

LUISS 

Dipartimento
di GESTIONE D'IMPRESA

Cattedra PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA

RSA: Come la progettazione organizzativa ha influenzato le performance

Prof. Mascia Daniele

RELATORE

Prof. Lombardi Sara

CORRELATORE

Giuseppe Vitolo Matr. 716741

CANDIDATO

Anno Accademico 2020/2021

ABSTRACT

Il progetto di tesi ha come protagonista le RSA, acronimo delle Residenze Sanitarie Assistenziali. L'obiettivo è quello di coadiuvare quest'ultime alla progettazione organizzativa, intesa sia in senso lato come opera del management, sia in senso stretto nello specifico del settore.

In un momento delicato come la recente emergenza sanitaria a causa del Covid 19, le RSA sono state purtroppo teatri di focolai del virus, in cui hanno perso la vita migliaia di pazienti e residenti, oltre che purtroppo del personale sanitario. Il punto focale è quindi capire e interrogarsi su come i cambiamenti dell'assetto organizzativo abbiano influenzato le performance, sia positivamente che negativamente, in un momento drammatico come quello che stiamo tutt'oggi vivendo.

Il primo *step* per iniziare il progetto di ricerca è una semplice ricerca bibliografica, utile a trovare materiale per inquadrare giuridicamente e socialmente le RSA. Va ricordato che le Residenze Sanitarie Assistenziali sono società a tutti gli effetti, è utile quindi inquadrarle sotto tutti i punti di vista, sia per quanto riguarda il funzionamento, sia per quanto riguarda la progettazione alla base dell'organizzazione, anche per quanto concerne la materia di studio della tesi.

Il progetto nell'idea iniziale, conterrà quattro capitoli. Il primo è un'introduzione ai modelli organizzativi sanitari, con una digressione sulle RSA. Quest'ultime godono di agevolazioni per fondi statali, possono essere convenzionate o non, private o pubbliche. Nello stesso capitolo c'è uno studio sui vari modelli organizzativi più usati dal management. Il primo manuale utilizzato sarà *'Organizzazione e controllo nelle RSA. Residenze sanitarie assistenziali'* di Silvio Modina.

Nella seconda parte c'è un'introduzione alla crisi pandemica sanitaria e soprattutto l'evoluzione delle strutture organizzative, con un paragrafo dedicato allo *smart working*, la nuova frontiera della gestione del personale.

La terza parte dell'elaborato riguarda una raccolta di dati, consultando pubblicazioni online di agenzie come l'AGENAS o l'AIOP. La ricerca sarà una ricerca desk, in quanto i dati sono già stati raccolti e pubblicati dalle suddette agenzie o da istituti di ricerca. Ci sarà comunque un'analisi di questi dati e una digressione sulla metodologia usata per ottenerli e studiarli.

Nell'ultima parte invece ho cercato nel territorio campano e laziale RSA meritevoli, studiando il loro andamento e propinando interviste ai manager/direttori sanitari per capire le difficoltà che l'emergenza sanitaria ha portato e come si sono adoperate per risolvere i suddetti problemi, quali sono state le strategie usate e come hanno modellato l'organizzazione per raggiungere quei livelli di performance. In questo capitolo c'è anche la metodologia usata per preparare le interviste, nonché un'analisi qualitativa dei dati

raccolti. È in questa parte la vera sperimentazione dell'elaborato, in cui risultati ottenuti e obiettivi raccolti si incontreranno.

Infine nell'ultimo capitolo, oltre alle conclusioni, ci sarà un *excursus* con raccomandazioni generali sull'andamento delle strutture sanitarie, oltre ad una riflessione sulle implicazioni manageriali che i dati raccolti possono portare. Quest'ultima parte, essendo comunque una tesi finalizzata all'inserimento lavorativo in questo affascinante mondo, deve essere intesa come una presentazione della mia preparazione e delle mie idee riguardo il management delle aziende sanitarie private e del settore LTC (*long term care*).

INDICE

1. L'ORGANIZZAZIONE NELLE RSA.....	6
1.0. Introduzione.....	6
1.1. La progettazione organizzativa.....	7
1.2. La decentralizzazione nelle strutture sanitarie.....	9
1.3. L'azione organizzativa.....	11
1.4. Le residenze sanitarie assistenziali.....	15
1.5. I modelli di welfare, come funzionano le residenze.....	17
1.6. Il fondo per la Non Autosufficienza.....	19
1.7. Il controllo di gestione	23
2. L'EVOLUZIONE DELLA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA POST COVID.....	28
2.1. L'emergenza sanitaria.....	28
2.2. Una convivenza difficile.....	29
2.3. L'adattamento del modello, la spinta all'innovazione.....	30
2.4. Lo smart working.....	32
2.5. La telemedicina.....	41
3. DATI E PROGETTI DI RICERCA ESISTENTI SULLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI.....	44
3.1. L'indagine ISS sulle RSA in tempi di Covid.....	44
3.2. L'umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali.....	49
3.3. RSA e le prestazioni organizzative: analisi delle carenze.....	53
3.4. Riflessione sulle politiche di assistenza a lungo termine post Covid.....	56

4. RICERCA E STUDIO DI DATI QUALITATIVI SU RSA DI LAZIO E CAMPANIA.....	59
4.1. Introduzione della ricerca.....	59
4.2. Metodologia	61
4.3. Le interviste.....	63
4.3.1. RSA Meter Dei di Ariccia.....	63
4.3.2. RSA Sanatrix Nuovo Elaion di Eboli.....	66
4.3.3. Centro Geriatrico Ma.re di Pratola Serra.....	73
4.3.4. UILDM Villaggio Guido Scocozza.....	76
4.4. Riflessioni.....	79
4.5. Implicazioni manageriali e conclusioni.....	83
BIBLIOGRAFIA.....	87

CAPITOLO 1: L'ORGANIZZAZIONE NELLE RSA

1.0 Introduzione

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

Aumentare la disponibilità d'informazioni sulle strutture residenziali per anziani può, quindi, contribuire all'intera crescita del settore, aumentando la consapevolezza di tutti gli stakeholder coinvolti e la loro possibilità di agire come tensori virtuosi del sistema di welfare socio-sanitario”¹.

Se a questo aggiungiamo la crisi sanitaria in seguito al virus Covid-19, nonché la fragilità dei residenti, possiamo facilmente intuire che la *Long Term Care (LTC)* sta attraversando un periodo negativo e privo di apparenti soluzioni.

L'elaborato, composto da quattro capitoli, possiamo dividerlo tematicamente in due parti, entrambe importantissime e che si ricollegano secondo un filo comune e costante: lo studio della struttura organizzativa in relazione ai cambiamenti delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

La prima parte, composta dai primi due capitoli, affronta i temi della scienza della progettazione organizzativa, prima con lo studio della letteratura, fondamentale per dare un'idea sulla materia trattata, poi sull'applicazione del lavoro *agile*, diretta conseguenza di idee innovative ma anche di normative stringenti post pandemia. Nella prima parte inoltre si analizzeranno i modelli di Welfare, lo sviluppo del settore LTC, per poi affrontare temi di assoluta attualità come l'inizio dell'emergenza sanitaria. Quest'ultimo rappresenta infatti uno spartiacque tra le vecchie concezioni tradizionaliste in merito alla materia trattata e le nuove idee che trovano terreno fertile per imporsi. Infatti causa Covid, la struttura organizzativa e la tradizionale concezione di lavoro è stata completamente sdoganata, facendo emergere le teorie di lavoro *agile* e da remoto, dirette conseguenze del cambiamento scaturito.

Ed è proprio qui che le idee innovative si ricongiungono con il settore LTC, basti parlare di telemedicina, teleriabilitazione, tutte evoluzioni dello *smart working* che riescono a trovare applicazione nel settore *healthcare*, stravolgendo i dogmi classici a cui siamo abituati.

¹ Anessi, Pessina. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. 2008

Da qui si continua il nostro percorso arrivando alla seconda parte dell'elaborato. Questa parte, al contrario della prima che possiamo considerare quasi didattica, è puramente basata sulla ricerca. In un primo momento per avere le idee chiare sulla situazione italiana e sullo stato del settore, c'è stata una ricerca su dati empirici, finalizzati a quantificare il fenomeno. Organi sovranazionali di ricerca come l'Agenas, ma anche tanti gruppi di ricerca privati, hanno offerto importanti spunti di riflessione. L'Istituto Superiore di Sanità inoltre ha svolto un'importantissima ricerca su base nazionale finalizzata alla sensibilizzazione riguardo la situazione dei residenti nelle RSA, persone notoriamente considerate fragili, vere e proprie vittime di questa situazione di emergenza sanitaria.

La seconda parte del lavoro continua con una ricerca personale su dati qualitativi di alcune RSA meritevoli. Queste strutture si sono contraddistinte dalle altre in quanto durante la prima fase di Lockdown, nel periodo che va da marzo 2020 a maggio 2020 non hanno avuto nessun caso conclamato, perseguendo questo risultato per tanti mesi successivi al periodo di fuoco. Nelle pagine che seguiranno ci saranno alcune interviste ai direttori sanitari o ai responsabili delle prima citate strutture. Le interviste sono finalizzate a trovare risultati alla nostra tesi. Quest'ultima è appunto capire come i cambiamenti organizzativi post pandemia hanno influenzato le performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

L'obiettivo prefissato è quindi dare risposte alla nostra tesi iniziale, avvalendoci dello studio della letteratura della prima parte, per poi applicarla ai dati raccolti, traendo le nostre personali conclusioni, che chiudono così il nostro elaborato.

1.1 La progettazione organizzativa.

“Progettazione organizzativa vuol dire sviluppare strutture adeguate in cui prendere ed eseguire decisioni. La struttura è a sua volta un insieme di regole per le decisioni, o regole del gioco che guida il comportamento dei partecipanti all'organizzazione durante il processo decisionale e può essere motivo di opportunità o di costrizioni all'azione dei membri²”. Con questa citazione di Butler apriamo il nostro elaborato, partendo dalla definizione più classica riguardo la materia trattata. La progettazione organizzativa infatti, è la base su cui si fonda qualsiasi management efficace, che deve pensare alla profondità e all'adeguatezza della struttura, comprendendo l'approccio contingente all'organizzazione. Quest'ultima si basa sul concetto della coerenza rispetto a tutto ciò che è l'ambiente esterno.

² R. Butler. *Progettare la governance*. McGraw-Hill, 1991

Storicamente gli attori principali erano tutti i *competitors*, la moltitudine di *stakeholders* intorno all'azienda, la cultura, la tecnologia e la dimensione aziendale.

A stravolgere le carte in tavola ci ha pensato il Coronavirus 19. Se anticipatamente alla pandemia globale erano anni che le aziende cercavano di adottare prospettive multi-livello, staccandosi dai canoni classici lineari che contraddistingueva lo stile di management degli ultimi anni del secolo scorso, l'evento Covid ha obbligato tutti ad adottare strutture innovative e non convenzionali.

La necessità di sviluppare nuove conoscenze su modelli organizzativi diversi è stata la risposta manageriale sia ad un'evoluzione tecnologica, che ad una condizione di pericolo contro un nemico silente e invisibile.

Hanno perciò trovato terreno fertile e la strada spianata per la definitiva consacrazione tutti quei modelli agili o *open-boundaries* che mettevano in condizione il management a far fronte ai numerosi imprevisti degli ultimi mesi, dalle tante assenze nonché il rispetto di tutte le normative sul distanziamento sociale e lo *smart-working*.

Il design aziendale va quindi rimodellato. È impensabile basare la progettazione dei modelli adottando schemi scelti a priori, per quanto larga sia la veduta alla base del ragionamento. Vanno ricostruite le conoscenze, la routine, le competenze e tutte quelle serie di regole non scritte alla base di ogni forma aziendale. L'interazione dinamica tra questi elementi di base è in grado di generare nuove conoscenze, migliorare le performance e soprattutto ridisegnare i confini organizzativi³.

Il processo di management va inteso come una concatenazione di processi collegati, che fungono da veri e propri sistemi. Non va immaginato come una sequenza lineare, almeno non più. Se a primo acchito si pensa che il processo parta dalla pianificazione per poi arrivare in ultima istanza al controllo, nella realtà è un qualcosa di estremamente unico che avviene in contemporanea (come si può vedere dalla figura).

³ Kogut, Zander. *Knowledge of the Firm*, 1992.

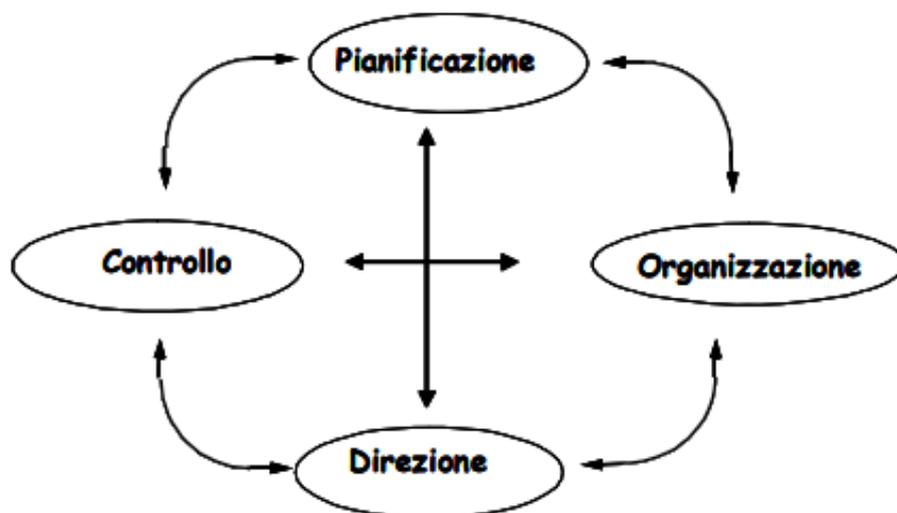


fig.1⁴

“Durante la fase di organizzazione, bisogna fare una distinzione tra la sfera comportamentale e quella strutturale. L’aspetto comportamentale considera gli effetti che il comportamento umano (dei singoli individui o dei gruppi) ha sui risultati organizzativi; quello strutturale ha come obiettivo di definire le strutture organizzative e tutti i meccanismi di coordinamento”⁵.

Per quanto concerne i meccanismi di coordinamento, durante il periodo dell’emergenza sanitaria, sono stati i primi ad essere messi sotto osservazione. Si è capito che in una situazione del genere, snellire e decongestionare l’apparato burocratico, soprattutto tramite meccanismi di deleghe, poteva essere una buona soluzione.

1.2. La decentralizzazione nelle strutture sanitarie.

Con la recente crescita delle strutture sanitarie, l’organizzazione aziendale ha necessitato di innovazioni, soprattutto per quanto concerne i meccanismi di coordinamento. Quasi tutte le strutture sanitarie sono organizzate per livelli gerarchici, più è grande e complessa una struttura, tanto la gerarchia cresce. Di pari passo alla crescita gerarchica, c’è un incremento delle responsabilità.

⁴ Schema riassuntivo processo di management, fonte: M. Franco, *Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*, capitolo 2

⁵ M. Franco, *Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*

I problemi che concernono alla distribuzione delle *tasks* tra i vari livelli gerarchici, nella teoria dell'organizzazione, sono di competenza della decentralizzazione. La decentralizzazione può essere definita come la differenza (o lo *spread*) di potere tra un livello più alto ed uno più basso della gerarchia⁶.

Decentralizzazione e centralizzazione rappresentano infatti le due tendenze opposte agli estremi. Una eccessiva centralizzazione del potere decisionale porterà ad avere un solo ed indiscusso leader, il che è impensabile per strutture complesse con alti livelli gerarchici; una eccessiva decentralizzazione invece porterà invece ad una inutile anarchia.

In linea di massima questo discorso vale quasi per ogni azienda con un modello organizzativo simile. Per le aziende del settore *healthcare* ci sono motivazioni anche di tipo morale. Prescindendo dal carattere economico, il settore dell'*healthcare* ha una funzione sociale, soprattutto in un periodo di emergenza sanitaria.

L'organizzazione sanitaria deve essere motivata nel tenere a mente che bisogna decentralizzare nei punti focali lungo tutta la gerarchia per avere in ogni momento un *decision-making authority* il più vicino possibile al problema, senza la necessità di dover intercedere con i piani più alti.

La distribuzione del carico di lavoro è una necessità, come lo è anche evitare di creare un *overload* di doppi turni alle risorse, per questo l'allocazione delle *tasks* da parte dei responsabili devono essere incrementate con più potere decisionale. È per questi motivi che la decentralizzazione è stata proposta per migliorare l'efficienza, la produttività, la qualità del servizio e offrire una risposta all'azione il più veloce possibile⁷.

Tradizionalmente le aziende ospedaliere, o comunque del settore *healthcare*, erano organizzate nei classici dipartimenti funzionali (laboratori di analisi, amministrazione, ecc). Per evitare un eccessivo uso della burocrazia, nei tempi più recenti si è iniziato a dare più autorità ai dipartimenti. La vera svolta si ha avuta dando piena autonomia alle varie divisioni aziendali, soprattutto per quanto riguarda funzioni e compiti che prima erano compito solo dei piani alti della gerarchia.

Sempre di più responsabili di dipartimento, oltre ad una maggiore autorità, hanno avuto un incremento del potere decisionale, avendo mansioni di *budgeting*, *goal achievement*, stanziamento di risorse, *compliance* e un *mindset*, per quanto riguarda i risultati, orientato all'economicità.

La vera svolta però si è avuta nel momento in cui è cambiato il feedback e il controllo di gestione. È stata la chiave di volta per una vera indipendenza nella catena gerarchica. Partendo dal presupposto che

⁶ Aas, I. M., *Organizational change decentralization in hospitals*. 1997

⁷ Aas, I. M., *Organizational change decentralization in hospitals*. 1997, pag.104

comunque un controllo tra i livelli gerarchici è necessario⁸, è vero anche che meno livelli gerarchici ci sono, più cambia la struttura, la scala di comando si accorcia ed è necessario meno controllo. La vera chiave della decentralizzazione è questa: bisogna trovare il numero di gerarchia perfetto per un ottimo controllo, una piena efficienza e al costo di gestione minore.

Un importantissimo strumento per rendere il tutto più efficiente, soprattutto in merito alla sfera del coordinamento nella progettazione organizzativa, è il meccanismo di deleghe. Delegare significa trasferire una *tasks* (o dare potere decisionale) da un superiore ad un subordinato.

Ovviamente non è tutto così semplice. Nel momento in cui un superiore delega ad un proprio sottoposto, trasferisce potere decisionale e responsabilità alla persona incaricata. Va comunque ricordato che la responsabilità finale è comunque dei *managers*, quindi solitamente i leaders che caratterialmente non vogliono perdere potere, tendono a delegare solo le mansioni più semplici e con meno complicazioni. Chi delega deve essere pronto ad entrare nell'ottica di perdere potere e trasformare i propri subordinati in veri e propri competitors in ambito lavorativo; spesso però è lo specchio per misurare il *commitment* dei responsabili, che vogliono davvero far funzionare le cose ed essere più snelli nei meccanismi formali dell'azienda. Questo è di fondamentale importanza, soprattutto durante l'attuale situazione di emergenza sanitaria, dove chi è ai vertici aziendali deve affrontare problemi improvvisi come ad esempio un turnover forzato di personale (perché magari contagiato) e un'eccessiva rigidità della scala gerarchica rallenterebbe troppo il processo operativo e decisionale.

1.3 L'azione organizzativa

L'azione organizzativa la possiamo definire come la prima fattispecie di natura sociale dentro i quali gli attori del sistema si muovono, liberamente o non, per operare in modo logico e razionale. Solitamente a dare gli input ci pensa chi è dietro il meccanismo di progettazione, per far sì che il disegno operativo stabilito a priori, sia il più fedele possibile alla realtà. Dobbiamo sempre considerare che tutti gli attori all'interno dell'ecosistema aziendale sono esseri sociali, dotati di desideri, autonomia e meccanismi di coordinamento e scambio più o meno taciti, il che rende tutta la materia sicuramente difficile da trattare.

“L'azione organizzativa, o la riorganizzazione, va sempre ricondotta ad un fine. Bisogna modificare l'assetto organizzativo perché c'è qualcosa che non funziona correttamente oppure perché si vuole migliorare obiettivi di efficacia ed efficienza. Ricordiamo che l'efficacia rappresenta la capacità di

⁸ Gabriele, G. *Conoscenza, apprendimento, cambiamento*, Hoepli, 1990

raggiungere gli obiettivi posti, l'efficienza invece la capacità di arrivare a quei determinati obiettivi ottimizzando e minimizzando l'uso delle risorse. A queste due motivazioni si aggiunge una terza, che in un periodo come quello attuale del 21esimo secolo è importantissimo: l'equità."⁹

L'Organizzazione delle Nazioni Unite nello stilare i *goals* dello sviluppo sostenibile (i diciassette SDG's) ha inserito tra questi l'*equality*, inteso sia in senso lato, sia in senso stretto per quanto riguarda il *gender equality*, dunque la parità dei sessi. Parliamo infatti di giustizia organizzativa dove è il management che deve garantire che questo accada; l'azione di ristrutturazione deve infatti tenere conto anche di aspetti morali, trattando sempre e comunque di meccanismi sociali. L'equità, o la giustizia organizzativa, definiscono "che cosa spetta a chi" o "come raggiungere una determinata soluzione"¹⁰.

Per garantire quindi lo sviluppo di equità, efficacia ed efficienza, nell'organizzazione aziendale vanno programmati l'istituzione di flussi di comunicazioni volti a garantire il controllo delle interdipendenze che impattano direttamente sull'efficacia. Inoltre, bisogna massimizzare le risorse impiegate per il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti a monte, migliorando il *ratio goals/resources*, che non è altro che una stima dell'efficienza aziendale. Bisogna però fare un'osservazione su questo: essere efficienti non significare risparmiare o fare tagli del personale, riducendo le risorse, ma valorizzare il tessuto sociale per ottenere i risultati aspettati.

"Il primo step nell'iter di riassetto organizzativo è la modifica della divisione dei compiti e delle mansioni. Senza dubbio qualsiasi sia la natura dell'azienda sotto esame, il personale sarà organizzato in modo che svolgano delle attività o dei compiti, suddividendoseli tra di loro. La divisione del lavoro altro non è che la suddivisione tra gli attori del processo operativo dell'azienda. È una continua lotta tra limitatezza delle risorse e ricerca della produttività, che si formalizza nel processo di specializzazione del lavoro e l'assegnazione dei dipendenti alle aree funzionali dell'azienda (o alle varie divisioni, in base al modello adoperato)."¹¹

L'assegnazione delle mansioni e la successiva divisione del lavoro può essere fatta in due direzioni: orizzontalmente allocando le tasks per i membri del sistema, verticalmente definendo le sfere di responsabilità degli attori. Generalmente le allocazioni vengono fatti secondo logiche di tipo qualitativo, gli attori vengono clusterizzati in base alle proprie qualifiche, attitudini e capacità. È in questa fase che è fondamentale definire la specializzazione delle mansioni. Per quanto concerne la specializzazione, è importantissima la sfera verticale. È in base a quest'ultima che si definisce la profondità delle

⁹ L. Nasi, *Organizzazioni Non Governative E Pratiche Di Valutazione: Modelli E Tecniche*, 2006

¹⁰ Grandori, A. *L'organizzazione delle attività economiche*, Mulino, 1995

¹¹ Franco, M. *Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*

responsabilità che il compito richiede, infatti tanto più è ricca di responsabilità e di autonomia, tanto minore è il grado di specializzazione verticale della stessa.

Un problema della divisione del lavoro è il condizionamento reciproco degli attori. Può essere definito come interdipendenza. Il tessuto sociale è molto complesso, quindi alti gradi di interdipendenza sono costosi. Dobbiamo ricordare che il coordinamento e la gestione ha un proprio costo, tanto più alto è il grado di interdipendenza tra gli attori, tanto più alte saranno le spese di gestione e coordinamento delle risorse.

“In particolare, l’interdipendenza di specializzazione, che tratta i rapporti organizzativi esistenti tra attori impegnati al centro dello stesso segmento tecnico di attività (chirurgia, riabilitazione, prevenzione, amministrazione, ecc.). L’interdipendenza si manifesta nei confronti di questioni come la ripartizione dei carichi e turni di lavoro, la condivisione di attrezzature e strutture, l’interscambio di conoscenze, esperienze e soluzioni di specifici problemi, in un contesto caratterizzato da forti uguaglianze culturali e tecnologiche tra i soggetti e tra le varie attività che lo strutturano. Una forma analoga all’interdipendenza di specializzazione è quella di scala, che più nello specifico nasce dalla condivisione di una risorsa in comune (uno strumento clinico, un impianto, un’attrezzatura, una unità di staff) impostata da vincoli tecnici ed economici che ne impediscono la frammentazione in più quote destinate a più utilizzatori che svolgono la medesima attività. Analogamente alla fattispecie precedente, i condizionamenti tra gli attori saranno di carattere indiretto, in quanto non intaccano le relazioni di flusso, ma solo i problemi derivanti dalla comune utilizzazione della risorsa (tempi di lavoro, programmi, precedenza, ecc.)”¹².

“La struttura di una organizzazione può essere definita anche come il sistema complessivo della suddivisione di un lavoro in funzioni distinte e il successivo coordinamento di tali funzioni¹³”. Le organizzazioni solitamente utilizzano due tipologie di meccanismi di coordinamento: l’accordo informale e la supervisione diretta. La prima si basa sullo scambio informale di dati e racchiude tutte le regole tacite che fanno parte del sistema aziendale. La seconda invece è caratteristica delle organizzazioni gerarchiche, dove la figura del manager, o del *supervisor*, si assume la responsabilità dell’operato dei suoi sottoposti, impartendo ordini e controllando le loro azioni.

Questi due strumenti di controllo sono senza dubbio efficaci, naturali e immediati, nonché i più usati. Ciò nonostante, nel momento in cui trattiamo una realtà di dimensioni superiori o comunque più

¹² Franco, M. *Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*

¹³ Mintzberg, H. *Strategy Safari: A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*. 1998

complessa, c'è bisogno di meccanismi di coordinamento con risorse maggiore, in questo caso parliamo di forme di standardizzazione.

Esistono diverse tipologie di forme di standardizzazione. Possono riguardare i processi di lavoro, spesso vengono chiamati protocolli. Sono la programmazione delle mansioni e la specializzazione delle stesse (per esempio il protocollo di una determinata terapia), vengono predisposti dalla tecnostruttura e poi realizzati dai nuclei operativi.

Ulteriori processi di standardizzazione avvengono sulla base dei risultati operativi o economici, sia per raccogliere i dati, sia per elaborare gli stessi.

Abbiamo poi forme di standardizzazione per quanto concerne la formazione del personale, che tramite prassi consolidate aiutano chi è in affiancamento o comunque cercano di specializzare la struttura operativa.

Infine ci sono le standardizzazioni dei meccanismi di coordinamento, controllando lo svolgimento delle *tasks* assicurandosi che le procedure rispettino tutti i principi informatori.



fig.2¹⁴

¹⁴ Schema riassuntivo tipologie di standardizzazione, fonte: Franco, M. *Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*, capitolo 3

1.4 Le residenze sanitarie assistenziali

“La residenza sanitaria assistenziale (RSA) è una struttura non ospedaliera, seppur di impronta sanitaria, che ospita per un periodo variabile (da poche settimane al tempo indeterminato) persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche.

Si distingue dall'ospedale e dalla casa di cura, i quali sono rivolti a pazienti sofferenti di una patologia acuta, e dalla casa di riposo, che è destinata ad anziani almeno parzialmente autosufficienti

Secondo la normativa nazionale, la RSA deve offrire agli ospiti:

- una sistemazione residenziale con un'impronta il più possibile domestica, stimolando al tempo stesso la socializzazione tra gli ospiti
- tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro eventuali riacutizzazioni
- un'assistenza individualizzata, orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere.”¹⁵

Gli stakeholder attorno alle residenze sanitarie assistenziali si possono clusterizzare in quattro categorie:

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

Il regolatore regionale del settore, congiuntamente alle proprie ASL, necessita l'informazione contemporanea di informazioni, sia amministrative che contabili, per quanto concerne i trasferimenti pubblici, gli standard di servizio garantiti, le rette pagate dagli utenti e dei costi di produzione sostenuti da ogni struttura sotto la propria giurisdizione.

¹⁵ Gruppo La meridiana. *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA): cos'è e come funziona*. Blog del 20/01/2015

Il primo motivo di questa necessità è di base economica: bisogna regolare l'equilibrio economico della struttura e la sua sostenibilità nel medio-lungo termine, al fine di guidare la stabilità finanziaria del sistema d'offerta.

Squilibri finanziari o economici sono assolutamente problemi in cui bisogna indagare per capirne la causa, che può essere un eccessivo costo produttivo o una efficienza di gestione. Come organizzazione sovraordinata, il regolatore deve provvedere ad una risanazione strutturale e funzionale delle strutture, riallocando meglio le risorse o riorganizzandole.

Un problema inverso a cui il regolatore deve pensare è una profittabilità eccessivamente alta. Questo perché può essere sinonimo di rette esose per gli ospiti o standard qualitativi troppo bassi del servizio offerto. Dobbiamo ricordare che le regioni o le ASL di competenza hanno il mandato di supervisionare le rette richieste. Il motivo dietro questa azione è quello di limitare gli oneri eccessivi e la creazione di disparità sociali nel territorio, senza considerare inoltre che una grande percentuale della retta è pagata proprio dagli Enti Locali, che sono tenuti a farsi carico delle spese per i propri cittadini meno abbienti integrando i costi da loro sostenuti¹⁶.

Infine il soggetto regolatore deve conoscere i costi perché sono lo specchio dell'andamento dell'occupazione all'interno delle strutture: laddove c'è una scarsità di fattori produttivi (in questa accezione proprio di personale sanitario), le regioni devono intervenire con politiche attive di lavoro.

In precedenza abbiamo parlato di compensazione da parte del soggetto regolatore delle rette e dei costi per il servizio offerto ai cittadini meno abbienti. Ci sono infatti contributi regionali che le strutture ricevono in base alla tipologia di assistenza e in base al livello di appartenenza. “Oltre ai contributi minimi statali, altre entrate provengono dalle rette delle famiglie degli assistiti, senza considerare i *mark-up* per i servizi in più, considerati opzionali che i clienti sono disposti a pagare per avere un pacchetto gestorio completo.”¹⁷

I soggetti regolatori tendono a rendere pubblici i dati dei costi a livello settoriale per dare la possibilità alle residenze di avere un quadro completo e un confronto diretto con le concorrenti, dando la possibilità alle aziende di valutare il proprio posizionamento di mercato. Le aziende possono costruire valutazioni sulla loro economicità complessiva, rispetto alla media di mercato, comprendendo i propri margini potenziali, analizzando il proprio patrimonio di fattori produttivi, consci del proprio posizionamento rispetto alla quantità di input utilizzati ed ai costi produttivi sostenuti¹⁸.

¹⁶ Jommi, C. *I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel SSN*. 2004

¹⁷ Giulino, C., *Robot technology in the Italian Health-care system: Cost-efficacy economic analysis*

¹⁸ Longo, F. Tanzi, E., *I costi della vecchiaia*. Egea, pag. 5

Il costante confronto tra aziende, enti regolatori e costi dà vita ad un interessantissimo e utile *benchmark* inter-aziendale che può dar spunto anche a riflessioni sui modelli organizzativi adottati, come ad esempio l'idea di esternalizzare o internalizzare alcuni processi produttivi; oppure informazioni sull'economicità di particolari servizi, ecc. Il *benchmark* apporta vantaggi dal punto di vista conoscitivo, di confronto e soprattutto di prassi e servizi aziendali, misurando e dando idea delle performance medie del settore.

1.5 I modelli di welfare, come funzionano le residenze

Quando si analizzano i modelli di welfare ci si può basare prevalentemente sulle scelte di policy annunciate e dichiarate o, al contrario, sugli assetti emergenti che solitamente hanno una dinamica autonoma. Quest'ultima può essere influenzata da una governance prestabilita oppure il risultato di azioni esogene ed endogene.

La LTC (*long term care*, in accezione anglosassone) comprende tutti gli interventi di natura sanitaria o assistenziale a favore delle persone anziane o disabili non autosufficienti, cioè non in grado di compiere, con continuità, gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno. Nella LTC rientrano, quindi, "tutte le forme di cura della persona o assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti"¹⁹ Nell'insieme della *long term care* fanno dunque parte sia gli interventi sanitari, domiciliari e ambulatoriali, residenziali e non residenziali; sia le indennità di accompagnamento, che in Italia ricordiamo non sono subordinate a nessuna fascia di reddito, e che vengono erogate direttamente alla persona non autosufficiente.

I modelli di LTC hanno in linea generale caratteristiche ben precise. Sono accentrati nel governo, infatti gli enti regolatori sono su base regionale e istituzionalizzati nei servizi; hanno una separazione per quanto concerne sia le sfere di cura e le modalità assistenziali. Inoltre alla base c'è una cooperazione con le famiglie degli assistiti. A livello burocratico, componente sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale costituiscono comparti distinti e ben delineati, afferendo a istituzioni diverse: ASL, ASSI ed enti locali. I dipartimenti per le ASSI (Attività Socio Sanitarie Integrate) assicurano l'integrazione delle funzioni socio sanitarie alle ASL di competenza. Quindi, sia ASL che i dipartimenti per le ASSI operano come amministrativi delle Regioni, le quali sono le stesse a nominare i loro direttori. Si può dunque notare che gli Enti Locali sono scarsamente attivi nella *governance* delle risorse socio-sanitarie;

¹⁹ Laing, W. *Financing long term care: The crucial debat*. Age Concern Book, 1993

i veri produttori delle risorse socio-sanitarie sono infatti tutti gli enti gestori, che di contro hanno poca influenza nel processo di governo.

La situazione appena descritta rappresenta quello che oggi è un limite del welfare pubblico, ovvero un esasperante meccanismo di integrazione tra ASL, dipartimenti ed enti gestori, con un grandissimo divario tra le funzioni di programmazione, acquisto e controllo (di competenza regionale e delle ASL) e tutti i soggetti produttori, che vengono messi in competizione in una struttura analoga a quella di un vero e proprio mercato²⁰.

Tutti i soggetti erogatori di servizio, per essere considerati *accreditati*, nonché operare in nome e per conto del welfare pubblico, devono essere autorizzati, accreditati e contrattualizzati dalle Regioni. Il cittadino sceglie con libero arbitrio il soggetto erogatore di sua preferenza, il quale provvederà a classificarlo in relazione al bisogno, richiedendo la corrispondente tariffa alla regione. Nella fattispecie delle cure domiciliari, al paziente che fa domanda, viene erogato un voucher a cui corrispondono servizi reali dal valore economico già in precedenza prefissato. Il cittadino è libero di selezionare l'erogatore di prestazioni tra tutte le strutture accreditate, ovvero che hanno siglato il "patto" (i cosiddetti pattanti) con la propria ASL di riferimento.

Esistono inoltre anche forme di sostentamento puramente economico diretto alle famiglie, per tutti quei nuclei che assistono per conto proprio alle persone non autosufficienti. In ogni caso, il paziente o la sua famiglia sono chiamati ad essere soggetti attivi nella definizione del progetto assistenziale, da un lato perché scelgono l'erogatore, dall'altro perché contribuiscono a definire il progetto assistenziale (quali servizi utilizzare) sfruttando appieno il potere negoziale dei detentori del voucher o della libertà di scelta della RSA e la relativa componente tariffaria a carico delle famiglie. La valorizzazione della capacità di co-progettazione dei pazienti o dei familiari è ricercata e voluta dal sistema, come elemento che si ritiene decisivo per ottenere prestazioni efficaci ed appropriate²¹.

Uno dei tanti temi affrontati dalle Regioni è la scelta dei criteri di finanziamento sia per le RSA che per tutte le aziende del mondo del welfare sanitario. Bisogna innanzitutto parlare di scelte politiche. È impossibile trascendere la sfera politica dalle decisioni economiche, visto che a monte gli enti regolatori sono pubblici. L'incredibile valenza sociale per la collettività è in mano alle Regioni, che non possono ignorare i meccanismi di finanziamento per i soggetti erogatori. L'assunto, come per tutti i beni e servizi, è una scarsità di risorse per una moltitudine di bisogni. Le Regioni devono ragionare sia in termini di sostentamento per le aziende, che per i servizi offerti. Ovvero bisogna capire se i fondi basteranno non solo alla sopravvivenza economica delle aziende, ma anche se queste risorse economiche basteranno ad

²⁰ Gazzetta ufficiale, *L'organizzazione delle Aziende Sanitarie*

²¹ Longo, F. Tanzi, E., *I costi della vecchiaia*. Egea, pag. 22

evitare una fuoriuscita di soggetti erogatori dal mercato (nel paragrafo successivo si parlerà nello specifico del Fondo per la Non Autosufficienza).

L'altra spinosa questione riguarda i criteri di ripartizione del fondo. Da queste decisioni verranno infatti condizionate le scelte degli enti erogatori, che in base alla disponibilità economica di competenza attueranno scelte di gestione diverse, seppur in linea con le politiche regionali del momento. I trasferimenti acquirente-produttore possono essere definiti "a valori consuntivi" o "a valori ex-ante". Il criterio del piè di lista è l'esempio lampante di pagamento a consuntivo, in quanto realizzato sulla base delle spese effettivamente sostenute dall'ente produttore. Storicamente parlando, questo criterio è stato usato per ripianare i disavanzi di bilancio delle aziende pubbliche. Con il tempo si è capito che purtroppo era una strategia poco conveniente, le aziende infatti "scaricavano" le conseguenze finanziarie di scelte poco corrette e responsabili sullo Stato, proprio per questo si è passati a meccanismi di finanziamento "ex ante", quindi a valori stabiliti anticipatamente. Questi meccanismi sono detti a "valori prospettici". L'indubbia convenienza sta nel fatto che le aziende sono incentivate al contenimento, vengono responsabilizzate e si minimizza il rischio di comportamenti opportunistici, puntando all'efficienza.

Abbiamo due tipologie di meccanismi di tipo prospettico: il primo è detto a "quota fissa". L'allocazione delle risorse avviene a livello della domanda, in base a criteri prestabiliti. Il classico esempio è quello basato sul numero di posti letto accreditati all'interno della struttura, indipendentemente dall'occupazione o meno degli stessi. L'altra tipologia è detta "a tariffa": la remunerazione o l'incentivo è proporzionale sia al tipo di prestazione erogata, che al numero di utenti presi in carico, seppur il tutto stabilito ex ante. È infatti logico che la remunerazione per la prestazione eseguita, così come le misure in cui erogarla, è oggetto di *due diligence* prima del finanziamento, secondo vere e proprie "tariffe". Queste tariffe ovviamente devono essere chiare e ricollegate a particolari prestazioni, oltre che esplicative nel numero in cui erogarle; dunque devono essere mutualmente esclusive, contenute nel numero e derivabili da sistemi informativi.

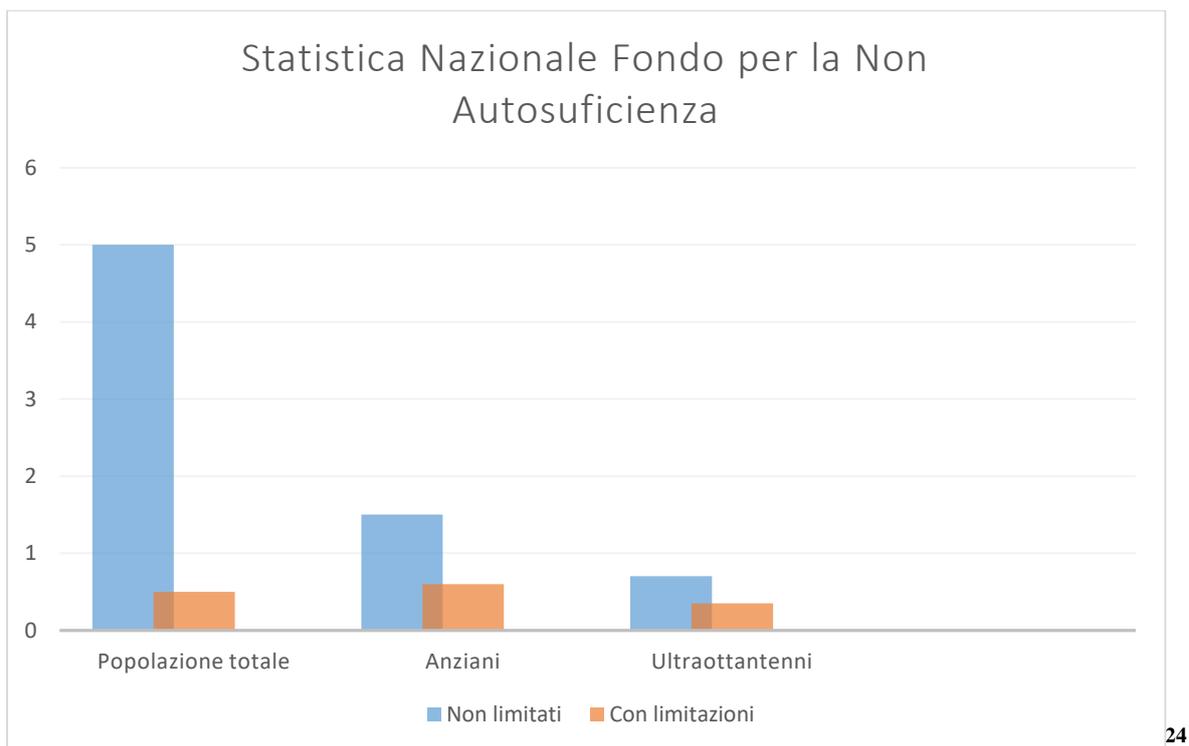
1.6 Il fondo per la Non Autosufficienza

"Il Fondo nazionale per la non autosufficienza è stato istituito nel 2006 con Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, co. 1264), con lo scopo di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali²². Si tratta di risorse aggiuntive a quelle

²² Sito Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

che sistematicamente vengono erogate per i servizi sanitari nazionali dalle Regioni. Nel 2007 al Fondo sono stati assegnati circa 100 milioni di euro, 300 nel 2008, 400 nel 2009. Successivamente nel 2011 sono riscesi a 100 milioni di euro. Dopo la Legge di Stabilità del 2014, si è deciso di ritornare ai 400 milioni stanziati del 2009, di fatto l'importo è così diventato strutturale come dotazione annuale. La legge di bilancio 2020 ha istituito un fondo a carattere strutturale denominato "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza", con una dotazione di 200 milioni di euro per il 2021 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2022"²³.

Per capire quanto sia importante l'adozione del Fondo, basti sapere che in Italia, ci sono 3 milioni e 150 mila persone di disabili, circa il 5,2%. Il 22% degli ultrasettantacinquenni è in condizione di disabilità. In questa fascia d'età, un quinto è incapace o comunque è limitato nello svolgere funzioni domestiche elementari o incapace di prendersi cura di sé stesso autonomamente. Il dato più grave è che il 30,3% degli anziani fino ai 70 anni ha limitazioni strumentali di tipo domestiche. Oltre quella fascia d'età, il 47.1% degli ultraottantenni è incapace di svolgere attività routinarie, quasi metà della popolazione.



²³ Camera dei Deputati, *Documentazione Parlamentare*

²⁴ Confronto anzianità della popolazione italiana, dati Camera dei Deputati

Per capire l'importanza dei sussidi nazionali alle famiglie che hanno a carico disabili, basti pensare che grazie ai trasferimenti monetari legati alla disabilità, i nuclei familiari coinvolti hanno meno incidenza alla povertà in relazione alle medie nazionali. Infatti in Italia quasi una famiglia su due riceve trasferimenti monetari; il 39,5% ha avuto un sussidio di natura assistenziale, il 18,7% ha avuto un sussidio di tipo previdenziale. Proprio per questo, il rischio di povertà delle famiglie in questione, grazie all'aiuto statale, scende dal 34,4% al solo 18,9%²⁵. Gli enti locali, in particolare i Comuni, sono i soggetti erogatori dei sussidi. Si è passati nel Belpaese da una spesa di 1 miliardo e 22 milioni del 2003 ad una di 2 miliardi 5 milioni nel 2018 per quanto riguarda l'erogazione di servizi e interventi per la cura di persone disabili. Le principali voci di spesa sono 312 milioni per gli aiuti ai centri diurni, 366 per le strutture residenziali; la principale motivazione per questo alto aumento di capitale dagli inizi degli anni duemila ad oggi è imputabile all'istituzione del Fondo per la Non Autosufficienza.²⁶



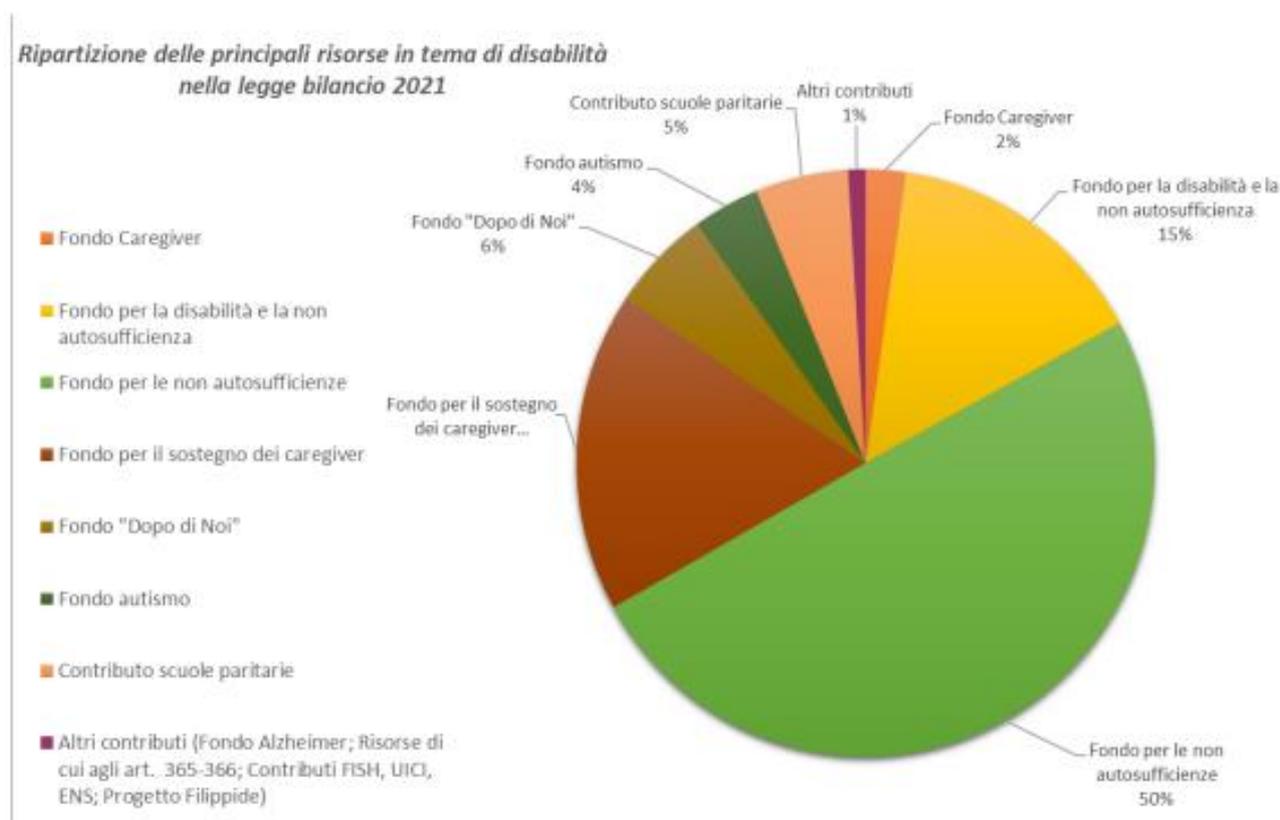
Dopo l'ultima Legge di Bilancio 2021, è stata approvata una grande novità per quanto riguarda il mondo dell'assistenza domiciliare: è stato istituito il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare (art. 1 comma 334). Il *caregiver* è un familiare che si occupa in maniera informale della cura e del supporto di una persona malata, anziana o disabile. Tale Fondo riconosce finalmente

²⁵ Dati presi dal Documento Istat del 24 Marzo 2021

²⁶ Camera dei Deputati, *Politiche per la non autosufficienza e disabilità*

²⁷ Percentuale spese, grafico con dati Camera dei Deputati

l'attività non professionale del prestatore di cura; al fondo per il triennio 2021-23 sono stati allocati 30 milioni di euro annui. “La definizione dei criteri di individuazione dei destinatari del contributo, nonché delle modalità di presentazione delle relative domande e di erogazione, è demandata ad apposito decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali; il limite massimo di spesa, per il riconoscimento di un contributo mensile, è di massimo 500 euro netti, al fronte comunque di una persona a carico dove la disabilità riconosciuta non è inferiore al 60%.”²⁸ Ecco un prospetto delle principali risorse statali in tema di disabilità nella LdB 2021.



29

Ovviamente, dato il noto periodo storico, la Legge di Bilancio 2021 si conclude con un'analisi per quanto concerne l'approvvigionamento del materiale necessario alle RSA, centri assistenziali, case di riposo per fronteggiare l'emergenza COVID-19. L'art. 1, comma 495, della legge di bilancio 2021 parla del sostentamento alle strutture private accreditate che hanno smesso, o sospeso, di erogare servizi o prestazioni sanitarie a seguito di provvedimenti regionali/nazionali in virtù dei DPCM figli

²⁸ Articolo 1, comma 365, Legge n.128 del 2020

²⁹ Immagine Camera dei Deputati, Dossier AS0201

dell'emergenza sanitaria. È una situazione analoga al Decreto Ristori del 2020, nasce con la stessa idea e il medesimo fine: aiutare chi non ha potuto continuare a fare il proprio lavoro per scelta e provvedimenti altrui. "Più in particolare, le regioni e le province autonome possono riconoscere alle strutture private accreditate destinarie di apposito budget per il 2021 (che abbiano sospeso le ordinarie attività di ricovero e ambulatoriali), acconti fino ad un massimo del 90 per cento del budget assegnato alle medesime strutture private accreditate nell'ambito degli accordi e dei contratti stipulati per il 2021, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale."³⁰ Il riconoscimento precedentemente esposto, tiene conto di una rendicontazione a favore di tutte le aziende sanitarie accreditate con un contributo una tantum per l'effettiva produzione a ristoro dei costi fissi sostenuti nel limite del 90 per cento per tutti i contratti stipulati e mai erogati per l'anno 2021.

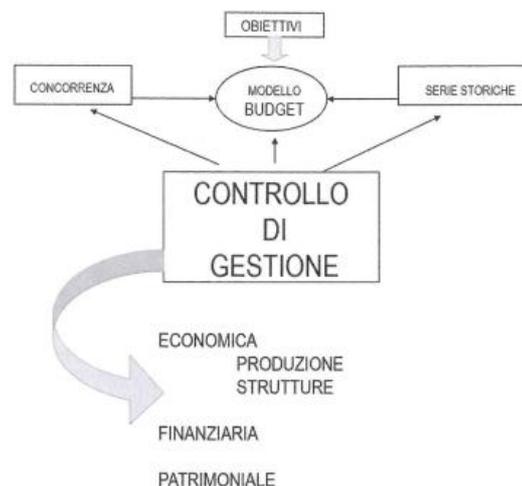
1.7 Il controllo di gestione delle RSA

Sicuramente l'opera di un buon management non può limitarsi solo alla progettazione dell'organizzazione o al semplice reperimento dei finanziamenti, privati o statali che siano. Per concludere il capitolo è giusto far capire che è necessario limare anche tutto il contorno, perché da sole queste due componenti non bastano per essere competitivi e garantire un adeguato servizio assistenziale. Appare logico pensare che seppur pieni di risorse, con modelli e strutture sostenibili nel tempo, efficienza ed efficacia non sono garantiti, in special modo in modelli di business come quelli sanitari. Proprio per questo si analizzerà nel presente paragrafo come è prassi effettuare un classico controllo di gestione, utilissimo ad analizzare l'efficienza del servizio erogato in proporzione alle risorse allocate, che aiuterà il management a garantire risultati nel tempo.

Proprio come per tutte le aziende, anche le RSA, e più in generale le aziende sanitarie, non sono esenti da un controllo di gestione. Questo controllo serve appunto per fare un *check* sui nessi causa-effetto tra risorse allocate e risultati ottenuti nel corso di svolgimento della propria attività. È il classico processo di *governance* dove il management fa il punto della situazione, stila gli obiettivi a medio e lungo termine e controlla nel breve come stia andando l'azienda. In caso gli obiettivi risultino irrealizzabili o comunque si notino inefficienze, si deve tornare sui propri passi, rivedere le attività svolte e stabilire nuovi obiettivi, magari più realizzabili. Al controllo di gestione fanno capo tutti gli strumenti che analizzano e misurano le performance, gli obiettivi e l'efficienza generale dell'azienda, con obiettivo primario quello di garantire l'economicità della stessa.

³⁰ Legge di Bilancio 2021, Articolo 1, Comma 495

“Il primo passo da stabilire quando si svolge un controllo di gestione, nel momento in cui si studiano le bontà dei dati, è quello di paragonare gli stessi ad altri. Quindi bisogna trovare appunto parametri con cui confrontare l’attività svolta e analizzata. Gli indicatori più usati e veritieri sono sicuramente la comparazione con i dati del passato e quelli della concorrenza. Nel primo caso è evidente il grande limite della comparazione con i dati del passato: i tempi cambiano, l’azienda muta e in un mondo in continua evoluzione far fede a serie storiche appare troppo penalizzante e limitata come analisi. Nel secondo caso, quindi nella misurazione delle performance dei *competitors*, da un lato abbiamo il pregio di avere una misura chiara di come l’azienda si stia muovendo, com’è posizionata nel mercato e soprattutto una reale comparazione temporale, visto che si analizzano dati dello stesso periodo. La difficoltà però sta nel capire prima di tutto chi sono i reali *competitors*, ma anche la veridicità dei dati che si vanno ad analizzare. Quindi è un qualcosa di estremamente complesso e soggetto ad errore. Per queste motivazioni, spesso si percorre una terza strada, si crea un modello *ad hoc* unendo serie storiche passate e analizzando anche i dati della concorrenza, nel presente e nel passato. Solo in questo modo si minimizza l’errore e si ha una reale stima di com’è l’andamento sia dell’azienda, sia del mercato, che soprattutto l’evoluzione delle proprie performance nel tempo. Il “modello ad hoc” prende il nome di *budget*. La creazione di un budget è fondamentale per qualsiasi analisi si stia facendo, ed è tutt’oggi lo strumento più efficiente per capire lo scostamento tra gli obiettivi prefissati e l’allocazione di risorse fatta per perseguirli.”³¹



32

³¹ Conigliani, C. *Il metodo bayesiano per le analisi decisionali in sanità*

³² Immagine presa da *Fiscalità Internazionale: Reporting aziendale nel controllo di gestione*

Un sistema di controllo di gestione si articola in tre parti:

1. definizione di una struttura organizzativa
2. costruzione tecnico-contabile
3. processo di controllo³³

La struttura organizzativa deve incanalare nei vari centri di responsabilità tutte le attività di rilevazione dei dati necessari ad un buon processo di controllo, perciò è fondamentale stabilire ex ante, e soprattutto è imprescindibile nella nostra analisi, la progettazione della suddetta struttura per misurare le performance aziendali. Riguardo le RSA, nel momento in cui spesso non vi sono veri e propri centri di responsabilità, parliamo di centri di attività, veri e propri motori delle realtà sanitarie, a cui è adibito lo stesso compito di cui parlavamo anticipatamente.

Parlando della costruzione tecnico-contabile, è di fondamentale importanza fare in modo che i dati raccolti siano compatibili con quelli usati nello stilare il budget. Solo in questo modo il sistema analitico è compatibile con quello del budget, con conseguenza misurazione reale della situazione aziendale.

Infine il processo di controllo vero e proprio lo si fa misurando i dati attesi con quelli reali. La misura della performance, come detto in precedenza, non è altro che un delta, che misura appunto lo scostamento dei dati. Meno è grande questa differenza, più è stata accurata l'azione di *budgeting*, nonché delle previsioni fatte.

Nelle RSA solitamente, i costi attribuiti alle figure professionali che attingono al proprio centro, vengono svuotate direttamente da quest'ultimo, in base appunto a dove quella particolare figura ha svolto la sua attività. All'interno dell'organizzazione, i centri che svolgono attività interna all'azienda, o comunque di supporto, sono detti *centri intermedi*, quelli che svolgono attività esterne sono chiamati *centri finali*³⁴. A questi, vanno sicuramente aggiunti anche altri centri *extra gestione*, i cui costi e ricavi non sono omologati ai classici centri interni ma hanno una gestione più complessa e a parte. Appare chiaro quindi che analiticamente, tutti i centri di attività, come la propria gestione contabile, viene svolta e articolata su diversi piani, per poi fluire consuntivamente in capo al management. Quest'ultimo, nei centri contabili in sede di scrittura di assestamento, raccoglie e rettifica tutte le contropartite, integrando tutte le scritture dei vari centri di attività che avevano in precedenza raccolto in maniera analitica. Può sembrare un procedimento più lungo, ma in realtà è un processo che snellisce parecchio la burocrazia interna, fa godere di molta più autonomia i centri di attività e permette una rapida gestione del controllo, sia operativo, che finanziario, a livello periferico.

³³ Brunetti, G. *Il controllo di gestione in condizione perturbate*, FrancoAngeli Milano, 1979, pag. 15

³⁴ Modena, S. *Organizzazione e controllo nelle RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali*, FrancoAngeli, 2020, pag 140

Il controllo di gestione dei flussi finanziari, come già detto in precedenza, rappresenta un elemento imprescindibile per le RSA sia pubbliche che private. La contabilità analitica finanziaria si occupa della rilevazione consuntiva della variazione di liquidità, utilissima per il controllo delle disponibilità stabilite in sede di *budgeting*. Per questo motivo la tempestività delle rilevazioni e la correttezza dei dati attraverso continui monitoraggi permette di verificare l'attinenza dei flussi di cassa e quanto registrato in banca. La gestione tipica dei flussi di un RSA è basata su entrate derivante dalle rette degli ospiti e dai contributi regionali degli Enti Regolatori, mentre le uscite sono tipicamente forniture e costo del personale. Sono riconducibili a quattro macro categorie le informazioni della contabilità analitica della liquidità:

- Informazioni preventive provenienti dai budget di tesoreria
- Informazioni correnti provenienti dalla gestione ordine dei fornitori e documenti di consegna e delle presenze degli ospiti
- Informazioni consuntive provenienti dalla contabilità clienti, fornitori e della cassa ospiti
- Rilevazioni contabili banca per data valuta

La qualificazione di tali informazioni scaturisce dall'attribuzione di una causale che permette l'individuazione delle fonti da cui vengono emanate le variazioni di liquidità. Generalmente tali casuali sono:

- Entrate da Enti per contributi in Conto Capitale
- Entrate da Enti per contributi in Conto Esercizio
- Entrate da finanziamenti
- Entrate da rette ospiti
- Entrate da rette ospiti o pensioni ospiti
- Uscite per cassa ospiti
- Uscite per pagamento fornitori
- Uscite per pagamento personale e contributi
- Uscite per investimenti
- Uscite per rimborso finanziamenti³⁵

Le previsioni dei flussi di entrata e uscita fatte in sede di budget di tesoreria vengono progressivamente sostituite dalle informazioni correnti: l'aggiornamento dei dati permette il costante mantenimento e controllo dei flussi previsionali con la successiva rimodulazione dei dati delle attività correnti.

³⁵ Informazione prese da Modena, S. *Organizzazione e controllo nelle RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali*, FrancoAngeli, 2020, pag 156

Ricordiamo infine che oltre ai fondi regionali, i ricavi per le RSA sono dovuti in massima parte dalle rette degli ospiti, come i costi sono riconducibili al numero di utenti e al personale sanitario, quindi non deve sorprendere che quasi tutte le voci delle fonti prima elencate siano riconducibili a queste fattispecie.

CAPITOLO 2: L'EVOLUZIONE DELLA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA POST COVID

2.1 L'emergenza sanitaria

Roma, 9 Marzo 2020, il Premier italiano Giuseppe Conte dichiara *lockdown* in seguito all'emanazione del DPCM dell'8 Marzo. Con il decreto legge, esteso su tutto il territorio nazionale, il Presidente del Consiglio emana la sospensione delle comuni attività commerciali al dettaglio, le attività didattiche, i servizi di ristorazione e vieta sia gli spostamenti, che gli assembramenti di persone nei luoghi pubblici. Siamo ufficialmente in regime di emergenza sanitaria. La popolazione è costretta a restare a casa per evitare la diffusione del virus Covid 19. Il clima che si registra è spettrale: le strade sono deserte, le saracinesche dei locali chiuse, le forze armate militari in strada a controllare che chi esca abbia una reale motivazione per non essere nella propria dimora. Inizialmente la motivazione dell'emergenza sanitaria è per preservare il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ad evitare il suo collasso. Gli ospedali sono pieni, tante aree adibite a pazienti covid. Tutti gli interventi non necessari e già programmati sono rinviati a data da destinarsi. I pronti soccorso non accettano più pazienti: il triage agli ingressi sono spietati. I social network sono invasi da foto e testimonianze del personale sanitario che cerca di fare il possibile per contenere l'emergenza, sembrano soldati al fronte. Esattamente come i soldati in guerra, le vittime sono tante. FNOMCeO sul suo sito web ha una lista di tutti i medici morti dall'inizio della pandemia, sono oltre 300 le vittime. Oltre settemila se si considerano infermieri e personale generale. Sono più di centomila i contagiati negli ospedali come personale sanitario. Il periodo che stiamo vivendo è una vera e propria tragedia, soprattutto per chi ogni giorno deve fare i conti da vicino con il virus.

In questa situazione drammatica, ad avere la peggio sono state le persone non autosufficienti e disabili, costrette a restare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. Queste sono diventate teatro di morte e contagi, diventando veri e propri focolai dove il virus circolava contagiando quasi tutti gli ospiti e curanti. A distanza di un anno, con le vaccinazioni, la situazione è migliorata, anche se ultimamente stanno tornando in auge alcuni focolai nelle RSA.

“Nella primavera 2021, l'Ordinanza del Ministero della Salute 8 maggio 2021 sulle modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali, recepita poi dall'Ordinanza n.52 del 19 maggio di Regione Toscana, dalla Delibera di Giunta n. 546 e dalla Delibera n. 862, ha riaperto gli accessi alle RSA con incontri liberi tra anziani residenti e familiari, elemento importantissimo per la dimensione di vita degli anziani. Questi incontri, ad oggi, prevedono solo l'obbligo del green pass, che

in taluni casi non equivale a garantire che tutte le persone che entrano siano effettivamente vaccinate. L'avvio delle aperture verso l'esterno, seppur restituisca benessere a tutti, ha però aumentato, tra le RSA, la preoccupazione per una nuova ondata pandemica³⁶ Le possibili cause dietro lo scoppio di nuove bolle covid nelle residenze assistenziali sono sicuramente un numero ancora alto di anziani e ospiti non vaccinati (o comunque il numero esiguo di persone che hanno ricevuto la dose booster, ad oggi solo 4.8 milioni di anziani), la riapertura di scuole e attività pomeridiane, frequentate dai figli o dai familiari sia degli operatori sanitari che dei residenti. Il pericolo che aleggia è quello di una nuova, temibile, terza ondata. La paura non è più tanto sanitaria, visto che comunque il virus sta mietendo meno vittime e sembra fortunatamente essere meno aggressivo (grazie agli effetti del vaccino), ma ha diverse motivazioni. Le condizioni degli anziani e il loro benessere mentale è sicuramente messo a dura prova per tutte le nuove "regole" e compromessi messi in atto per arginare la diffusione. Inoltre le regole delle bolle covid non aiutano a lavorare tranquillamente gli operatori, senza considerare l'enorme spesa di DPI che le RSA devono sostenere. Infine, ma questo è un problema che affronteremo nei paragrafi successivi, è il contagio da parte degli operatori, che anche se asintomatici, una volta risultati positivi non possono lavorare, creando problemi di turnover, insufficienza nel numero del personale disponibile e problemi all'organizzazione.

2.2 Una convivenza difficile

Dopo quasi due anni dall'inizio dell'emergenza sanitaria, è iniziata una nuova fase, quella della convivenza. È impensabile correre ai ripari per sempre, piuttosto si deve cercare un modo per contenere il virus e arginare i possibili problemi in cui ci si può incappare. Per questo in ogni RSA c'è un protocollo stretto di contenimento atto a limitare la diffusione del Covid. Solitamente il protocollo si articola su più piani. Al primo ci sono le direttive regionali, che seguono l'andamento politico che è conseguenza della curva epidemiologica italiana. Si devono quindi ricercare i diversi atti normativi nei siti istituzionali di carattere sia generale che specifico.

Il secondo livello invece è quello prettamente delle strutture, anche se solitamente il *pattern* è pressoché lo stesso. Questo consiste in tutte quelle "norme" e gli usi comuni che caratterizzano la vita in RSA per preservarla dagli agenti esterni. Si cerca oggi di limitare le visite da parte di familiari e conoscenti, mantenendo le distanze sociali, cercando di evitare assembramenti e non creare troppe visite nello stesso momento, scaglionandole nel tempo. Ovviamente si cerca sempre di monitorare la salute degli ospiti e degli operatori, il campanello d'allarme è quello sintomatico di stato febbrile o difficoltà respiratorie.

³⁶ Articolo di *Valore in RSA*, 21/10/2021

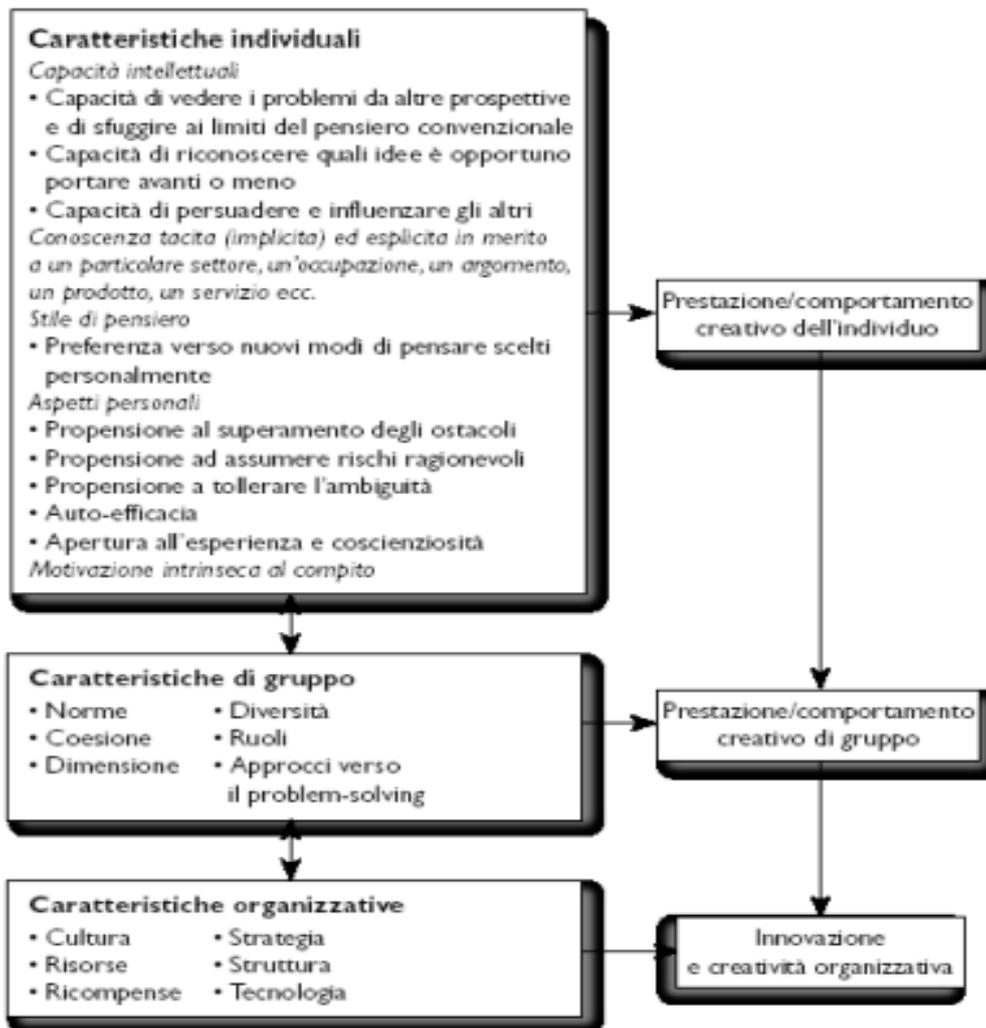
Inoltre anche per l'ingresso di nuovi ospiti ci sono controlli ferrei sullo stato di salute, accompagnati sempre da un tampone negativo per avere la quasi certezza di non essere un portatore sano.

Diciamo che le RSA sono delle quasi bolle, protette dall'interno dove si cerca il più possibile di limitare le contaminazioni dall'esterno. Se per gli ospiti è un discorso quasi realizzabile, per gli operatori è utopia. Chi lavora in RSA è per forza di cose un soggetto a rischio contagio, ha una propria vita, ha una famiglia; ricordiamo che l'uomo è un animale sociale e come tale ha la necessità e il bisogno di interagire con i propri simili. Spesso si viene a contatto con positivi, o addirittura si può risultare positivi, è un virus, non è una colpa. In entrambi i casi scatta l'isolamento fiduciario a casa, con conseguente interruzione dell'attività lavorativa. Oppure, per evitare comunque un'eccessiva presenza in sede, soprattutto per chi lavora in area amministrativa o finanziaria, negli ultimi mesi si è adottato il cosiddetto *smart working*, o lavoro da remoto, se vogliamo dirlo all'italiana. Tutte queste fattispecie, hanno portato ad un'evoluzione del concetto e del modo di lavorare, ed ovviamente è un discorso che non si deve applicare solo alle RSA ma in tutte le aziende sanitarie e non.

Nel corso di questo capitolo torniamo a parlare di progettazione organizzativa, un modo nuovo di intendere il lavoro, dove la struttura non è più basata sull'azienda ma sulle persone. La necessità del lavoro da remoto non è solo la conseguenza dello scoppio del Covid-19, ma ha radici molto più profonde ed è il risultato di un management innovativo, che parte dai classici modelli divisionali e funzionali, e li reinterpreta, abbattendo i confini (*boundaryless*) e adattandosi alle situazioni (*agile*).

2.3 L'adattamento del modello, la spinta all'innovazione

Da sempre l'innovazione è una spinta incredibile. Essa è alla base della crescita del Pil di una nazione, favorisce l'efficienza, aiuta a migliorare il vantaggio competitivo delle aziende. L'innovazione non è solo di prodotto, ma anche di processo. In questo senso, inteso in maniera molto ampia, anche nelle strutture organizzative è possibile creare innovazione nella concezione di struttura stessa. Non solo, alcune strutture organizzative favoriscono l'innovazione e la creatività dei soggetti che vi abitano (*exploration*). Altre strutture invece sono capaci di favorire l'implementazione dei progetti garantendo rapidità ed efficacia (*explotation*). Altre ancora consentono di raggiungere il fine delle due precedentemente descritte, parliamo in questo caso di *ambidexterity*. Per garantire questi risultati, chi progetta deve porre al centro di tutto le persone e le proprie competenze, lasciando che siano i veri e propri protagonisti. È il modello che si adatta alle persone, non viceversa.



37

Inoltre, alla base dei nuovi modelli organizzativi, ci sono sicuramente tante motivazioni:

- nuove scoperte tecnologiche; il fattore scatenante del cambiamento del contesto economico-sociale con comunicazioni sempre più rapide e sempre più digitalizzate, l'avvento di Internet, che possiamo considerarlo il motore di tutto il processo senza il quale non si sarebbe potuto ottenere. Tra le scoperte possiamo considerare anche l'avvento dei social che ha facilitato la comunicazione dell'impresa con qualsiasi attore che volesse interagire (interno ed esterno), l'avvento del *digital* che ha facilitato la collaborazione inter-intra aziendale.

- armonia tra vita professionale e personale, dove analizzando l'evoluzione del lavoratore si è giunti alla conclusione che egli ricerca sempre più flessibilità per andare incontro alle proprie esigenze. I benefici

³⁷ Grafico *Modello di creatività e innovazione*, slides Mascia D., Organizzazione e modularità, pag.8

riscontrati dai dipendenti delle aziende sono sicuramente in termini di tempo, in quanto risparmiano tempo sullo spostamento casa-lavoro e viceversa, tempo che possono dedicare ad altre attività e rappresenta anche un risparmio sui costi di trasporto per raggiungere l'ufficio.

- sostenibilità, dapprima quella economica, infatti i nuovi modelli organizzativi con lavoro da remoto permettono di ridurre i costi gestionali e permettono di avere anche una maggiore efficacia e produttività dei lavoratori, molti di loro sostengono, tramite interviste interne aziendali che preferiscono lo *smart working* al classico lavoro in presenza. Inoltre il lavoro agile porta ad un aumento della creatività, perchè lavorare in un contesto sicuro rende i lavoratori più produttivi rispetto alla frenesia che si potrebbe presentare in un normale contesto professionale. Il rapporto tra i *supervisor* e i collaboratori diviene sempre più armonico perché vi è una responsabilizzazione maggiore dei lavoratori che permette di creare un clima di fiducia reciproca per raggiungere obiettivi predeterminati. Inoltre dando la possibilità di lavorare alle risorse, in qualsiasi luogo, si riduce anche la percentuale di assenteismo.

Quando parliamo di sostenibilità non possiamo non parlare di quella ambientale, infatti, durante la pandemia si è riscontrato una riduzione dell'inquinamento, alimentato anche dallo spostamento inferiore dei lavoratori rimasti a lavorare da casa.

2.4 Lo smart-working

Con lo scoppio della pandemia, successivamente al Lockdown generale, si è vietato lo spostamento al di fuori del domicilio per chiunque non svolgesse una professione ritenuta "indispensabile". Di conseguenza, tutti i dipendenti degli uffici, o anche chi svolgesse all'interno di aziende sanitarie o residenze assistenziali lavori amministrativi o di coordinamento, è stato costretto a lavorare da casa.

Prende piede così il cosiddetto *smart-working*. La definizione di *smart working* è: "insieme di modelli organizzativi, moderni e non convenzionali caratterizzati da un'elevata flessibilità nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti di lavoro, che fornisce a tutti i dipendenti dell'azienda le migliori condizioni di lavoro"³⁸.

Ci sono sicuramente altre definizioni per descrivere lo *smart working*, ma già da questa prima definizione possiamo capire che è un nuovo modello completamente differente dai tradizionali, dove la flessibilità e agilità sono i punti di forza. Quando ci affacciamo a questo nuovo modello, poniamo l'attenzione sull'ennesimo, ma, innovativo, approccio organizzativo che delinea non più un solo metodo di lavoro;

³⁸ Gastaldi, L., Corso, M., Raguseo, E., Neirotti, P., Paolucci, E., & Martini, A., . *Smart Working: Rethinking work practices to leverage employees innovation potential*, 2014

bensì varie configurazioni per effettuarlo, perseguendo sempre gli stessi obiettivi. Si deve cercare sempre di ottimizzare i propri *goals*, perseguendo sempre condizioni di efficacia ed efficienza, migliorando anche lo stato dei lavoratori. Analizzando di nuovo la stessa definizione riportata sopra, possiamo asserire che lo *smart working* normalizza il lavoro agile e di conseguenza non lo s'intende più come un qualcosa di straordinario. Questo ovviamente è anche il risultato di una necessità, visto l'impossibilità di accedere al proprio posto di lavoro.

Come detto, questo nuovo approccio permette sia di essere autonomi, sia di collaborare. Non bisogna però trarre false conclusioni, in quanto dal un punto di vista logico le due parole hanno un significato opposto. Se le trasliamo in ottica economica, c'è sempre un responsabile o un coordinatore che definisce o degli obiettivi (i cosiddetti *goals*), oppure ordina delle *tasks*. Tutto il personale preposto si dovrà adoperare per perseguire i risultati in modo responsabile, lavorando singolarmente ma con l'obiettivo di essere anche fonte di supporto per i propri colleghi.

“Quando si responsabilizza il personale, l'organizzazione non ha più un approccio top-down e verticistico, ma l'intera organizzazione ripone la fiducia su ogni singola risorsa, per cui non avviene solamente una modifica sull'impostazione organizzativa, bensì si adotta un cambiamento culturale per tutti i soggetti dell'impresa.”³⁹

Con il *digital* si abbattano tempi e spazi, ragionando sulla natura dello *smart working* di eliminare gli uffici e le pareti imposti stesso dal concetto di lavoro tradizionale, consentendo una riorganizzazione della struttura aziendale e una riorganizzazione del lavoro individuale.

Occorre approfondire ulteriormente il concetto di flessibilità, poiché un'azienda è considerata flessibile se riesce ad adattarsi ai mutamenti esterni mantenendo comunque la propria identità; esercitando un controllo sull'organizzazione stessa.

L'impresa è un sistema aperto e il mercato dove vive è sempre più frenetico, con continui mutamenti e innovazioni tecnologiche. È impensabile per un'organizzazione essere, in tempi come questi, rigida o esercitare ancora più controllo rispetto al passato. Fermo restando che non diventa un'esigenza solo per l'impresa, ma trova anche per i lavoratori, che hanno la possibilità di conciliare sfera professionale e quella personale. Lo *smart working* risponde quindi ai bisogni sia dell'impresa, sia dei lavoratori, concedendo più flessibilità anche a livello temporale, visto che spesso non ci sono orari fissi, ma solo l'obbligo di portare a termine le mansioni richieste; svincolandosi dunque dalla rigidità della vecchia

³⁹ Formez.it, *Classificare e gestire il personale*

impresa. Infine si può lavorare in qualsiasi luogo, che sia un parco, una casa, o un ufficio, mettendo a proprio agio il lavoratore che sarà libero di esprimere al meglio il suo potenziale.

Tutto questo è possibile grazie alle innovative scoperte tecnologiche, conosciute come la quarta rivoluzione industriale. Ogni singolo lavoratore può svolgere le proprie mansioni, collaborando allo stesso tempo con tutto il team dell'organizzazione da remoto. Gli strumenti tecnologici sono negli ultimi anni sono cambiati. Un tempo per lavorare si usava obbligatoriamente un computer fisso ora si possono utilizzare:

- *laptop*;

- *notebook*;

- *tablet* ;

- *smart phone*.

Non occorre più una connessione via cavo, basta semplicemente il wi-fi stradale o domestico, reti 4G o 5G con dati mobili. Si possono fare delle riunioni a distanza (oggi chiamate in gergo call) purché si è dotati di un qualsiasi strumento digitale ed una connessione ad internet.

I lavoratori possono anche utilizzare dei *Voice over IP*, che permettono di tenersi in contatto telefonicamente senza dover pagare i costi di telefonia o ancora utilizzare il *cloud computing* che permette di conservare, elaborare e condividere tramite uno spazio virtuale le informazioni, senza la necessità che queste debbano essere salvate in qualche memoria di archiviazione fisica. Questi descritti sono solo pochi strumenti rispetto alla vastità tecnologica presente oggi, sono stati citati solo per comprendere che, grazie alle innovative tecnologie di oggi, si può lavorare individualmente, coordinarsi con il proprio team e comunicare con gli altri a distanza, da remoto e migliorando la flessibilità spazio-tempo.

Come per qualsiasi altro approccio organizzativo è logico dedurre che si devono sostenere investimenti in software e tecnologie per far sì che l'azienda garantisca ai propri dipendenti forme di comunicazione simultanee, migliorare i rapporti con i clienti e con gli *stakeholder*, assicurando la sicurezza e la protezione dei dati e delle informazioni aziendali.

Altri costi da sostenere per le imprese, oltre alle tecnologie, sono quelli in formazione delle risorse. Oltre a dover detenere conoscenze e diverse capacità, devono essere fortemente responsabilizzate poiché per perseguire i propri risultati, lontano dal luogo fisso di lavoro, i dipendenti devono sentire un forte senso di appartenenza e un forte *commitment* nei confronti dell'azienda.

I vertici aziendali hanno realizzato, quindi, investimenti sia materiali che immateriali al fine che il personale potesse esprimere al meglio il proprio potenziale, garantendo la produttività auspicata e prefissata, facendo adattare al meglio tutti lavoratori.

Se da un lato bisogna responsabilizzare il personale, dall'altro i *manager* devono porre maggior fiducia nel capitale umano. Occorre sostenere anziché dei costi gestionali ed operativi, costi relazionali e fiduciari, quando si delegano le mansioni da svolgere (vedere capitolo 1); ovviamente non possono esercitare il controllo come si poteva effettuare prima dell'avvento dello *smart working*, si deve quindi ricorrere ad una programmazione ex-ante di tutti compiti, limitando il controllo.

Inizialmente il lavoro agile non era visto con estrema fiducia, in quanto, se da un lato portava ad evidenti riduzioni di costo, dall'altro non assicurava l'efficienza produttiva. Si è notata però, con il lavoro da remoto, una produttività maggiore rispetto a quella che si otteneva in sede. In sintesi possiamo definire i principali punti riguardanti la formazione gli investimenti nello *smart working*:

- delineare con chiarezza a tutte le figure interne aziendali quale linea operativa seguire per il corretto svolgimento del lavoro da remoto;
- allineare e far convergere gli interessi individuali di *manager* e lavoratori con conseguenti risultati aziendali;
- determinare gli obiettivi affidando delle mansioni al personale;
- sdoganamento dei pregiudizi sullo *smart working*;
- migliorare la comunicazione e la collaborazione inter-aziendale per lasciare la libertà e l'autonomia a tutti i lavoratori manifestando, ugualmente la vicinanza dell'azienda ad ogni risorsa.

Dopo aver stabilito sia i compiti da svolgere, che i risultati da raggiungere, per forza di cose c'è la necessità di trovare un modo per coordinarsi, ed uno dei metodi più è l'agenda digitale. Oltre ad un uso individuale atto appunto ad organizzare la propria giornata, l'agenda digitale si può utilizzare a scopo collaborativo, infatti, tramite il software, ciascun individuo riesce a tenere traccia del carico di lavoro da svolgere e delle potenziali evoluzioni e riconfigurazioni in chiave collaborativa con tutto il team, in tempo reale. Il programma viene utilizzato non solo per coordinarsi, ma è anche impiegato come motore di socialità del singolo lavoratore. L'agenda, quindi, porta degli elementi non solo di coordinamento, ma anche di collaborazione; infine ha un ruolo di controllo in quanto facilitando il rendiconto delle attività consente di comprendere se in un qualsiasi momento una risorsa è fruibile, capendo senza chiedere se si può interpellare oppure se è già occupata nello svolgimento di qualche mansione. Sulla base della

definizione dei rapporti instaurati, facilita la coordinazione e la cooperazione del personale appartenente alla stessa linea operativa e non. Si può dunque definire l'utilità di questo strumento per:

- condivisione di presenze o assenze;
- attività;
- disponibilità;
- condivisione della situazione complessiva del gruppo di lavoro.

Dovendo puntualizzare però che non sempre risulta facile separare il tempo del lavoro collettivo da quello individuale, responsabilizzare una risorsa significa anche inculcargli la capacità di autogestirsi. Si ricorda che il tempo a lavoro è:

- una risorsa;
- un fattore che influenza il benessere lavorativo;

“Inoltre deve essere capacità del lavoratore saper conciliare il proprio tempo personale con quello lavorativo, con quello di gruppo e riuscire ad interagire con i vari portatori di interessi. Siamo riscontrando un'ennesima evoluzione del capitale umano, dapprima visto solo come macchina, poi come portatore di bisogni relazionali, in seguito come risorsa dotata di specifiche competenze e capacità relative allo svolgimento del lavoro, ad ora che deve avere anche la capacità di autogestire il proprio tempo. È anche l'evoluzione stessa della progettazione organizzativa ad avere questo fine.”⁴⁰ Inizialmente la struttura era al centro dell'azienda, con le nuove idee rivoluzionarie di oggi, come si è spesso ripetuto nell'elaborato, al centro di tutto vi è l'uomo, inteso come risorsa e vero e proprio protagonista del sistema.

Nell'immaginario collettivo il tempo per lavorare con lo *smart working* si è ridotto, non è così, perché le ore di lavoro che svolge un individuo sono sempre le stesse del lavoro tradizionale d'ufficio, l'unica differenza sostanziale è che il tempo può gestirlo autonomamente e lavorando in vari momenti della giornata, non avendo un orario fisso; fermo restando che il lavoratore ha il dovere e l'obbligo di concordare con i colleghi i tempi di disponibilità, altrimenti la collaborazione verrebbe meno, con i vari *stakeholder* che hanno l'esigenza di comunicare con l'area amministrativa.

Dall'altra parte è vero che i lavoratori devono concordare gli orari di lavoro ma bisogna rispettare anche il diritto alla disconnessione dalla rete virtuale, altrimenti quel confine tra vita professionale e personale verrebbe meno.

⁴⁰ Piras,R. *Il Ruolo Del Capitale Umano E Dei Flussi Migratori Nel Processo Di Convergenza Tra Le Regioni Italiane*

Nel piano organizzativo o di programmazione del lavoro bisogna precisare l'estensione dei tempi di lavoro e dei tempi personali da rispettare, in quanto è vero che il mondo è più veloce, si sono abbattuti gli spazi e i tempi, ma deve rimanere da rispettare il diritto alla disconnessione cioè alcuni momenti della giornata la risorsa non è raggiungibile e reperibile; rimanere connessi quindi è necessario ma non iperconnessi: non a tutte le ore bisogna essere reperibili ovvero non rispondere alle mail, messaggi o telefonate di lavoro al di fuori dell'orario di lavoro.

È anche vero che chiunque abbia lavorato a distanza spesso denuncia il problema degli straordinari non retribuiti. Nel momento in cui si è in ufficio, un badge garantisce e scandisce il tempo in cui si è a lavoro. Da casa, nel momento in cui magari si riceve una chiamata sul numero aziendale quando in teoria si è finito il proprio turno, si sta lavorando, ma non è garantito lo straordinario come retribuzione. È facile dunque capire anche perché spesso l'efficienza e la produttività siano incrementate, ma sicuramente nei prossimi anni verrà regolamentato questa particolare fattispecie. I modelli di business, per come sono concepiti, si prestano molto a questa tipologia di struttura, quindi in futuro sarà sempre più adottata.

Talvolta i lavoratori, lavorando da remoto, possono soffrire la solitudine e sentirsi alienati svolgendo le attività in autonomia; in quel caso c'è la possibilità che l'impresa costruisca veri e propri uffici virtuali, che consentono di lavorare in compresenza su mansioni coordinate e distinte, in modo che le risorse possono interagire, comunicare e ragionare al meglio su eventuali soluzioni. Gli uffici virtuali nascono dall'esigenza dell'uomo portatore di bisogni sociali, per cui non va trascurato l'aspetto relazionale nel lavoro.

Si è detto che un lavoratore può scegliere il luogo in cui lavorare o usufruire degli uffici virtuali per comunicare o semplicemente alleggerire e passare in compagnia le pause. Lo spazio qualunque esso sia, deve essere confortevole, cioè sicuro senza elementi che potrebbero compromettere la concentrazione e la motivazione del lavoratore; lo spazio di lavoro ha la stessa importanza delle tecnologie digitali per generare la produttività sperata.

Alcuni degli elementi essenziali per far sì che lo spazio dove si lavori si possa considerare efficiente sono:

- una connessione stabile e potente per effettuare tutti i compiti;
- presenza di numerose prese elettriche in totale sicurezza per collegare i dispositivi;
- spazio ampio per poter contenere tutto il materiale necessario e per le attrezzature per svolgere il proprio lavoro;
- aerazione adeguata;

- tecnologie digitali appropriate per svolgere il lavoro⁴¹.

Questi e altri fattori permettono di avere delle condizioni di lavoro efficienti e di sicurezza nella gestione degli spazi, che portano alla diretta conseguenza nel raggiungere la produttività auspicata. Le condizioni di salute e sicurezza, come per ogni approccio organizzativo, non devono essere sottovalutate: vanno invece trattate con cura, cercando di risolvere eventuali problemi che si potrebbero creare, rendendo sicuro il lavorare da remoto.

Tra i principali fattori da prendere in considerazione quando si vuole perseguire la sicurezza e benessere del personale, si annoverano:

- l'attenzione alla postura, per poter svolgere il proprio lavoro in condizioni agibili;
- l'aver delle pause da lavoro;
- il mettere in condizione di sicurezza l'intero personale;
- un ambiente ampiamente luminoso.

Un eventuale problema che può fronteggiare l'organizzazione è la mancanza delle competenze diffuse. Questo è infatti un problema che si ripercuote solitamente nei soggetti più anziani, notoriamente meno propensi al cambiamento, e potrebbe rappresentare un rallentamento per lo sviluppo del sistema organizzativo. Il primo passaggio è quello di sviluppare competenze collettive, ovvero formare un personale attivo che coopera assieme. Per fare ciò, è necessario che ogni singola risorsa si responsabilizzi, segua corsi di formazione e di aggiornamento e condivida le competenze che possiede.

“L'azienda, quindi, deve disporre uno spazio per attuare dei corsi di formazione, finalizzato all'apprendimento di conoscenze e competenze che permettano lo sviluppo di conoscenze *know-how*, che possano confrontarsi tutte le risorse da un punto di vista professionale. È prassi avere una piattaforma di *e-learning* che garantisce il perfezionamento delle competenze, ma che sia al contempo compatibile con l'agenda di lavoro. Proprio per questo è più utile una piattaforma digitale piuttosto che una classe tradizionale in presenza, proprio per andare incontro alla moltitudine di esigenze di tutti i soggetti.”⁴²

Lo *smart working* deve favorire maggiormente l'utilizzo di risorse digitali per operare, collaborare e aggiornarsi. Quando ci sono, questi strumenti tecnologici sono ottimi per il sostegno organizzativo e stimolano la collaborazione tra i lavoratori sulla condivisione dei processi operativi, sulle soluzioni formative individuali e di gruppo. La formazione diventa, quindi, uno spazio di condivisione del gruppo

⁴¹ Holtermann T., *Processes, barriers and facilitators to implementation of a participatory ergonomics program among eldercare workers*, 2017

⁴² Pegoraro, M. *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche*

dove ogni singolo dipendente può portare conoscenze tacite, o *skill* che possono portare dei benefici per il team.

La condivisione di conoscenze e competenze migliorano il clima aziendale rendendo un gruppo di lavoro molto affiatato, arricchendo il sapere dell'organizzazione e migliorando l'operatività e la produttività.

Lo *smart working* genera delle condizioni di lavoro innovative e determina circostanze diverse dal passato, per cui è di vitale importanza attivare competenze di ogni singolo lavoratore per favorire la cultura del lavoro agile cercando di conseguire vantaggi non solo per l'organizzazione ma anche per migliorare le condizioni di lavoro per il gruppo.

L'iter da seguire è effettuare un piano condiviso, concordare e coordinare linee operative coinvolgendo tutti i membri del gruppo di lavoro per la definizione e il conseguimento dei progetti guida.

Sintetizzando, si deve trovare:

- un progetto d'impresa, nonché i punti di forza in cui investire;
- conoscenza e disponibilità delle tecnologie, degli spazi e di strumenti idonei;
- analisi dell'evoluzione dei servizi per comprendere e analizzare le evoluzioni digitali che potrebbero manifestarsi;
- rilevazione delle esigenze del personale lavorativo.

La nuova frontiera dello *smart working* da un lato quindi è un'opportunità, dall'altro è fonte di maggiore impegno in quanto il lavoro deve essere maggiore per coordinare tutti e bisogna adottare una cultura compresa da tutto il personale. Bisogna avere degli spazi per costruire delle relazioni favorendo la cooperazione che riduce lo stress da lavoro; inoltre il contesto lavorativo permette l'autogestione del personale. Il lavoro agile, quindi, richiede coordinamento, una *vision* condivisa, interdipendenza dei lavoratori per creare e mantenere delle condizioni sociali e professionali.

Non bisogna considerare il lavoro da remoto come un modello organizzativo che non preveda vincoli o che non ci siano relazioni; anzi bisogna intenderlo come un'opportunità per creare maggiore collaborazione e condivisione; infatti affidando le responsabilità al gruppo si sviluppa una cultura dello *smart working* che richiede anche un'osservazione delle esperienze proprie e altrui e di partecipare ai dibattiti per trovare nuovi processi ed essere più produttivi in modo da rinforzare le relazioni tra le persone e sottosistemi intesi come soluzione operative tecnologie e ambienti digitali.

Ma quali sono le motivazioni dietro la ricerca di nuovi modi di lavorare? Troviamo risposta specialmente per tre fattori, quali:

- innovazione, l'esigenza di un'azienda di adottare questa nuova tipologia di lavoro da remoto è dettata anche dal desiderio di rinnovare la propria organizzazione per competere con i principali concorrenti e omologarsi ai leader di questo cambiamento culturale. Come abbiamo già detto, occorre impostare le attività da svolgere per tutti i collaboratori esercitando un controllo diverso rispetto all'impresa classica, non esercitando, quindi, un controllo d'ufficio, bensì una stretta collaborazione, al fine di instaurare un rapporto di fiducia reciproca tra manager e lavoratori.

Il controllo si basa sugli obiettivi prefissati dall'azienda. La spinta per continuare questa tipologia di struttura organizzativa è data da:

- maggiore esigenza di flessibilità da parte dei lavoratori, dando maggiori soluzioni organizzative e cercando un giusto bilanciamento tra vita privata e professionale. Inoltre un'azienda che propone lo *smart working* potrebbe attirare maggiormente le nuove leve e potenziali giovani risorse. Le imprese possono adottare queste soluzioni effettuando analisi interne tramite *survey* per comprendere il grado di soddisfazione da parte dei lavoratori, quali potenziali investimenti effettuare e quali altre tecnologie inserire, per migliorare il clima aziendale e rendendolo più armonico al miglioramento delle performance;

- ridurre i costi. Uno dei motivi per cui viene applicata questa modalità di lavoro è proprio il ridurre i costi relativi agli immobili aziendali e soprattutto permettere di ridurre gli spazi lavorativi, come uffici o interi edifici dedicati allo svolgimento delle mansioni.

Se queste sono le principali motivazioni, chi sono le figure principali, ovvero i motori, che hanno accelerato questo processo di cambiamento? Sicuramente le principali figure che potrebbero indurre l'azienda ad effettuare questa trasformazione sono:

- vertici aziendali che hanno deciso di portare innovazioni sia dal punto di servizi o prodotti sia nell'organizzazione stessa cercando di migliorarla, cambiandone i paradigmi e perseguendo diversi obiettivi;

- direzione risorse umane che hanno avuto dei dibattiti o confronti con i sindacati sulle modalità di svolgimento dello *smart working* e sulle potenziali problematiche che possono sorgere dal punto di vista normativo; inoltre, le risorse umane hanno avuto confronti anche con il comparto ICT, responsabile della digitalizzazione dei reparti;

- dipendenti aziendali, nonostante non si possano considerare i principali motori del cambiamento, ma al contempo dovrebbero manifestare le proprie esigenze dal condurre una vita bilanciata tra sfera

individuale e professionale. Quest'ultima in gergo viene definita come *work-life balance*.⁴³ Va comunque specificato che spesso questa tipologia di soluzione proviene soprattutto da parte delle giovani leve, più disposte al cambiamento rispetto alla vecchia guardia, abituata ad una tipologia standard di lavoro, non sempre disposta a stravolgere il proprio *modus operandi*. Vanno comunque ascoltate le nuove leve in quanto rappresentano risorse giovani che solo il futuro aziendale nonché tutt'oggi risorse preziose presenti sul mercato del lavoro.

2.5 La telemedicina

Si è detto che con l'inizio della pandemia si è per forza di cose dovuto cercare metodi di lavoro alternativi. Questo appare logico in quanto bisogna garantire il rispetto delle normative sociali e statali in materia di contenimento del virus. Non solo, al contatto diretto con positivi, segue un periodo di isolamento fiduciario del soggetto a rischio infezione. Questo porta all'impossibilità di andare a lavoro, o comunque a situazioni in cui magari si cerca di non muoversi troppo. È ancora più forte il timore del virus nella fattispecie delle RSA, dove i residenti sono sempre persone anziane, o comunque soggetti fragili. Nei loro confronti c'è bisogno della massima prudenza, in quanto un possibile contagio potrebbe risultare fatale. Seppur più difficile, si è cercato infatti di organizzare il lavoro da remoto anche in ambito sanitario. Se per chi lavora in area amministrativa, contabile o comunque non a contatto con i pazienti è facile organizzarsi a distanza; nei lavori in "prima linea" è sicuramente più complicato.

Nasce così la telemedicina, che ha come obiettivo la continuità della cura nonché il mantenimento del dialogo costante a dispetto della distanza all'interno di un sistema sanitario sempre più sotto pressione in conseguenza della pandemia. "Si è accelerato il processo di adozione, da parte sia di strutture sanitarie pubbliche che private, di piattaforme di collaborazione e comunicazione unificate (*UCC – Unified Collaboration e Communication*) con le quali mettere in collegamento persone, risorse, dati e soluzioni."⁴⁴

Le piattaforme di *collaboration* flessibili permettono di gestire una moltitudine di centri sanitari decentrati per garantire al paziente la massima cura possibile, il tutto a distanza. Ci sono consultazioni mediche online, televisite (che iniziano ad essere erogate come veri e propri servizi). Gli ospedali, le strutture private stanno così diventando smart, dando la possibilità di alternare i servizi in presenza a quelli da remoto. Ovviamente il covid ha solo incentivato la velocità del cambiamento, ma la trasformazione è

⁴³ De Pisapia N., Vignoli M. 2021

⁴⁴ Avaya.it, *Dalla telemedicina allo smart working come cambia il lavoro nel 2020*, articolo del 11.09.2020

stata il risultato graduale di operazione strategiche. Nulla è lasciato al caso, magari la pandemia ha solo dato un input in più per lanciarsi in questa nuova sfida.

“Secondo il prof. Sergio Pillon, membro del gruppo di lavoro sulla *digital health delle European Public Health Alliance* ed esperto presso l’Istituto Superiore di Sanità sulle Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica, sono almeno quattro gli ambiti in cui la telemedicina può aiutare il sistema sanitario nel gestire soprattutto la fascia di popolazione over 65 e i pensionati. Se da un lato la digitalizzazione degli ultrasessantenni è in costante crescita, ne permane la fragilità sanitaria quando portati a frequentare ambienti come gli studi medici, le farmacie, i pronto soccorso. Tramite una piattaforma unificata di collaborazione e comunicazione è possibile fornire a questi pazienti servizi come la televisita, che può essere live mediante videochiamata o in modalità “*store and forward*”, ossia si mandano le analisi e il medico risponde con una valutazione. Con il telemonitoraggio i parametri vengono acquisiti autonomamente dal paziente tramite un dispositivo connesso e valutati in diretta o in maniera asincrona dal medico/infermiere che in caso di bisogno attivano una televisita. Tramite la telecooperazione sanitaria è, invece, possibile far collaborare a distanza due o più professionisti, mentre infine la teleassistenza abilita il supporto da remoto a soggetti fragili e disabili, assolvendo un compito non strettamente sanitario ma più socio-sanitario.

La telemedicina, quindi, può essere uno strumento fondamentale che permettere di migliorare la qualità della vita dei pazienti e rendendo migliore e più capillare sul territorio il servizio che le istituzioni sanitarie sono chiamate ad offrire, al di là dell’emergenza.”⁴⁵

Dunque nelle strutture assistenziali, protagoniste dell’elaborato, vanno ricercate alcune migliorie da attuare in seguito all’emergenza sanitaria. La sicurezza deve essere centrale. All’interno delle stanze non possono mancare gli apparecchi per il monitoraggio a distanza dei residenti, le strumentazioni di comunicazione per lo svolgimento delle nuove forme di telemedicina, ma anche i confort per il benessere psicomotorio dei pazienti, quali illuminazioni adeguate o televisioni. Ovviamente in merito alla sicurezza è fondamentale la predisposizione di piani di emergenza (in seguito a eventuali contagi o contatti con positivi), nonché la sanificazione della struttura.

Ovviamente va ricordato che nonostante il periodo storico, non esiste solo il covid come malattia o infezione. I pazienti delle RSA sono comunque soggetti fragili o comunque anziani, vanno quindi trattati molto i temi sulla prevenzione, soprattutto delle malattie croniche, di cui spesso i residenti soffrono. Queste vanno curate anche con la prevenzione: l’attività fisica è il primo alleato per influenzare positivamente il paziente, nonché la cura dell’alimentazione che è strettamente collegata al benessere

⁴⁵ Avaya.it, *Dalla telemedicina allo smart working come cambia il lavoro nel 2020*, articolo del 11.09.2020, capitolo 2

generale. Sono spesso utilizzati gli spazi all'aperto per camminate o comunque per terapie occupazionali, per redigere infine "valutazioni eseguite utilizzando strumenti come ADL, IADL, Barthel, velocità del cammino, Tinetti per equilibrio e rischio di caduta, forza muscolare misurata con dinamometro (valutata nel tempo). Sarà questo l'ambito per misurare i parametri antropometrici, la forza muscolare e anche la fragilità dei pazienti."⁴⁶ Vanno inoltre affrontate le capacità curative delle strutture, che seguono i principi della medicina geriatrica, e che sfocia nella valutazione multidimensionale geriatrica, la cosiddetta VMD informatizzata, che deve essere redatta periodicamente. La documentazione solitamente è di semplice stesura, nonché fatta di principi comuni, tant'è che anche i *caregiver* familiari, in assenza del medico, devono compilarla, in modo da vedere nel lungo periodo eventuali peggioramenti nello stile di vita dei pazienti e capire le cause.

"Infine, un'importante innovazione portata in auge in questi ultimi mesi nelle RSA è la presenza del Medico specialista in Geriatria, che garantirà anche la disponibilità e il funzionamento delle strumentazioni specifiche anche telematiche. Il Geriatra sarà il referente tecnico scientifico della realizzazione nel tempo dei punti sopra elencati e degli aggiornamenti professionali, qualora si decida di realizzarli. È evidente che la disponibilità del Medico di famiglia è necessaria comunque per la coordinazione tra struttura e famiglia degli assistiti."⁴⁷

⁴⁶ Sigg.it, *i problemi delle rsa italiane durante e dopo la pandemia covid-19*, pag.1

⁴⁷ Sigg.it, *i problemi delle rsa italiane durante e dopo la pandemia covid-19*, pag.4

CAPITOLO 3: DATI E PROGETTI DI RICERCA ESISTENTI SULLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

3.1 L'indagine ISS sulle RSA in tempi di Covid

Tra il 25 Marzo 2020 e il 5 Maggio 2020 è stata condotta un'indagine nazionale italiana sull'epidemia da Covid 19 nelle RSA e nelle case di cura. Un'indagine quantitativa molto importante sull'infezione acuta grave in seguito al virus SARS-Cov-2 (il Coronavirus) nelle RSA, condotta dall'Istituto Superiore di Sanità con altri ricercatori dell'ordine dei Geriatri come Flavia Lombardo, Ilaria Bacigalupo ed altri colleghi. L'indagine ha mostrato la diffusione e l'impatto dell'infezione nelle case di cura italiane e la gestione delle persone anziane e lungodegenti che risiedono nelle strutture a lungo termine.

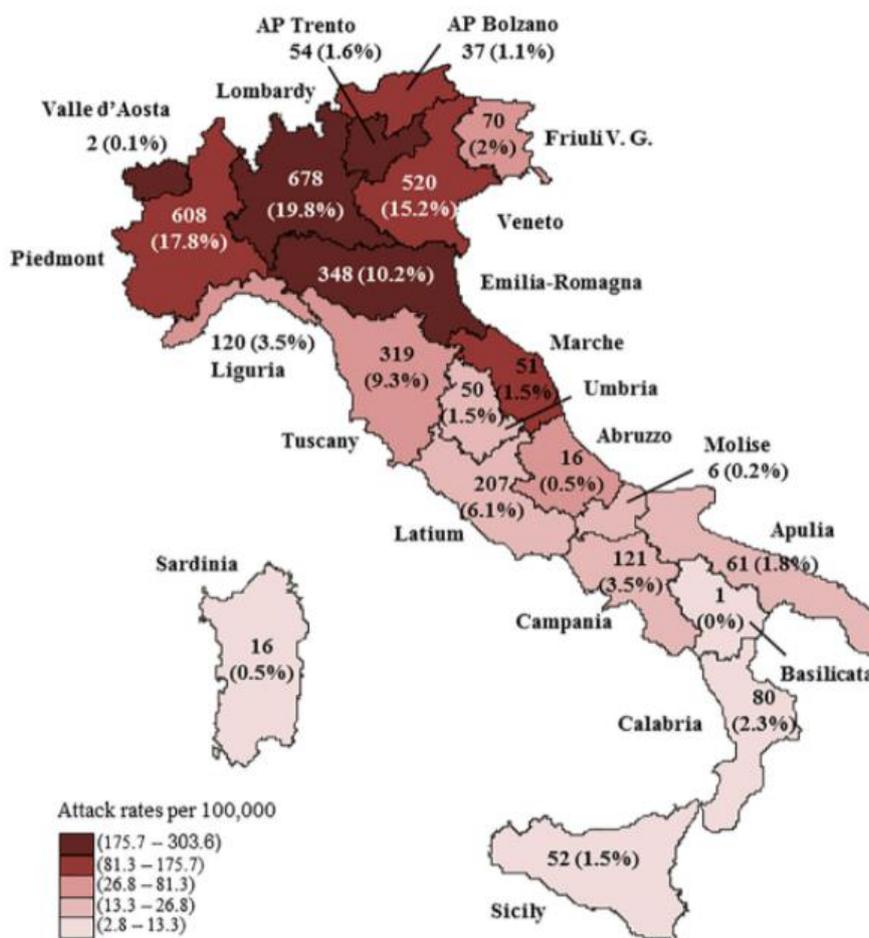
La malattia che scaturisce dal Coronavirus 19 può in base al ceppo e alla variante, ma anche in base ad altri fattori, essere paragonata ad una semplice influenza, essere asintomatica oppure portare a forme gravi di infezioni respiratorie. In questi casi si sviluppano sintomi più gravi, che possono portare a complicazioni pericolose per la vita e persino alla morte. Questo andamento sfavorevole è stato osservato principalmente tra le persone fragili e anziane, che numericamente hanno le possibilità di complicazioni più alto nella pandemia in corso. L'analisi di un sottogruppo di pazienti con COVID-19 deceduti in Italia ha confermato la maggiore età media dei pazienti (79,5 anni) e la maggiore frequenza di condizioni sottostanti come cardiopatia ischemica (30%), diabete (35,5%), cancro attivo (20,3%) o fibrillazione atriale (24,5%); con un tasso di mortalità del 12,8% nelle persone di età compresa tra 70 e 79 anni e del 20,8% nelle persone di età ≥ 80 anni. Quindi, l'avanzare dell'età e la presenza di condizioni croniche concomitanti (per esempio patologie pregresse come cardiopatia ischemica, diabete e cancro) sono stati riportati come fattori di rischio rilevanti per gli esiti peggiori. Pertanto, gli anziani e i malati cronici che risiedono in strutture di assistenza a lungo termine sono particolarmente vulnerabili al COVID-19 poiché vivono in un ambiente comunitario insieme ad altre persone a rischio. Questo stretto contatto può aumentare esponenzialmente il rischio di focolai di COVID-19 all'interno di queste strutture. Il ruolo dei membri del personale nel contenimento dell'infezione è essenziale sia per riconoscere i sintomi tra i residenti fragili, sia per prevenire e controllare l'epidemia all'interno della struttura.⁴⁸

In questo contesto, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Garante nazionale per i diritti delle persone detenute o private della libertà, ha svolto un'indagine flash volta a raccogliere

⁴⁸ F. L. Lombardo, I. Bacigalupo, et al, *The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes*, ricerca dell'ISS, cap.1 introduzione

informazioni, fornite su base volontaria, sulla diffusione e l'impatto dell'infezione da SARS-CoV-2 nelle RSA e su come sono stati gestiti potenziali casi. La scelta di studiare questa ricerca dell'ISS nell'elaborato è quella di portare dati quantitativi sullo sviluppo pandemico nelle strutture delle *long term care*, mentre nel capitolo 4 ci sarà una sperimentazione personale basata su dati qualitativi su alcune strutture italiane che si sono prestate all'intervista.

L'indagine nazionale ha coinvolto 3292 RSA, sia pubbliche che fornitrici di servizi sia nel privato che all'interno del sistema sanitario nazionale, su 3417 RSA che coprono l'intero territorio italiano, con l'elenco fornito dall'Osservatorio di Demenza, in funzione di uno dei suoi obiettivi di attuazione del cosiddetto Piano Nazionale di Demenza, sotto la giurisdizione dell'Istituto Superiore di Sanità.



49

⁴⁹ Figura che rappresenta il numero di case di cura (percentuale sul totale) e tassi di contagio COVID-19 (per 100.000 abitanti)

Per quanto concerne la metodologia di raccolta dati della ricerca, è stato inviato un questionario con una lettera di presentazione al direttore sanitario di ogni struttura che aveva accettato di prendervi parte. Ovviamente è stato dato un supporto telefonico nel momento in cui qualche domanda non fosse stata capita o si volesse qualche chiarimento. Le domande erano indirizzate per raccogliere dati su:

1. Le caratteristiche della struttura, numero di posti letto, il tipo di struttura (pubblica o che fornisce servizi sia privatamente che all'interno del SSN), il numero e il tipo di operatori sanitari e sociali, i residenti nelle strutture;
2. La diffusione dell'infezione, il numero di residenti deceduti per qualsiasi causa nei periodi di tempo considerati e quelli che erano positivi al SARS-CoV-2 o presentavano sintomi, il numero di ricoveri all'interno del periodo considerato;
3. Le componenti e le pratiche del programma di prevenzione e controllo delle infezioni che sono state adottate per gestire i pazienti con COVID-19 sospetto o confermato;
4. Una domanda sulle difficoltà incontrate durante la pandemia;
5. I problemi correlati all'epidemia, le misure di contenzione fisica, aumento dell'uso di farmaci psicofarmacologici ed eventi avversi.⁵⁰

Successivamente alla raccolta dei dati i ricercatori hanno eseguito statistiche descrittive sui dati complessivi e comparandoli per le regioni. Le frequenze sono state utilizzate per descrivere le variabili dicotomiche, le medie e le deviazioni standard sono state utilizzate per la variabile continua, mentre i valori mediani e di intervallo sono stati utilizzati per rappresentare la bontà dei dati con distribuzioni asimmetriche. Sono stati presi dati dal sistema nazionale di sorveglianza e utilizzati per testare possibili correlazioni con la diffusione del COVID-19 a livello regionale. Infine è stata eseguita un'analisi di sensibilità che includeva anche sintomi simil-influenzali nella definizione di focolaio di COVID-19. Inoltre è stata studiata l'interazione dei fattori con il tempo di risposta al sondaggio. I dati venivano classificati entro 3 settimane o dopo 3 settimane dall'inizio del sondaggio. Questo limite è stato scelto perché è stata osservata dopo la settimana numero 3 una percentuale maggiore di RSA con un focolaio, rispetto alle settimane precedenti.

Per quanto riguarda i risultati, il 41,2% delle strutture intervistate ha risposto al questionario entro il 5 maggio; in totale nelle prime due settimane hanno risposto il 52% delle RSA coinvolte. Come spiegato anticipatamente, è stata notata un'associazione negativa tra il tasso di risposta e la percentuale dei contagi per chi ha risposto nelle prime due settimane. Statisticamente parlando però, affidandosi al rho di Spearman pari a -0,21, questa rilevanza è poco significativa. A livello numerico, si è notato che in

⁵⁰ F. L. Lombardo, I. Bacigalupo, et al, *The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes*, ricerca dell'ISS, cap.2 Metodologia

Italia, parlando comunque di strutture sia pubbliche, che private, nonché di private accreditate, si hanno in media 60 posti letto per struttura, con circa 32 soggetti come personale sanitario (che comprendono medici, infermieri e assistenti sociali). Inoltre nelle due regioni in cui successivamente si è svolta l'indagine qualitativa del capitolo 4 dell'elaborato, ovvero Lazio e Campania, i dati sono rispettivamente di 56 posti letto per struttura e di un rapporto posti letto per personale sanitario di 2,1 per la regione del centro Italia, e di 40 posti letto per struttura con un rapporto posti letto per personale sanitario di 2,0 per la regione del sud Italia.

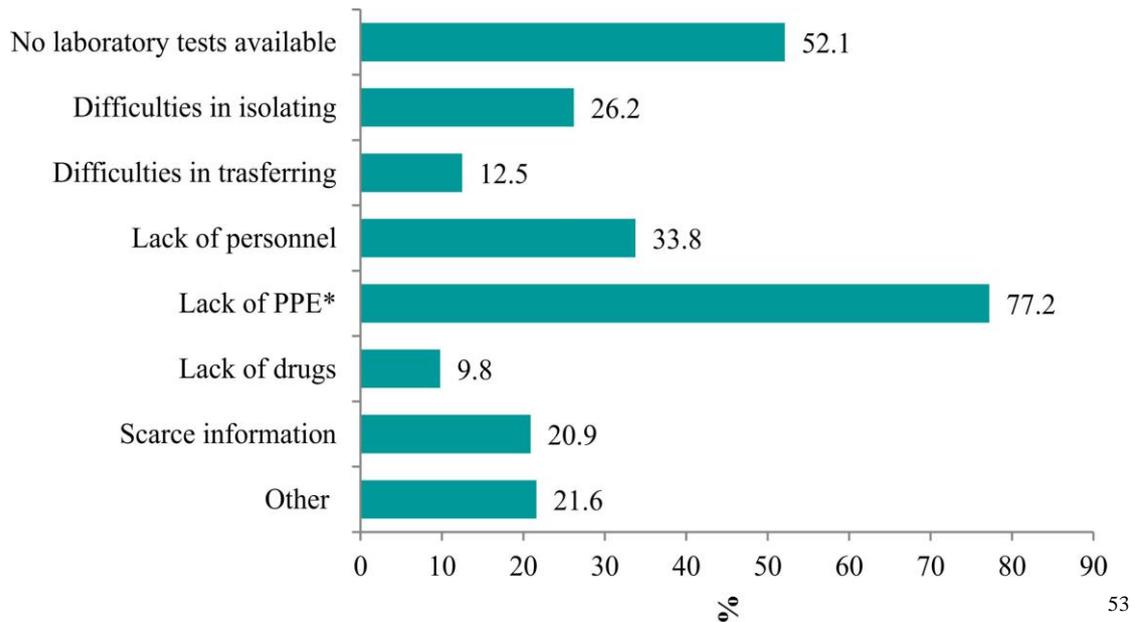
Complessivamente, dal 1 febbraio al momento della compilazione del questionario (dal 25 marzo al 5 maggio) sono deceduti 9154 residenti. La maggior parte dei decessi è avvenuta tra il 16 marzo e il 31 marzo (il 33,8%). Un totale di 680 residenti deceduti (7,4%) ha avuto una diagnosi confermata in laboratorio di COVID-19 e 3092 residenti deceduti (33,8%) sono stati segnalati con sintomi simil-influenzali, rappresentando così un'incidenza cumulativa di 0,7 per 100 residenti i casi Covid sicuri, di 3,1 per 100 residenti quelli con sintomaticità simil Covid. Le strutture con un focolaio Covid erano situate in 12 delle 19 regioni che partecipavano all'indagine e avevano un numero medio di 18,7 casi positivi ogni 100 residenti, che andavano da 0,5 a 86,9 ogni 100 residenti. Il maggior numero di residenti positivi è stato registrato in Piemonte, con ben 826 residenti positivi in 40 delle 243 RSA locali (16,5% delle RSA con una media di 27,2 ogni 100 residenti). Se invece consideriamo non solo i casi accertati, ma anche quelli sospetti, la Lombardia è la Regione con il maggior numero di casi, con il 57,8% delle RSA che riportano residenti con sintomi simil-influenzali, facilmente riconducibili al Covid 19.⁵¹

Per quanto riguarda le nuove disposizioni in merito alla gestione in seguito alla pandemia, la cura dei residenti con Covid-19 (sospetti o confermati in laboratorio) si è affidata principalmente a medici/operatori sanitari che operavano all'interno della struttura (41,4%) e ai medici di base (26,7%). Le linee guida scritte per la gestione appropriata dei residenti con Covid-19 erano disponibili nel 92,9% delle RSA, ma il 59,4% non ha ricevuto alcuna consulenza ad hoc né per la gestione dei pazienti né per la prevenzione e il controllo delle infezioni (la cosiddetta IPC). Non è stata fornita nessuna formazione specifica per IPC da nuovo Coronavirus agli operatori sanitari nel 35,1% delle RSA, mentre il 93,3% ha fornito una formazione per i membri del personale sull'uso appropriato dei DPI (dispositivi di protezione individuale). Inoltre, il 91,5% delle RSA ha fornito informazioni e ha cercato di sensibilizzare sull'emergenza sanitaria in corso i residenti.

Per quanto riguarda le principali criticità affrontate durante la pandemia, il 77,2% delle RSA che hanno risposto a questa domanda, ha denunciato la mancanza di DPI, il 52,1% invece che non ha potuto ottenere

⁵¹ F. L. Lombardo, I. Bacigalupo, et al, *The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes*, ricerca dell'ISS, cap.3 Risultati, paragrafo 3.3 La diffusione tra i residenti

gli esami di laboratorio richiesti, mentre il 7,7% ha riferito di non essere stato in grado di isolare i residenti con sospetto o confermata infezione. La maggior parte degli intervistati (il 47,8%) ha riferito di essere stato in grado di isolare i pazienti in un'unica stanza, il 29,9% ha potuto organizzare una stanza con solo casi di COVID-19, mentre solo il 3,6% è stato in grado di trasferire i pazienti in una struttura dedicata. L'11,0% ha riportato altri metodi per l'isolamento, per lo più fatto dalle combinazioni delle opzioni elencate in precedenza.⁵²



I risultati della ricerca hanno mostrato come ci sono state alcune criticità che hanno caratterizzato le RSA con focolaio Covid-19 rispetto a quelle senza focolaio, come ad esempio la mancanza di personale, la difficoltà a trasferire i pazienti in ospedale o in altra struttura o ad isolarli in un'unica stanza, la mancanza di farmaci e l'impossibilità di eseguire i tamponi. Inoltre, le strutture con un numero maggiore di posti letto erano probabilmente a maggior rischio di sviluppare un focolaio, compatibilmente con una relazione positiva con un numero maggiore di operatori presenti. Il principale punto di forza dello studio appena descritto è quello di riportare risultati di un'indagine svolta durante la fase più critica della pandemia; mentre i suoi limiti sono dovuti principalmente alla mancanza di dati sugli individui (residenti e personale sanitario) nonché il tasso di risposta del solo 41%. Di fatto l'Osservatorio Italiano sulla Demenza ha fornito solo l'elenco delle RSA presenti nelle regioni italiane; non raccogliendo le

⁵² F. L. Lombardo, I. Bacigalupo, et al, *The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes*, ricerca dell'ISS, cap.3 Risultati, paragrafo 3.4 Prevenzione e controllo dei residenti

⁵³ Grafico riassuntivo delle difficoltà riscontrate durante la pandemia

caratteristiche delle strutture e impedendo di effettuare un'analisi tra le RSA che hanno partecipato all'indagine e quelle che non vi hanno partecipato. Le misure adottate nella prima fase dell'epidemia di in Italia hanno contribuito in modo significativo all'appiattimento della curva epidemica con riduzione di nuovi casi nonché conseguente alleggerimento della risposta assistenziale a carico del servizio sanitario. Tuttavia, le vite umane perse, specialmente tra i residenti anziani che vivono nelle strutture residenziali a causa del SARS-CoV-2, hanno mostrato gravi difetti nel sistema sanitario italiano. Proprio per questo, secondo il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020, ai fini del monitoraggio, sono stati definiti alcuni indicatori (tra cui uno per le case di cura) con valori di soglia e di allerta da monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza coordinata nazionale, al fine di ottenere dati aggregati nazionali, regionali e locali. Il monitoraggio comprende i seguenti indicatori:

- Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio
- indicatori di processo sulla capacità di valutazione diagnostica, indagine e tracciamento dei contatti
- indicatori di risultato relativi alla stabilità della trasmissione e alla resilienza dei servizi sanitari⁵⁴

Dunque, proprio attraverso questi indicatori verrà aggiornata settimanalmente una classificazione di rischio per ciascuna regione/provincia autonoma, il che è stato un po' il mantra del 2021, tenendo anche in considerazione sia il numero dei positivi settimanali che la percentuale di essi per ogni 100 abitanti, per la classificazione delle regioni nelle zone a colori (ognuna di esse con più o meno limitazioni).

3.2 L'umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali

Il tema dell'umanizzazione dell'assistenza, ha rivestito negli ultimi 25 anni una crescente importanza nell'ambito del dibattito scientifico internazionale e può essere ricondotto a quanto presente in letteratura sotto il nome di *patient centredness/ people centredness/ responsiveness*. L'AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha svolto una importantissima ricerca finalizzata ad implementare il modello di valutazione partecipata basato sulla partnership tra professionisti e cittadini nell'ambito dell'assistenza territoriale, segnatamente alle strutture residenziali che offrono assistenza agli anziani." Il progetto "Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali" ha perseguito i seguenti obiettivi:

⁵⁴ F. L. Lombardo, I. Bacigalupo, et al, *The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes*, ricerca dell'ISS, cap.4 Discussioni

- Condividere a livello interregionale con tutti gli stakeholder i metodi e gli strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione dell'assistenza sanitaria residenziale offerta ai pazienti anziani.
- Formare i professionisti delle Regioni/PA, delle strutture residenziali ed i cittadini all'utilizzo dei metodi e strumenti per la valutazione delle RSA.
- Realizzare la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture residenziali selezionate dalle Unità di Ricerca.
- Raccogliere, elaborare e restituire i dati rilevati nelle strutture, per la definizione di azioni di miglioramento.
- Diffondere a livello nazionale i metodi e gli strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture residenziali.”⁵⁵

“La ricerca infatti sta indagando su due tematiche importantissime per quanto concerne la salute e il benessere della persona, che sta diventando sempre più al centro del servizio; ovvero il come misurare il punto di vista dei pazienti sulla qualità dell'assistenza, e il come coinvolgere i cittadini, ma anche gli stessi pazienti, per migliorare la suddetta qualità. A tal riguardo in Italia, già nel Patto per la Salute 2014-2016 si parlava di centralità della persona, dove infatti, si ribadisce la centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, e si esplicita l'impegno delle Regioni e le Province autonome (PA) ad attuare interventi di umanizzazione”.⁵⁶

“L'umanizzazione, dunque, come dimensione della qualità dell'assistenza deve essere monitorata e valutata sia per avviare azioni concrete di miglioramento, sia per rendere conto ai pazienti e cittadini dell'impegno delle strutture in tale campo. A tal fine, Agenas dal 2011 ha lavorato ad un modello di valutazione partecipata del grado di umanizzazione costruito, sperimentato ed implementato in ambito ospedaliero con la partecipazione attiva di tutte le Regioni/Pa, i professionisti sanitari ed i cittadini con le loro associazioni di rappresentanza e tutela. Tale modello è stato promosso dall'Agenas nell'ambito dei programmi di ricerca corrente ex art. 12 e 12 bis del DLgs 502/92 (RC 2010 “Sperimentazione e trasferimento di modelli di *empowerment organizzativo* per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari” e RC 2012 “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”) ed è stato costruito sulla base dei principi dell'*empowerment* e delle indicazioni fornite nel 2008 dall'Ufficio della Regione Europea della WHO13 in merito alla necessità,

⁵⁵ Agenas, *Valutazione partecipata dell'umanizzazione delle RSA*

⁵⁶ Governo, dip. Di Salute, *Patto per la Salute 2014-2016*, articolo 4

da parte dei sistemi sanitari, di dimostrare una buona performance, promuovere la trasparenza e rendere conto dei risultati raggiunti.”⁵⁷

L'unità di ricerca (UdR) incaricata alla realizzazione del progetto di sperimentazione è stata composta da un Gruppo di Coordinamento Nazionale, a cui facevano parte esperti di Agenas, nonché altri studiosi che facevano capo a Onlus o Associazioni di rappresentanza e tutela dei diritti dei cittadini, specializzati nella valutazione dei servizi sanitari.

“Il gruppo di Coordinamento Nazionale ha dunque condiviso e realizzato con le UdR il piano operativo, articolato nei seguenti step:

- *Definizione e condivisione della struttura della checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle RSA.* È stata, in primo luogo, realizzata un'analisi della letteratura nazionale e internazionale sul tema dell'assistenza nelle strutture residenziali per anziani, della normativa italiana e dei sistemi di valutazione della qualità sviluppati in ambito italiano ed internazionale. È stata analizzata, dunque, la struttura della checklist sviluppata in ambito ospedaliero, valutando la sua coerenza all'ambito delle RSA per anziani, adeguando le aree, sottoaree e criteri a tali strutture assistenziali. Analogamente a quanto realizzato per la valutazione degli ospedali, è stato predisposto anche un modulo per la valutazione della sicurezza degli ospiti, riformulando ed integrando – per lo specifico setting delle RSA - gli item già predisposti per le strutture di ricovero per acuti;
- *Definizione degli item della checklist.* A partire dalla struttura condivisa della checklist per RSA, ciascun criterio è stato articolato negli specifici item e sotto item; - Condivisione della prima versione della checklist con il gruppo di tutti i referenti regionali sull'umanizzazione per feed-back ed osservazioni utili a predisporre lo strumento da utilizzare per la sperimentazione in alcune RSA delle due Unità di Ricerca;
- *Formazione delle équipe locali* costituite nelle due UdR ai metodi e strumenti della valutazione partecipata del grado di umanizzazione;
- *Valutazione partecipata* in 15 RSA da parte delle équipe locali ed invio delle checklist e dei diari di bordo ad Agenas;
- *Elaborazione dei dati* a cura di Agenas;
- *Restituzione dei risultati* alle équipe locali;

⁵⁷G.Caracci, *Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)*, Agenas, Capitolo 1, Introduzione

- *Revisione finale della Checklist* sulla base delle risultanze emerse nel corso della sperimentazione.

Al termine delle attività di ricerca sono stati raggiunti i risultati finali attesi che consistono nei documenti metodologici, negli strumenti operativi e nelle azioni di seguito sinteticamente richiamate:

- metodologia di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle RSA;
- checklist per la rilevazione del grado di umanizzazione delle RSA;
- un progetto del corso di formazione per gli operatori (regionali, aziendali) e per i cittadini;
- istruzioni per i responsabili delle RSA necessarie per promuovere la rilevazione del grado di umanizzazione con il coinvolgimento attivo dei cittadini;
- data base che raccoglie i risultati della rilevazione del grado di umanizzazione effettuata presso le strutture coinvolte nella sperimentazione.”⁵⁸

Il progetto di ricerca appena descritto è stato scelto perché ritenuto fondamentale nell’evoluzione del cambiamento organizzativo delle RSA. Tale cambiamento non va inteso solo come mera struttura organizzativa, deve andare molto più a fondo. Si parla di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali, si deve mettere al centro di tutto l’uomo, sia il paziente che l’operatore, ma anche la famiglia, i *caregiver* e chiunque sia strettamente connesso con l’ecosistema in questione. Già nel paragrafo precedente parlavamo di quanto i residenti siano una categoria considerata fragile, non solo per le limitate capacità fisiche e il bisogno costante di assistenza, ma anche per quanto concerne la mentalità del Sistema Sanitario Nazionale, che talvolta pensa più agli introiti che al benessere del paziente. Se da un lato è vero che si sta parlando comunque di aziende, quindi è imprescindibile l’attitudine all’economicità delle stesse, dall’altro si offre un servizio per la collettività, quasi sempre finanziato dalla PA e dalle Regioni. Da ciò deriva la grande responsabilità che tali aziende hanno dal punto di vista morale nel garantire a categorie fragili un sano percorso riabilitativo nel lungo periodo, che è parte integrante della loro vita. Il cambiamento del paradigma omocentrico di cui parlavamo porta enormi benefici alla struttura, ma al tempo stesso cambiamenti importanti. L’ecosistema si allarga, non è più circoscritto alla residenza fisica ma anche a casa, dove i familiari devono dare il loro supporto, non solo economico pagando le rette, ma anche dal punto di vista riabilitativo. Questo accade per la contenzione fisica, pratica che, da una parte, è particolarmente diffusa in questo segmento assistenziale, e dall’altra è considerata straordinaria dalla comunità dei professionisti e comunque da superare con la

⁵⁸ G.Caracci, *Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)*, Agenas, Capitolo 2, Obiettivi, attività realizzate e risultati

disseminazione di buone pratiche organizzativo assistenziali e di proposte innovative, che devono partire proprio dalle famiglie degli assistiti, perché nessuno più di loro è consapevole dei loro bisogni.

Infine, un'altra conseguenza di questo cambiamento è la personalizzazione dell'assistenza. Da un lato le aziende devono cambiare paradigma, non si può più basare più la struttura dell'organizzazione sulla standardizzazione del prodotto (che in questo caso è un servizio), quindi forme arcaiche di struttura finalizzate alla velocità d'esecuzione diventano obsolete; ma ci deve essere una forma che garantisca l'innovazione e la totale personalizzazione del prodotto-servizio, che è proprio il punto di partenza dell'intero elaborato, ovvero la necessità di trovare ed evolvere la struttura organizzativa a forme nuove finalizzate all'innovazione, ben distante dalle classiche che troviamo in letteratura.

3.3 RSA e le prestazioni organizzative: analisi delle carenze

Si ritiene che gli attributi dell'ambiente di lavoro, progettazione del lavoro, lavoro di squadra, efficacia del lavoro, influenzino la qualità dell'assistenza nelle residenze sanitarie assistenziali. Nella ricerca fatta negli Stati Uniti nel 2007, seppur di tanti anni fa, ci sono temi e risultati importantissimi e più che mai recenti. Si è studiata infatti la relazione tra gli attributi dell'ambiente di lavoro e la qualità dell'assistenza, misurata dalle carenze normative a livello di struttura. Proprio per questo, si è cercato di esprimere empiricamente la qualità dell'assistenza e la relazione con le sempre più frequenti denunce e sui problemi che affliggono i residenti di tali strutture.

A sostegno delle ipotesi proposte, si è riscontrato che l'efficacia del lavoro è un predittore statisticamente significativo di tutte e tre le misure delle carenze. L'assegnazione primaria del personale ai residenti era significativamente associata a un minor numero di controlli di qualità e carenze di gravità alta. Una maggiore penetrazione dei team autogestiti è invece stata associata a un minor numero di carenze nel controllo qualità, dunque gli attributi dell'ambiente di lavoro influiscono sulla qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie, proprio per questo è importante studiarli, per sfruttarli a livello strategico.

L'assunto da tenere a mente è che sebbene carenze a livello di struttura, non siano misure perfette della qualità, è stato dimostrato che livelli di carenza più elevati sono associati qualità inferiori. Ad esempio, le strutture che ricevono citazioni di carenza per la somministrazione, hanno dimostrato di avere una qualità dell'assistenza significativamente inferiore per quanto riguarda le ulcere da pressione, le contratture e l'uso di farmaci psicoattivi. Le strutture con una maggiore prevalenza di incontinenza urinaria e piaghe da decubito hanno mostrato di avere una maggiore carenze nella qualità della vita, nella qualità dell'assistenza e anche in altre categorie. È stato inoltre riscontrato che misure *risks-adjusted* per la qualità delle RSA basate sul declino dello stato funzionale, le ulcere da pressione e la prevalenza di

contenzioni fisiche, sono tutte correlate in modo significativo con il deficit a livello di struttura organizzativa. I sostenitori del "cambiamento culturale" hanno sottolineato l'importanza dell'ambiente di lavoro come fattore chiave per migliorare le prestazioni organizzative, per questo sono stati implementati diversi approcci al cambiamento culturale nelle RSA. Tuttavia, le valutazioni di queste iniziative, pur segnalando miglioramenti nella qualità della vita e nelle interazioni tra residenti e personale, non hanno dimostrato quantitativamente miglioramenti nella qualità dell'assistenza.⁵⁹

“Le teorie e le ricerche incentrate sui sistemi adattivi complessi hanno suggerito che le operazioni quotidiane, le pratiche manageriali e l'organizzazione del lavoro possono influenzare le prestazioni delle strutture. In letteratura Anderson, nel suo trattato *“RN participation in organizational decision making and improvements in resident outcomes”*, ha dimostrato che ad una maggiore partecipazione del personale sanitario al processo decisionale, una migliore comunicazione tra infermieri e Direttori infermieristici, nonché una maggiore percezione di una buona leadership tra direttori e operatori, sono associati performance e risultati migliori per i residenti. In tempi più recenti, Gittell (in *“Pact of Relational Coordination on Job Satisfaction and Quality Outcomes: a study of nursing homes”*) ha esaminato l'associazione tra il coordinamento relazionale (comunicazione, obiettivi condivisi, conoscenza e rispetto) tra gli assistenti delle RSA e la qualità di vita dei lungodegenti che vi sono residenti. Nel complesso, la ricerca sull'ambiente di lavoro e sull'organizzazione delle RSA ha identificato tre grandi categorie che possono influenzare la qualità:

- efficacia del lavoro,
- processi o *team groups*
- progettazione del lavoro

L'importanza della leadership, della comunicazione, del coordinamento e della gestione dei conflitti, che sono fondamentali nelle relazioni tra i colleghi, possono predire l'efficacia e la percezione di benessere lavorativo nelle aziende sanitarie, negli ospedali e in tutta la *long-term care*. La prima ipotesi fatta per avvalorare la tesi è stata dunque che le RSA con una maggiore efficacia lavorativa percepita hanno meno citazioni di carenza, *ceteris paribus* (a parità di condizioni).

Sebbene la maggior parte delle RSA disponga di una varietà di team, e su questo grava come è stata progettata a livello organizzativo la struttura, protagonisti della pianificazione dell'assistenza, il miglioramento della qualità o l'assistenza speciale, la misura in cui i lavoratori coinvolti nella fornitura quotidiana di assistenza ai residenti sono organizzati in *team* non è nota. Per questo la seconda tesi fatta

⁵⁹ Temkin-Greene, *Nursing Home Environment and Organizational Performance*, cap.1, Introduction

è stata: le RSA con una maggiore prevalenza di team di assistenza quotidiana hanno meno citazioni di carenza, *ceteris paribus*.

Infine nelle RSA, è stato dimostrato che la progettazione del lavoro ha un impatto sulla soddisfazione e sul turnover dei dipendenti. A tal riguardo, ed è il motivo per cui si diceva che questo studio seppur datato è più che mai recente, in una situazione come l'attuale pandemia globale, incertezza e carenza del personale, studiare una determinata fattispecie come questa, è fondamentale (nel capitolo 4 dell'elaborato inoltre andremo a vedere proprio come i direttori sanitari italiani si sono mossi su questo fronte). Particolarmente saliente a questo proposito è la pratica dell'assegnazione primaria, con il personale assegnato a lavorare in modo coerente con gli stessi residenti nel tempo. È stato dimostrato che questa pratica si traduce in una maggiore soddisfazione del personale e che ha un forte impatto sulla qualità dell'assistenza. La terza ipotesi si traduce con: le RSA con una percentuale più alta di personale con incarico primario hanno meno citazioni di carenza, *ceteris paribus*.⁶⁰

Non andando propriamente nel merito dell'analisi quantitativa, in quanto sarebbe superfluo parlare di un campione ormai datato, nonostante comunque il materiale sia facilmente reperibile per ulteriori approfondimenti; è molto più congeniale per il nostro elaborato commentare i risultati della ricerca. Gli ambienti RSA sono caratterizzati da alti livelli di interdipendenza tra le discipline, notevole variabilità e incertezza per quanto riguarda gli esiti sanitari dei residenti e sono vincolati dalla disponibilità delle risorse necessarie per fornire assistenza. In tali contesti, l'organizzazione del lavoro e le relazioni tra i lavoratori potrebbero contribuire in modo particolarmente importante alla qualità dell'assistenza. Lo studio in questione fornisce prove empiriche a sostegno di questa ipotesi e numerosi contributi alla letteratura, favorendo la correlazione tra l'ambiente di lavoro delle RSA e le citazioni per carenze legate alla qualità del servizio offerto. Mentre altri studi suggerivano che il *team work* e i processi di gruppo possono garantire risultati migliori per i residenti, lo studio appena descritto è il primo a documentare una correlazione tra una maggiore prevalenza di *team* di pratica quotidiana autogestiti nelle RSA e un minor numero di carenze nella qualità dell'assistenza. Nel primo capitolo dell'elaborato (*paragrafo 1.4, La Decentralizzazione*) avevamo già approfondito l'importanza della delega e della decentralizzazione delle responsabilità per migliorare le performance, e questa ricerca non fa altro che avvalorare le tesi descritte in precedenza. A tal riguardo ci si potrebbe aspettare che i team formalmente organizzati, che ricevono supporto e risorse dalla direzione, siano in grado di funzionare meglio e siano più efficaci nell'influenzare la qualità. Sebbene i team formalmente organizzati riportino la stessa struttura multidisciplinare dei team autogestiti, è possibile che la loro struttura sia più meccanicistica, cioè

⁶⁰ Temkin-Greene, *Nursing Home Environment and Organizational Performance*, cap.2, Proposed Hypotheses

organizzata dalla direzione con ruoli e compiti specifici, e risultando in un processo decisionale di risoluzione dei problemi, più controllato e gerarchico, il che può minare al flusso di informazioni. In tali gruppi la condivisione formale delle informazioni può essere ristretta agli infermieri di rango superiore e ad altri professionisti di base e non estendersi agli assistenti infermieristici. Al contrario, i team autogestiti strutturati in modo più organico possono essere meno gerarchici e più spontanei nella comunicazione, nell'improvvisazione e nella risoluzione dei problemi, risultando così anche più efficaci in situazioni di elevata incertezza e vincoli di risorse/tempo e meglio in grado di fornire un'elevata qualità cura.⁶¹ Per questo, nella fattispecie in cui oggi si vive per colpa della pandemia in corso, con l'incertezza di una possibile carenza di personale, o dell'eccessivo turnover a causa dell'infezione da Covid-19, è fondamentale per qualsiasi management preferire la seconda tipologia di struttura organizzativa precedentemente descritta, molto più snella, poco gerarchica e con elevato potere decisionale, capace di far fronte a qualsiasi emergenza e situazione in modo autonomo e veloce.

3.4 Riflessione sulle politiche di assistenza a lungo termine post Covid

L'ondata pandemica ha sicuramente gravato sulla situazione già di per sé difficile delle RSA. La sfida adesso è capire come si dovranno evolvere le politiche nazionali per cercare di porre rimedio alla tragica situazione attuale. Bisogna ricordare che le Residenze Sanitarie Assistenziali all'inizio non avevano le risorse necessarie per contenere l'epidemia, inclusi test e dispositivi di protezione individuale, con spesso il loro personale regolarmente sottopagato e poco addestrato. Inoltre, RSA e case di cura sono terreno fertile per il Covid-19, ospitando persone particolarmente vulnerabili agli esiti negativi del virus, spesso in alloggi condivisi e spazi comuni, rendendo difficile, se non impossibile, il distanziamento sociale o l'isolamento.

Ma come già detto questa crisi nelle residenze della *long term care* non è un problema nuovo. L'assistenza a lungo termine in Italia, come in gran parte del mondo è stata emarginata per decenni, lasciando gli adulti anziani che non possono più prendersi cura di sé stessi a casa facendo spesso affidamento su istituzioni scarsamente finanziate e non sufficientemente monitorate. Sebbene le principali politiche normative, tra cui il Fondo Nazionale per la Non autosufficienza del 2006 (approfondimento capitolo 1, paragrafo 6), abbiano tentato di affrontare le carenze nella qualità dell'assistenza, il Covid-19 ha evidenziato che un migliore monitoraggio non è sufficiente. Il coronavirus

⁶¹ Temkin-Greene, *Nursing Home Environment and Organizational Performance*, cap.4, Discussion

ha messo in luce e amplificato un problema di vecchia data e più grande: la nostra incapacità di valutare e investire in un sistema di assistenza a lungo termine sicuro ed efficace.

Un problema comune in tutti gli ambienti sanitari post pandemia, quindi dalle ospedalizzazioni alla LTC, nel tentativo di limitare la spesa sanitaria, è che i pazienti vengono mandati direttamente a casa. Questo mette a dura prova una parte fondamentale delle entrate delle strutture LTC. Dall'inizio della pandemia, i soggiorni brevi sono quasi svaniti, poiché le case di cura allontanano i pazienti dopo la dimissione dall'ospedale, temendo un afflusso di pazienti con Covid-19, o con un triage molto serrato. Con il recente allentamento delle restrizioni sull'uso della telemedicina, è sempre più possibile supportare il recupero dal ricovero in ospedale nelle case dei pazienti e molto probabilmente questo approccio sopravvivrà alla pandemia. Bisogna infatti ricordare che i cambiamenti organizzativi di tali strutture, anche mediante l'uso del *remote working* sono comunque innovazioni che possono semplificare ed aiutare l'efficienza dell'assistenza, e non per forza una mera emergenza nata in un periodo di crisi, come già ampiamente affrontato nei capitoli precedenti.

La riflessione da fare adesso è che il Covid-19 ha messo in luce le crepe nel nostro sistema di fornitura e finanziamento dell'assistenza a lungo termine, dove purtroppo al momento non ci sono soluzioni facili. Con un breve report si capisce che già prima della pandemia, molte RSA avevano poco margine per rispondere ad un'emergenza nazionale. Ora le Regioni e lo Stato stanno deviando risorse per provare a fermare la diffusione del coronavirus, ad esempio acquistando dispositivi di protezione individuale e tamponi per residenti e personale, ma la maggior parte ha risorse inadeguate per una fornitura sufficiente di entrambi. Questo inoltre è uno dei temi affrontati nell'ultimo capitolo, dove comunque dalle parole dei protagonisti di questa situazione si nota la grande preoccupazione e il disagio nell'assolvere a doveri e obblighi imposti dalle Regioni.

Al di là della pandemia, bisogna trasformare il modo in cui paghiamo e forniamo assistenza a lungo termine. In primo luogo, si ritiene che i programmi sovranazionali debbano investire molto di più nell'assistenza in tutti i contesti. Questo perché il trend ha spostato l'assistenza a lungo termine nelle case, mentre i finanziamenti non hanno tenuto il passo con questa tendenza, il che significa che è richiesto di più alle famiglie, che sono spesso responsabili della fornitura di assistenza informale e non retribuita, al netto dei sussidi per i *caregivers*, che sono comunque aiutati solo in minima parte dallo Stato. In secondo luogo, poiché l'assistenza domiciliare non è fattibile per molti destinatari di cure e famiglie, abbiamo anche bisogno di opzioni residenziali sicure e convenienti. Opzioni migliori possono aiutare a garantire che la tragedia che si sta svolgendo attualmente nelle residenze assistenziali non si ripetano mai più.⁶²

⁶² Montanelli, *Introduction to social costs of diseases, 2011*

Bisogna puntare su modelli di gruppo su scala ridotta e di alta qualità, che forniscono assistenza in case piccole, autonome e in stile familiare con un numero limitato di residenti. Tali modelli potrebbero offrire un'alternativa basata sulla comunità alle case di cura. Un approccio molto interessante è quello che accade nelle RSA olandesi, che hanno ottenuto risultati positivi sperimentando un "*Dementia Village*" su piccola scala con modelli che combinano l'assistenza all'infanzia e l'assistenza a lungo termine. Sebbene la realizzazione di questi modelli richieda investimenti sostanziali, ora stiamo vedendo di persona quanto sia fondamentale tale investimento.

L'Italia negli ultimi decenni ha ridotto all'osso gli interventi sul settore *Healthcare*, e i disagi che si vivono quotidianamente nella sanità, nel numero bassissimo di terapie intensive nelle regioni del Sud sono il risultato non solo dell'emergenza sanitaria in atto, bensì di politiche sbagliate e inconsistenti. Più finanziamenti da soli non sono la risposta. Neppure una maggiore regolamentazione può essere una risposta sufficiente. Piuttosto, si ha bisogno di una combinazione di finanziamenti, regolamentazione nonché di una nuova strategia che supporti pienamente una gamma di assistenza istituzionale e non istituzionale, indipendentemente o meno dall'emergenza Covid.⁶³

⁶³ R.Werner, *Long-Term Care Policy after Covid-19 — Solving the Nursing Home Crisis*, 3 Settembre 2020

Capitolo 4: RICERCA E STUDIO DI DATI QUALITATIVI SU RSA DI LAZIO E CAMPANIA

4.1 Introduzione della ricerca

In Italia la quasi totalità di assistenza per gli anziani è offerta dalle RSA. La ragione è molto semplice: oggi è sempre più difficile, in un mondo veloce con ritmi frenetici, prestare cura a genitori di età avanzata o a persone non autosufficienti. È sicuramente più comodo, anche considerando il benessere del soggetto, affidare tali persone a strutture create ad hoc, pensate per offrire la miglior esperienza di cura, o di vita, ai residenti. Se aggiungiamo anche che le Regioni offrono fondi per aiutare le famiglie a pagare le rette di tali strutture, si capisce il motivo per cui in Italia ci sono circa 7320 strutture (3360 adibite a residenze per anziani, oltre 2000 per soggetti con problemi psichiatrici, il resto specializzate nell'aiuto ai disabili fisici), con oltre 309 mila pazienti.

Regione	Strutture Residenziali				
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psicici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
PIEMONTE	319	159	250	611	15
VALLE D'AOSTA	7	1	2		1
LOMBARDIA	310	236	32	665	68
PROV. AUTON. BOLZANO	9	1	4	76	2
PROV. AUTON. TRENTO	16	1	13	59	3
VENETO	219	57	193	355	20
FRIULI VENEZIA GIULIA	64	29	1	86	11
LIGURIA	91	6	15	187	7
EMILIA ROMAGNA	193	256	35	356	22
TOSCANA	119	21	40	304	19
UMBRIA	69	12	10	60	3
MARCHE	56	11	8	159	7
LAZIO	140	16	19	108	25
ABRUZZO	37	6	3	37	6
MOLISE	14			2	1
CAMPANIA	49	17	23	43	9
PUGLIA	159	31	90	102	11
BASILICATA	28	2	8	11	4
CALABRIA	25	15	19	68	5
SICILIA	70	19	26	54	15
SARDEGNA	41	15	16	22	17
ITALIA	2.035	911	807	3.365	271

64

⁶⁴ Tabella numero RSA in Italia di: *indagine Unipd: Rsa un business che fa perdere la vista*, 20 novembre 2020

Regione	Numero posti				Distribuzione percentuale per tipo di assistenza				
	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali	Totale	x 100.000abitanti	Assistenza Psichiatrica	Assistenza Anziani	Assistenza Pazienti Terminali	Assistenza Disabili Psichici	Assistenza Disabili Fisici
PIEMONTE	36.319	5.041	41.360	945	10,0	73,6	0,4	11,3	4,7
VALLE D'AOSTA	230	31	261	207	79,3		2,7	10,3	7,7
LOMBARDIA	70.433	15.954	86.387	861	7,8	76,3	1,0	1,4	13,4
PROV. AUTON. BOLZANO	4.588	147	4.735	897	4,3	93,6	0,5	1,0	0,6
PROV. AUTON. TRENTO	5.014	444	5.458	1.011	4,1	90,9	0,6	2,7	1,8
VENETO	36.608	9.857	46.465	947	7,9	68,8	0,4	19,6	3,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	9.259	1.171	10.430	858	10,0	79,6	0,7	0,9	8,8
LIGURIA	8.134	1.109	9.243	594	17,9	76,7	0,9	3,1	1,4
EMILIA ROMAGNA	21.326	8.765	30.091	676	9,4	65,2	1,0	0,7	23,7
TOSCANA	14.595	3.937	18.532	496	12,2	75,5	0,8	7,8	3,7
UMBRIA	3.263	1.406	4.669	528	20,7	55,0	0,6	15,0	8,7
MARCHE	6.415	1.036	7.451	486	15,0	72,7	0,9	2,8	8,7
LAZIO	10.752	2.013	12.765	216	30,3	58,9	3,4	4,5	3,0
ABRUZZO	2.511	326	2.837	216	29,4	60,7	2,2	5,3	2,5
MOLISE	214	54	268	87	71,6	22,4	6,0		
CAMPANIA	3.157	1.485	4.642	80	30,2	34,2	2,1	20,1	13,3
PUGLIA	8.814	3.440	12.254	303	20,5	40,9	1,5	25,6	11,5
BASILICATA	678	89	767	135	49,0	34,2	4,3	12,5	(*)
CALABRIA	3.627	177	3.804	193	13,5	63,9	1,1	12,6	8,9
SICILIA	3.850	969	4.819	96	49,0	31,7	2,6	11,6	5,1
SARDEGNA	1.914	410	2.324	141	30,1	40,2	10,5	10,7	8,5
ITALIA	251.701	57.861	309.562	512	12,2	69,7	1,0	7,9	9,2

65

Bisogna inoltre considerare che l'Italia è il Paese più anziano d'Europa, gli ultraottantenni sono il 7%. Si stima che si hanno a disposizione 18,6 posti letto ogni 100 persone con più di 80 anni, quindi il numero è davvero troppo esiguo, anche perché la media europea è di ben 43,8 posti per anziano. Le uniche nazioni europee che sono più in difficoltà di noi nel garantire posti a chi ne ha bisogno sono solo Grecia, Polonia, Turchia e Lettonia.⁶⁶

Inoltre, un altro problema del settore Healthcare, è senza dubbio il continuo privatizzarsi delle strutture. Il Ministero della Salute riporta che negli ultimi dieci anni le strutture come residenze e similari sono cresciute del 44%, passando, come detto all'inizio del paragrafo, da 5150 a oltre 7320. Di queste, ben l'82,7% sono strutture private. Per onestà, il 48% sono gestite da private no profit (cooperative o fondazioni) e solo il 25% da private no profit. È comunque un numero estremamente basso, anche perché le Regioni accreditano annualmente soldi alle strutture, aiutano le persone in difficoltà a pagare la retta, e un aumento delle proprietà pubbliche potrebbe sicuramente favorire un abbattimento dei costi di sostentamento.

Ad aggravare nuovamente la situazione italiana, ci ha pensato l'emergenza sanitaria pandemica da Coronavirus. Il problema è infatti bilaterale. Da un lato c'è l'emergenza sanitaria, con i residenti che sono per eccellenza i cosiddetti "soggetti fragili", ovvero coloro i quali dovessero essere contagiati potrebbero avere più complicanze. Dall'altro lato, il problema è anche economico, e questo per una

⁶⁵ Tabella numero residenti RSA in Italia di: *indagine Unipd: Rsa un business che fa perdere la vista*, 20 novembre 2020

⁶⁶ Dati presi da *Osservatorio settoriale RSA della Luic Business School*

moltitudine di ragioni. Il *lockdown* di marzo 2020 ha stroncato tantissime aziende, mandato a casa o in cassa d'integrazione famiglie intere; le stesse famiglie che hanno più difficoltà a pagare le rette per mantenere i parenti bisognosi di assistenza. Le residenze stesse si sono dovute attrezzare diversamente contro l'emergenza. Il numero dei pazienti si è dovuto ridurre per garantire sia la sicurezza dei residenti che degli operatori. Inoltre il controllo e tutte le norme attuate contro la circolazione del virus sono un costo. Mascherine, continue sanificazioni delle aree, strumenti per garantire sicurezza dei residenti o dei lavoratori incidono molto sulle spese. Senza considerare i costi per monitorare le curve epidemiologiche all'interno delle strutture, come l'incessante bisogno dei tamponi. Tantissimi costi accessori che ex novo si sono abbattuti all'interno di un settore che ha sempre richiesto ancora più fondi di quanti realmente venissero erogati. Per ovviare a tutto ciò, c'è stato bisogno di cambiamenti, sia nel modo di erogare i servizi, sia soprattutto a livello di struttura organizzativa. L'obiettivo della ricerca è questo, capire e toccare con mano, facendo parlare proprio chi ha vissuto questo cambiamento, qualora effettivamente si fosse verificato. La ricerca si baserà su dati qualitativi, estrapolandoli e analizzandoli, rapportandoli a ciò che la teoria organizzativa ci ha insegnato.

4.2 Metodologia

Si è detto che con l'inizio dell'emergenza sanitaria, strutture come le RSA si sono trovate in ulteriore situazione di disagio. Questo sicuramente a causa delle normative anti covid regionali e nazionali, ma anche soprattutto a causa degli ingenti costi per il controllo epidemiologico. Per contrastare eventi come il turnover degli operatori, il minor afflusso sia di residenti che degli ospiti, e per garantire un servizio impeccabile, direttori sanitari e management si sono trovati davanti ad un bivio: continuare ad incassare passivamente il corso dell'andamento del virus, o cambiare qualcosa, reagendo attivamente alle situazioni.

Certamente determinate attività sono cambiate, la telemedicina è diventata una costante in tutte le strutture come residenze o case di riposo, soprattutto per quanto riguarda il monitoraggio dei pazienti, essendo un qualcosa che non necessiti fisicamente di un medico in presenza. Altre attività sono impossibili da svolgere da remoto, basti pensare alle terapie o alle attività fisiche che per forza di cose devono essere svolte quotidianamente sui pazienti. La questione dunque non è capire se la struttura organizzativa è mutata, in quanto per forze di causa maggiore è cambiata; quanto più analizzare quanto abbia influito, in che misura e come abbia migliorato le performance di tali strutture.

Un'analisi quantitativa è stata già fatta nel capitolo precedente per quanto concerne il mondo delle strutture sanitarie, l'attuale pandemia da Covid 19 e tutto ciò che è campo di studio dell'elaborato. Per

questo si è pensato di fare un'analisi positivista. Un ulteriore approccio quantitativo avrebbe portato l'elaborato troppo nella sfera scientifica, l'intento era comunque dargli un taglio diverso, basato sulle azioni, sul pensiero umano e sulle forme che sono alla base di qualsiasi struttura organizzativa. La ricerca era orientata alla creazione di una descrizione completa e dettagliata di osservazioni, nonché una contestualizzazione della situazione da chi l'ha vissuta in prima persona.

Se il primo *step* era scegliere tra un approccio quantitativo ed uno qualitativo, il secondo *step* era sicuramente capire le modalità di raccolta dei dati. A primo acchito il metodo più veloce era quello di inviare una *survey* con domande chiuse, la quale però non soddisfaceva l'esigenza di raccogliere dati qualitativi, essendo più propensa alla raccolta di quelli quantitativi. Esclusa la *survey*, la scelta ricadeva per forza di cose ad un questionario: poche e semplici domande aperte, dove gli interlocutori potevano parlare liberamente della propria esperienza, senza vincoli. Per questo la scelta delle domande doveva essere fatta su quesiti molto generici, per evitare di indirizzare le risposte di chi rispondeva. Anche il numero era molto importante, troppe domande potevano stancare gli interlocutori, la scelta è ricaduta su 5 domande, molto generali e che lasciavano carta bianca sulle risposte. L'ordine delle domande inoltre era importantissimo: la prima doveva essere quella più lunga e che racchiudeva il fine dell'analisi.

Infine l'ultimo quesito da porsi prima di iniziare l'analisi era la forma di somministrazione. Il primo pensiero era sulla forma scritta, ma somministrare un'intervista sotto forma di tema appariva alquanto riduttiva, seppur più congeniale alle esigenze degli intervistati, che potevano scegliere il momento adatto per rispondere. Si è pensato così ad un'intervista orale, telefonica e registrata dove l'analisi si trasformava in un momento di scambio di opinioni, idee sull'esperienza dei soggetti intervistati. Inoltre anche la registrazione forniva uno strumento utile al rielaborare le informazioni ottenute, senza la preoccupazione di dover appuntare le risposte, concentrandosi solo sul momento, dando spunti di conversazione per andare oltre il numero di domande prestabilito inizialmente.

L'idea era come detto quello di dare voce a chi ha vissuto in prima persona momenti di difficoltà, capirli ed elaborare gli strumenti necessari a superarli. Lo scopo inoltre era anche quello di fare un paragone tra la teoria delle forme organizzative di aziende sanitarie, alla pratica, che talvolta discosta totalmente dai principi teorici.

L'ultimo *step* era quello di capire a chi era rivolta l'intervista. La difficoltà maggiore era quella di creare un campione omogeneo di intervistati, dando però risalto anche a livelli diversi. L'unico vincolo era sicuramente la scelta di personalità di influenza, soggetti con potere decisionale in grado di fornirci esperienza sulle scelte fatte nel superare il momento di difficoltà. Proprio per questo il campione era basato su Responsabili, Direttori Sanitari o proprietari di strutture residenziali o centri terapeutici. Insomma un campione basato su personalità di spicco, capaci di cambiare struttura e modelli organizzativi dei

propri centri, capaci di darci testimonianze affidabili, nonché portare a termine il fine dell'analisi. La prima criticità è stata quella di rintracciare persone disponibili a prestarsi all'intervista. Per far questo, è stato necessario smuovere conoscenze e sfruttare un network interpersonale. Per questo il campione è stato circoscritto al Lazio, regione di domicilio, e Campania, regione di residenza. Oltre alla difficoltà nel trovare possibili intervistati, un'altra criticità è stata il formare gli intervistati e spiegare le finalità dell'analisi, aiutando in prima istanza a capire le domande, poi dando il tempo di studiarle e ragionare su come poter rispondere al meglio. In totale per ogni campione sono servite circa 3 settimane di tempo tra il mettersi in contatto, presentare l'intervista, dare il tempo di studiare le domande e infine svolgerla.

Le domande poste durante l'intervista sono state:

1. In seguito all'emergenza sanitaria da Covid-19, com'è cambiata, qualora fosse cambiata, la struttura organizzativa?
2. Come sono state gestite le situazioni di isolamento del personale, il loro turnover, i principi di focolaio, o se si è dovuto ricorrere all'esternalizzazione di alcune attività?
3. C'è stato un aiuto esterno da parte dello Stato, ASL o delle Regioni?
4. Come si è gestita la situazione delle visite ai residenti e la loro campagna vaccinale?
5. In seguito ai cambiamenti, si nota un miglioramento delle performance?

Ovviamente, durante l'intervista si è parlato anche di alcuni approfondimenti sulle domande, ponendo l'intera sessione ad un momento di dialogo proattivo di scambio di opinioni e di esperienze.

4.3 Le interviste

4.3.1 RSA Mater Dei di Ariccia

La prima persona intervistata è stata Ilaria Ercolino, braccio destro del Medico Dirigente dell'RSA Mater Dei di Ariccia. La struttura in questione è un RSA accreditata che in origine può ospitare fino a 90 pazienti. A causa della pandemia il numero è purtroppo sceso a 70 residenti. Il motivo dell'accredito all'ASL di competenza, è il possesso di un'area per la terapia estensiva.

“La riabilitazione estensiva è intesa come “attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato l'eventuale fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito “. La riabilitazione estensiva è la fase di completamento del processo di recupero riguardante una condizione di disabilità stabilizzata. Non richiede interventi intensivi ma un moderato impegno terapeutico e si caratterizza per interventi sanitari

riabilitativi per pazienti non totalmente autosufficienti, con possibilità di recupero funzionale, che non possono sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e che richiedono di essere ospedalizzati in quanto affetti da instabilità clinica. La degenza ha una durata massima di 60 giorni, salvo motivata prosecuzione al trattamento autorizzata dai competenti servizi della ASL di residenza del paziente.”⁶⁷

La dottoressa Ercolino ci ha spiegato come nella fase iniziale della pandemia, quindi nel periodo di marzo 2020, la prima vera difficoltà è stata quella di reperire DPI (dispositivi di protezione individuale) come mascherine e copri camici protettivi. Fortunatamente, la prima fase è passata abbastanza velocemente senza contagi fino al novembre dello stesso anno. In quel periodo c'è stato purtroppo un falso negativo che è entrato nella struttura, che ha iniziato a positivizzare altri pazienti. Da quel momento è iniziata la vera fase di emergenza. Nel rispondere alla prima domanda dell'intervista, ovvero il cambiamento nella struttura organizzativa, l'intervistata ci ha raccontato com'era la struttura prima del covid. Constatava di tre piani, due adibiti a RSA, con residenti lungodegenti; il terzo, adibito a reparto di terapia estensiva, quindi per pazienti che provenivano dall'ASL. Il primo vero cambiamento è stato quello che riguardava le modalità d'ingresso in struttura. Per entrare infatti occorreva un tampone molecolare negativo, che certificasse l'assenza della possibilità di contagio. Il triage dunque è stata la prima vera ed importantissima barriera tra la bolla RSA e il resto del mondo esterno.

Il secondo cambiamento è stato il più massiccio dal punto di vista della struttura organizzativa. Si è deciso di creare un piano cuscinetto, posto in mezzo tra il primo piano adibito a pazienti negativi, e il terzo, isolato e con pazienti positivi. Non solo, il cambiamento ha portato ad una scissione delle occupazioni anche del personale. Sono stati creati due team, uno che stesse a contatto con i pazienti e i residenti negativi, un altro che stesse isolato assieme ai positivi. Notiamo qui come appunto il personale sanitario ha avuto un drastico cambiamento, con una divisione non in base all'area funzionale come accadeva prima, bensì dettata dall'area divisionale di appartenenza. Per quanto riguarda invece il modus operandi dei lavoratori in area amministrativa o comunque non a contatto con i residenti, stranamente hanno continuato a lavorare in presenza. Questo perché si è riusciti a ricreare comunque uno spazio distaccato senza contatto diretto con i residenti, garantendo la sicurezza necessaria a lavorare in completa sicurezza. Infine, come accadeva per le strutture di lavoro *boundarieless*, quindi senza confini, alcune figure hanno dovuto cambiare metodologia di lavoro. In particolare la psicologa ha svolto diverse funzioni: dal dare supporto ai pazienti, allo smistare le chiamate dei parenti, organizzandosi a lavorare anche da remoto, dovendo comunque essere a disposizione di tutti. È infatti qui il vero cambiamento, dare il proprio contributo anche andando al di là delle proprie mansioni. Anche educatori e fisioterapisti, soprattutto con i pazienti in isolamento, hanno cercato di svolgere da remoto il proprio lavoro, aiutando

⁶⁷ Recupero in riabilitazione estensiva, blog di casadicuravillasandraconvenzionata.roma.it

anche altri reparti, nel momento in cui colleghi erano in difficoltà causa positività o quarantena obbligatoria (a risposta della seconda domanda dell'intervista dove si chiedeva di parlare della gestione del turnover del personale). Inoltre, proprio per gestire la situazione focolai e positivi nella struttura, si è pensato ad un doppio senso di marcia (il cosiddetto percorso pulito – percorso sporco), proprio per evitare che i “due mondi” non si toccassero mai.

Per quanto riguarda la domanda sull'aiuto e l'erogazione di fondi da parte dell'ASL o delle regioni la dottoressa si è parzialmente espressa, in quanto non è propriamente di sua competenza. Per certo un aiuto è stato dato, essendo comunque accreditata l'RSA Mater Dei, soprattutto per i ricoveri dei pazienti positivi che avevano bisogno di cure e intubazioni. L'esternalizzazione di alcune aree e il ricorso ai ricoveri dei pazienti gravi in ospedali più grandi e forniti è stata una diretta conseguenza del fatto che un RSA è ben diversa da un ospedale, nonostante comunque sia dotata di un reparto di terapia estensiva. Hanno due funzioni diverse, e non possono sostituirsi l'una all'altro.

Geniale inoltre è stata la gestione delle vaccinazioni nonché delle visite ai residenti (domanda numero quattro dell'intervista). Il direttore sanitario e il caposala hanno svolto in prima persona la campagna di vaccinazione all'interno della residenza, sia per i pazienti, che per tutti gli operatori. Per quanto riguarda le visite, argomento certamente più interessante e compatibile all'oggetto di studio dell'elaborato, ci sono stati diversi cambiamenti. Hanno trasformato il giardino in una grande “sala visitatori” all'aperto durante il periodo primaverile ed estivo, garantendo agli ospiti di vedere i propri cari in sicurezza, abbattendo il pericolo di contagio (in quanto all'aria aperta è risaputo che il virus si trasmette con maggior difficoltà). Inoltre nei periodi di maggior difficoltà le visite erano controllate e circoscritte sempre alle stesse persone all'interno della settimana, soprattutto per quanto concerne i pazienti allettati. Molto bella l'iniziativa di creare la cosiddetta “stanza degli abbracci”, ovvero una stanza divisa da un vetro di plexiglass dove i pazienti positivi potevano comunque vedere i propri cari, divisi da un muro invisibile.

Infine, la domanda di congedo dove si parlava di un miglioramento delle performance in seguito ai cambiamenti della struttura organizzativa è stata risposta ponendo la questione più sulla resilienza dei lavoratori piuttosto che sul modello organizzativo attuato. Per la dottoressa effettivamente c'è stato un cambiamento, che ha permesso effettivamente di lavorare meglio e in serenità, ma comunque questo cambiamento è stato indotto dalle circostanze più che dal reale bisogno di migliorare il modo di lavorare. Il vero passo in avanti è stato fatto dal punto di vista umano, dove la situazione di emergenza ha fatto nascere un istinto quasi di sopravvivenza, che ha portato tutti a dare il massimo, svolgendo magari mansioni non propriamente di competenza, oppure fare turni extra per sopperire alla mancanza del personale. Il che comunque ci porta a ragionare su tutti quei nuovi modelli organizzativi liberi, senza

vincoli, dove le persone trasformano l'ecosistema a proprio uso e costume, non circoscritto ad un mero avvezzo teorico, come può essere una struttura organizzativa vecchio stampo.

4.3.2 RSA Sanatrix Nuovo Elaion di Eboli

La seconda persona intervistata, in ordine cronologico, è stato il dottor Gerardo Pagano, manager del Centro riabilitativo ed RSA Sanatrix Nuovo Elaion. Il Centro di Riabilitazione Cooperativa Sanatrix Nuovo Elaion ha sede a Eboli (SA) in località Tavoliello ed eroga, in accreditamento con il SSR, prestazioni riabilitative nei regimi residenziale (130 p.l.), semiresidenziale (40 p.l.), ambulatoriale e domiciliare “dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa”. Le prestazioni ex art. 26 L. 833/78 sono erogate esclusivamente ai cittadini riconosciuti disabili ai sensi della Legge 104/92, art. 4, o che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'handicap (DDGGRRCC N. 1985/97 e n. 482/2004). L'attività riabilitativa viene proposta nell'ambito di un progetto riabilitativo globale ed integrato in accordo con le “Linee guida per la riabilitazione in Regione Campania” (DGRC 482/04).

Il dottor Pagano durante l'intervista ci ha portato documenti, circolari e provvedimenti Regionali che certificasse il proprio lavoro e le modalità in cui venivano erogate post covid. “A livello normativo, con l'Ordinanza regionale n. 16 del 13/3/2020 la Regione Campania ha disposto la sospensione su tutto il territorio regionale delle attività sanitarie e assistenziali di tutti i servizi sanitari e sociosanitari territoriali semiresidenziali. Ha altresì disposto la sospensione di tutti i servizi ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione estensiva cd art. 26 e specialistica cd art. 44 fatte salve quelle urgenti ed indifferibili.

Il punto 4 dell'Ordinanza regionale n. 16/2020 ha disposto che dopo il 3 di aprile 2020 (termine poi differito al 13 aprile 2020 con l'ordinanza n. 27 del 3 aprile 2020) potessero essere ripresi i trattamenti riabilitativi per eventuali casi per i quali vi fosse la assoluta e improrogabile necessità.

Con l'art. 47 del D.L. 18 del 17/3/2020 è stata disposta la sospensione sull'intero territorio nazionale, allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 e tenuto conto della difficoltà di far rispettare le regole di distanziamento sociale, delle attività nei Centri semiresidenziali sanitari e socio-sanitari per persone con disabilità. L'art. 47 forniva indicazioni per l'attivazione di interventi non differibili in favore delle persone con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario, ove la tipologia delle prestazioni e l'organizzazione delle strutture stesse consenta il rispetto delle previste misure di contenimento. Lo stesso Decreto, all'art. 48, ha ritenuto, almeno per le attività dei servizi diurni sociosanitari, di intervenire consentendo di riprogettare le attività oggetto dei contratti o concessioni con soggetti privati per continuare a fornire prestazioni ai soggetti disabili e anziani destinatari dei servizi, anche in forme individuali domiciliari o a distanza o in loco ma senza ricreare aggregazione. Lo stesso

articolo forniva indicazioni alle PA per ridefinire le modalità di remunerazione delle prestazioni riconvertite in altra forma, garantendo la corresponsione sia di quote legate all'effettivo svolgimento dei servizi, sia di quote legate al mantenimento delle strutture interdette per la loro immediata disponibilità e conformità alle disposizioni vigenti al momento della ripresa della normale attività, nei limiti degli importi già contrattualizzati.

Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR n. 83 del 9/4/2020 sono state adottate e diramate misure volte a consentire la graduale ripresa in sicurezza delle attività socio-sanitarie e di riabilitazione oggetto dell'Ordinanza n. 16 del 13 marzo 2020, come confermata con Ordinanza n. 27 del 3 aprile 2020, al fine di coniugare le esigenze indefettibili di tali prestazioni con quelle di sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il citato Decreto n. 83 prevedeva che le strutture erogatrici potessero aderire o meno al programma "La Campania riparte", dichiarando, in caso di adesione, l'implementazione delle misure organizzative e strutturali per operare in sicurezza.

Altresì il programma prevedeva procedure specifiche nel merito della erogazione dei trattamenti riabilitativi e sociosanitari, implementando anche l'attività in teleriabilitazione.

La Cooperativa Sanatrix Nuovo Elaion Onlus in data 14/4/2020 ha espresso formale adesione al programma, dichiarando:

- che il centro di riabilitazione Cooperativa Sanatrix Nuovo Elaion Onlus di Eboli è nelle condizioni organizzative e strutturali per operare in sicurezza,
- di osservare le misure di prevenzione e di potere svolgere le attività secondo le modalità stabilite ex lege;
- di non aver attivato e di impegnarsi a non attivare ammortizzatori sociali e CIG per il personale dipendente per il periodo di validità del programma;
- di impegnarsi a remunerare regolarmente tutto il personale in forza al centro al 1/3/2020;
- di avere adottato tutte le misure per la prevenzione del contagio indicate ex lege;
- l'impegno a costituire le UCAT.

Pertanto, con detta adesione, sono riprese le attività nei regimi:

- semiresidenziale,
- ambulatoriale,
- domiciliare.

nei limiti e con le modalità dettagliate nel “Progetto di Struttura” che sono rimaste in vigore per tutta la durata del programma. Le attività del regime residenziale, invece, sono proseguite senza soluzione di continuità. Il programma appena citato ha avuto termine alla data del 31/5/2020.

Con nota prot. 260863 del 4/6/2020, la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR ha diffuso le misure per la prevenzione dal contagio da Covid-19 nella nuova fase di ripresa delle attività ordinarie di riabilitazione e sociosanitarie.

Con successiva nota prot. n. 322349 dell'8/7/2020, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, si è provveduto a dare indicazioni ai DD.GG. delle AA.SS..LL delle misure da attuare per contrastare e ridurre la diffusione del Covid-19.

Con nota dell'1/10/2020, l'Unità di Crisi Regionale ex Decreto P.G.R.C. n. 51 del 20/03/2020 ha diramato una disposizione a carico dei Direttori Generali delle AASSLL al fine di sollecitare un'azione di analisi dei degenti delle RR.SS.AA. della Campania mediante tampone naso-faringeo ordinario, da ripetersi a cadenza settimanale.

Con nota prot. 497265 del 22/10/2020 la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, al fine di ridurre al massimo i disagi agli utenti e di limitarne gli accessi alle strutture AA.SS.LL. del territorio nell'attuale fase di recrudescenza della situazione epidemica da Covid-19, ha disposto l'estensione di validità fino al 31/01/2021 anche per i trattamenti riabilitativi per patologie complesse erogati dai centri accreditati di riabilitazione operanti ex art. 26 L. 833/78, in favore di soggetti per i quali fosse assolutamente necessario non interrompere il progetto riabilitativo a giudizio degli specialisti prescrittori/UVBR territorialmente competenti.

Con nota prot. n. 2831 del 28/10/2020, l'Unità di Crisi Regionale ex Decreto P.G.R.C. n. 51 del 20/03/2020 ha diramato nuove misure per il contenimento e la gestione del contagio del Covid-19 in strutture di ospitalità a lungo degenza, residenziali per anziani (RSA), disabili e soggetti non autosufficienti sanitarie e sociosanitarie, disponendo un programma di sorveglianza sanitaria da parte delle AASSLL sia sugli operatori che sugli utenti di dette strutture mediante somministrazione settimanale di tampone oro naso faringeo.

L'art. 12, comma 1, del DPCM del 3/11/2020 ha disposto che *“Le attività sociali e socio-sanitarie erogate dietro autorizzazione o in convenzione, comprese quelle erogate all'interno o da parte di centri semiresidenziali per persone con disabilità, qualunque sia la loro denominazione, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario vengono svolte secondo piani territoriali, adottati dalle Regioni, assicurando attraverso eventuali specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori”*.

Ai sensi delle successive disposizioni nazionali e regionali, in particolare dell'art. 12, comma 1, del DPCM del 3/11/2020, nella fase di recrudescenza del contagio da Covid-19 e per tutto il periodo dell'emergenza, le attività riabilitative sono proseguite senza soluzione di continuità.”⁶⁸

Dopo una lunga riflessione e spiegazione sulle norme in materia di assistenza, si è passati all'intervista vera e propria. Alla prima domanda in merito ai cambiamenti organizzativi, il manager campano ha risposto che, come esposto nel sopra citato Decreto Dirigenziale n. 83/2020 le strutture erogatrici aderenti al programma “La Campania riparte” potessero riprendere le attività nel periodo aprile-maggio 2020 con l'implementazione delle misure organizzative e strutturali per operare in sicurezza nonché delle procedure specifiche nel merito della erogazione dei trattamenti riabilitativi e sociosanitari. In particolare fu possibile porre in essere l'attività in teleriabilitazione e dell'UCAT. Ha spiegato che Gli operatori dei Centri, riuniti in gruppi operativi (ispirandosi a quanto previsto dal D.L. 14/2020, art. 9 - comma 2) denominati Unità di Continuità Assistenziale Territoriale (UCAT), intervengono presso il domicilio delle persone anziane, delle persone affette da demenza e delle persone con disabilità, anche minori, che presentano, bisogni assistenziali sanitari e sociosanitari e che non possono o hanno scelto di non frequentare i servizi semiresidenziali, anche con finalità di supporto/sollievo delle famiglie nel carico di cura.

Le UCAT offrono alla persona con disabilità e alla famiglia un riferimento certo e conosciuto, prestazioni in continuità con quelle erogate nei servizi e che tengono conto dei bisogni e degli interessi della persona, delle dinamiche e delle condizioni familiari. Le UCAT sono composte da operatori sanitari, terapisti, educatori, animatori e addetti all'assistenza, dipendenti e consulenti, in servizio presso i Centri semiresidenziali, o anche ambulatoriali/domiciliari qualora non siano completamente impegnati. La composizione dell'UCAT è variabile per numero e qualifica degli operatori in funzione dei bisogni e assistenziali da soddisfare. Le UCAT offrono ascolto, sostegno psicologico, terapia abilitativa e riabilitativa e assistenza materiale nelle attività di vita quotidiana. Sono in grado di gestire i comportamenti disadattivi e sostenere emotivamente la famiglia. Hanno competenze e personale per orientare la persona e la famiglia verso servizi e numeri dedicati e, se delegata, possono contattare servizi sociali e/o sanitari per segnalare criticità. Quindi per questo il cambiamento è stato molto più operativo, nel modo e nella funzione di operare assistenza. Per quanto riguarda invece le modalità organizzative, si è fatto ricorso alla teleriabilitazione, branca della telemedicina affrontata nel capitolo 2 dell'elaborato.

Pertanto la Teleriabilitazione, nella fase d'emergenza da Covid-19, è intesa come uno strumento per assicurare la continuità assistenziale delle persone con disabilità compresi minori con ASD in carico a

⁶⁸ Excursus su documenti e circolari Regione Campania condivise dall'intervistatore in merito ai Decreti Legge sulle attività sociosanitarie dal 16/03/2020 al 3/11/2020

progetti specifici. In altri termini, questa metodologia non rappresenta la soluzione sostitutiva all'azione del singolo terapeuta, ma solo un'integrazione e/o, come in questa fase emergenziale, in alcuni casi momentaneamente sostituibile alla normale prassi terapeutica *de visu* che resta e resterà la pratica principale e di elezione per il lavoro di riabilitazione.

Nella situazione pandemica da coronavirus, le moderne tecnologie devono necessariamente venire incontro al bisogno di continuità di cura degli assistiti e all'esigenza di non interrompere alcuni trattamenti riabilitativi. Essa ha una duplice funzionalità: da un lato permette agli assistiti di dare continuità al proprio percorso riabilitativo/abilitativo, tramite una normale connessione internet ed un pc o una *smart tv*; dall'altro, consente ai professionisti di dare indicazione e monitorare, da remoto, i risultati. Questa nuova tecnologia ha l'evidente vantaggio di poter raggiungere quei pazienti in grado di eseguire autonomamente il percorso riabilitativo e di farlo attraverso tutorial video e materiali multimediali (esercizi riabilitativi motori o neuro-cognitivi) selezionati appositamente dai professionisti e dai tecnici della riabilitazione presenti delle nostre strutture. L'obiettivo è stato quello di garantire, anche nel periodo d'emergenza da coronavirus, la continuità assistenziale e riabilitativa per quei soggetti, idonei alle specificità di cui all'Ordinanza n. 16/2020 e per percorsi/patologie prioritarie e non differibili.

L'attività di presa in carico si differenzia in:

- Attività di riabilitazione/abilitazione a distanza in relazione ai bisogni dei pazienti.
- Attività di supporto psicologico, anche psicosociale, in remoto, sia a favore degli assistiti che dei familiari e dei *caregiver*, anche nelle modalità di gruppo se fattibili, per il tramite dell'utilizzo di piattaforme di videochiamata o di videoconferenza.

Le attività dell'UCAT e della teleriabilitazione sono state autorizzate per il solo periodo temporale aprile-maggio 2020. Successivamente, però, la teleriabilitazione è stata messa dall'Elaion a disposizione di alcuni utenti del regime ambulatoriale allorché si è resa necessaria un'impellente prosecuzione delle attività riabilitative nel corso di una obbligatoria sospensione (determinata da periodi di quarantena o isolamento dell'utente). Tale attività, però, non è stata erogata in accreditamento, né in regime privatistico ma esclusivamente per offrire un servizio necessario agli utenti nella condizione di non poter sospendere il trattamento riabilitativo.

L'UCAT, invece, non ha avuto richieste da parte dell'utenza: nel periodo aprile-maggio 2020 le attività del regime semiresidenziale sono proseguite solo presso la sede del centro di riabilitazione a favore degli utenti che hanno inteso continuare la frequenza. Gli altri utenti, che hanno invece preferito sospendere il trattamento riabilitativo, non hanno voluto fruire di trattamenti al domicilio per il tramite dell'UCAT, per valutazione di cautela rispetto al rischio del contagio.

Rispetto agli altri cambiamenti, c'è da rilevare che nella fase acuta della prima ondata Covid-19, gli uffici amministrativi hanno implementato un'organizzazione adeguata alle misure di prevenzione, con attuazione di modalità di lavoro dal domicilio e con frequenza ridotta della sede, tale da risultare compatibile a una riduzione del rischio. Ogni stanza degli uffici, per esempio, poteva essere al massimo occupata da un solo lavoratore. Le altre attività assistenziali e riabilitative sono proseguite prevedendo le necessarie sostituzioni, laddove sono risultate necessarie. C'è da osservare che l'Elaion detiene un organico superiore agli standard organizzativi disposti dalla normativa della Regione Campania e, per questo motivo, ha potuto organizzare agevolmente le sostituzioni degli operatori assenti per quarantene o isolamento. Nel primo periodo emergenziale, è stato implementato un turno integrativo per l'assistenza degli utenti del regime residenziale affetti da Covid presso i locali di una palazzina rientrante nel complesso immobiliare dell'Elaion. Questo modulo risulta distaccato da tutte le altre strutture (da considerare che il centro è composto da più di trenta strutture) e pertanto adeguato per l'assistenza dei contagiati da Covid-19. Altresì sono stati previsti turni supplementari per le attività di sanificazione degli ambienti. Già a partire da marzo 2020, questa struttura ha implementato il normale e ordinario programma di pulizie con un programma specifico per l'emergenza Covid-19. Infatti si è provveduto quotidianamente a prestare maggiore attenzione alla pulizia di arredi, attrezzature, che sono sanificati prima e dopo il loro uso con disinfettanti specifici, servizi igienici etc, e a implementare ulteriormente la ventilazione degli ambienti. Al termine delle attività o prima dell'inizio delle stesse, erano previste anche attività di sanificazione globale dei singoli ambienti. Le attività sostanzialmente si sono modificate solo per consentire l'attuazione delle misure di sicurezza, evitando attività di gruppo o sovraffollamenti di locali (tipo palestre, laboratori, ecc.).

La risposta alla seconda domanda, che chiedeva come si era affrontata la gestione del turnover del personale e le modalità dell'attività lavorativa, era stata parzialmente risposta nella lunga risposta della prima domanda, e dunque ripresa da essa. Nella fase dell'emergenza, come sopra già segnalato, è stata utilizzata una nuova struttura, allocata a distanza dai reparti di degenza: erano attivabili fino a un massimo di 20 posti letto da destinare agli utenti che necessitavano di isolamento, se contagiati da Covid-19, oppure a casi che necessitavano di un periodo di isolamento. Altresì veniva utilizzata per i nuovi ricoveri o per i rientri (quando fu consentito rientrare al domicilio per brevi periodi) al fine di monitorare lo stato di salute per un determinato periodo. Inoltre la sostituzione degli operatori in quarantena o in isolamento è stata possibile per il tramite degli stessi operatori in organico, in considerazione del fatto che l'Elaion presenta un organico superiore agli standard regionali, tale da consentire la possibilità di sostituire gli assenti con turni straordinari.

Alla terza domanda, quella concerne i fondi erogati dalla Regione, il dottor Pagano ci ha esposto che la Regione Campania, per il periodo aprile-maggio 2020, ha adottato il Programma "La Campania riparte"

con decreto dirigenziale n. 83, assicurando delle agevolazioni a fronte dell'adozione da parte dei centri aderenti di stringenti misure di prevenzione dal contagio Covid-19.

Successivamente, per il tramite delle Asl, è stata autorizzata per il periodo 17 marzo – 31 dicembre 2020 l'erogazione di ristori per l'acquisto di DPI. In pratica è stata messa a disposizione una somma per ogni ASL e, a seguito di una rendicontazione specifica, gli stessi enti hanno attribuito proporzionalmente delle somme a fondo perduto. Nel riquadro seguente, fornito direttamente dall'intervistatore, è indicato un estratto della nota circolare prot. n. 623457 del 30/12/2020 che definisce la misura di intervento:

Oggetto: Misure di sostegno alle strutture semiresidenziali a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario per persone con disabilità.

Con Drg n. 521 del 25.11.2020 sono stati adottati indirizzi per programmazione e spesa dei fondi di cui al DPCM 23 luglio 2020, destinati a garantire misure di sostegno agli enti o alle pubbliche amministrazioni che gestiscono strutture semiresidenziali a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario, comunque denominate, per persone con disabilità che abbiano, in conseguenza della crisi epidemiologica da COVID 19, sostenuto, nel periodo 17 marzo 2020 – 31 luglio 2020, spese per l'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti.

Con DD n. 70 del 2.12.2020 DG 50.05.91 è stato effettuato il riparto del fondo stanziato di € 4.040.000 attribuito e trasferito alla Regione Campania per effetto del DPCM del 23/7/2020, in favore dei Comuni Capofila/Consorzi degli Ambiti sociali e delle ASL Campane, nella misura rispettivamente del 50% dell'intero importo trasferito e secondo il criterio del numero di posti letto accreditati delle strutture semiresidenziali ricadenti nei territori di rispettiva competenza, fatta salva la possibilità di rimodulare successivamente le assegnazioni alla luce dell'effettivo bisogno emergente.

69

La domanda numero 4, quella su visite e campagna vaccinale, è stata risposta partendo dalla circolare della Regione Campania prot. n. 167706 del 18/03/2020 e confermata dal DPCM 3/11/2020, dove sono state inibite le visite dei familiari, se non per casi eccezionali autorizzati espressamente dal direttore sanitario. In sintesi, l'accesso di parenti e visitatori è stato limitato ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è stata tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione. I familiari potevano contattare e comunicare con i pazienti attraverso videochiamate ai numeri dei tablet in dotazione dei reparti di degenza, reperibili contattando il Servizio Sociale. La persona autorizzata, che poteva essere massimo uno per ospite, prima di incontrare il familiare, accedeva al "TRIAGE" posto all'ingresso della struttura e provvedeva a riempire e sottoscrivere il modulo consegnato dall'addetto; nello stesso tempo, veniva misurata la temperatura con il termometro a infrarossi automatico. Al familiare veniva consegnata una mascherina e guanti monouso per poi accedere nel locale predisposto alla visita. Il familiare per nessuna ragione poteva accedere ad altri locali della struttura e inoltre il locale della visita veniva sanificato al termine di ogni visita.

⁶⁹ Estratto della circolare prot. n. 623457 del 30/12/2020, documentazione fornitaci durante l'intervista

Successivamente, con l'avanzamento della campagna vaccinale, la normativa ha consentito l'attuazione di una nuova procedura per consentire le visite dei familiari. In particolare il Ministero della Salute in data 08/05/2021 ha emanato una Ordinanza che consente l'accesso di familiari e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza e strutture residenziali socio-assistenziali, a condizione che avvenga nel rispetto del documento recante *“Modalità di accesso/uscita di assistiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale”*. I genitori intenzionati ad accedere alla struttura per fare visita ai propri congiunti ricoverati dovevano sottoscrivere con l'Elaion un *“Patto di Condivisione del Rischio”*, impegnandosi al rigoroso rispetto dei reciproci impegni in relazione alle visite nei confronti dell'assistito come sopra identificato. Il Patto, difatti, prevede per entrambe le parti degli impegni specifici da assumere per prevenire i rischi da contagio.

Riguardo alla campagna di vaccinazione, il P.O. di Eboli ha fornito ampia disponibilità per procedere alla vaccinazione degli utenti del regime residenziale (previa autorizzazione dei genitori o dei tutori). L'Elaion ha posto in essere la procedura per organizzare in sicurezza la campagna di vaccinazione nel proprio domicilio, mettendo a disposizione un ampio locale di 800 mq e tutti gli operatori necessari per accompagnare gli utenti e i propri familiari. Altresì sono stati messi a disposizione tutti i DPI necessari per garantire la prevenzione da forme di contagio. A partire da novembre 2020 è partita la campagna di vaccinazione, consentendo l'inoculazione delle tre dosi a quasi tutti gli utenti del regime residenziale (fatta eccezione per pochissimi, per i quali si deve procedere alla somministrazione dell'ultima dose).

Infine, sull'ultima domanda, quella della valutazione delle performance in seguito ai cambiamenti organizzativi, è stata risposta con un po' di riserbo. Secondo l'intervistato, i cambiamenti organizzativi nel periodo Covid-19 hanno appesantito le procedure di lavoro: si pensi, per esempio, agli operatori tecnici di assistenza o agli infermieri obbligati a indossare tutti i DPI (mascherina, cuffia, visiera, tuta protettiva, guanti monouso, copriscarpe) nel corso delle attività di lavoro. Inoltre si è assistito a una minore erogazione delle prestazioni a seguito delle numerose assenze degli utenti o delle misure normative che hanno sospeso per brevi periodi le attività. Pertanto è valido osservare che i cambiamenti organizzativi sono stati implementati solo per far fronte al rischio di contagio ma non per ottimizzare le attività erogative.

4.3.3 Centro Geriatrico Ma.re di Pratola Serra

Il terzo intervistato per la ricerca qualitativa in esame, è stato il Dottor Mauro Mastroberardino, responsabile amministrativo di Ma.re Centro Geriatrico. Il Centro Geriatrico Ma.re. di Pratola Serra (Av) è una struttura di tipo residenziale finalizzata all'accoglienza, cura e recupero funzionale di persone

anziane non autosufficienti per periodi di lungo degenza e per periodi programmati e limitati nel tempo ancorati ad obiettivi di tutela del benessere della persona, insieme ad un buon livello di assistenza tutelare ed alberghiera per i moduli di RSA e persone a bassa responsività protratta (SV e SMC).⁷⁰

Per interpretare al meglio le parole del dottor Mastroberardino, è importante fare una premessa in merito alla *mission* e al pensiero dietro la sua struttura. “*Il nostro pensiero si fonda sul concetto che nella R.S.A. si debbano preservare fino all’ultimo ed il più possibile le autonomie dell’individuo*”⁷¹ recita la homepage del sito web della struttura. È per questo motivo che l’approccio riabilitativo va inteso in senso ampio e deve guardare al quadro globale dell’ospite, estendendosi a tutto l’arco della sua giornata, a partire dall’attenzione all’igiene, alla vestizione, alla mobilizzazione, al consumo dei pasti, ai momenti di terapia fisica e a quelli di socializzazione, passando per la condivisione degli obiettivi e il trasferimento delle competenze a tutti membri dell’*équipe* ed ai familiari. Dunque, anche grazie all’esaustivo sito web dove c’è una grandissima trasparenza su quelle che sono le procedure riabilitative, ma anche tutte le normative anti contagio Covid 19 e relative limitazioni Regionali, si può benissimo capire come i cambiamenti organizzativi causati dallo scoppio della pandemia, non hanno fatto proprio piacere al nostro terzo intervistato.

Per quanto concerne la prima domanda, ovvero sul descrivere un po’ i cambiamenti strutturali in risposta all’emergenza sanitaria, il dottor Mastroberardino ha risposto che almeno per la parte organizzativa della gestione del paziente non sono cambiate le modalità di lavoro, se non nella parte ludica della vita quotidiana, con la diminuzione di accessi da parte di esterni che svolgono funzioni ricreative. Dentro la struttura infatti è presente un Servizio di Animazione giornaliero garantito da Educatori Professionali. L’Educatore ha cura di gestire il tempo libero dell’Ospite promuovendo attività di animazione e socializzazione, al fine di prevenire il decadimento psico-fisico e garantire il rispetto della dignità della persona; ha inoltre come obiettivo la personalizzazione e la cura dell’ambiente in cui vive l’Ospite. Questo aspetto è quindi venuto per certi versi meno, limitando di molto l’offerta della struttura, nonché il pensiero alla base della *mission* aziendale, che è stato un motivo di vanto e di successo nei confronti dei *competitors*.

Alla domanda sulla gestione di eventuali focolai, o turnover del personale, l’intervistato ha risposto dicendo che in un certo verso erano già preparati. La struttura è organizzata con stanze dedicate con bagno; d’altronde il modulo previsto dalla normativa vigente prevede un locale con controllo di persone con WC che si addice all’uso di isolamento. Vista l’organizzazione della struttura non è stato necessario ricorrere all’esternalizzazione di servizi. Per i soggetti positivi nulla sarebbe cambiato. Di conseguenza

^{66,71} Sito web RSA maresra.it

nonostante la mole di decreti legge, nuove normative vigenti (che avevamo affrontato in dettaglio in precedenza grazie alla straordinaria documentazione del dottor Pagano) la struttura organizzativa è stata quasi per nulla intaccata, in quanto già di *default* pensata per l'isolamento dei residenti e del personale.

Più polemico invece è stato il consultato nei confronti della domanda che riguardava gli aiuti statali. È bene premettere che tutto ciò che dice è frutto di una semplicissima deduzione di un evidente problema di gestione sovranazionale, di cui avevamo già ampiamente parlato nel corso di tutto l'elaborato. Lo Stato e le Regioni per lui, oltre ad emanare ciclicamente direttive spesso in contraddizione con le precedenti, nulla ha fatto per venire in aiuto alle strutture, soprattutto residenziali, che hanno solo goduto di sporadici contributi per l'acquisto di DPI. Oggetti tra l'altro che nella prima fase dell'emergenza erano di difficile reperimento e senza nessuna normativa di prezzo (si ricorda facilmente come nel marzo 2020 le mascherine avevano raggiunto cifre folli e ingiustificate, oggetto di delibera nel DPCM del 4 Maggio 2020 dove si imponeva il loro prezzo massimo). Inoltre l'uso di DPI e di sanificatori (nebulizzatori, etc) ha contribuito ad un considerevole aumento dei costi di gestione, sui quali già gravava il danno dei mancati ricavi che purtroppo l'emergenza sanitaria ha portato con sé.

La struttura, dopo la prima fase di totale chiusura all'eccesso, sin da giugno 2020, ha disciplinato l'ingresso dei visitatori, organizzando una apposita saletta con ingresso dall'esterno, dove i familiari potevano, previo appuntamento telefonico, vedere il proprio congiunto attraverso uno schermo in plexiglass. Gli stessi familiari dovevano essere inoltre in possesso di certificazione idonea (greenpass da tampone o da vaccinazione). Sempre stata presente la possibilità di videochiamare i propri familiari, nonché essere in costante contatto telefonico con il personale sanitario e ausiliario. Su questi aspetti, quindi su visite e tecnologizzazione del mondo assistenziale, si hanno avuto i più significativi cambiamenti della struttura organizzativa, soprattutto per la necessità della creazione di un'area ad hoc per le visite. Per quanto riguarda invece la fase della vaccinazione, la ASL locale ha organizzato la stessa all'interno della struttura. Infatti, come disciplinato dalla normativa, già nel mese di gennaio 2020 i residenti hanno ricevuto la prima dose, per poi continuare con la completa copertura vaccinale di tutti gli operatori.

Infine, per l'ultima domanda inerente ai pareri riguardo un eventuale miglioramento delle performance scaturite dai cambiamenti organizzativi, il dottor Mastroberardino ha risposto dicendo che per la tipologia della struttura, questi cambiamenti organizzativi frutto della necessità e di obblighi normativi, non hanno portato certamente miglioramenti delle performance; anzi, di fatto, hanno rallentato se non annullato alcuni processi di integrazione, soprattutto i rapporti con l'esterno, importantissimi per garantire il servizio erogato.

4.3.4 UILDM Villaggio Guido Scocozza

La quarta intervista dell'elaborato è stata fatta con due personalità squisite del panorama sociosanitario salernitano: la dottoressa Licia Isoldi, coordinatrice amministrativa, e il dottor Vincenzo De Leo, direttore sanitario dell'RSA Guido Scocozza di Salerno. Il Centro di Riabilitazione Residenziale U.I.L.D.M. denominato "Villaggio della Solidarietà – Guido Scocozza", è rivolto all'accoglienza di persone con handicap di tipo neuro-psico-motorio ed ha una ricettività di 20 posti letto. La struttura è certificata UNI-ENI-ISO 9001-2000 ed è accreditata con il sistema sanitario nazionale, nonché con l'ASL di competenza. Il Centro ha la particolarità di essere l'unica struttura residenziale riabilitativa ubicata al centro di Salerno, ed è dotato di 1500 mq coperti e di circa 3000 mq di spazi esterni, nei quali svolge attività di riabilitazione neuro-motoria, terapia occupazionale, psicomotricità, musicoterapia, idroterapia, psicoterapia, riabilitazione cognitiva.

La prima domanda dell'intervista, ovvero quella circa i cambiamenti organizzativi della struttura è stata risposta dicendo che la maggior parte dei cambiamenti, sono stati frutto di conseguenze e di disposizioni regionali. La normativa vigente infatti ha obbligato a, citando testualmente gli intervistati, "chiudere i cancelli" della struttura all'esterno. Questo ha portato ad enormi disagi, facendo venir meno le visite dei familiari ai residenti, che hanno sofferto la mancanza dei cari. Dobbiamo ricordare ovviamente che il centro è specializzato nella cura dei disabili, quindi persone bisognose su cui l'affetto porta enormi benefici psicofisici.

Le visite, per modo di dire, sono state sostituite anche qui da videochiamate, telefonate o comunque caratterizzate dall'assenza di presenza fisica, proprio per garantire l'isolamento e mantenere la distanza sociale, protagonista indiscussa delle normative nazionali anticontagio. Per quanto concerne la struttura, sono stati due i cambiamenti più significativi: la creazione di due stanze ad hoc per l'emergenza. Il monitoraggio dei pazienti è quindi cambiato, fermo restando che si tratta comunque di persone con disabilità conclamate, quindi spesso soggette a fastidi, nel momento in cui si aveva il sospetto di una possibile infezione da Coronavirus, il paziente veniva portato e trasferito nella stanza grigia", dove veniva monitorato in attesa del tampone per confermare la positività. L'altra stanza invece veniva utilizzata in caso di tampone positivo, largamente isolata dal resto della struttura in modo da fermare sul nascere qualsiasi forma di inizio focolaio.

Altri cambiamenti, soprattutto nel modo di dare assistenza, sono stati quelli di ridurre gli spazi di aggregazione tra i residenti, sia per la fisioterapia o la ginnastica per il mantenimento fisico dei pazienti, sia nella mensa, dove si sono introdotti turni scaglionati per evitare assembramenti. Purtroppo una grave inefficienza portata dall'emergenza pandemica è stata il rinvio, se non proprio l'annullamento, delle visite specialiste. Questo è stato in fin dei conti il vero e più grande problema, conseguente alle misure

regionali che bloccavano l'entrata degli esterni, dove purtroppo a pagare sono stati i residenti, bisognosi di cure specifiche per i propri disturbi ed handicap, ed impossibilitati nel riceverle.

Per quanto riguarda invece la gestione del personale diciamo che è cambiato fortunatamente poco rispetto alla normalità degli anni passati. La fortuna è stata che gli uffici amministrativi fossero dislocati dall'RSA, quindi il personale non sanitario non ha necessitato di lavoro da remoto, tranne per i casi di persone considerate fragili a cui per legge spettava lo *smart working*. I veri cambiamenti sono stati invece sull'assistenza, dove spesso il personale è stato costretto a rimanere a casa per contatti con positivi, quindi si sono create situazioni di carenza numerica all'interno della struttura. Non si è fatto ricorso a nessun tipo di esternalizzazione, in quanto si è cercato di creare una bolla tra l'RSA e l'esterno, gestendo ad interim l'emergenza con straordinari.

Proprio per questo, rispondendo alla domanda sull'aiuto delle Regioni nell'erogazione di fondi, i due intervistati erano rammaricati proprio per l'assenza di sussidi soprattutto per i dipendenti. A detta loro gli operatori sono stati esemplari, hanno lavorato fino allo sfinimento, mostrando un grado di *commitment* incredibile, affrontando praticamente sempre straordinari e mansioni non propriamente di loro appartenenza per necessità. È per questo che lo Stato avrebbe dovuto premiare questi "eroi moderni" con un adeguamento contrattuale premiando tutto lo stress emotivo che hanno dovuto sopportare nei mesi più difficili, essendo stati in prima linea a "combattere" contro questo mostro invisibile, rischiando la propria incolumità e quella dei propri cari. Inoltre le Regioni, e già di questo è stato ampiamente discusso, non ha fornito nessun aiuto nel reperimento e nell'acquisto dei DPI obbligatori, nonché funzionali al lavoro, e questo ha impattato tantissimo sui costi di gestione.

Come spiegato in precedenza, rispondendo alla domanda sulle modalità delle visite e sulla campagna vaccinale, la normativa vigente ha in un primo momento negato qualsiasi contatto con l'esterno, comprese visite. Dopo, con misure leggermente meno stringenti, sono state implementate visite in residenza, con monitoraggio delle stesse, creando una cronistoria degli ingressi che ha facilitato in caso di positività di qualcuno. È stata inoltre istituita anche qui la "stanza degli abbracci", un locale separato da un telo di plastica trasparente dove pazienti e familiari potevano toccarsi in tranquillità senza nessun pericolo di contagio. Questo è stato utilissimo soprattutto nell'ultimo periodo natalizio, dove nonostante l'innalzamento della curva epidemiologica, si è riuscito a donare affetto ai pazienti in assoluta serenità. Per quanto riguarda invece la campagna vaccinale, è stata fatta con l'ausilio dell'ASL locale, che già si occupava dei tamponi di sorveglianza nella struttura, quindi anche in questo caso la campagna vaccinale è stata condotta sin da gennaio 2021 portandola a compimento nei mesi successivi.

Infine il dottor De Leo e la dottoressa Isoldi, nel rispondere alla domanda finale sulle performance avute negli ultimi mesi, hanno mostrato grande fierezza nell'esprimere un innalzamento delle stesse. Il motivo

non va cercato però nei cambiamenti organizzativi, bensì nelle conseguenze che hanno portato negli operatori. Quest'ultimi, stimolati dalla sfida, presi da senso di empatia e pieno spirito di intraprendenza, non si sono fatti abbattere dalle difficoltà, anzi hanno appreso consapevolezza. Inoltre, anche il modo stesso di monitorare pazienti, visite, entrate ed uscite, ha portato a grandi benefici per quanto concerne la loro professionalità, valori nuovi che sicuramente porteranno in futuro e che garantiranno un servizio assistenziale di qualità superiore.

Mater Dei di Ariccia	RSA Sanatrix Nuovo Elaion di Eboli	Centro Geriatrico Ma.re di Pratola Serra	UILDM Villaggio Guido Scocozza
Rsa con circa 90 posti letto, dimensione medie.	Rsa con 130 posti letto residenziali, 30 posti letto semiresidenziali, dimensione grande.	Rsa con 40 posti letto, 8 per persone in stato vegetativo, dimensione piccola.	Rsa con 20 posti letto, core business anche di tipo solo riabilitativo, dimensione Rsa piccola, della struttura grande.
I cambiamenti più grandi sono stati sulla struttura che passa da un piano adibito a terapia estensiva e due per lungodegenti a tre piani divisi per positivi e negativi, con un piano cuscinetto per evitare il contagio	I cambiamenti più significativi sono stati nella modalità di erogare i servizi assistenziali/riabilitativi che si sono svolti spesso da remoto attraverso la sperimentazione della teleriabilitazione.	I cambiamenti più significativi sono stati nella qualità del servizio offerto, dove i pazienti non hanno potuto beneficiare delle funzioni ricreative classiche, ma svolte da remoto.	I cambiamenti più importanti sono stati nella struttura, con la creazione di stanze ad hoc per l'osservazione di sospetti positivi, ed altre per l'isolamento dei casi confermati.
Miglioramento performance: Si, soprattutto per la resilienza degli operatori sanitari.	Miglioramento performance: No, i cambiamenti hanno appesantito i carichi di lavoro e peggiorato il servizio offerto.	Miglioramento performance: No, i cambiamenti hanno rallentato i processi di integrazione con l'esterno.	Miglioramento performance: Si, soprattutto nella professionalità degli operatori e nelle prassi aziendali.

4.4 Riflessioni

L'intervista fatta porta sicuramente tanti spunti di riflessione riguardo la situazione del servizio assistenziale italiano, i suoi punti di forza e quelli di debolezza.

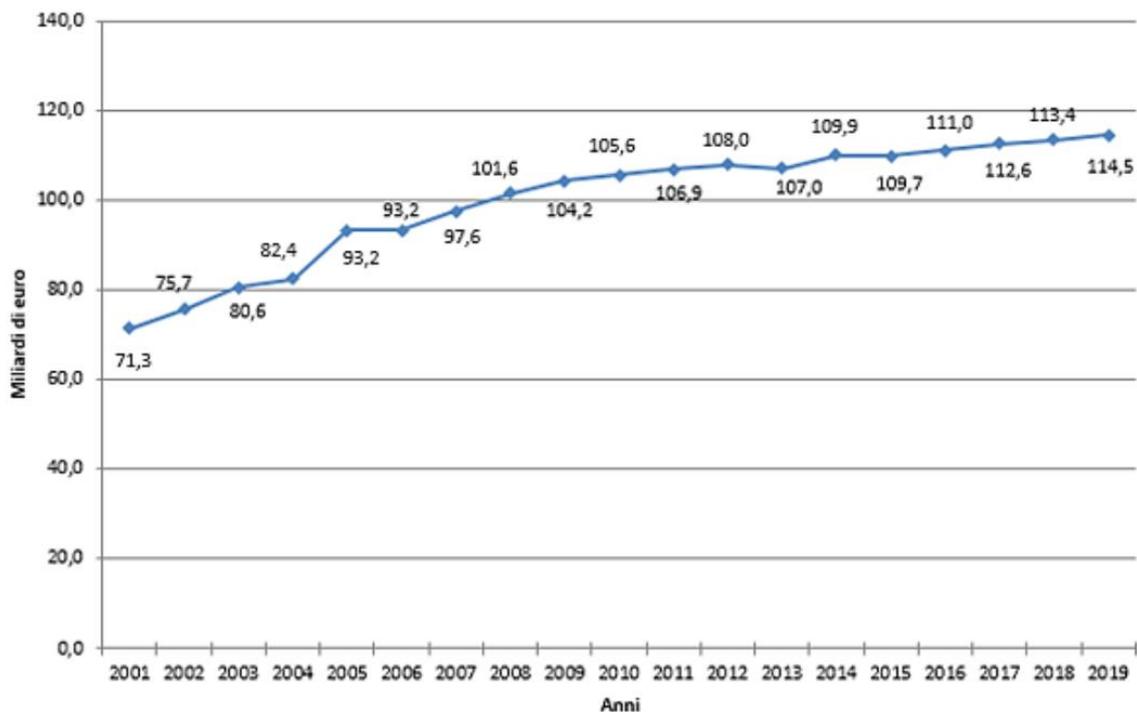
Le difficoltà nel reperire le informazioni sono state abbastanza, visto il periodo storico in cui ci troviamo. Con l'inizio del 2022 e la variante Covid denominata Omicron i casi e la curva epidemiologica si sta impennando, sono momenti difficili, e che stanno colpendo nuovamente tutti i settori, vista la facilità di contagio. Dunque far conciliare il tempo per l'intervista agli ingenti impegni lavorativi è una nota di merito che bisogna fare a tutti i professionisti che si sono prestati a questo lavoro, trovando tempo libero ed avercelo dedicato.

Inoltre, tutti sono riusciti a portare alla luce molti temi per cui è doveroso fare diverse riflessioni. La prima cosa che vale la pena far emergere dalle testimonianze è il cambiamento organizzativo. In letteratura abbiamo visto cosa c'è dietro alla base del pensiero, si è passati da approcci quasi scientifici a nuove forme organizzative completamente diverse, basate sulle persone, sul pensiero dietro alle persone e soprattutto basate sull'innovazione. Dalle interviste fatte, emerge sicuramente una propensione al cambiamento, che però purtroppo non è basato su scelte prese al fine di migliorare effettivamente delle performance, ma che sono frutto di conseguenze, decreti legge, direttive regionali che hanno imposto dei cambiamenti.

Un po' tutti intervistati hanno, chi più e chi meno, ha fatto notare che si sono sentiti poco considerati, quasi messi da parte dalle Regioni. Il sistema sanitario italiano, nonché quello assistenziale, pone le basi del pensiero su un servizio sanitario pubblico e adatto per la collettività. Se pensiamo alla modalità di erogare servizi sanitari oltreoceano capiamo che il sistema è completamente diverso. Negli Stati Uniti c'è stata una completa privatizzazione di qualsiasi forma di servizio sanitario, basato su colossi delle assicurazioni e compagnie ospedaliere che sono vere e proprie multinazionali. In Italia invece c'è ancora una sorta di dualismo con lo Stato, che è sempre presente anche con le aziende sanitarie private.

Questo porta sicuramente tanti vantaggi ma anche tante inefficienze. Sicuramente il più grande vantaggio è quello di offrire un adeguato servizio a chiunque lo necessiti, senza pensare alla loro copertura assicurativa e senza discriminare le persone in base alle proprie ricchezze. Questo perché il diritto alla salute è valore costituzionale (articolo 32 della Costituzione italiana) ed è imprescindibile da tutto. D'altro canto questa continua presenza dello Stato ha portato tutte le aziende, ricordando che quelle intervistate erano tutte accreditate, a sentirsi aiutate e bisognose di fondi da parte degli organi sovranazionali.

Possiamo dunque capire come direttori sanitari, manager, nonché i responsabili delle strutture si sono sentiti trascurati da politiche sbagliate e da normative spesso in contraddizione tra di loro. Ovviamente la situazione attuale è solo il risultato di politiche sbagliate nel corso degli ultimi anni. La cosa strana è chi negli ultimi vent'anni come si può vedere dal grafico i fondi destinati alla salute sono cresciuti costantemente nel corso del tempo. Ma va comunque detto che dal 2010 in poi, nonostante comunque sia sempre cresciuto l'investimento al SSN, è in realtà andato calando a causa dell'inflazione che ha caratterizzato l'ultimo decennio.

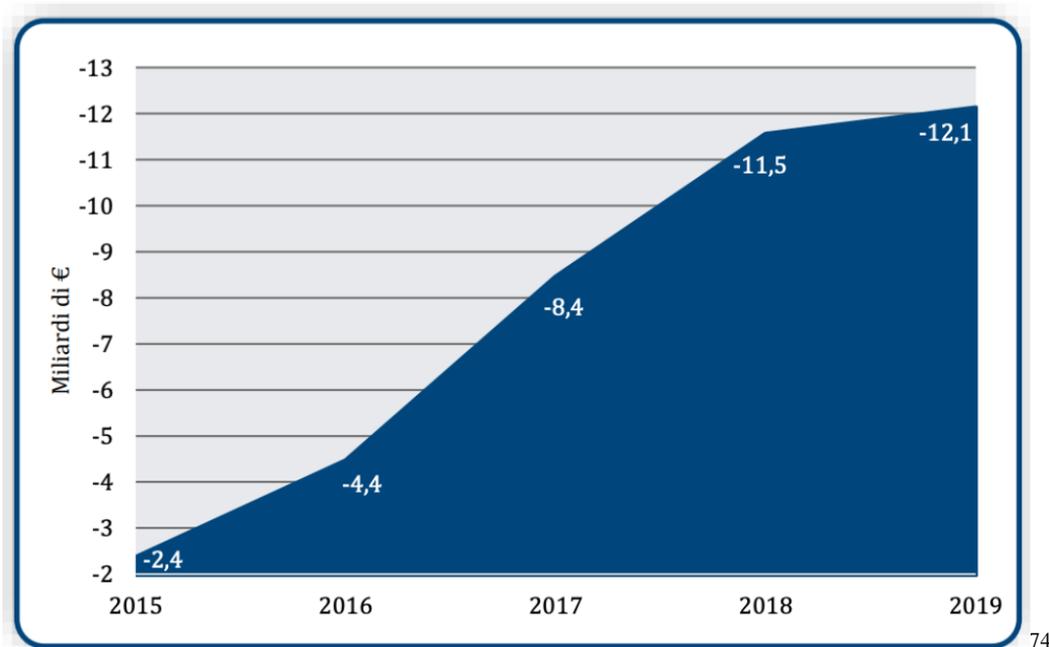


72

“Più che di tagli, si potrebbe parlare in questo caso di un finanziamento non all'altezza dell'andamento dell'inflazione. In effetti, se prendiamo i dati sul finanziamento del SSN, tra il 2012 e il 2015 i soldi sono stati meno rispetto a quelli “promessi”, in un certo senso, dalle manovre precedenti. In quei quattro anni sono infatti stati destinati in totale al SSN dallo Stato 434,6 miliardi di euro, 24,5 miliardi di euro in meno rispetto ai 459,1 miliardi di euro previsti prima dei “tagli”. Discorso analogo vale per i 12 miliardi di definanziamento avvenuto tra il 2015 e il 2019. In base alle elaborazioni della Fondazione Gimbe (su dati della Corte dei Conti), nel 2015 sono andati al SSN dallo Stato 2,4 miliardi di euro in

⁷² Finanziamento dello Stato al Ssn in mld € (2001-2019) – Fonte: Ministero della Salute

meno rispetto a quelli programmati dalle precedenti manovre; -4,4 miliardi nel 2016; -8,4 miliardi nel 2017; -11,5 miliardi nel 2018; e -12,1 miliardi nel 2019 (come si vede nel grafico seguente).”⁷³



Riprendendo comunque il discorso riguardo ai cambiamenti organizzativi nelle RSA intervistate, sono stati conseguenza di direttive regionali che hanno obbligato le stesse ed effettuare dei cambiamenti sostanziali. Sicuramente le Regioni e le Asl di competenza provavano in buona fede di porre rimedio alla crisi pandemica cercando di far leva sul distanziamento sociale, cercando di trasformare le strutture in vere e proprie bolle. Il risultato però, salvo il caso unico dell’RSA di Ariccia che è riuscita a trasformare in modo sostanziale il proprio assetto organizzativo portandolo ad essere un punto di forza, è stato quello di influenzare negativamente le RSA.

Le direttive hanno obbligato le strutture ad isolarsi dall’esterno, portandole ad essere penalizzate in quanto una parte importante dei loro servizi era basata su aiuti di personale specializzato esterno. Inoltre, i servizi socio assistenziali hanno come assoluto protagonista la salute del paziente, dunque offrire un’assistenza limitata vuol dire anche andare contro a quello che è un bene della collettività: il diritto alla salute. Ricordiamo che i residenti di queste strutture sono comunque persone fragili, persone con disturbi o disabilità, dunque il loro benessere psico-motorio è di fondamentale importanza. Le visite dei

⁷³ Fondazione Gimbe, *Report sui tagli alla sanità*

⁷⁴ *Riduzione cumulativa del finanziamento pubblico 2015-2019 – Fonte: Fondazione Gimbe*

propri cari, i momenti di aggregazione e di contatto sociale con gli altri residenti, sono *step* di grandissima importanza per garantire un'assistenza corretta e un'adeguata riabilitazione.

Le situazioni in cui terapisti, animatori, psicologi, non potevano aiutare fisicamente il paziente, ha portato enormi disagi sia alle strutture, inabili a lavorare in totale libertà, nonché ai pazienti, che hanno ricevuto un servizio inefficiente e limitato.

Ed è proprio qui il problema. I cambiamenti organizzativi sono i benvenuti nel momento in cui portano a miglioramenti delle performance. Tranne nel caso dell'ultima intervista alla dottoressa Isoldi e al dottor De Leo, gli altri intervistati all'unisono hanno denunciato un abbassamento dei livelli assistenziali. Solo il Villaggio della Solidarietà ha notato un miglioramento che riguarda la professionalità degli operatori, usciti rafforzati da questa emergenza. In linea di massima tutti intervistati erano comunque contenti del fatto che i propri dipendenti abbiano fatto di necessità virtù, soprattutto nei momenti difficili e delicati caratterizzati dalla mancanza del personale, dove oltre agli straordinari hanno dovuto svolgere mansioni non propriamente adeguate ai loro profili.

La scelta del campione delle RSA intervistate è stata inoltre fatta per un comune denominatore. Durante la prima fase dell'emergenza, quindi da marzo 2020 a maggio 2020, in nessuna delle strutture intervistate c'è stato un caso Covid accertato. Quindi sono quattro strutture che potremmo definire comunque lodevoli, da portare come esempio, e che hanno fatto del loro meglio per garantire la continuità dei servizi assistenziali, senza intaccare la salute dei pazienti.

Un altro punto molto interessante che abbiamo scoperto intervistando le varie strutture, è stata quella della creazione di modi alternativi di offrire assistenza. Si è già parlato nell'elaborato di telemedicina, ed è risultata molto utile in tutte quelle circostanze in cui c'era l'impossibilità di godere della presenza fisica degli operatori. Talvolta anche parlare a telefono con lo psicologo nei momenti di difficoltà, come per le stesse famiglie avere la possibilità di contattare in qualsiasi momento gli operatori al fine di avere news sullo stato di salute dei propri cari, è un punto importante, nonché una buona base su cui ripartire.

Altra fattispecie di fondamentale importanza è stata quella sul reperimento dei DPI e dei tamponi. Partendo dal presupposto che tutte le strutture hanno denunciato un problema nel reperire tali strumenti all'inizio dell'emergenza, l'insorgere dei continui approvvigionamenti di mascherine, nebulizzatori, sanificatori e tamponi ha fatto crescere di tantissimo i costi di gestione. Al tempo stesso, le strutture hanno dovuto convivere con un minor *check in* dei residenti, che si traduceva in ricavi sempre minori e convivendo al tempo stesso con nuove direttive regionali che confondevano il *modus operandi* delle strutture. È oggettivamente scandaloso che gli organi sovranazionali impongano determinate regole senza poi mettere a disposizione gli strumenti o i fondi necessari per attuarle.

Infine, e su questo bisogna dare un grande merito allo Stato italiano, tutte le strutture sono riuscite a compiere le vaccinazioni direttamente in residenza, evitando che i propri pazienti dovessero uscire. Ricordiamo che l'Italia in questo momento è in Europa la nazione con la percentuale più alta di vaccinati, e questo ha portato sicuramente enormi benefici. Rispetto allo scorso anno, nonostante un numero molto più elevato di positivi, in Italia c'è un tasso di mortalità da Covid molto più basso. Questi numeri sono sicuramente una diretta conseguenza della magistrale campagna di vaccinazione italiana.

4.5 Implicazioni manageriali e conclusioni

Alla base di qualsiasi azienda, che sia sanitaria o commerciale, il primo mattone su cui fondare il business è la progettazione della struttura. È un passo fondamentale perché permette di far chiarezza sugli obiettivi a breve e lungo termine, per poi portare tutta l'organizzazione a perseguirli ed ottimizzarli. La letteratura ci spiega che all'inizio le forme organizzative più frequenti e maggiormente adottate erano i due classici: il modello divisionale ed il modello funzionale. I due modelli in questione però avevano il grande limite di rendere il tessuto organizzativo cristallizzato e basato solo sul raggiungimento di standard di produzione. Nel corso degli anni ci si è resi conto che puntare solo sul vantaggio competitivo derivato da economie di scala o di scopo non era più sufficiente per raggiungere determinati standard qualitativi necessari ad imporsi sul mercato.

L'innovazione era appunto la chiave per andare oltre quei limiti. Bisognava trovare un modo di creare qualcosa di nuovo oppure trovare modi alternativi per raggiungere gli stessi risultati raggiungendo comunque un vantaggio competitivo. Modelli classici come quello funzionale o divisionale non permettevano agli attori delle aziende di puntare alla creatività e all'innovazione, in quanto erano forme finalizzate al solo raggiungimento di determinati obiettivi, che lasciavano poco margine di improvvisazione. Per questo motivo, la nuova ondata di strutture organizzative degli ultimi anni ha posto al centro dell'azienda la persona, lasciandola libera di esprimersi al proprio meglio sdoganando i canoni classici *result based* (orientato al mero risultato operativo). Si è per questo studiato modelli senza limiti fisici imposti, i cosiddetti *boundarieless*, o i modelli di tipo *agile*, dove mansioni, spazio di lavoro, turni e gestione del personale non erano decisi a priori dall'alto, ma erano frutto di scelte dal basso che lasciavano spazio all'interpretazione dei veri protagonisti. Nascono così i nuovi modelli organizzativi basati sull'uomo e che puntavano sulla spinta dell'innovazione.

Le aziende sanitarie, nella loro concezione attuale, devono ancora fare questo *step* successivo per riuscire ad introdurre nuove modalità per cercare di erogare gli stessi servizi, ma acquisendo vantaggi competitivi. Il settore in questione è purtroppo ancora troppo radicato sui canoni classici. Inoltre il

sistema sanitario, ancora con poca implementazione della tecnologia, è basato solo sull'interazione umana tra paziente e operatore socio sanitario.

A causa dell'inizio dell'emergenza sanitaria da COVID-19, l'interazione umana, nel modo tradizionale di intenderla, è purtroppo venuta meno. Dunque RSA, ospedali, aziende sanitarie, ecc hanno dovuto fare i conti con cambiamenti radicali nelle modalità di erogare assistenza.

Sir Winston Churchill diceva “*non sempre cambiare equivale a migliorare, ma per migliorare bisogna cambiare*”. Questa citazione spiega al meglio la condizione attuale delle aziende del settore *healthcare*, che nonostante abbia aggravato una situazione che già storicamente aveva dei problemi, offre la possibilità, obbligando le aziende LCT, di portare avanti dei cambiamenti sostanziali. Talvolta dalle necessità bisogna trovare la forza di farne delle virtù, quindi nonostante ci siano obblighi normativi che impongano determinati cambiamenti, spesso in contraddizione con i canoni dell'assistenza tradizionale, sicuramente porta spunti interessanti per migliorare in determinate situazioni.

Le interviste fatte nel capitolo precedente, oltre ad essere una ricerca qualitativa sulla situazione post pandemica delle aziende del settore della *long term care*, erano una base per ragionare sulle implicazioni manageriali che sono scaturite dai cambiamenti, che nel corso dei prossimi anni avranno sicuramente ancora più spazio di sviluppi futuri.

La prima implicazione su cui è doveroso ragionare, essendo al centro dei nuovi canoni che riguardano la progettazione della struttura organizzativa, è quella relativa alla gestione lavorativa degli operatori sanitari. Con l'avvento delle nuove tecnologie, con l'evoluzione della telemedicina, oggi si possono raggiungere risultati straordinari snellendo i carichi di lavoro di tutti gli operatori, lasciandoli più liberi di gestirsi il proprio tempo e portare nuove idee. L'evoluzione tecnologica ci permette di diversificare le soluzioni di assistenza, esternalizzare molti processi, facendo in modo che attuali situazioni in cui c'è carenza di personale, non possano intaccare l'efficienza della struttura. Fare in modo che anche gli stessi operatori siano molto più liberi, sradicandoli dai dogmi classici delle loro mansioni, potrebbe favorire sia il loro grado di *commitment*, che la velocità di reazione in risposta alle difficoltà; ovviamente a patto di dare loro più responsabilità e potere decisionale. Dunque verosimilmente le aziende LTC e sanitarie in futuro punteranno molto sul *remote working*, cercando di dare assistenza diversificando i modi di erogarla.

Un'altra fondamentale riflessione scaturita dal periodo difficile che stiamo vivendo, nonché dalle testimonianze avute, è la conferma del fatto che l'impostazione aziendale delle strutture sanitarie è troppo tradizionalista, estremamente radicata in modelli considerati obsoleti e superati. Il mercato va veloce, l'emergenza Covid ha ulteriormente messo sulle strette le residenze, quindi bisogna per forza di

cose trovare il modo di reinventarsi, trovando soluzioni innovative e diverse dai *competitors*. L'emergenza ha portato infatti le RSA ad escogitare modi alternativi di offrire i classici servizi, dove nonostante le tante restrizioni, ognuna delle strutture intervistate è riuscita a portare idee nuove e innovative, a conferma che i cambiamenti possono portare a soluzioni positive.

Purtroppo le direttive regionali non hanno permesso grandi manovre di innovazione per quanto concerne la gestione degli spazi, soprattutto per la questione legata all'isolamento e alla distanza sociale. Soluzioni come l'idea di una stanza degli abbracci, oppure un'ala ad hoc per gli eventuali positivi, sono ottimi modi per cercare di arginare il problema del contagio, in osservanza delle direzioni Regionali. Nonostante le difficoltà, l'obiettivo di preservare i propri pazienti del rischio contagio, è stato ampiamente raggiunto, e per questo le RSA intervistate sono meritevoli di complimenti.

In futuro verranno aggregati all'offerta assistenziale diverse soluzioni alternative nella cura del benessere psico-fisico del paziente, mediante metodologie innovative finalizzate all'aggregazione sociale, figlie di idee nate dai cambiamenti in atto. Gli strumenti in nostro possesso di realtà aumentata, o di telecomunicazioni, sicuramente in futuro avranno ancora maggior spazio di applicazione qualora la situazione pandemica non si dovesse risolvere.

Infine, nonostante il rammarico degli intervistati riguardo l'osservazione di un calo nei livelli di performance assistenziale, ci si porta con sé uno spunto positivo, esperienza di tutto ciò che ha funzionato, cercando modi per implementarlo in futuro, anche in una situazione di tradizionale normalità.

Il nostro elaborato aveva l'obiettivo di analizzare la letteratura aziendale, partendo dalle basi delle forme organizzative tradizionali, fino ad arrivare a quelle più moderne e innovative. Scoprire i nuovi modelli organizzativi del futuro era solo un pretesto per spiegare l'importanza della necessità di una spinta all'innovazione, utile per avere un vantaggio competitivo.

L'obiettivo era inoltre quello di portare in auge un settore molto colpito dell'emergenza covid, in un ecosistema storicamente radicato nella tradizionalità. Lo si è fatto studiando diverse ricerche empiriche, analizzando nel dettaglio quali fossero stati i problemi riscontrati.

In ultima battuta il lavoro è stato basato sulla ricerca di dati qualitativi, cercando anche di dar voce a chi realmente ha vissuto giorni difficili, e che conosce bene questo settore. La tesi poneva le basi sul cercare di capire se determinati cambiamenti organizzativi, anche dettati da necessità normative, abbiano portato benefici e influenzato i livelli di performance assistenziale.

Non c'è stata una risposta univoca alla nostra tesi, in quanto per qualcuno i livelli sono calati, mentre per altri effettivamente hanno portato benefici. La cosa più importante era comunque capire come in

futuro si possano applicare determinate metodologie e quali implicazioni manageriali possano comportare per garantire la rinascita di un settore che oggi appare privo di idee, ma fondamentale per la sua utilità sociale e collettiva.

BIBLIOGRAFIA:

- Anessi Pessina, E. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. 2008
- Butler, R. *Progettare la governance*. Milano. Mcgraw-Hill, 1991
- Kogut, Zander. *Knowledge of the Firm*. 1992.
- Franco, M. *Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*. Milano, 2005
- Aas, I. M., *Organizational change decentralization in hospitals*. 1997
- Gabriele, G. *Conoscenza, apprendimento, cambiamento*. Hoepli, 1990
- Nasi, L. *Organizzazioni Non Governative E Pratiche Di Valutazione: Modelli E Tecniche*, 2006
- Grandori, A. *L'organizzazione delle attività economiche*. Mulino, 1995
- Mintzberg, H. *Strategy Safari: A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*. 1998
- Jommi, C. *I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel SSN*. 2004
- Giulino, C., *Robot technology in the Italian Health-care system: Cost-efficacy economic analysis*. 2012
- Longo, F. Tanzi, E., *I costi della vecchiaia*. Egea, 2010
- Laing, W. *Financing long term care: The crucial debat*. Age Concern Book, 1993
- Conigliani, C. *Il metodo bayesiano per le analisi decisionali in sanità*. 2010
- Brunetti, G. *Il controllo di gestione in condizione perturbate*, Franco Angeli. Milano, 1979,
- Modina, S. *Organizzazione e controllo nelle RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali*, FrancoAngeli, 2020
- Articolo di *Valore in RSA*, 21/10/2021
- Gastaldi, L., Corso, M., Raguseo, E., Neirotti, P., Paolucci, E., & Martini, A., *Smart Working: Rethinking work practices to leverage employees innovation potential*, 2014
- Piras, R. *Il Ruolo Del Capitale Umano E Dei Flussi Migratori Nel Processo Di Convergenza Tra Le Regioni Italiane*. 2018

- Holtermann T., *Processes, barriers and facilitators to implementation of a participatory ergonomics program among eldercare workers*. 2017
- Lombardo F. L., Bacigalupo I., et al, *The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes*. 2020
- G.Caracci, *Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)*, 2020

RIASSUNTO

CAPITOLO 1

Introduzione:

La politica per gli anziani assorbe più di due terzi di tutte le risorse socio-sanitarie e socio-assistenziali del sistema di welfare pubblico, senza che il settore disponga di un quadro informativo completo e dettagliato. Delle strutture residenziali per anziani si conoscono le rette praticate alle famiglie ed i contributi pubblici (trasferiti di norma dalle AUSL di riferimento in base a politiche regionali), ma poco o nulla si conosce degli standard assistenziali applicati, quindi della loro sostenibilità economica e dei margini di sviluppo disponibili. Aumentare la disponibilità d'informazioni sulle strutture residenziali per anziani può, quindi, contribuire all'intera crescita del settore, aumentando la consapevolezza di tutti gli stakeholder coinvolti e la loro possibilità di agire come tensori virtuosi del sistema di welfare socio-sanitario. Se a questo aggiungiamo la crisi sanitaria in seguito al virus Covid-19, nonché la fragilità dei residenti, possiamo facilmente intuire che la *Long Term Care (LTC)* sta attraversando un periodo negativo e privo di apparenti soluzioni. L'elaborato, composto da quattro capitoli, possiamo dividerlo tematicamente in due parti, entrambe importantissime e che si ricollegano secondo un filo comune e costante: lo studio della struttura organizzativa in relazione ai cambiamenti delle Residenze Sanitarie Assistenziali. La prima parte, composta dai primi due capitoli, affronta i temi della scienza della progettazione organizzativa, prima con lo studio della letteratura, fondamentale per dare un'idea sulla materia trattata, poi sull'applicazione del lavoro *agile*, diretta conseguenza di idee innovative ma anche di normative stringenti post pandemia. Nella prima parte inoltre si analizzeranno i modelli di Welfare, lo sviluppo del settore LTC, per poi affrontare temi di assoluta attualità come l'inizio dell'emergenza sanitaria. Quest'ultimo rappresenta infatti uno spartiacque tra le vecchie concezioni tradizionaliste in merito alla materia trattata e le nuove idee che trovano terreno fertile per imporsi. Infatti causa Covid, la struttura organizzativa e la tradizionale concezione di lavoro è stata completamente sdoganata, facendo emergere le teorie di lavoro *agile* e da remoto, dirette conseguenze del cambiamento scaturito.

Ed è proprio qui che le idee innovative si ricongiungono con il settore LTC, basti parlare di telemedicina, teleriabilitazione, tutte evoluzioni dello *smart working* che riescono a trovare applicazione nel settore *healthcare*, stravolgendo i dogmi classici a cui siamo abituati. Da qui si continua il nostro percorso arrivando alla seconda parte dell'elaborato. Questa parte, al contrario della prima che possiamo considerare quasi didattica, è puramente basata sulla ricerca. In un primo momento per avere le idee chiare sulla situazione italiana e sullo stato del settore, c'è stata una ricerca su dati empirici, finalizzati a quantificare il fenomeno. Organi sovranazionali di ricerca come l'Agenas, ma anche tanti gruppi di ricerca privati, hanno offerto importanti spunti di riflessione. L'Istituto Superiore di Sanità inoltre ha

svolto un'importantissima ricerca su base nazionale finalizzata alla sensibilizzazione riguardo la situazione dei residenti nelle RSA, persone notoriamente considerate fragili, vere e proprie vittime di questa situazione di emergenza sanitaria. La seconda parte del lavoro continua con una ricerca personale su dati qualitativi di alcune RSA meritevoli. Queste strutture si sono contraddistinte dalle altre in quante durante la prima fase di Lockdown, nel periodo che va da marzo 2020 a maggio 2020 non hanno avuto nessun caso conclamato, perseguendo questo risultato per tanti mesi successivi al periodo di fuoco. Nelle pagine che seguiranno ci saranno alcune interviste ai direttori sanitari o ai responsabili delle prima citate strutture. Le interviste sono finalizzate a trovare risultati alla nostra tesi. Quest'ultima è appunto capire come i cambiamenti organizzativi post pandemia hanno influenzato le performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali. L'obiettivo prefissato è quindi dare risposte alla nostra tesi iniziale, avvalendoci dello studio della letteratura della prima parte, per poi applicarla ai dati raccolti, traendo le nostre personali conclusioni, che chiudono così il nostro elaborato.

La progettazione organizzativa:

“Progettazione organizzativa vuol dire sviluppare strutture adeguate in cui prendere ed eseguire decisioni. La struttura è a sua volta un insieme di regole per le decisioni, o regole del gioco che guida il comportamento dei partecipanti all'organizzazione durante il processo decisionale e può essere motivo di opportunità o di costrizioni all'azione dei membri”. Con questa citazione di Butler apriamo il nostro elaborato, partendo dalla definizione più classica riguardo la materia trattata. La progettazione organizzativa infatti, è la base su cui si fonda qualsiasi management efficace, che deve pensare alla profondità e all'adeguatezza della struttura, comprendendo l'approccio contingente all'organizzazione. Quest'ultima si basa sul concetto della coerenza rispetto a tutto ciò che è l'ambiente esterno. Storicamente gli attori principali erano tutti i *competitors*, la moltitudine di *stakeholders* intorno all'azienda, la cultura, la tecnologia e la dimensione aziendale. A stravolgere le carte in tavola ci ha pensato il Coronavirus 19. Se anticipatamente alla pandemia globale erano anni che le aziende cercavano di adottare prospettive multi-livello, staccandosi dai canoni classici lineari che contraddistingueva lo stile di management degli ultimi anni del secolo scorso, l'evento Covid ha obbligato tutti ad adottare strutture innovative e non convenzionali. La necessità di sviluppare nuove conoscenze su modelli organizzativi diversi è stata la risposta manageriale sia ad un'evoluzione tecnologica, che ad una condizione di pericolo contro un nemico silente e invisibile. Hanno perciò trovato terreno fertile e la strada spianata per la definitiva consacrazione tutti quei modelli agili o *open-boundaries* che mettevano in condizione il management a far fronte ai numerosi imprevisti degli ultimi mesi, dalle tante assenze nonché il rispetto di tutte le normative sul distanziamento sociale e lo *smart-working*. Il design aziendale va quindi rimodellato. È impensabile basare la progettazione dei modelli adottando schemi scelti a priori, per quanto larga sia la veduta alla base del ragionamento. Vanno ricostruite le conoscenze, la routine, le

competenze e tutte quelle serie di regole non scritte alla base di ogni forma aziendale. L'interazione dinamica tra questi elementi di base è in grado di generare nuove conoscenze, migliorare le performance e soprattutto ridisegnare i confini organizzativi. Con la recente crescita delle strutture sanitarie, l'organizzazione aziendale ha necessitato di innovazioni, soprattutto per quanto concerne i meccanismi di coordinamento. Quasi tutte le strutture sanitarie sono organizzate per livelli gerarchici, più è grande e complessa una struttura, tanto la gerarchia cresce. Di pari passo alla crescita gerarchica, c'è un incremento delle responsabilità.

I problemi che concernono alla distribuzione delle *tasks* tra i vari livelli gerarchici, nella teoria dell'organizzazione, sono di competenza della decentralizzazione. La decentralizzazione può essere definita come la differenza (o lo *spread*) di potere tra un livello più alto ed uno più basso della gerarchia. Decentralizzazione e centralizzazione rappresentano infatti le due tendenze opposte agli estremi. Una eccessiva centralizzazione del potere decisionale porterà ad avere un solo ed indiscusso leader, il che è impensabile per strutture complesse con alti livelli gerarchici; una eccessiva decentralizzazione invece porterà invece ad una inutile anarchia. In linea di massima questo discorso vale quasi per ogni azienda con un modello organizzativo simile. Per le aziende del settore *healthcare* ci sono motivazioni anche di tipo morale. Prescindendo dal carattere economico, il settore dell'*healthcare* ha una funzione sociale, soprattutto in un periodo di emergenza sanitaria. L'organizzazione sanitaria deve essere motivata nel tenere a mente che bisogna decentralizzare nei punti focali lungo tutta la gerarchia per avere in ogni momento un *decision-making authority* il più vicino possibile al problema, senza la necessità di dover intercedere con i piani più alti. La distribuzione del carico di lavoro è una necessità, come lo è anche evitare di creare un *overload* di doppi turni alle risorse, per questo l'allocazione delle *tasks* da parte dei responsabili devono essere incrementate con più potere decisionale. È per questi motivi che la decentralizzazione è stata proposta per migliorare l'efficienza, la produttività, la qualità del servizio e offrire una risposta all'azione il più veloce possibile.

Le RSA:

La residenza sanitaria assistenziale (RSA) è una struttura non ospedaliera, seppur di impronta sanitaria, che ospita per un periodo variabile (da poche settimane al tempo indeterminato) persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche. Si distingue dall'ospedale e dalla casa di cura, i quali sono rivolti a pazienti sofferenti di una patologia acuta, e dalla casa di riposo, che è destinata ad anziani almeno parzialmente autosufficienti. Il regolatore regionale del settore, congiuntamente alle proprie ASL, necessita l'informazione contemporanea di informazioni, sia amministrative che contabili, per quanto concerne i trasferimenti pubblici, gli standard di servizio garantiti, le rette pagate dagli utenti e dei costi di produzione sostenuti da ogni struttura sotto la propria giurisdizione.

Il primo motivo di questa necessità è di base economica: bisogna regolare l'equilibrio economico della struttura e la sua sostenibilità nel medio-lungo termine, al fine di guidare la stabilità finanziaria del sistema d'offerta. Squilibri finanziari o economici sono assolutamente problemi in cui bisogna indagare per capirne la causa, che può essere un eccessivo costo produttivo o una efficienza di gestione. Come organizzazione sovraordinata, il regolatore deve provvedere ad una risanazione strutturale e funzionale delle strutture, riallocando meglio le risorse o riorganizzandole. Un problema inverso a cui il regolatore deve pensare è una profittabilità eccessivamente alta. Questo perché può essere sinonimo di rette esose per gli ospiti o standard qualitativi troppo bassi del servizio offerto. Dobbiamo ricordare che le regioni o le ASL di competenza hanno il mandato di supervisionare le rette richieste. Il motivo dietro questa azione è quello di limitare gli oneri eccessivi e la creazione di disparità sociali nel territorio, senza considerare inoltre che una grande percentuale della retta è pagata proprio dagli Enti Locali, che sono tenuti a farsi carico delle spese per i propri cittadini meno abbienti integrando i costi da loro sostenuti. Infine il soggetto regolatore deve conoscere i costi perché sono lo specchio dell'andamento dell'occupazione all'interno delle strutture: laddove c'è una scarsità di fattori produttivi (in questa accezione proprio di personale sanitario), le regioni devono intervenire con politiche attive di lavoro. Quando si analizzano i modelli di welfare ci si può basare prevalentemente sulle scelte di policy annunciate e dichiarate o, al contrario, sugli assetti emergenti che solitamente hanno una dinamica autonoma. Quest'ultima può essere influenzata da una governance prestabilita oppure il risultato di azioni esogene ed endogene. La LTC (*long term care*, in accezione anglosassone) comprende tutti gli interventi di natura sanitaria o assistenziale a favore delle persone anziane o disabili non autosufficienti, cioè non in grado di compiere, con continuità, gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno. Nella LTC rientrano, quindi, tutte le forme di cura della persona o assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti. Nell'insieme della *long term care* fanno dunque parte sia gli interventi sanitari, domiciliari e ambulatoriali, residenziali e non residenziali; sia le indennità di accompagnamento, che in Italia ricordiamo non sono subordinate a nessuna fascia di reddito, e che vengono erogate direttamente alla persona non autosufficiente. I modelli di LTC hanno in linea generale caratteristiche ben precise. Sono accentrati nel governo, infatti gli enti regolatori sono su base regionale e istituzionalizzati nei servizi; hanno una separazione per quanto concerne sia le sfere di cura e le modalità assistenziali. Inoltre alla base c'è una cooperazione con le famiglie degli assistiti. A livello burocratico, componente sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale costituiscono comparti distinti e ben delineati, afferendo a istituzioni diverse: ASL, ASSI ed enti locali. I dipartimenti per le ASSI (Attività Socio Sanitarie Integrate) assicurano l'integrazione delle funzioni socio sanitarie alle ASL di competenza. Quindi, sia ASL che i dipartimenti per le ASSI operano come amministrativi delle Regioni,

le quali sono le stesse a nominare i loro direttori. Si può dunque notare che gli Enti Locali sono scarsamente attivi nella *governance* delle risorse socio-sanitarie; i veri produttori delle risorse socio-sanitarie sono infatti tutti gli enti gestori, che di contro hanno poca influenza nel processo di governo. Tutti i soggetti erogatori di servizio, per essere considerati *accreditati*, nonché operare in nome e per conto del welfare pubblico, devono essere autorizzati, accreditati e contrattualizzati dalle Regioni. Il cittadino sceglie con libero arbitrio il soggetto erogatore di sua preferenza, il quale provvederà a classificarlo in relazione al bisogno, richiedendo la corrispondente tariffa alla regione. Nella fattispecie delle cure domiciliari, al paziente che fa domanda, viene erogato un voucher a cui corrispondono servizi reali dal valore economico già in precedenza prefissato. Il cittadino è libero di selezionare l'erogatore di prestazioni tra tutte le strutture accreditate, ovvero che hanno siglato il "patto" (i cosiddetti pattanti) con la propria ASL di riferimento.

CAPITOLO 2

L'emergenza sanitaria e la riorganizzazione aziendale:

Roma, 9 Marzo 2020, il Premier italiano Giuseppe Conte dichiara *lockdown* in seguito all'emanazione del DPCM dell'8 Marzo. Con il decreto legge, esteso su tutto il territorio nazionale, il Presidente del Consiglio emana la sospensione delle comuni attività commerciali al dettaglio, le attività didattiche, i servizi di ristorazione e vieta sia gli spostamenti, che gli assembramenti di persone nei luoghi pubblici. Siamo ufficialmente in regime di emergenza sanitaria. La popolazione è costretta a restare a casa per evitare la diffusione del virus Covid 19. Il clima che si registra è spettrale: le strade sono deserte, le saracinesche dei locali chiuse, le forze armate militari in strada a controllare che chi esca abbia una reale motivazione per non essere nella propria dimora. Inizialmente la motivazione dell'emergenza sanitaria è per preservare il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ad evitare il suo collasso. Gli ospedali sono pieni, tante aree adibite a pazienti covid. Tutti gli interventi non necessari e già programmati sono rinviati a data da destinarsi. I pronti soccorso non accettano più pazienti: il triage agli ingressi sono spietati. I social network sono invasi da foto e testimonianze del personale sanitario che cerca di fare il possibile per contenere l'emergenza, sembrano soldati al fronte. Esattamente come i soldati in guerra, le vittime sono tante. FNOMCeO sul suo sito web ha una lista di tutti i medici morti dall'inizio della pandemia, sono oltre 300 le vittime. Oltre settemila se si considerano infermieri e personale generale. Sono più di centomila i contagiati negli ospedali come personale sanitario. Il periodo che stiamo vivendo è una vera e propria tragedia, soprattutto per chi ogni giorno deve fare i conti da vicino con il virus. In questa situazione drammatica, ad avere la peggio sono state le persone non autosufficienti e disabili, costrette a restare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. Queste sono diventate teatro di morte e contagi, diventando veri e propri focolai dove il virus circolava contagiando

quasi tutti gli ospiti e curanti. A distanza di un anno, con le vaccinazioni, la situazione è migliorata, anche se ultimamente stanno tornando in auge alcuni focolai nelle RSA. Dopo quasi due anni dall'inizio dell'emergenza sanitaria, è iniziata una nuova fase, quella della convivenza. È impensabile correre ai ripari per sempre, piuttosto si deve cercare un modo per contenere il virus e arginare i possibili problemi in cui ci si può incappare. Per questo in ogni RSA c'è un protocollo stretto di contenimento atto a limitare la diffusione del Covid. Solitamente il protocollo si articola su più piani. Al primo ci sono le direttive regionali, che seguono l'andamento politico che è conseguenza della curva epidemiologica italiana. Si devono quindi ricercare i diversi atti normativi nei siti istituzionali di carattere sia generale che specifico. Il secondo livello invece è quello prettamente delle strutture, anche se solitamente il *pattern* è pressoché lo stesso. Questo consiste in tutte quelle "norme" e gli usi comuni che caratterizzano la vita in RSA per preservarla dagli agenti esterni. Si cerca oggi di limitare le visite da parte di familiari e conoscenti, mantenendo le distanze sociali, cercando di evitare assembramenti e non creare troppe visite nello stesso momento, scaglionandole nel tempo. Ovviamente si cerca sempre di monitorare la salute degli ospiti e degli operatori, il campanello d'allarme è quello sintomatico di stato febbrile o difficoltà respiratorie.

A seguito dell'emergenza, sono cambiati necessariamente le organizzazioni e le strutture, sia a seguito delle direttive nazionali, sia per la necessità di adattamento alla situazione. Da sempre l'innovazione è una spinta incredibile. Essa è alla base della crescita del Pil di una nazione, favorisce l'efficienza, aiuta a migliorare il vantaggio competitivo delle aziende. L'innovazione non è solo di prodotto, ma anche di processo. In questo senso, inteso in maniera molto ampia, anche nelle strutture organizzative è possibile creare innovazione nella concezione di struttura stessa. Non solo, alcune strutture organizzative favoriscono l'innovazione e la creatività dei soggetti che vi abitano (*exploration*). Altre strutture invece sono capaci di favorire l'implementazione dei progetti garantendo rapidità ed efficacia (*exploitation*). Altre ancora consentono di raggiungere il fine delle due precedentemente descritte, parliamo in questo caso di *ambidexterity*. Per garantire questi risultati, chi progetta deve porre al centro di tutto le persone e le proprie competenze, lasciando che siano i veri e propri protagonisti. È il modello che si adatta alle persone, non viceversa.

Lo smart working:

Con lo scoppio della pandemia, successivamente al Lockdown generale, si è vietato lo spostamento al di fuori del domicilio per chiunque non svolgesse una professione ritenuta "indispensabile". Di conseguenza, tutti i dipendenti degli uffici, o anche chi svolgesse all'interno di aziende sanitarie o residenze assistenziali lavori amministrativi o di coordinamento, è stato costretto a lavorare da casa. Prende piede così il cosiddetto *smart-working*. La definizione di *smart working* è: "insieme di modelli organizzativi, moderni e non convenzionali caratterizzati da un'elevata flessibilità nella scelta degli

spazi, degli orari e degli strumenti di lavoro, che fornisce a tutti i dipendenti dell'azienda le migliori condizioni di lavoro". Con il *digital* si abbattano tempi e spazi, ragionando sulla natura dello *smart working* di eliminare gli uffici e le pareti imposti dallo stesso concetto di lavoro tradizionale, consentendo una riorganizzazione della struttura aziendale e una riorganizzazione del lavoro individuale. L'impresa è un sistema aperto e il mercato dove vive è sempre più frenetico, con continui mutamenti e innovazioni tecnologiche. È impensabile per un'organizzazione essere, in tempi come questi, rigida o esercitare ancora più controllo rispetto al passato. Fermo restando che non diventa un'esigenza solo per l'impresa, ma trova anche per i lavoratori, che hanno la possibilità di conciliare sfera professionale e quella personale. Lo *smart working* risponde quindi ai bisogni sia dell'impresa, sia dei lavoratori, concedendo più flessibilità anche a livello temporale, visto che spesso non ci sono orari fissi, ma solo l'obbligo di portare a termine le mansioni richieste; svincolandosi dunque dalla rigidità della vecchia impresa. Infine si può lavorare in qualsiasi luogo, che sia un parco, una casa, o un ufficio, mettendo a proprio agio il lavoratore che sarà libero di esprimere al meglio il suo potenziale.

Anche in ambito sanitario si è cercato di adattare i nuovi canoni lavorativi dello *smart working*. Se per chi lavora in area amministrativa, contabile o comunque non a contatto con i pazienti è facile organizzarsi a distanza; nei lavori in "prima linea" è sicuramente più complicato. Nasce così la telemedicina, che ha come obiettivo la continuità della cura nonché il mantenimento del dialogo costante a dispetto della distanza all'interno di un sistema sanitario sempre più sotto pressione in conseguenza della pandemia. Le piattaforme di collaborazione flessibili permettono di gestire una moltitudine di centri sanitari decentrati per garantire al paziente la massima cura possibile, il tutto a distanza. Ci sono consultazioni mediche online, televisite (che iniziano ad essere erogate come veri e propri servizi). Gli ospedali, le strutture private stanno così diventando smart, dando la possibilità di alternare i servizi in presenza a quelli da remoto. Ovviamente il covid ha solo incentivato la velocità del cambiamento, ma la trasformazione è stata il risultato graduale di operazioni strategiche. Nulla è lasciato al caso, magari la pandemia ha solo dato un input in più per lanciarsi in questa nuova sfida.

Secondo il prof. Sergio Pillon, membro del gruppo di lavoro sulla *digital health delle European Public Health Alliance* ed esperto presso l'Istituto Superiore di Sanità sulle Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica, sono almeno quattro gli ambiti in cui la telemedicina può aiutare il sistema sanitario nel gestire soprattutto la fascia di popolazione over 65 e i pensionati. Se da un lato la digitalizzazione degli ultrasessantenni è in costante crescita, ne permane la fragilità sanitaria quando portati a frequentare ambienti come gli studi medici, le farmacie, i pronto soccorsi. Tramite una piattaforma unificata di collaborazione e comunicazione è possibile fornire a questi pazienti servizi come la televisita, che può essere live mediante videochiamata o in modalità "*store and forward*", ossia si mandano le analisi e il medico risponde con una valutazione. Con il telemonitoraggio i parametri vengono acquisiti

autonomamente dal paziente tramite un dispositivo connesso e valutati in diretta o in maniera asincrona dal medico/infermiere che in caso di bisogno attivano una televisita. Tramite la telecooperazione sanitaria è, invece, possibile far collaborare a distanza due o più professionisti, mentre infine la teleassistenza abilita il supporto da remoto a soggetti fragili e disabili, assolvendo un compito non strettamente sanitario ma più socio-sanitario. La telemedicina, quindi, può essere uno strumento fondamentale che permettere di migliorare la qualità della vita dei pazienti e rendendo migliore e più capillare sul territorio il servizio che le istituzioni sanitarie sono chiamate ad offrire, al di là dell'emergenza. Dunque nelle strutture assistenziali, protagoniste dell'elaborato, vanno ricercate alcune migliorie da attuare in seguito all'emergenza sanitaria. La sicurezza deve essere centrale. All'interno delle stanze non possono mancare gli apparecchi per il monitoraggio a distanza dei residenti, le strumentazioni di comunicazione per lo svolgimento delle nuove forme di telemedicina, ma anche i confort per il benessere psicomotorio dei pazienti, quali illuminazioni adeguate o televisioni. Ovviamente in merito alla sicurezza è fondamentale la predisposizione di piani di emergenza (in seguito a eventuali contagi o contatti con positivi), nonché la sanificazione della struttura.

CAPITOLO 3

L'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità

Tra il 25 Marzo 2020 e il 5 Maggio 2020 è stata condotta un'indagine nazionale italiana sull'epidemia da Covid 19 nelle RSA e nelle case di cura. Un'indagine quantitativa molto importante sull'infezione acuta grave in seguito al virus SARS-Cov-2 (il Coronavirus) nelle RSA, condotta dall'Istituto Superiore di Sanità con altri ricercatori dell'ordine dei Geriatri come Flavia Lombardo, Ilaria Bacigalupo ed altri colleghi. L'indagine ha mostrato la diffusione e l'impatto dell'infezione nelle case di cura italiane e la gestione delle persone anziane e lungodegenti che risiedono nelle strutture a lungo termine. L'indagine nazionale ha coinvolto 3292 RSA, sia pubbliche che fornitrici di servizi sia nel privato che all'interno del sistema sanitario nazionale, su 3417 RSA che coprono l'intero territorio italiano, con l'elenco fornito dall'Osservatorio di Demenza, in funzione di uno dei suoi obiettivi di attuazione del cosiddetto Piano Nazionale di Demenza, sotto la giurisdizione dell'Istituto Superiore di Sanità. Successivamente alla raccolta dei dati i ricercatori hanno eseguito statistiche descrittive sui dati complessivi e comparandoli per le regioni. Le frequenze sono state utilizzate per descrivere le variabili dicotomiche, le medie e le deviazioni standard sono state utilizzate per la variabile continua, mentre i valori mediani e di intervallo sono stati utilizzati per rappresentare la bontà dei dati con distribuzioni asimmetriche. Sono stati presi dati dal sistema nazionale di sorveglianza e utilizzati per testare possibili correlazioni con la diffusione del COVID-19 a livello regionale. Infine è stata eseguita un'analisi di sensibilità che includeva anche sintomi simil-influenzali nella definizione di focolaio di COVID-19.

Inoltre è stata studiata l'interazione dei fattori con il tempo di risposta al sondaggio. I dati venivano classificati entro 3 settimane o dopo 3 settimane dall'inizio del sondaggio. Questo limite è stato scelto perché è stata osservata dopo la settimana numero 3 una percentuale maggiore di RSA con un focolaio, rispetto alle settimane precedenti. I risultati della ricerca hanno mostrato come ci sono state alcune criticità che hanno caratterizzato le RSA con focolaio Covid-19 rispetto a quelle senza focolaio, come ad esempio la mancanza di personale, la difficoltà a trasferire i pazienti in ospedale o in altra struttura o ad isolarli in un'unica stanza, la mancanza di farmaci e l'impossibilità di eseguire i tamponi. Inoltre, le strutture con un numero maggiore di posti letto erano probabilmente a maggior rischio di sviluppare un focolaio, compatibilmente con una relazione positiva con un numero maggiore di operatori presenti. Il principale punto di forza dello studio appena descritto è quello di riportare risultati di un'indagine svolta durante la fase più critica della pandemia; mentre i suoi limiti sono dovuti principalmente alla mancanza di dati sugli individui (residenti e personale sanitario) nonché il tasso di risposta del solo 41%. Di fatto l'Osservatorio Italiano sulla Demenza ha fornito solo l'elenco delle RSA presenti nelle regioni italiane; non raccogliendo le caratteristiche delle strutture e impedendo di effettuare un'analisi tra le RSA che hanno partecipato all'indagine e quelle che non vi hanno partecipato. Le misure adottate nella prima fase dell'epidemia di in Italia hanno contribuito in modo significativo all'appiattimento della curva epidemica con riduzione di nuovi casi nonché conseguente alleggerimento della risposta assistenziale a carico del servizio sanitario. Tuttavia, le vite umane perse, specialmente tra i residenti anziani che vivono nelle strutture residenziali a causa del SARS-CoV-2, hanno mostrato gravi difetti nel sistema sanitario italiano.

L'umanizzazione delle RSA:

Il tema dell'umanizzazione dell'assistenza, ha rivestito negli ultimi 25 anni una crescente importanza nell'ambito del dibattito scientifico internazionale e può essere ricondotto a quanto presente in letteratura sotto il nome di *patient centredness/ people centredness/ responsiveness*. L'AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha svolto una importantissima ricerca finalizzata ad implementare il modello di valutazione partecipata basato sulla partnership tra professionisti e cittadini nell'ambito dell'assistenza territoriale, segnatamente alle strutture residenziali che offrono assistenza agli anziani." Il progetto "Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali" ha perseguito i seguenti obiettivi:

- Condividere a livello interregionale con tutti gli stakeholder i metodi e gli strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione dell'assistenza sanitaria residenziale offerta ai pazienti anziani.

- Formare i professionisti delle Regioni/PA, delle strutture residenziali ed i cittadini all'utilizzo dei metodi e strumenti per la valutazione delle RSA.
- Realizzare la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture residenziali selezionate dalle Unità di Ricerca.
- Raccogliere, elaborare e restituire i dati rilevati nelle strutture, per la definizione di azioni di miglioramento.
- Diffondere a livello nazionale i metodi e gli strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture residenziali.

Il progetto di ricerca è fondamentale nell'evoluzione del cambiamento organizzativo delle RSA. Tale cambiamento non va inteso solo come mera struttura organizzativa, deve andare molto più a fondo. Si parla di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali, si deve mettere al centro di tutto l'uomo, sia il paziente che l'operatore, ma anche la famiglia, i *caregiver* e chiunque sia strettamente connesso con l'ecosistema in questione. Già nel paragrafo precedente parlavamo di quanto i residenti siano una categoria considerata fragile, non solo per le limitate capacità fisiche e il bisogno costante di assistenza, ma anche per quanto concerne la mentalità del Sistema Sanitario Nazionale, che talvolta pensa più agli introiti che al benessere del paziente. Se da un lato è vero che si sta parlando comunque di aziende, quindi è imprescindibile l'attitudine all'economicità delle stesse, dall'altro si offre un servizio per la collettività, quasi sempre finanziato dalla PA e dalle Regioni. Da ciò deriva la grande responsabilità che tali aziende hanno dal punto di vista morale nel garantire a categorie fragili un sano percorso riabilitativo nel lungo periodo, che è parte integrante della loro vita. Il cambiamento del paradigma omocentrico di cui parlavamo porta enormi benefici alla struttura, ma al tempo stesso cambiamenti importanti. L'ecosistema si allarga, non è più circoscritto alla residenza fisica ma anche a casa, dove i familiari devono dare il loro supporto, non solo economico pagando le rette, ma anche dal punto di vista riabilitativo. Questo accade per la contenzione fisica, pratica che, da una parte, è particolarmente diffusa in questo segmento assistenziale, e dall'altra è considerata straordinaria dalla comunità dei professionisti e comunque da superare con la disseminazione di buone pratiche organizzativo assistenziali e di proposte innovative, che devono partire proprio dalle famiglie degli assistiti, perché nessuno più di loro è consapevole dei loro bisogni. Infine, un'altra conseguenza di questo cambiamento è la personalizzazione dell'assistenza. Da un lato le aziende devono cambiare paradigma, non si può più basare più la struttura dell'organizzazione sulla standardizzazione del prodotto (che in questo caso è un servizio), quindi forme arcaiche di struttura finalizzate alla velocità d'esecuzione diventano obsolete; ma ci deve essere una forma che garantisca l'innovazione e la totale personalizzazione del prodotto-servizio, che è proprio il punto di partenza dell'intero elaborato, ovvero la necessità di trovare ed evolvere la struttura

organizzativa a forme nuove finalizzate all'innovazione, ben distante dalle classiche che troviamo in letteratura.

CAPITOLO 4

Introduzione alla ricerca e metodologia:

In Italia la quasi totalità di assistenza per gli anziani è offerta dalle RSA. La ragione è molto semplice: oggi è sempre più difficile, in un mondo veloce con ritmi frenetici, prestare cura a genitori di età avanzata o a persone non autosufficienti. È sicuramente più comodo, anche considerando il benessere del soggetto, affidare tali persone a strutture create ad hoc, pensate per offrire la miglior esperienza di cura, o di vita, ai residenti. Se aggiungiamo anche che le Regioni offrono fondi per aiutare le famiglie a pagare le rette di tali strutture, si capisce il motivo per cui in Italia ci sono circa 7320 strutture (3360 adibite a residenze per anziani, oltre 2000 per soggetti con problemi psichiatrici, il resto specializzate nell'aiuto ai disabili fisici), con oltre 309 mila pazienti. Bisogna inoltre considerare che l'Italia è il Paese più anziano d'Europa, gli ultraottantenni sono il 7%. Si stima che si hanno a disposizione 18,6 posti letto ogni 100 persone con più di 80 anni, quindi il numero è davvero troppo esiguo, anche perché la media europea è di ben 43,8 posti per anziano. Le uniche nazioni europee che sono più in difficoltà di noi nel garantire posti a chi ne ha bisogno sono solo Grecia, Polonia, Turchia e Lettonia.

Si è detto che con l'inizio dell'emergenza sanitaria, strutture come le RSA si sono trovate in ulteriore situazione di disagio. Questo sicuramente a causa delle normative anti covid regionali e nazionali, ma anche soprattutto a causa degli ingenti costi per il controllo epidemiologico. Per contrastare eventi come il turnover degli operatori, il minor afflusso sia di residenti che degli ospiti, e per garantire un servizio impeccabile, direttori sanitari e management si sono trovati davanti ad un bivio: continuare ad incassare passivamente il corso dell'andamento del virus, o cambiare qualcosa, reagendo attivamente alle situazioni. Certamente determinate attività sono cambiate, la telemedicina è diventata una costante in tutte le strutture come residenze o case di riposo, soprattutto per quanto riguarda il monitoraggio dei pazienti, essendo un qualcosa che non necessita fisicamente di un medico in presenza. Altre attività sono impossibili da svolgere da remoto, basti pensare alle terapie o alle attività fisiche che per forza di cose devono essere svolte quotidianamente sui pazienti. La questione dunque non è capire se la struttura organizzativa è mutata, in quanto per forze di causa maggiore è cambiata; quanto più analizzare quanto abbia influito, in che misura e come abbia migliorato le performance di tali strutture. Un'analisi quantitativa è stata già fatta nel capitolo precedente per quanto concerne il mondo delle strutture sanitarie, l'attuale pandemia da Covid 19 e tutto ciò che è campo di studio dell'elaborato. Per questo si è pensato di fare un'analisi positivista. Un ulteriore approccio quantitativo avrebbe portato l'elaborato troppo nella sfera scientifica, l'intento era comunque dargli un taglio diverso, basato sulle azioni, sul

pensiero umano e sulle forme che sono alla base di qualsiasi struttura organizzativa. La ricerca era orientata alla creazione di una descrizione completa e dettagliata di osservazioni, nonché una contestualizzazione della situazione da chi l'ha vissuta in prima persona. L'idea era come detto quello di dare voce a chi ha vissuto in prima persona momenti di difficoltà, capirli ed elaborare gli strumenti necessari a superarli. Lo scopo inoltre era anche quello di fare un paragone tra la teoria delle forme organizzative di aziende sanitarie, alla pratica, che talvolta discosta totalmente dai principi teorici.

Le domande poste durante l'intervista sono state:

1. In seguito all'emergenza sanitaria da Covid-19, com'è cambiata, qualora fosse cambiata, la struttura organizzativa?
2. Come sono state gestite le situazioni di isolamento del personale, il loro turnover, i principi di focolaio, o se si è dovuto ricorrere all'esternalizzazione di alcune attività?
3. C'è stato un aiuto esterno da parte dello Stato, ASL o delle Regioni?
4. Come si è gestita la situazione delle visite ai residenti e la loro campagna vaccinale?
5. In seguito ai cambiamenti, si nota un miglioramento delle performance?

I risultati dell'intervista

Per ovvietà, le interviste integrali non saranno oggetto di riassunto, si rimanda al lavoro completo. In seguito ci sarà una tabella riassuntiva e comparativa.

Mater Dei di Ariccia	RSA Sanatrix Nuovo Elaion di Eboli	Centro Geriatrico Ma.re di Pratola Serra	UILDM Villaggio Guido Scocozza
Rsa con circa 90 posti letto, dimensione medie.	Rsa con 130 posti letto residenziali, 30 posti letto semiresidenziali, dimensione grande.	Rsa con 40 posti letto, 8 per persone in stato vegetativo, dimensione piccola.	Rsa con 20 posti letto, core business anche di tipo solo riabilitativo, dimensione Rsa piccola, della struttura grande.

I cambiamenti più grandi sono stati sulla struttura che passa da un piano adibito a terapia estensiva e due per lungodegenti a tre piani divisi per positivi e negativi, con un piano cuscinetto per evitare il contagio	I cambiamenti più significativi sono stati nella modalità di erogare i servizi assistenziali/riabilitativi che si sono svolti spesso da remoto attraverso la sperimentazione della teleriabilitazione.	I cambiamenti più significativi sono stati nella qualità del servizio offerto, dove i pazienti non hanno potuto beneficiare delle funzioni ricreative classiche, ma svolte da remoto.	I cambiamenti più importanti sono stati nella struttura, con la creazione di stanze ad hoc per l'osservazione di sospetti positivi, ed altre per l'isolamento dei casi confermati.
Miglioramento performance: Sì, soprattutto per la resilienza degli operatori sanitari.	Miglioramento performance: No, i cambiamenti hanno appesantito i carichi di lavoro e peggiorato il servizio offerto.	Miglioramento performance: No, i cambiamenti hanno rallentato i processi di integrazione con l'esterno.	Miglioramento performance: Sì, soprattutto nella professionalità degli operatori e nelle prassi aziendali.

L'intervista fatta porta sicuramente tanti spunti di riflessione riguardo la situazione del servizio assistenziale italiano, i suoi punti di forza e quelli di debolezza. Tutti gli intervistati sono riusciti a portare alla luce molti temi per cui è doveroso fare diverse riflessioni. La prima cosa che vale la pena far emergere dalle testimonianze è il cambiamento organizzativo. In letteratura abbiamo visto cosa c'è dietro alla base del pensiero, si è passati da approcci quasi scientifici a nuove forme organizzative completamente diverse, basate sulle persone, sul pensiero dietro alle persone e soprattutto basate sull'innovazione. Dalle interviste fatte, emerge sicuramente una propensione al cambiamento, che però purtroppo non è basato su scelte prese al fine di migliorare effettivamente delle performance, ma che sono frutto di conseguenze, decreti legge, direttive regionali che hanno imposto dei cambiamenti. Sono stati conseguenza di direttive regionali che hanno obbligato le stesse ed effettuare dei cambiamenti sostanziali. Sicuramente le Regioni e le Asl di competenza provavano in buona fede di porre rimedio alla crisi pandemica cercando di far leva sul distanziamento sociale, cercando di trasformare le strutture in vere e proprie bolle. Il risultato però, salvo il caso unico dell'RSA di Ariccia che è riuscita a trasformare in modo sostanziale il proprio assetto organizzativo portandolo ad essere un punto di forza, è stato quello di influenzate negativamente le RSA. Le direttive hanno obbligato le strutture ad isolarsi dall'esterno, portandole ad essere penalizzate in quanto una parte importante dei loro servizi era basato

su aiuti di personale specializzato esterno. Inoltre, i servizi socio assistenziali hanno come assoluto protagonista la salute del paziente, dunque offrire un'assistenza limitata vuol dire anche andare contro a quello che è un bene della collettività: il diritto alla salute. Ricordiamo che i residenti di queste strutture sono comunque persone fragili, persone con disturbi o disabilità, dunque il loro benessere psico-motorio è di fondamentale importanza. Le visite dei propri cari, i momenti di aggregazione e di contatto sociale con gli altri residenti, sono *step* di grandissima importanza per garantire un'assistenza corretta e un'adeguata riabilitazione. Le situazioni in cui terapisti, animatori, psicologi, non potevano aiutare fisicamente il paziente, ha portato enormi disagi sia alle strutture, inabili a lavorare in totale libertà, nonché ai pazienti, che hanno ricevuto un servizio inefficiente e limitato. Ed è proprio qui il problema. I cambiamenti organizzativi sono i benvenuti nel momento in cui portano a miglioramenti delle performance. Tranne nel caso dell'ultima intervista alla dottoressa Isoldi e al dottor De Leo, gli altri intervistati all'unisono hanno denunciato un abbassamento dei livelli assistenziali. Solo il Villaggio della Solidarietà ha notato un miglioramento che riguarda la professionalità degli operatori, usciti rafforzati da questa emergenza. In linea di massima tutti intervistati erano comunque contenti del fatto che i propri dipendenti abbiano fatto di necessità virtù, soprattutto nei momenti difficili e delicati caratterizzati dalla mancanza del personale, dove oltre agli straordinari hanno dovuto svolgere mansioni non propriamente adeguate ai loro profili. La scelta del campione delle RSA intervistate è stata inoltre fatta per un comune denominatore. Durante la prima fase dell'emergenza, quindi da marzo 2020 a maggio 2020, in nessuna delle strutture intervistate c'è stato un caso Covid accertato. Quindi sono quattro strutture che potremmo definire comunque lodevoli, da portare come esempio, e che hanno fatto del loro meglio per garantire la continuità dei servizi assistenziali, senza intaccare la salute dei pazienti. Un altro punto molto interessante che abbiamo scoperto intervistando le varie strutture, è stata quella della creazione di modi alternativi di offrire assistenza. Si è già parlato nell'elaborato di telemedicina, ed è risultata molto utile in tutte quelle circostanze in cui c'era l'impossibilità di godere della presenza fisica degli operatori. Talvolta anche parlare a telefono con lo psicologo nei momenti di difficoltà, come per le stesse famiglie avere la possibilità di contattare in qualsiasi momento gli operatori al fine di avere news sullo stato di salute dei propri cari, è un punto importante, nonché una buona base su cui ripartire. Altra fattispecie di fondamentale importanza è stata quella sul reperimento dei DPI e dei tamponi. Partendo dal presupposto che tutte le strutture hanno denunciato un problema nel reperire tali strumenti all'inizio dell'emergenza, l'insorgere dei continui approvvigionamenti di mascherine, nebulizzatori, sanificatori e tamponi ha fatto crescere di tantissimo i costi di gestione. Al tempo stesso, le strutture hanno dovuto convivere con un *minor check in* dei residenti, che si traduceva in ricavi sempre minori e convivendo al tempo stesso con nuove direttive regionali che confondevano il *modus operandi* delle strutture. È oggettivamente scandaloso che gli organi sovranazionali impongano determinate regole senza poi mettere a disposizione

gli strumenti o i fondi necessari per attuarle. Infine, e su questo bisogna dare un grande merito allo Stato italiano, tutte le strutture sono riuscite a compiere le vaccinazioni direttamente in residenza, evitando che i propri pazienti dovessero uscire. Ricordiamo che l'Italia in questo momento è in Europa la nazione con la percentuale più alta di vaccinati, e questo ha portato sicuramente enormi benefici. Rispetto allo scorso anno, nonostante un numero molto più elevato di positivi, in Italia c'è un tasso di mortalità da Covid molto più basso. Questi numeri sono sicuramente una diretta conseguenza della magistrale campagna di vaccinazione italiana.

Conclusioni:

Le aziende sanitarie, nella loro concezione attuale, e nella situazione post pandemica, devono ancora fare uno *step* successivo per riuscire ad introdurre nuove modalità per cercare di erogare gli stessi servizi, ma acquisendo vantaggi competitivi. Il settore in questione è purtroppo ancora troppo radicato sui canoni classici. Inoltre il sistema sanitario, ancora con poca implementazione della tecnologia, è basato solo sull'interazione umana tra paziente e operatore socio sanitario. A causa dell'inizio dell'emergenza sanitaria da COVID-19, l'interazione umana, nel modo tradizionale di intenderla, è purtroppo venuta meno. Dunque RSA, ospedali, aziende sanitarie, ecc hanno dovuto fare i conti con cambiamenti radicali nelle modalità di erogare assistenza. Purtroppo le direttive regionali non hanno permesso grandi manovre di innovazione per quanto concerne la gestione degli spazi, soprattutto per la questione legata all'isolamento e alla distanza sociale. Soluzioni come l'idea di una stanza degli abbracci, oppure un'ala ad hoc per gli eventuali positivi, sono ottimi modi per cercare di arginare il problema del contagio, in osservanza delle direzioni Regionali. Nonostante le difficoltà, l'obiettivo di preservare i propri pazienti del rischio contagio, è stato ampiamente raggiunto, e per questo le RSA intervistate sono meritevoli di complimenti. Il nostro elaborato aveva l'obiettivo di analizzare la letteratura aziendale, partendo dalle basi delle forme organizzative tradizionali, fino ad arrivare a quelle più moderne e innovative. Scoprire i nuovi modelli organizzativi del futuro era solo un pretesto per spiegare l'importanza della necessità di una spinta all'innovazione, utile per avere un vantaggio competitivo. In ultima battuta il lavoro è stato basato sulla ricerca di dati qualitativi, cercando anche di dar voce a chi realmente ha vissuto giorni difficili, e che conosce bene questo settore. La tesi poneva le basi sul cercare di capire se determinati cambiamenti organizzativi, anche dettati da necessità normative, abbiano portato benefici e influenzato i livelli di performance assistenziale. Non c'è stata una risposta univoca alla nostra tesi, in quanto per qualcuno i livelli sono calati, mentre per altri effettivamente hanno portato benefici. La cosa più importante era comunque capire come in futuro si possano applicare determinate metodologie e quali implicazioni manageriali possano comportare per garantire la rinascita di un settore che oggi appare privo di idee, ma fondamentale per la sua utilità sociale e collettiva.