tramite un questionario qualitativo che è stato loro inviato. In un secondo momento, dopo una prima rielaborazione dei dati emersi dai questionari, le aziende sono state invitate a partecipare ad un workshop di discussione, durante i quali sono stati presentati i dati emersi dai loro questionari, che sono stati così commentati e validati.

Il processo di ricerca si è articolato quindi in tre fasi:

1. *Fase di selezione del panel di Aziende:* partendo dalle attuali caratteristiche del settore sociosanitario italiano, sono stati definiti alcuni criteri guida per la selezione del panel di Aziende coinvolte. I criteri di scelta sono stati fissati in modo da selezionare i *player* più significativi del settore in termini di dimensioni e, quindi, di rappresentatività della più alta quota possibile di interventi

sociosanitari oggi erogati. Le aziende sono state selezionate anche avendo cura di raggiungere la massima copertura territoriale possibile, in termini di regioni italiane rappresentate. A questi due elementi se ne è aggiunto un terzo, riferito alla tipologia di azienda (privata for profit, privata non profit di ispirazione religiosa, cooperativa, azienda pubblica, ecc.), in modo da includere nel panel tutte le possibili tipologie. I tre criteri – 1) dimensionale (per fatturato realizzato e numero di servizi gestiti); 2) diffusione geografica (massima copertura di regioni italiane raggiunte); 3) tipologia di azienda – sono stati fissati con l’obiettivo di fornire una fotografia la più possibile rappresentativa del settore sociosanitario, considerando attori rilevanti che operano in diverse regioni italiane e che rappresentano la varietà oggi esistente nel sistema rispetto alle diverse forme aziendali presenti. Da questi sono state individuate quattordici aziende che hanno aderito al percorso di ricerca fornendo un primo set di dati descrittivi circa le loro caratteristiche in termini di assetti societari, attività svolte dalle aziende, mix di servizi e utenti serviti, composizione del fatturato (paragrafo §6.3).

2. *Fase di predisposizione del questionario qualitativo per la raccolta dei dati.* I dati qualitativi circa le dinamiche di cambiamento del settore vissute dalle aziende e le strategie attuate sono stati raccolti tramite un questionario sottoposto a tutte le aziende del panel. Il questionario è stato costruito individuando due *framework* di analisi: i principali trend del settore sociosanitario nel periodo 2011-2013 («I cambiamenti in atto nel settore sociosanitario») e le potenziali strategie messe in atto dalle aziende in risposta a questi fenomeni («Le strategie delle aziende»). I cambiamenti in atto e le strategie di risposta sono stati definiti dai ricercatori sulla base della loro esperienza diretta di osservazione del settore. Questi trovano riscontro anche in lavori precedenti (quale, per esempio, il lavoro di Gori e Pelliccia, 2013) e sono stati validati dalle aziende parte del panel durante l’incontro di discussione dei dati.
3. *Fase di elaborazione, discussione e validazione dei dati:* i questionari sono stati inviati e compilati da tutte le Direzioni Strategiche delle aziende partecipanti, che hanno avuto un supporto in remoto da parte dei ricercatori per risolvere eventuali dubbi interpretativi nella raccolta delle informazioni. I dati sono stati, quindi, aggregati, rielaborati e presentati alle aziende durante un workshop al quale hanno partecipato due o tre rappresentanti per ogni azienda coinvolta, per un totale di trentasette partecipanti. Di norma, le figure professionali che hanno partecipato al workshop sono stati i direttori generali delle aziende, i responsabili del controllo di gestione e delle pianificazione/sviluppo aziendale. La discussione con i rappresentanti delle Direzioni Strategiche delle diverse aziende ha fatto emergere alcune importanti interpretazioni dei dati raccolti, oltre a validarne la rielaborazione.

6.3 Le aziende di produzione nei servizi nel settore sociosanitario italiano: il campione della ricerca

Il panel di organizzazioni che hanno partecipato al progetto di ricerca è composto da quattordici aziende produttrici di servizi sociosanitari, selezionate tra le più rilevanti del territorio nazionale in termini dimensionali. Esse, infatti, nel complesso, rappresentano quindici regioni italiane (le strutture sono principalmente concentrate nell'area del Centro-Nord) e impiegano circa 25.000 lavoratori, per un fatturato complessivo (riferito all'anno 2012) di 1.2 miliardi di euro (pari al 5% del volume complessivo della spesa pubblica per interventi sociosanitari del Sistema Sanitario Nazionale e delle Regioni, dei Comuni e dell'INPS).

All'interno del campione è rappresentata anche l'eterogeneità di tipologie di organizzazioni che operano nel settore: vi sono cinque Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, un'azienda privata, tre fondazioni, due cooperative, due gruppi di aziende private e una Ipab.

Le aree di attività coperte dalle quattordici organizzazioni comprendono tutte le categorie di utenza tradizionalmente intercettate dalle prestazioni del settore sociosanitario e sociale: dalla disabilità adulta e dei minori, agli anziani non autosufficienti, dagli adulti in situazione di difficoltà ai problemi dell'infanzia o dei minori in situazioni di disagio, dagli stati vegetativi ai post-acuti o sub-acuti, senza tralasciare l'area della salute mentale e degli anziani autosufficienti. Tuttavia, alcune di queste aree sono maggiormente rilevanti all'interno del panel, sia in termini di numero di strutture dedicate, sia in termini di distribuzione dei posti dedicati: si tratta degli anziani autosufficienti, della salute mentale, dei disabili adulti e degli anziani non autosufficienti. Si sottolinea che la maggior parte delle aziende sono, comunque, focalizzate su almeno quattro categorie di utenza diverse (la media è cinque) e che chi segue gli anziani non autosufficienti nell'81% dei casi segue anche Alzheimer, nel 78% dei casi segue anche gli anziani autosufficienti, nel 65% dei casi anche la salute mentale e nel 45% anche gli stati vegetativi.

Le quattordici aziende facenti parte del panel hanno in carico il 10,3% degli utenti anziani sul totale italiano, il 4% degli utenti disabili e rappresentano circa il 7,5% dei posti in strutture residenziali a livello nazionale.

La tipologia di servizi erogata vede prevalere, nella maggior parte delle organizzazioni, la residenzialità, seguita dalla domiciliarità; il dato è coerente con le categorie di utenza maggiormente seguite appena illustrate. Anche in questo caso prevale la diversificazione nella tipologia di servizi erogati (in media 4,5 per produttore) e all'aumentare del numero di categorie di utenza servite aumenta anche il numero di servizi diversi offerti.

Analizzando più da vicino i valori relativi al fatturato, è possibile notare come nell'arco di cinque anni, tra il 2007 e il 2012, la composizione delle risorse sia variata in modo marginale. Le aziende del panel hanno mantenuto, infatti, una com-

posizione del fatturato fatta per l'82% da servizi del settore sociosanitario e per il 18% dal fatturato del settore sanitario, sociale o di altra natura. È rimasta stabile anche l'incidenza della componente del finanziamento pubblico, corrispondente a circa il 90% del totale. Se si analizza il mix di business, è possibile individuare la prevalenza in termini di fatturato delle attività relative agli anziani non autosufficienti, che, in tredici organizzazioni su quattordici, è superiore al 50%.

Il panel di aziende coinvolte nella ricerca presenta dunque i principali tratti che caratterizzano la geografia della produzione di servizi sociosanitari sinteticamente illustrata nel paragrafo §6.1 e costituiscono un osservatorio privilegiato per effettuare analisi e considerazioni sulle dinamiche complessive del settore.

6.4 I trend di cambiamento del settore sociosanitario: una proposta di lettura

I fenomeni di cambiamento che hanno interessato il settore sociosanitario negli anni recenti sono da ricercare in tre principali aree: i cambiamenti in atto nel settore pubblico, i cambiamenti in atto tra le attitudini delle famiglie, i trend demografici ed epidemiologici.

6.4.1 Il framework di analisi utilizzato per il questionario sottoposto alle aziende

L'analisi dei trend di cambiamento in atto nel settore nel periodo 2011-2013 è stata svolta a partire da una griglia di analisi, nella quale sono stati selezionati alcuni trend considerati centrali per il periodo considerato. Questi trend si articolano intorno a tre macro-tematiche principali: cambiamenti in atto nel settore pubblico, orientati verso il contenimento della spesa e un maggior controllo da parte degli enti committenti sui servizi erogati ai cittadini; riposizionamento dei bisogni delle famiglie; cambiamenti dovuti a dinamiche epidemiologiche e demografiche. I cambiamenti in atto nel settore che sono stati considerati sono sintetizzati in Figura 6.1 e nel sottoparagrafo che segue.

Con riferimento a questi trend, è stato, in prima istanza, chiesto alle aziende se avessero riscontrato tutti questi fenomeni nella loro esperienza per il periodo 2011-2013 o, diversamente, quali di questi. È stato poi chiesto anche di indicare con quale intensità avessero percepito questi trend e quanto avessero inciso sulla gestione aziendale, individuando, in termini di rilevanza, quali dinamiche avessero inciso maggiormente sull'attività di erogazione dell'assistenza sociosanitaria (paragrafo §6.5). Il questionario è stato costruito inserendo sia domande a risposta chiusa (come, per esempio, quelle riferite alla scelta dei fenomeni che si sono verificati) che domande a risposta aperta, in modo da poter raccogliere informazioni aggiuntive e descrittive dei fenomeni.

Figura 6.1 I cambiamenti in atto nel settore sociosanitario

| Cambiamenti in atto nel settore sociosanitario: | |
|---|--|
| CAMBIAMENTI NEL SETTORE PUBBLICO: | |
| 1 | Intensificazione dei controlli da parte del settore pubblico rispetto ad adempimenti burocratici |
| 2 | Rafforzamento dei controlli da parte del settore pubblico circa i livelli di appropriatezza degli interventi |
| 3 | Riduzione dei finanziamenti pubblici nel complesso |
| 4 | Modifica delle tariffe riconosciute agli erogatori dei servizi |
| 5 | Modifica del livello di compartecipazione richiesta alle famiglie |
| 6 | Innalzamento degli standard di servizio |
| 7 | Pressioni sul sistema di ingresso nei servizi |
| CAMBIAMENTI NEI COMPORAMENTI/BISOGNI DELLE FAMIGLIE: | |
| 8 | Diminuzione della disponibilità delle famiglie a pagare le rette/tariffe dei servizi |
| 9 | Rimodulazione dei bisogni delle famiglie verso forme di servizi alternativi, che non trovano risposta nelle tradizionali Unità di Offerta del settore sociosanitario |
| 10 | Richiesta di una maggiore intensità assistenziale da parte delle famiglie |
| TREND DEMOGRAFICI-EPIDEMIOLOGICI: | |
| 11 | Maggiore incidenza di alcune patologie degenerative (ad esempio Demenze, Alzheimer, ...) |
| 12 | Maggior incidenza di utenti con forme di patologie croniche |

6.4.2 I trend di cambiamento analizzati

Rispetto al sistema di erogazione e produzione dei servizi sociosanitari (e, quindi, rispetto alle aziende del settore), i cambiamenti nella sfera del sistema pubblico corrispondono a cambiamenti rispetto alla regole di sistema e alle sue condizioni di funzionamento (come erogare i servizi sociosanitari); i cambiamenti nelle attitudini delle famiglie ad un cambiamento rispetto alla domanda espressa e alle esigenze degli utenti; i trend demografici ed epidemiologici a diverse caratteristiche e bisogni degli utenti in carico ai servizi.

Diversi fenomeni sono intervenuti rispetto al sistema pubblico. Il fenomeno più visibile (soprattutto da un punto di vista mediatico e comunicativo) è stata la **progressiva diminuzione dei fondi dedicati al settore sociosanitario e sociale** stanziati al livello nazionale: tra il 2010 ed il 2011, i fondi complessivamente stanziati a favore delle regioni sono passati da circa 1 miliardo di euro a circa 300 milioni di euro, per diminuire ancora nel 2012 fino a circa 100 milioni di euro (dati da Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, 2013³). Una di-

³ «Le risorse finanziarie per le politiche sociali anni 2007-2013», Raccolta da *QuotidianoSanità* su Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, Maggio 2013.

minuzione di tale entità è stata percepita in modo molto forte dagli operatori del settore, ma sconta una visione parziale sulle risorse pubbliche che finanziano il settore sociosanitario. Guardando alle risorse provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale, si nota, per esempio, che queste sono rimaste stabili nel periodo 2010-2012 e, in particolare, è rimasta stabile la parte di queste dedicate a interventi sociosanitari (per esempio, la spesa sociosanitaria da FSN per la non autosufficienza è rimasta stabile intorno a circa l'11% del totale, si veda Pelliccia, 2013a). Un simile andamento hanno avuto le risorse stanziare a livello regionale: in Emilia Romagna, per esempio, dove il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) è addirittura cresciuto dal 2010 al 2013 (dati Regione Emilia Romagna 2013⁴); in Lombardia la spesa complessiva per interventi sociali e sociosanitari è cresciuta dal 2010 al 2011 e, dopo una lieve diminuzione, è cresciuta di nuovo tra il 2012 e il 2013 (Pelliccia 2013b). Nel complesso, quindi, le risorse complessive dedicate al settore sociosanitario nelle diverse regioni sono rimaste pressoché stabili nel periodo considerato e hanno visto in alcuni casi una crescita (seppur contenuta) tra il 2012 ed il 2013. La spesa per interventi si è quindi stabilizzata piuttosto che essere diminuita. Il livello di interventi sociosanitari erogati, che aveva visto negli anni precedenti un trend di crescita nella maggior parte delle regioni italiane, si è quindi stabilizzato, interrompendo i tentativi che erano stati intrapresi di incrementare la copertura della popolazione e, in alcuni casi, è stato oggetto di una revisione dei mix di servizi e prestazioni a parità di risorse (Gori, Pelliccia, 2013).

Un secondo fenomeno che ha caratterizzato gli anni 2011-2013 è l'**aumento dei controlli** attivati dal sistema pubblico rispetto ai servizi, sia di tipo amministrativo che di valutazione dell'appropriatezza degli interventi sociosanitari erogati. Per i primi, sono esemplificativi l'introduzione di alcuni obblighi, come per esempio, l'introduzione degli obblighi di legge ex 231 («Responsabilità amministrativa delle società e degli enti», Dlgs 231/2001) anche per le aziende pubbliche, l'introduzione di numerosi controlli e adempimenti rispetto ai meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione, specifici flussi rendicontativi per l'erogazione di alcune fonti di finanziamento, ecc. Rispetto ai controlli sull'appropriatezza, è stato riscontrato una maggiore frequenza e intensità dei controlli nei servizi da parte delle Aziende Sanitarie circa le caratteristiche delle prestazioni, ecc., parallelamente a un progressivo irrigidimento degli standard di servizio richiesti.

Altro fenomeno che ha riguardato la produzione dei servizi sociosanitari è una generale **pressione sulle tariffe riconosciute dal sistema pubblico ai produttori**, insieme ad alcune tendenze che hanno riguardato le **regole di accesso ai servizi**. I meccanismi di aggiornamento delle tariffe dei principali servizi

⁴ Regione Emilia Romagna, 2013, «Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2012 e programmazione 2013».

sociosanitari (e, in particolare, dei servizi residenziali per non autosufficienti) sono rimasti bloccati nella maggior parte delle regioni italiane, dove in alcuni casi vigono ancora sistemi di tariffazione molto semplici e poco rappresentativi della complessità dei servizi erogati (per esempio, sistemi di tariffe indistinte per giornata o prestazione erogata) e con adeguamenti al costo della vita bloccati o macchinosi (Pesaresi, 2013). Di riflesso, l'impatto sulla partecipazione richiesta all'utenza è stato quello di un progressivo slittamento di costi dal sistema sociosanitario al sistema sociale, con un maggiore carico su Comuni e utenti, oggetto contemporaneamente di una riforma del sistema ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente). Parallelamente, si sono registrati in numerosi territori comportamenti del sistema pubblico volti al contenimento degli accessi nei servizi in alcuni periodi dell'anno, tramite l'allungamento dei periodi di valutazione, la gestione delle liste di attesa, la sospensione degli ingressi per alcune categorie di utenza o alcune tipologie di servizio.

In un periodo di crisi economica in cui numerosi comportamenti delle famiglie italiane sono mutati rispetto al passato, anche la loro **domanda di servizi sociosanitari** ha subito alcuni cambiamenti. Nel complesso, non è cambiata la predisposizione delle famiglie verso la spesa sanitaria e sociosanitaria privata, che è rimasta pari a circa il 4% delle spesa complessiva, ma è diminuito il potere di acquisto reale, dal 2008 al 2013 è diminuito di 13,4 punti percentuali (Istat 2013). Contemporaneamente, sono aumentate le disuguaglianze sociali tra i cittadini che accedono ai servizi pubblici: rimanendo su un target tipico del settore sociosanitario, ovvero la non autosufficienza, le persone over 65 con risorse economiche scarse o insufficienti che dichiarano di stare male o molto male erano nel 2012 il 30,2% del totale (28,6% nel 2005) contro il 14,8% degli anziani con risorse ottime o adeguate (16,5% nel 2005). In particolare, gli anziani del Sud sono il gruppo di popolazione più vulnerabile (Istat 2013). Queste percentuali si alzano notevolmente guardando agli anziani con patologie croniche e multicroniche: il 50,7% degli over 65 cronici gravi e il 49% dei multicronici (contro il 49% e il 45% del 2005) dichiara di avere a disposizione risorse scarse o insufficienti. In questo quadro, le famiglie sempre più spesso rinunciano all'accesso a servizi sociosanitari per i quali è prevista compartecipazione, rimodulano gli interventi in modo da dover sostenere un minor carico economico o sostituiscono l'assistenza formalizzata con meccanismi di cura informale e ricorso a sistemi irregolari (Tidoli, 2014).

Due principali fenomeni demografici ed epidemiologici incidono sul funzionamento del settore: il **progressivo invecchiamento della popolazione**, con l'aumento dell'aspettativa di vita, e una maggiore **incidenza di patologie croniche e degenerative**. I cittadini anziani con patologie cardiovascolari, metaboliche, respiratorie, reumatiche e osteoarticolari, demenze, tumori ecc. sono sempre di più e vivono sempre più a lungo (Istat 2013). Questo cambia il profilo della quota

più significativa degli utenti del sistema sociosanitario, gli anziani appunto, che, rispetto al passato, accedono ai servizi in un'età sempre più alta e con profili di non autosufficienza sempre più spostati verso patologie cliniche a complessità sanitaria piuttosto che sociale: un dato significativo, portato da una delle aziende del panel intervistato in questo studio, ci dice che, rispetto agli ingressi in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) nelle strutture in aree metropolitane del nord Italia, nel 2013 il 90% degli utenti ha acceduto direttamente da dimissione ospedaliera con aspettativa di vita di circa 90 giorni, il 75% degli utenti era portatore di demenze o disturbi simili (contro il 50% registrato nel 2010) e il 50% degli utenti è rimasto in carico al servizio in modo solo temporaneo (contro il 7-10% del 2010).

Il mix dei diversi comportamenti delle famiglie e del diverso profilo dei potenziali utenti del sistema ha indotto sempre più diffusamente la richiesta di un riposizionamento del sistema di offerta sociosanitario. Le famiglie si fanno portatrici di bisogni diversi e richiedono ai produttori servizi diversi da quelli fino a oggi presenti nel sistema.

6.5 I cambiamenti percepiti dalle aziende

L'analisi dei trend di cambiamento in atto nel settore nel periodo 2011-2013 è stata proposta alle aziende del panel, distinguendo tra i cambiamenti in corso nel settore pubblico, nell'ambito delle famiglie, nei trend demografici ed epidemiologici (§ 6.4). Alle aziende del panel è stato chiesto di indicare, in base alle proprie percezioni ed esperienze dirette:

- ▶ quali dei fenomeni evidenziati, a loro parere, si sono effettivamente manifestati nel settore sociosanitario nel periodo 2011-2013;
- ▶ quali sono stati più rilevanti e quali meno, ordinandoli in termini di rilevanza senza attribuire un punteggio ai diversi fenomeni;
- ▶ quali hanno avuto un maggiore impatto sulla propria azienda, attribuendo un punteggio ai singoli fenomeni considerati rilevanti.

6.5.1 Le percezioni e i commenti delle aziende

Il primo quesito posto alle aziende del panel era mirato a comprendere quali fossero i fenomeni di cambiamento proposti all'analisi che sono percepiti dalle aziende come effettivamente manifestati nel periodo 2011-2013. Tutte e quattordici le aziende rispondenti convergono nel riconoscere tre dei fenomeni suggeriti: l'ampliamento degli adempimenti burocratici e la compressione del finanziamento pubblico sotto il profilo dei cambiamenti in atto nel settore pubblico, e l'aumento delle patologie degenerative sotto il profilo dei cambiamenti connessi

ai trend demografici ed epidemiologici. In generale, quasi tutte le aziende condividono la maggior parte dei fenomeni proposti; sono solo tre, infatti, i fenomeni riconosciuti da meno di nove aziende: l'innalzamento degli standard di servizio richiesti dal sistema pubblico ai produttori; la dilatazione delle tempistiche di ingresso degli utenti nei servizi; la richiesta di maggiore intensità assistenziale da parte delle famiglie.

Tra i fenomeni riconosciuti da tutte le aziende, quello considerato in assoluto come più rilevante e con il più alto impatto sul loro funzionamento è la riduzione dei finanziamenti pubblici. Gli altri fenomeni che sono stati considerati di maggior impatto sul funzionamento delle aziende sono, in ordine: la diminuzione della disponibilità delle famiglie a pagare le rette/tariffe dei servizi; il rafforzamento dei controlli sui livelli di appropriatezza dei singoli interventi; la rimodulazione dei bisogni delle famiglie verso forme di servizi alternativi e la modifica delle tariffe riconosciute agli erogatori dei servizi.

Nelle risposte fornite dalle aziende ricorrono alcune interessanti correlazioni: le aziende che hanno sottolineato l'impatto dei controlli, hanno fatto riferimento sia ai controlli di appropriatezza, sia a quelli di natura burocratica; quelle che hanno evidenziato la diminuzione dei finanziamenti pubblici hanno fatto riferimento anche allo stress subito sui livelli di tariffazione; infine, chi ha evidenziato una riduzione della disponibilità a pagare da parte delle famiglie, ha evidenziato anche una rimodulazione dei bisogni delle famiglie verso un aumento delle esigenze espresse dalle famiglie medesime.

Oltre ad un ranking tra i fenomeni esposti, è stato chiesto alle quattordici aziende del panel di attribuire a ciascun fenomeno un punteggio espressivo dell'impatto che questo ha avuto rispetto alla propria azienda. Anche in questo caso, i tre fenomeni, il cui impatto era stato ritenuto maggiore nelle altre domande, risultano confermati, seppure in un diverso ordine. Infatti, il maggior punteggio è stato attribuito dalle aziende al comportamento delle famiglie, in secondo luogo all'impatto della diminuzione dei finanziamenti e agli interventi sulle tariffe, in terzo luogo all'impatto dei controlli.

A partire da queste prime evidenze, alcune considerazioni possono essere formulate, integrandole con le riflessioni proposte dalle aziende del panel, rispetto a ognuno dei fenomeni oggetto di analisi:

- ▶ la riduzione dei finanziamenti pubblici, nel complesso, è stata riscontrata sia da aziende di natura privata che di natura pubblica, nonché su entrambi i versanti sociale e sanitario; oltre al contenimento dei budget, per le aziende ha avuto particolare impatto la maggiore incertezza associata ai trasferimenti finanziari da parte degli attori pubblici;

- ▶ la diminuzione della disponibilità delle famiglie a pagare le rette/tariffe dei servizi induce alcune importanti considerazioni da parte delle aziende. Si tratta di un fenomeno in crescita, in modo non omogeneo, con picchi e fasi di recupero, e si manifesta in vari modi: attraverso la riduzione delle liste d'attesa per alcuni servizi che, tipicamente, nel passato erano stati oggetti di forte richiesta da parte dei cittadini (le RSA, Residenze Sanitarie Assistenziali, per esempio); con casi di utenti ritirati dai servizi (sia anziani, sia bambini); con la ricerca da parte dei cittadini di prestazioni alternative e sostitutive sul mercato libero, anche di basso profilo, a minor prezzo. Al contrario, nei servizi in cui la retta è aumentata nell'ultimo periodo, le famiglie sono diventate più esigenti che in passato. Dal punto di vista delle strutture, risultano particolarmente critiche le situazioni di insolvenza di alcuni ospiti, motivate o involontarie, ma, comunque, in grado di porre a rischio l'equilibrio economico della singola struttura;
- ▶ la rimodulazione dei bisogni delle famiglie verso forme di servizi alternativi si manifesta con la scelta di servizi a ore o di badanti e dà vita a situazioni critiche, soprattutto nelle fasi di dimissione dall'ospedale o di gestione di emergenze;
- ▶ il rafforzamento dei controlli sui livelli di appropriatezza dei singoli interventi e l'aumento dei controlli di natura burocratica sono differenti nelle singole regioni; la dimensione burocratico amministrativa si è espansa in ragione di nuove norme che generano adempimenti amministrativi aggiuntivi, anche in capo alle aziende pubbliche, determinando un aumento dei costi e un appesantimento nel normale funzionamento delle strutture;
- ▶ la modifica delle tariffe e della compartecipazione ha visto in alcune regioni una riduzione delle quote di rimborso delle spese sanitarie e un aumento generalizzato delle forme di compartecipazione, che ha permesso ad alcune strutture di mantenere fermi i livelli delle prestazioni erogate, salvaguardando, di fatto, il fatturato dei gestori;
- ▶ la modifica delle regole di accesso e funzionamento dei servizi ha espanso i tempi delle diverse procedure (pratiche amministrative, valutazione all'accesso), generando un blocco nelle liste d'attesa e un blocco o rallentamento dei ricoveri e degli inserimenti, con potenziali effetti sulla trasparenza nella gestione degli ingressi, non necessariamente migliorata.

In conclusione, dalla discussione con le aziende parte del panel sono emerse altre considerazioni generali sui fenomeni in atto nel settore e, in particolare, riguardo alla composizione degli utenti nei servizi, al posizionamento complessivo del sistema, alla composizione della spesa sociale e socio-sanitaria. Si tratta di percezioni espresse nel dibattito tra gestori e non di dati, ma si ritiene opportuno darne conto insieme alle percezioni raccolte in modo più strutturato e fin qui riassunte.

Figura 6.2 **Dinamiche di cambiamento del settore sociosanitario: una lettura di insieme dei fenomeni e delle percezioni delle aziende**

| | FENOMENI CHE IMPATTANO SUL SETTORE SOCIO SANITARIO | TREND RISCOTRATI PER IL PERIODO 2011-2013 | IMPATTO SUL FUNZIONAMENTO DELLE AZIENDE DICHIARATO DALLE AZIENDE STESSE |
|--|---|--|--|
| CAMBIAMENTI NEL SETTORE PUBBLICO: | Andamento dei finanziamenti pubblici | <ul style="list-style-type: none"> • Finanziamenti nazionali per spesa sociale e sociosanitaria alle Regioni: Stop in un primo momento, poi ripresa cauta dei finanziamenti • Finanziamento da SSN: Stabilità nel finanziamento di interventi sociosanitari • Spesa Regionale: parziale contrazione (o stop alla crescita) • Spesa comunale: Parziale contrazione (o stop alla crescita) | <ul style="list-style-type: none"> • Forte pressione sulla performance economica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Percezione diffusa di contrazione dei finanziamenti per il settore ✓ Percezione di una rimodulazione del mix degli interventi erogati |
| | Controlli da parte del settore pubblico sul sistema di produzione/ erogazione degli interventi | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento degli adempimenti burocratici richiesti: <ul style="list-style-type: none"> • alle aziende pubbliche • alle aziende convenzionate/ accreditate/ autorizzate che operano nel sistema pubblico • Stretta sui controlli sulle prestazioni/ servizi erogati nel settore. | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento della pressione sulle aziende. • Trade off tra appropriatezza, rimodulazione degli interventi e pressione sui produttori. |
| | Standard di servizio | <ul style="list-style-type: none"> • Innalzamento degli standard richiesti • Maggiori controlli sul raggiungimento di standard prefissati | <ul style="list-style-type: none"> • Tensione verso prestazioni e servizi più complessi e con standard più alti a parità di risorse |
| | Tariffe riconosciute agli erogatori dei servizi e livello di compartecipazione richiesta alle famiglie | <ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di adeguamento delle tariffe molto elementari • Mancanza di aggiornamento delle tariffe sanitarie • Adeguamento delle tariffe al costo della vita spesso bloccato o macchinoso. • Tentativo dei comuni di contenere la propria spesa agendo sulle soglie di esenzioni e criteri di definizione del reddito. | <ul style="list-style-type: none"> • Necessità per i gestori di aumentare la tariffa a carico dell'utente per mantenere equilibrio economico • Percezione di una maggiore pressione su efficienza gestionale. |
| | Pressioni sul sistema di ingresso nei servizi. | <ul style="list-style-type: none"> • Tentativo di contenimento del numero degli accessi <ul style="list-style-type: none"> • Dilatazione delle tempistiche di ingresso nei servizi da parte degli attori pubblici. • Allungamento delle procedure di valutazione <ul style="list-style-type: none"> • Introduzione di liste d'attesa • Diminuzione delle domande di inserimento nei servizi a compartecipazione | <ul style="list-style-type: none"> • "Svuotamento" dei servizi in alcuni momenti dell'anno |
| CAMBIAMENTI NEI COMPORTAMENTI/BISOGNI DELLE FAMIGLIE | Disponibilità delle famiglie a pagare le rette/tariffe dei servizi. Rimodulazione dei bisogni delle famiglie | <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta di inserimento sempre più posticipata al momento di massima gravità o insostenibilità da parte della famiglia • Ricorso a meccanismi alternativi di cura informale fino al break even per la famiglia. • Casi di "uscita dai servizi", divenuti economicamente insostenibili per le famiglie. • Richiesta di servizi diversi da quelli tradizionalmente previsti dai sistemi di offerta. | <ul style="list-style-type: none"> • Tensione sul raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario di struttura • Percezione di inadeguatezza dei servizi erogati |
| TREND DEMOGRAFICI-EPIDEMIOLOGICI: | Maggiore incidenza di alcune patologie croniche e degenerative e trend demografici. | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza nei servizi sociosanitari di un maggior numero di utenti con patologie cronico degenerative | <ul style="list-style-type: none"> • Cambiamento nei profili di utenti. • Spostamento dei bisogni assistenziali verso situazioni di urgenza sanitaria. |

Nella percezione di alcuni gestori, il *case mix* degli utenti delle strutture residenziali sociosanitarie per anziani si è orientato sempre più verso utenti gravissimi, rispetto ai quali i produttori hanno adeguato gli standard assistenziali, operando al di sopra dei minimi regionali previsti, senza che vi siano stati adeguamenti proporzionali delle tariffe corrisposte dal sistema pubblico.

Il posizionamento generale del sistema, nella percezione di alcuni gestori, è sempre meno orientato a una matrice universalistica e privilegia, nell'accesso, le due code di popolazione: da una parte, gli utenti che possono beneficiare di un supporto pubblico molto forte in relazione a un reddito basso o molto basso, dall'altra quegli utenti in grado di sostenere spese significative per l'accesso ai servizi e appartenenti ad una fascia sociale con reddito medio-alto e alto. Tra queste due code, il ceto medio appare a questi gestori sempre più in difficoltà nell'accesso ai servizi.

In fine, rispetto alla composizione della spesa pubblica, da una parte alcuni gestori evidenziano che la spesa complessiva sia rimasta e rimane costante in termini assoluti, ma con rimodulazioni al proprio interno tra spesa sociale e socio-sanitaria; altri gestori sostengono, invece, che le risorse pubbliche complessivamente allocate nel settore sono sostanzialmente invariate, con un ampliarsi, però, delle divergenze regionali, con regioni che hanno espanso le rette ed altre che hanno contenuto i propri budget.

6.6 Le strategie messe in atto dalle aziende in risposta ai trend del settore

Dopo aver analizzato quali sono state le dinamiche di settore che più hanno avuto ripercussioni sulle attività di erogazione dell'assistenza sociosanitaria delle aziende, sono state indagate le strategie che le stesse hanno messo in atto in risposta ai trend rilevati.

6.6.1 Il framework di analisi per il questionario sottoposto alle aziende

Considerando le possibili risposte in termini di strategia aziendale rispetto ai cambiamenti in atto nel settore pubblico, al riposizionamento dei bisogni delle famiglie e ai trend demografici epidemiologici, sono state ipotizzate alcune strategie aziendali orientate al ripensamento della strategia aziendale, alla rimodulazione della capacità produttiva, agli interventi sui sistemi di offerta e sui sistemi di produzione. Le possibili strategie che sono state presentate alle aziende e analizzate nei questionari sono quelle citate nella Figura 6.3.

Figura 6.3 **Le strategie possibili di risposta delle aziende presentate nel questionario**

| Strategie possibili di risposta al cambiamento: | |
|--|---|
| 1 | RIVISITAZIONE DELLA STRATEGIA AZIENDALE |
| 2 | RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA VERSO NUOVE AREE DI BUSINESS: Progettazione di servizi innovativi Apertura di nuove aree di business o cambiamenti nel portafoglio delle attività |
| 3 | INTERVENTI SULLA CAPACITÀ PRODUTTIVA: Rimodulazione della capacità produttiva tramite chiusura di unità di offerta |
| 4 | INTERVENTI SUGLI UTENTI: Rimodulazione del mix di utenti per profilo assistenziale Riduzione degli utenti in carico |
| 5 | INTERVENTI SULLE TARIFFE: Modifica delle tariffe e della compartecipazione richiesta Rimodulazione del mix di offerta tra servizi a finanziamento pubblico e servizi offerti sul mercato privato a pagamento |
| 6 | INTERVENTO SUI COSTI DI PRODUZIONE: Efficientamento dei costi per input produttivo Efficientamento organizzativo Rimodulazione dei contratti di lavoro o interventi sulle politiche del personale Rimodulazione degli standard di servizio |
| 7 | INTERVENTI SULL'EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE: Ridefinizione del risultato di esercizio o disavanzo |

Con riferimento alle possibili strategie aziendali, è stato chiesto alle aziende, dopo aver individuato le dinamiche di settore che più li avevano interessati, di indicare quali strategie avessero messo in atto in risposta a tali trend, quali avessero avuto una incidenza maggiore sulle attività di erogazione dell'assistenza socio-sanitaria e sulla gestione aziendale in generale (paragrafi §6.7 e §6.8). In ultima analisi, è stato chiesto anche quanto le strategie attuate fossero state una risposta obbligata, date le politiche del regolatore pubblico, o quanto fossero state scelte deliberate in modo autonomo in risposta alle dinamiche del settore. Nel primo caso, è stato chiesto anche come avrebbero preferito operare se non fossero stati oggetto di tali politiche pubbliche.

6.6.2 Le strategie di risposta delle aziende

Di fronte alla percezione di una sempre maggiore pressione sul contenimento dei finanziamenti pubblici (che rappresentano per tutte le aziende del panel almeno il 90% del fatturato annuo), di una minore disponibilità delle famiglie a pagare le rette per i servizi tradizionali, insieme a un cambiamento nei bisogni

espressi che orientano verso servizi innovativi spesso a più bassa intensità assistenziale, e alla percezione di un alto livello di pressione sui servizi socio-sanitari da parte del sistema pubblico (con un aumento dei controlli e il contenimento delle tariffe), come hanno reagito le aziende del settore?

Diversamente da quanto era stato riscontrato rispetto ai cambiamenti in atto, non si è verificata una completa convergenza rispetto alle strategie attuate: il panel è composto da aziende che presentano caratteristiche strutturali e gestionali eterogenee (dalla natura pubblica o privata, all'orientamento profit o non profit, ecc.) e rimodulano, quindi, in maniera eterogenea le leve aziendali. La maggior parte delle aziende (almeno nove su quattordici e, nella maggior parte dei casi, almeno undici su quattordici) ha segnalato di aver risposto ai cambiamenti in atto nel settore intervenendo sulla struttura di offerta, attraverso la rimodulazione di servizi esistenti o l'ingresso in nuove aree di business (dieci aziende su quattordici), di essere intervenuto sui costi di produzione (tredici su quattordici) e sulle tariffe (undici aziende su quattordici). Anche le altre possibili categorie strategiche proposte sono state perseguite dalle aziende, in quanto sette su quattordici hanno rivisto la strategia aziendale, cinque su quattordici hanno diminuito o rimodulato la capacità produttiva oppure hanno accettato un peggioramento del risultato economico aziendale e tre su quattordici hanno diminuito o rimodulato (per esempio, in termini di *case mix*) il numero degli utenti in carico.

Sebbene tutte le strategie siano state, in diversa misura, scelte e attivate dalle aziende, solamente alcune di queste sono state indicate come strategie che hanno avuto un impatto rilevante sul funzionamento aziendale. Su tutte, la strategia che, a detta delle aziende del panel, ha avuto un impatto maggior sulle attività di erogazione dell'assistenza socio-sanitaria è stato l'intervento sui costi di produzione. In particolare, tra le diverse opzioni (riduzione dei costi degli input produttivi, quali dispositivi medici, attrezzature, servizi accessori ...; intervento sulle politiche del personale; rimodulazione dei meccanismi di erogazione; efficientamento generale di struttura), quella attuata dalle aziende con un impatto e rilevanza maggiore è stata la riduzione dei costi tramite efficientamento organizzativo nelle strutture e, in seconda battuta, la riduzione dei costi per input produttivo. Nell'affrontare un momento di contrazione del settore (trainata sia da dinamiche sorte nel sistema pubbliche che nel sistema delle famiglie), le aziende rispondono intervenendo tempestivamente sulle dinamiche interne e cercando di migliorare le performance realizzate nelle attività *core* e *non core*. È importante osservare anche una tendenza chiara nei comportamenti delle aziende: quelle che hanno indicato di essersi concentrate maggiormente sul raggiungimento di un efficientamento organizzativo (indicandolo alla prima posizione tra le strategie che più hanno impattato sulle attività aziendali), hanno segnalato

Figura 6.4 Le strategie messe in atto dalle aziende

| Strategie possibili: | | ATTUATO DA TUTTE LE AZIENDE (14 su 14) | ATTUATO DALLA MAGGIOR PARTE DELLE AZIENDE (Almeno 9 su 14) | ATTUATO DA ALCUNE AZIENDE (Meno di 9) |
|--|---|---|---|--|
| RIVISITAZIONE DELLA STRATEGIA AZIENDALE | | | | X |
| RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA VERSO NUOVE AREE DI BUSINESS: | Progettazione di servizi innovativi | | X | |
| | Apertura di nuove aree di business o cambiamenti nel portafoglio delle attività | | X | |
| INTERVENTI SULLA CAPACITÀ PRODUTTIVA: Rimodulazione della capacità produttiva tramite chiusura di unità di offerta | | | | X |
| INTERVENTI SUGLI UTENTI: | Rimodulazione del mix di utenti per profilo assistenziale | | | X |
| | Riduzione degli utenti in carico | | | X |
| INTERVENTI SULLE TARIFFE: | Modifica delle tariffe e della compartecipazione richiesta | | X | |
| | Rimodulazione del mix di offerta tra servizi a finanziamento pubblico e servizi offerti sul mercato privato a pagamento | | | X |
| INTERVENTO SUI COSTI DI PRODUZIONE: | Efficientamento dei costi per input produttivo | | X | |
| | Rimodulazione dei contratti di lavoro o interventi sulle politiche del personale | | X | |
| | Rimodulazione degli standard di servizio | | | X |
| | Efficientamento organizzativo | | X | |
| INTERVENTI SULL'EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE: ridefinizione del risultato di esercizio o disavanzo | | | | X |

nuovamente alla seconda e terza posizione un ulteriore intervento sui costi produttivi (per esempio, sul personale o tramite la revisione degli standard di servizio), segnalando così un *pattern* profondo sul contenimento dei costi aziendali nel loro complesso.

In seconda battuta, le strategie che vengono segnalate come più rilevanti dopo quelle sui costi sono quelle di riprogettazione delle aree di attività attraverso

l'apertura di nuove aree di business, la progettazione di servizi innovativi e un più generale ripensamento della strategia aziendale. Guardando ai due diversi elementi, il fatto che le aziende abbiano indicato come primo intervento quello sui costi (e, quindi, sulle procedure interne) e, come secondo passaggio, quello su un tentativo di cambiamento dell'offerta tradizionale può essere letto come una tendenza (confermata dalle aziende durante la discussione) a rivolgersi, in prima istanza, verso l'interno dell'organizzazione, cercando «in casa» la soluzione a problemi che derivano dall'esterno e, solo dopo aver praticato tutte le vie possibili su questa strada, passare all'apertura verso l'esterno.

Durante la discussione sono emerse, per esempio, queste posizioni, riprese dalle parole dei partecipanti:

- ▶ *quello che è accaduto in questi anni è che le aziende hanno dovuto reagire a cambiamenti esterni e lo hanno fatto guardando al loro interno e attuando piccoli aggiustamenti marginali (Direttore Generale di una delle aziende del panel)*
- ▶ *è come se le aziende si fossero organizzate per “passare la notte” in vista di una nuova opportunità o di un nuovo assetto del sistema pubblico (Presidente di una delle aziende del panel).*

Gli interventi di riprogettazione delle attività che sono stati attivati dalle aziende sono, per lo più, sperimentazioni di servizi innovativi per gli operatori (sia rispetto ai servizi tradizionali del settore sia rispetto all'offerta storica di una specifica azienda), in modo da testare modalità diverse di risposta ai bisogni delle famiglie e porre le basi per una futura sostenibilità del risultato economico.

Tramite i questionari e la discussione successiva, è stato anche chiesto alle aziende quanto fossero soddisfatte delle strategie messe in atto, quanto queste dipendessero dalle politiche specifiche del loro regolatore pubblico e se avrebbero preferito agire diversamente, poste diverse condizioni.

Le risposte delle aziende hanno trovato una significativa convergenza nel confermare che le strategie di contenimento dei costi fossero assolutamente correlate alle politiche pubbliche del settore: la rigidità del settore socio-sanitario, vincolato all'andamento dei finanziamenti pubblici in materia oggetto negli ultimi anni di variazioni e modifiche; il peso della regolazione pubblica, che anche in questo caso ha irrigidito i sistemi di offerta, rendendoli poco adattabili ai cambiamenti dei bisogni; la rigidità dei produttori, per lo più piccolissimi operatori con una visione strategica orientata al raggiungimento di risultati a breve o brevissimo periodo e una scarsa predisposizione al cambiamento. Questi fattori, insieme ai trend che già sono stati presentati, hanno fatto sì che la soluzione più agibile e conveniente da perseguire fosse quella del controllo sui costi.

Piuttosto che spingere le strutture assistenziali verso un'ulteriore soglia di efficienza, agire sulla leva del personale o rivedere gli standard di servizio, le aziende avrebbero preferito poter rimodulare le proprie linee di intervento e sperimentare servizi che meglio potrebbero rispondere ai bisogni dei cittadini e delle famiglie.

Piuttosto che dover agire sul proprio modello di business, chiudendo o rimodulando unità di offerta, intervenendo sulle tariffe richieste agli utenti e così via, le aziende avrebbero di nuovo preferito concentrarsi sulla rimodulazione dei servizi esistenti e la loro ridefinizione. Per fare questo, le aziende, a loro dire, avrebbero bisogno di una maggiore flessibilità rispetto ai meccanismi di funzionamento del settore: flessibilità «interna», intesa come capacità delle aziende di innovare e cambiare, ma anche flessibilità «esterna» rispetto alle condizioni di funzionamento dei servizi oggi previsti.

6.7 Una prospettiva sui servizi e sugli utenti: quale impatto delle strategie di risposta delle aziende?

Osservando i grandi produttori sociosanitari del panel oggetto di studio, è possibile dedurre le principali caratteristiche delle politiche pubbliche adottate negli ultimi anni, che sono stati caratterizzati dall'impossibilità di espandere la spesa pubblica sociosanitaria, pur di fronte ad un peggioramento epidemiologico e un conseguente aumento dei bisogni dei cittadini.

I committenti pubblici hanno mantenuto stabile la spesa complessiva, considerando il sociosanitario un comparto che non potesse subire importanti tagli lineari, come, invece, è avvenuto in altri ambiti pubblici (per esempio, previdenza e istruzione). Come anticipato, la stabilità delle risorse disponibili rappresenta, comunque, una controtendenza rispetto al peggioramento delle condizioni di salute e ai bisogni espressi dagli utenti e determina, di fatto, dato il cambio di condizioni, una riduzione delle risorse per caso trattato (o meglio, pari risorse rispetto al passato, ma, a fronte di condizioni sociosanitarie in media peggiorate, intensità assistenziale minore). In questo scenario, i produttori non sono potuti intervenire a compensare il gap di intensità assistenziale che si è così determinato, dato che a causa della crisi economica in corso non hanno potuto reagire aumentando le tariffe pagate dalle famiglie, (anche se in principio si sarebbero dichiarati disponibili a farlo) a causa della debolezza della domanda di queste ultime, che in molti casi hanno addirittura rinunciato ad accedere ai servizi a compartecipazione, azzerando in certi territori le liste di attesa e generando, per la prima volta, la mancata saturazione della capacità produttiva disponibile.

Il sistema pubblico ha ulteriormente contribuito ad ampliare il differenziale tra risorse disponibili e intensità dei bisogni assistenziali, inasprendo i meccani-

smi formali di controllo dell'«appropriatezza» dei servizi erogati, determinando uno spostamento nel mix di casi trattati verso i più gravi, ancora una volta senza un corrispondente aumento dei contributi pubblici riconosciuti ai produttori. Inoltre, in un clima generale di riburocratizzazione e proceduralizzazione di ogni rapporto tra committenza e produttori, il regolatore pubblico ha ulteriormente appesantito le procedure amministrative, determinando un ulteriore aggravio dei costi gestionali.

In generale, si assiste a tre grandi contraddizioni nelle politiche pubbliche del settore. Da un lato, il sistema si fonda profondamente sull'esternalizzazione dei servizi socio-sanitari, che sono, per larga parte, gestite da organizzazioni pubbliche o private diverse dalla committenza, dall'altro, il sistema non si interroga sulle condizioni di funzionamento e sostenibilità aziendale del settore per generare equilibri economici nell'arena dei produttori, ma, piuttosto, scarica al livello della produzione alcune pressioni e complessità che non riesce a gestire altrove. Questo si traduce nella generalizzata impossibilità di raggiungere equilibri di bilancio soddisfacenti per la maggior parte dei produttori. Il tema porta alla luce una grave miopia del sistema, perché solo produttori in condizione di equilibrio e con qualche marginalità fisiologica possono investire nell'innovazione e nel cambiamento e garantire un buon livello di qualità assistenziale, così come, peraltro, auspicato da più parti. Emerge che il regolatore pubblico, pur essendo sostanzialmente un monopsonista della componente formale del settore, non ha consapevolezza del proprio ruolo di pivot della politica industriale del comparto. Inoltre, nonostante i cambiamenti in atto già citati, i committenti pubblici non sono disponibili a rinunciare al livello di interventi erogati raggiunti, ma nemmeno comprendono il fatto che, a fronte di risorse mantenute costanti e all'aumento dei costi e dei bisogni per caso trattato, dato l'aumento della complessità del singolo caso, stanno spingendo per la riduzione dell'intensità assistenziale per caso trattato. Infine, i committenti pubblici consumano la maggioranza delle loro energie istituzionali per promuovere sempre più intensi processi di proceduralizzazione, di formalizzazione di tutte le operazioni assistenziali e di standardizzazione dei servizi, invece di generare spazi di riflessione strategica e di innovazione per i singoli produttori, aiutandoli a riposizionarsi nel loro ambiente in risposta ai bisogni e alle risorse degli utenti.

Le aziende parte del panel hanno rivelato, d'altra parte, che il loro principale mercato storico di riferimento è esclusivamente quello legato alla committenza pubblica, che corrisponde, infatti, al 90% dei loro fatturati (nonostante rappresentino, invece, solo il 30% delle risorse complessivamente in gioco nel settore socio-sanitario, Fosti *et al.*, 2012). In altri termini, i produttori sono completamente orientati e, quindi, «schiacciati» sulle politiche pubbliche e reagiscono quasi

esclusivamente a queste. Non sono trainati dall'evoluzione dei bisogni, ma piuttosto dalla rincorsa verso i finanziamenti pubblici, attraverso i quali necessariamente rileggono e ricollocano le esigenze degli utenti. In questo modo, i produttori sono disabituati a formulare le loro proposizioni di offerta di valore per l'utente in funzione del bisogno emergente, ma solo in funzione delle prestazioni riconosciute dal sistema pubblico anche laddove queste siano significativamente distanti dai reali bisogni degli utenti. Si pensi, in proposito, ai piani assistenziali individuali elaborati ed erogati per disabili o anziani a domicilio e che, generalmente, prevedono un'intensità media del servizio di due ore la settimana, che corrispondono a una rappresentazione artificiale del bisogno, senza guardare ai reali bisogni degli utenti e alle risorse delle loro famiglie, ma perfettamente coerente alle risorse pubbliche disponibili. Questa postura strategica rende difficile guardare alle risorse del settore disponibili presso le famiglie (circa due terzi del totale), le quali non vengono considerate dai produttori, se non in modo mediato dalle politiche pubbliche.

Avendo come orizzonte di riferimento quasi solo le politiche pubbliche, che a fronte di risorse stabili chiedono di trattare pazienti più gravi e con maggiori oneri procedurali, tre strategie sarebbero state possibili da parte dei produttori:

1. ridurre l'intensità assistenziale;
2. agire sulle variabili relative al costo del lavoro;
3. rendere più efficienti le organizzazioni (Fosti, Notarnicola, 2014).

Ovviamente tutte le organizzazioni hanno cercato, come prima cosa, di efficientare i propri processi produttivi, ma dopo alcuni anni di lavoro in questa direzione, ogni azienda va esaurendo o ha esaurito gli spazi di miglioramento disponibili alla luce delle condizioni storiche di contesto. Rimangono in seconda istanza disponibili solo le strategie di riduzione degli standard di servizio e di riduzione del costo del lavoro. Entrambe le strade sono state perseguite con forza. La seconda è facilitata nella pratica dalla disponibilità di almeno quindici contratti di lavoro diversi nel settore sociosanitario, cosa che spinge i produttori a ricercare le formule giuridiche e di *outsourcing* che permettono di avvicinarsi alle formule contrattuali meno costose o comunque per loro più convenienti. Questo, ovviamente, oltre a generare dolorosi problemi di equità nei diritti dei lavoratori, minaccia potenzialmente anche gli standard professionali e motivazionali dei dipendenti coinvolti, rischiando di abbassare indirettamente la qualità del servizio. Purtroppo, anche il tema dell'eterogeneità dei contratti del settore e la constatazione che spesso persone che svolgono lo stessa mansione, con la stessa preparazione e competenza, registrano salari significativamente diversi (anche del 30%) non è ancora entrato nell'agenda del *policy maker* di settore. Nel definire le tariffe pubbliche riconosciute ai produttori per i servizi non viene poi mai chiarito

quale dovrebbe essere lo standard contrattuale di riferimento, determinando, quindi, implicitamente la variabilità nell'intensità assistenziale erogabile in funzione del livello salariale del singolo contratto.

La mancata saturazione della capacità produttiva generata dalla crisi economica, che spinge le famiglie a trattare autonomamente persone con bisogni socio-sanitari senza accedere al sistema pubblico che prevede compartecipazione (tipicamente quello che accade per i non autosufficienti), ha imposto ai produttori l'attivazione di una ulteriore leva strategica, storicamente assente nel comparto: la flessibilità della capacità produttiva e dei correlati costi di produzione. In altri termini, i produttori cercano di controllare i costi adattando e rimodulando la capacità produttiva a regime a seconda dell'andamento della domanda: si chiude un intero reparto o sezione di un centro diurno o residenziale in attesa di avere di nuovo sufficiente lista di attesa per saturarlo interamente. Nel periodo di chiusura, la maggior quota possibile di costi correnti correlata deve essere azzerata e il modo più rapido per aumentare la quota dei costi riducibili nel brevissimo periodo è quello di variare i volumi di personale attivo, di norma attraverso contratti di esternalizzazione flessibili. Fisiologicamente si ripercuote nuovamente sulle condizioni di lavoro delle persone coinvolte, aumentando di conseguenza il turn over del personale e, quindi, minacciando un'altra volta la qualità del servizio.

Le analisi svolte mostrano che i produttori hanno reagito rapidamente e intensamente al peggioramento delle condizioni poste dal monopsonista pubblico, agendo tutte le opzioni strategiche appena citate. Questo, però, non è bastato a ricostruire condizioni di equilibrio di bilancio solide e soddisfacenti, ma, al contrario, ha alimentato per i produttori una costante battaglia per la «sopravvivenza», con un orizzonte programmatico di breve periodo e di emergenza. Le tensioni di bilancio hanno agito come un grande incentivo per i produttori per esplorare nuove possibili aree di business. In alcuni casi, si è trattato di esplorare ulteriori servizi, sempre nell'ambito della committenza pubblica, e in altri di allargare la propria attività tramite l'acquisizione di altri soggetti o rami di azienda in condizioni economiche negative, magari più piccoli o con minori capacità manageriali. In quasi tutte le aziende si è cercato anche di esplorare l'area dei servizi a pagamento per le famiglie. Il *driver* di mercato individuato è stato quello dei servizi a media e bassa soglia, che sono fuori dal portafoglio pubblico, di norma focalizzato sulla grande fragilità e alta intensità, e che possono essere venduti a costi relativamente contenuti proprio in virtù dei livelli di intensità assistenziale medio-bassi che richiedono. Per quasi tutti i produttori del panel di aziende si tratta però di esperienze nuove, ancora a bassi volumi e incidenza sui fatturati totali, proprio a causa del loro orientamento a offrire servizi non market. In tutti i casi si tratta poi di iniziative che raramente aiutano le famiglie a

ricomporre i servizi da loro acquisiti con quelli garantiti dalla committenza pubblica, in quanto si tratta piuttosto di servizi aggiuntivi che si collocano accanto a quelli già fruiti.

Nel complesso, quindi, le famiglie e gli utenti hanno subito i seguenti impatti: da un lato hanno riformulato l'espressione dei loro bisogni e limitato la loro trasformazione in domanda di servizi pubblici, per contenere l'ammontare e il periodo di *co-payment* il più possibile, ritornando a quote crescenti di assistenza all'interno della famiglia; dall'altro, nel sistema dei servizi finanziati dal sistema pubblico hanno assistito a una riduzione, di fatto, degli standard assistenziali per caso trattato o a una de-professionalizzazione implicita degli operatori, almeno sul piano retributivo.

L'accresciuta disponibilità di servizi a bassa e media soglia a pagamento sono una nuova interessante opportunità per rispondere a molti bisogni, ma avvengono ancora al di fuori di una logica ricompositiva con le risorse pubbliche, mantenendo sulla famiglia l'onere del coordinamento della filiera assistenziale.

I produttori sembrano sufficientemente consapevoli delle contraddizioni delle politiche pubbliche, del loro orientamento quasi esclusivo al mercato pubblico, della ricchezza di processi assistenziali messi in atto e di risorse disponibili complessivamente nella società e sentono il bisogno di affacciarsi a questa parte del sistema sociosanitario. Sono però altrettanto consapevoli della *path-dependency* delle proprie organizzazioni e delle famiglie abituate a rivolgersi quasi esclusivamente al mercato informale dell'assistenza. Si inizia pertanto a intravedere un grande spazio di innovazione e imprenditorialità lungo il quale muoversi.

6.8 Conclusioni

Il capitolo ha analizzato le caratteristiche e le dinamiche del settore sociosanitario, osservandolo dal punto di vista dei principali produttori del sistema. Si osserva come la geografia dei produttori si stia polarizzando tra alcuni attori di grandi dimensioni, che progressivamente acquisiscono o si fondono con altre strutture, diventando sempre più concentrati; all'opposto, persistono tantissimi piccoli produttori locali, specializzati molto spesso su un solo target di utenti ed un limitato numero di servizi. Il settore sociosanitario è molto frammentato, con una *governance* a silos, che lascia ai grandi produttori un'ampia influenza sulle dinamiche emergenti del comparto, in quanto sono gli unici che tagliano trasversalmente i silos e le regioni.

Da questo osservatorio privilegiato è possibile notare come i committenti pubblici abbiano reagito alla crisi economica mantenendo stabili i livelli di spesa pubblica, ma chiedendo di assistere utenti sempre più gravi a pari condizioni

economiche, inducendo quindi implicitamente un taglio degli standard di servizio o, in alternativa, una riduzione delle retribuzioni possibile grazie alla grande frammentazione ed eterogeneità contrattuale del settore. I produttori hanno saputo reagire rapidamente adattandosi a queste nuove regole del committente pubblico. Questo non è però bastato, nel complesso, a ricostruire condizioni di equilibrio soddisfacenti per i produttori. Pertanto, pur essendo storicamente abituati a collocarsi solo nel mercato della committenza pubblica stanno progressivamente cercando di differenziare la loro formula imprenditoriale anche per servizi a bassa e media soglia a pagamento per le famiglie. Si tratta di un mercato nuovo per i produttori in cui è ancora necessario sviluppare delle abilità compiute per definire delle formule di valore efficaci e convincenti e soprattutto capaci di proporre agli utenti processi ricompositivi tra risorse e servizi pubblici e quelli privati. I primi che ci riusciranno guadagneranno un significativo vantaggio competitivo nel settore. A loro volta, i *policy maker* potrebbero risolvere alcune delle loro contraddizioni fondamentali e sostenere il sistema a muoversi in una prospettiva ricompositiva, sostenibile ed esplicita nelle scelte di allocazione di risorse e servizi collettivi.

Bibliografia

- AA.VV. (2013), «Le nostre proposte per una riforma delle politiche e degli interventi socio-assistenziali attuale e attuabile», in *Nella crisi, oltre la crisi. Costruiamo il Welfare di domani*, Prospettive sociali e sanitarie, n.8-10.
- Del Favero A. L. (2012), «L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia», in *I Quaderni di Monitor, La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, n. 10, pp.25-38.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema, azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Fosti G., Larenza O., Longo F., Rotolo A. (2012), «Caratteristiche e criticità del settore socio-sanitario italiano: quali prospettive di policy?», in Cantù E. (a cura di), (2012), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Fosti G., Notarnicola E. (2014), «L'Italia in controluce», in Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), (2014), *Il welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*. Milano, Egea.
- Gori C., Pelliccia L. (2013), «I Territori davanti alla crisi», in AA.VV. (2013) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Maggioli Editore, Bologna, pp.46-70.
- Guerrazzi C., Ricci A. (2013), «La struttura e le attività dell'SSN», in: Cergas Bocconi (2013), *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano. Rapporto Oasi 2013*, Milano, Egea.

- Istat (2013), *La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi anno 2012*.
- Longo F., Tanzi E. (2010), *I costi della vecchiaia. Il settore del Long Term Care di fronte alle sfide del futuro*, Milano, Egea.
- Montemurro F. (2012), *Indagine sulle RSA in Italia*, Rapporto Auser.
- Pelliccia L. (2013), «Il punto sulle politiche nazionali», in: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, IRCSS-INRCA, Bologna, Maggioli Editore, pp.113-136.
- Pelliccia L. (2013b), «Le risorse per il welfare sociale nei bilanci della nona legislatura», *LombardiaSociale*, pubblicato online il 29/01/2013.
- Pesaresi F. (2013), *RSA: residenze sanitarie assistenziali: costi, tariffe e compartecipazione dell'utenza*, Bologna, Maggioli Editore.
- Tidoli R. (2013), *Lo stato di salute delle RSA Lombarde*, I Vademecum di LombardiaSociale.
- Tidoli R. (2014), «Famiglie che rinunciano al posto in RSA», *LombardiaSociale*, pubblicato online il 14/01/2014.