

# Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti

**4° Rapporto Osservatorio Long Term Care**



**Università  
Bocconi**

**CERGAS**  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT

 **Egea**

**biblioteca dell'economia d'azienda**



# **Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti**

## **4° Rapporto Osservatorio Long Term Care**



Copyright © 2022 EGEA S.p.A.  
Via Salasco, 5 – 20136 Milano  
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753  
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito [www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: febbraio 2022

ISBN volume 978-88-238-4738-5

*Stampa:* Logo S.r.l. – Borgoricco (PD)

# Indice

<b>Prefazione. Costruire il cambiamento nel settore Long Term Care: cantieri aperti e sfide per il futuro</b> <i>di Massimo Minaudo</i>	9
<b>Introduzione</b> <i>di Elisabetta Notarnicola, Giovanni Fosti ed Eleonora Perobelli</i>	13
<b>Parte Prima</b>	
<b>Il settore socio-sanitario: dati istituzionali; dati dei gestori; esperienza diretta delle famiglie</b>	
<b>1. L'evoluzione della popolazione over65 e la rete formale dei servizi: fabbisogno, utenza in carico e posizionamento dei gestori</b> <i>di Eleonora Perobelli</i>	19
1.1. L'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione over65: il contributo dei sistemi informativi	20
1.1.1. <i>Lo stato di salute degli over65</i>	21
1.1.2. <i>La vita quotidiana degli over65</i>	31
1.1.3. <i>La diffusione di gravi limitazioni tra la popolazione over65</i>	37
1.2. Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: offerta di servizi pubblici e fotografia aggiornata della copertura del bisogno	41
1.2.1. <i>Il sistema socio-sanitario pubblico italiano: servizi, utenti in carico e copertura del bisogno</i>	42
1.2.2. <i>Stima della copertura del bisogno</i>	48
1.3. Il posizionamento dei grandi player del settore	52
1.3.1. <i>La fotografia del Network OLTC</i>	52
1.4. Conclusioni	63
Bibliografia	64

<b>2. La rete informale per la cura: <i>caregiving</i> familiare, ricorso al “badantato”, aspettative delle famiglie verso i servizi</b>	
<i>di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	67
2.1. Il mondo della cura informale: dati e prospettive	67
2.1.1. <i>Le badanti: numero e profilo</i>	67
2.1.2. <i>Il caregiving familiare</i>	71
2.2. La relazione tra famiglie e servizi di Long Term Care	72
2.2.1. <i>Il punto di vista di chi non ha ancora fatto esperienza diretta</i>	73
2.2.2. <i>Il punto di vista di chi è già fruitore dei servizi</i>	78
2.3. Cosa ci dicono i dati sulla cura informale e sulle aspettative delle famiglie?	80
Bibliografia	80

## Parte II

### La reazione a Covid-19 e i cambiamenti nel settore

<b>3. Il post-pandemia: quali sfide rimangono aperte per i gestori?</b>	
<i>di Andrea Rotolo</i>	85
3.1. Dove ci eravamo lasciati: principali sfide e priorità emerse durante il 2020	85
3.1.1. <i>Le sfide più urgenti per il settore</i>	85
3.1.2. <i>Le priorità per il futuro</i>	88
3.2. Ripercussioni gestionali, di policy e temi aperti nel 2021	89
3.2.1. <i>Quanto sono ancora attuali le sfide 2020?</i>	89
3.2.2. <i>Quale reazione alle sfide 2020?</i>	92
3.3. Presente e futuro del settore, le priorità di intervento che emergono	97
Bibliografia	98
<b>4. Cantieri aperti: i gestori del settore alla prova dell'innovazione</b>	
<i>di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	99
4.1. Metodo e rationale della raccolta di casi studio	99
4.2. Quattro cantieri aperti	100
4.2.1. <i>Rafforzare l'organizzazione</i>	101
4.2.2. <i>Nuovi modelli di servizio</i>	103
4.2.3. <i>Tecnologia nella cura</i>	106
4.2.4. <i>Target: Alzheimer e demenze</i>	108
4.3. Quali elementi facilitano e quali ostacolano l'avvio di progettualità e sperimentazioni?	112
4.3.1. <i>Una survey OLTC: metodo e descrizione</i>	114
4.3.2. <i>Risultati attesi</i>	115
4.3.3. <i>Fattori facilitanti</i>	116

4.3.4. <i>Fattori ostacolanti</i>	119
4.4. Che cosa abbiamo capito dai casi OLTC?	121
Bibliografia	122
<b>5. Cantieri aperti: le sperimentazioni</b>	
<i>di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	125
5.1. Rafforzare l'organizzazione	127
5.2. Nuovi modelli di servizio	146
5.3. Tecnologia nella cura	163
5.4. Target: Alzheimer e demenze	177
<b>Parte III</b>	
<b>Le sfide aperte per il settore</b>	
<b>6. Il fattore critico personale: stato dell'arte, implicazioni di policy e gestionali</b>	
<i>di Elisabetta Notarnicola</i>	189
6.1. Il personale e le specificità del comparto socio-sanitario: multi-professionalità, esternalizzazioni e assenza di una identità settoriale	189
6.2. Alcuni numeri circa le professioni assistenziali nel settore LTC in Italia	191
6.3. 2021: l'esplosione della crisi del personale	193
6.3.1. <i>L'esperienza OLTC: esiti di una survey</i>	194
6.3.2. <i>Analisi della carenza strutturale di personale</i>	196
6.3.3. <i>Strategie attuate</i>	197
6.4. Piste di lavoro e possibili soluzioni	200
6.4.1. <i>Aumentare il numero degli operatori disponibili</i>	200
6.4.2. <i>Modificare il mix di figure professionali</i>	200
6.4.3. <i>Rimodulazione dei servizi</i>	201
6.4.4. <i>Un gioco di squadra</i>	201
Bibliografia	201
<b>7. Criticità e opportunità nel settore LTC italiano: proposte di innovazione per gestori dei servizi e regolatori del sistema</b>	
<i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo</i>	203
7.1. La LTC in Italia: sintesi dei dati disponibili e della fotografia del settore	203
7.2. Un commento circa la disponibilità e l'utilizzo di dati a supporto delle politiche pubbliche e delle strategie dei gestori	206
7.3. Le innovazioni dei provider	207

7.4. Gap tra domanda e offerta di personale sanitario e medico nel settore LTC	208
7.5. Politiche pubbliche e strategie dei gestori per sostenere le innovazioni del settore	208
<b>Gli Autori</b>	213

## *Prefazione*

# **Costruire il cambiamento nel settore Long Term**

## **Care: cantieri aperti e sfide per il futuro**

*di Massimo Minaudo\**

La quarta edizione del Rapporto Osservatorio Long Term Care, frutto della collaborazione pluriennale tra Essity e il gruppo di ricerca sui servizi sociali e socio-sanitari del CERGAS SDA Bocconi, è stata sviluppata in un momento storico di grande complessità per il settore anziani in Italia. La pandemia non può dirsi conclusa ma certamente è entrata in una fase molto diversa da quanto vissuto nel 2020. Gli impatti sulla vita di tutti i cittadini sono ancora notevoli, ma ancora di più per tutte le persone coinvolte (come gestori, lavoratori, fruitori) nel funzionamento dei servizi per anziani. Continuiamo quindi ad osservare come la pandemia cambi il nostro mondo, e con lui le aspettative circa i servizi, i bisogni a cui dare risposta, le regole che fanno da cornice alle nostre azioni ma anche, molto concretamente, cosa accade dentro ai servizi.

Spirito dell'Osservatorio e del suo Rapporto è stato sempre di dar voce alle aziende che operano nel settore e ai loro manager, così è stato anche nel 2021. La volontà era di raccogliere dai diretti interessati la testimonianza di quanto stiano vivendo e agendo, al di fuori della retorica di sistema che ci racconta un settore ancora immobile e in attesa di una grande riforma dopo l'onda travolgente di Covid-19. Così non è: le attività di ricerca hanno mostrato un settore ricco di "cantieri aperti", attivo e pronto a contribuire rispetto alle tante iniziative di ripartenza (PNRR e altre piste di innovazione), desideroso di trovare soluzioni, combattivo di fronte agli elementi di crisi che si sono esacerbati dopo il 2020. Per valorizzare questi elementi il Rapporto nella 4° edizione ha mantenuto elementi di continuità rispetto al passato ma anche di profonda innovazione. Da un lato si è proseguito nell'attività di raccolta e sistematizzazione dei dati avviata già dalla prima edizione: comprendere lo scenario di riferimento è base di partenza veder crescere i "cantieri

---

\* Country Manager Italy, Essity Italy.

aperti” e indirizzarne di nuovi. Come nel 2020, si portano anche dati raccolti direttamente dall’interlocuzione con famiglie e anziani, in questo caso riguardanti le percezioni e le attitudini circa il settore LTC. Cosa pensano le famiglie del tema non autosufficienza? Che idea è rimasta loro dei servizi e dei gestori? Comprimerlo è fondamentale per organizzare le risposte dei gestori stessi e individuare spazi di miglioramento o investimento. Il Rapporto da delle indicazioni molto precise in merito e offre uno spaccato inedito circa il punto di vista dei cittadini. Altro elemento di continuità rispetto al passato ma allo stesso tempo innovazione, riguarda lo spazio dedicato alle aziende del settore. Il nostro Osservatorio non potrebbe esistere senza il prezioso contributo dei più rilevanti gestori italiani: come negli anni passati questi si sono prestati a fornire dati e punti di vista su quanto stanno vivendo. Per la prima volta però hanno dato anche le loro storie per costruire questo Rapporto. Presentiamo, infatti 24 casi di innovazione concreti e reali in quanto avviati dalle aziende parte del network. Il Rapporto è diventato così nel 2021 anche un luogo virtuale di condivisione e valorizzazione di tutti gli investimenti fatti dai gestori, con lo scopo di condividere buone pratiche e risultati e indirizzare anche altri operatori. Questo vale ancora di più perché il Rapporto non solo punta a diffondere queste esperienze, raccontandole e analizzandole, ma indaga anche le condizioni di successo o fallimento delle esperienze stesse, in modo da ragionare sulle loro replicabilità e diffusione. Tra le condizioni da verificare diversi temi riguardano la gestione del personale. Questo tema, insieme all’analisi del momento storico di crisi che si sta vivendo nel settore, è stato oggetto di uno specifico approfondimento: si è riconosciuto che il personale è nel mondo anziani fattore critico di successo e si è voluto portare il tema nel dibattito, non tanto per alimentarlo quanto piuttosto per dare una lettura manageriale delle problematiche e supportare nella ricerca di soluzioni.

I diversi temi del Rapporto sono uniti da un filo rosso, che sottotraccia attraversa tutti i capitoli. Quale deve essere il posizionamento strategico dei gestori? E ancora: ha ancora senso parlare di posizionamento strategico del singolo o bisognerebbe iniziare a promuovere una strategia di settore? Di fronte a una società e bisogni che cambiano e consapevoli che le famiglie non ritengono oggi i gestori del settore loro punto privilegiato di riferimento (Capitoli 1 e 2) come dovrebbero ripensarsi le aziende e come possono fare per conquistare una posizione più vicina alle famiglie? Rispetto ai “buchi” lasciati da Covid-19 è pensabile che i singoli riescano a trovare soluzioni o le difficoltà gestionali, finanziarie (Capitolo 3) e legate al personale (Capitolo 6) devono essere rapportate a logiche di rete tra soggetti diversi? È possibile mettere a sistema le innovazioni lavorando singolarmente o serve una massa critica maggiore per avere una azione incisiva sul sistema (Capitolo 4 e 5)? Tutti questi elementi ci portano ad una riflessione sui rapporti di collaborazione e competitività tra aziende nel settore LTC inducendoci a una riflessione su come

creare una rete più forte tra i gestori e quindi una consapevolezza collettiva maggiore. Obiettivo dell'Osservatorio e del Rapporto che ne consegue è soprattutto questo: non solo produrre dati ed evidenze, ma offrire occasioni, sia concrete che di conoscenza, per stimolare una cultura e una identità di settore nel mondo LTC.



# Introduzione

*di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli*

Il Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) riparte nel 2021 là dove si era chiuso nel 2020. La pandemia Covid-19 e le criticità intrinseche del settore socio-sanitario italiano sono state la base per gli addetti ai lavori per avviare una riflessione su cosa andasse salvato e cosa invece cambiato in un settore che più di altri ha sofferto durante il 2020 a livello di sistema, di singole aziende e di professionisti. Se il 2020 era stato l'anno dell'emergenza, al di là di ogni retorica possiamo dire che il 2021 è stato l'anno della consapevolezza. L'esperienza vissuta in 12 mesi di pandemia tra prima e seconda ondata hanno condensato eventi ed esperienza manageriale (direttamente vissuta) che pochi possono dire di aver visto in una carriera intera. Questo è stato da un lato, altamente impattante, ma dall'altro anche un catalizzatore di cambiamenti e processi di rinnovamento. Non possiamo dire invece che questo processo sia terminato, anzi, probabilmente è appena cominciato. Le condizioni di contesto, le caratteristiche di sistema e delle organizzazioni coinvolte, il sistema economico italiano, sono tali per cui il cambiamento travolgente che potenzialmente poteva arrivare dopo un periodo di grande crisi non si è ancora manifestato. Volendo usare un'immagine, potremmo dire che Covid-19 è stato una miccia che ha innestato un motore diesel che sta partendo piano piano.

Il Rapporto OLTC è stato ispirato proprio da queste considerazioni: sappiamo che niente è più come prima e che il 2020 ha offerto grande punto di ripartenza, ma sappiamo anche che il cambiamento non arriverà tutto in una volta. Obiettivo del Rapporto è stato allora quello di osservare i "cantieri aperti", i segnali attivati su diversi fronti. Nel farlo, non è stato tradito lo spirito costitutivo di OLTC: dare voce ai servizi e ai loro gestori. La chiave di lettura adottata trasversalmente a tutte le tematiche toccate è stata quindi proprio questa: chiedersi sempre che cosa questi cantieri implicino per le aziende del settore e che ruolo queste stiano giocando o potrebbero giocare.

Il Rapporto attraversa tre diverse macro-tematiche. La prima è quella della lettura dei dati e delle caratteristiche della popolazione di riferimento. Covid-19 ha portato l'epidemiologia nel linguaggio quotidiano e ha insegnato in

modo molto democratico la valenza del dato ma soprattutto di quanto sia fondamentale avere policy e scelte radicate profondamente e consapevolmente in una lettura aggiornata della realtà. Il Rapporto propone quindi una lettura di sistema del settore LTC in Italia ma lo fa integrando le nuove rilevazioni Istat sui profili di salute. Questo non implica solamente e semplicemente di aggiornare alcuni dati, ma determina un vero e proprio cambio di paradigma. Infatti, proprio nel 2021, è stata proposta da Istat una visione di non autosufficienza e di profilatura della popolazione anziana diversa dal passato, che ha delle ripercussioni sul modo in cui intendiamo il sistema LTC e anche sui dati che possono essere usati dai policy makers e dagli addetti ai lavori. Si aggiunge in questo Rapporto anche il tentativo di integrare ai dati sulla popolazione e sul sistema formale anche quelli sul sistema informale e sulle percezioni delle famiglie. Lo scopo è quello di dare evidenza ad una componente fondamentale del settore, senza la quale questo non può dirsi pienamente descritto, ma anche di dare voce ai diretti destinatari. Le attività di ricerca di OLTC per questa macro-tematica hanno riguardato la messa a sistema di dati amministrativi e da fonti istituzionali e scientifiche, oltre ad una survey estensiva a un campione di famiglie. Questo conferma lo sforzo fatto negli anni (dal 2018, 1° edizione) con questo Rapporto di raccogliere le fonti più significative, ma conferma anche la necessità impellente di sfruttare le lezioni apprese da Covid-19 per promuovere la nascita di un sistema informativo nazionale riguardante la LTC. Non è possibile oggi dire che ci sia già un cantiere aperto su questo fronte, ma lo si auspica a gran voce.

La seconda macro-tematica riguarda le iniziative di innovazione nate dal basso, appunto dai gestori. Si diceva più sopra che si sono osservati diversi cambiamenti e in questo caso dei veri e propri cantieri aperti su più fronti. Nel lavoro diretto con i principali provider del settore, membri di OLTC, sono state monitorate tutte le iniziative più significative di innovazione e cambiamento per cogliere i trend partiti dal basso. I 24 casi che sono stati così raccolti mostrano delle vere e proprie aree di lavoro intorno a quattro cantieri, quattro segnali ben precisi, per ognuno dei quali si è fatta una attività di ricerca approfondita sui modelli applicati e sulle condizioni di sostenibilità. L'obiettivo di questa parte della ricerca era dare evidenza di quanto stia già cambiando, mostrando come il livello dei servizi si muova più rapidamente del livello delle policy e di quanto al livello locale (non inteso come istituzioni ma come territorio) sia stato più reattivo del livello nazionale. I metodi usati hanno riguardato l'utilizzo di survey e la costruzione di casi studio.

La terza macro-tematica affrontata è quella delle condizioni organizzative per il cambiamento, con un focus particolare sul tema del personale. Come si può parlare di cantieri aperti se non si verifica che le organizzazioni protagoniste siano nelle condizioni di agire il cambiamento? Il 2020 e Covid-19 hanno la-

sciato una eredità pesante rispetto alla sostenibilità economica, ai modelli organizzativi e di risk management implementati e, non da ultimo, rispetto alla gestione dei professionisti. Quali sono stati gli impatti per le singole organizzazioni e in che modo si sono attrezzate per superare le criticità? Rispetto a questi temi si è voluto dare una chiave di lettura manageriale per mostrare che, ancora prima di grandi interventi lato politiche (che comunque sono auspicabili ed auspicati) è necessario chiedersi cosa può cambiare lato servizi e lato aziende. Se la sostenibilità economica è compromessa, come attivarsi per raggiungerla o per mantenerla? Se i modelli organizzativi sono onerosi e rigidi, come modificarli? Se il personale è una risorsa scarsa, come valorizzarla e attivare nuove energie? Anche in questo caso si è cercato sia di fornire evidenze precise ma anche di dare spunti e suggestioni per azioni future. I metodi di ricerca utilizzati comprendono survey ai gestori membri di OLTC e interviste.

Queste tre macro-tematiche e il tema dei cantieri aperti si incrociano nei diversi Capitoli del rapporto. In particolare, nel Capitolo 1 si illustrano i dati aggiornati sul sistema LTC e si spiega in che modo la nuova interpretazione di non autosufficienza introdotta da Istat contribuisce ad una lettura più precisa del fenomeno. Nello stesso capitolo si mostrano anche i dati sui gestori ed in particolare sull'impatto economico e di performance di servizio di Covid-19. Nel Capitolo 2 si introduce il tema della cura informale e si dà voce alle famiglie, raccontando che tipo di aspettative hanno circa il settore LTC. Si adotta poi la prospettiva dei gestori raccontando prima (Capitolo 3) in che modo hanno superato il 2021 con la terza ondata di Covid-19; illustrando poi (Capitolo 4) i quattro cantieri aperti e in che modo questi stanno plasmando il settore, anche spiegando quali sono state le condizioni che hanno permesso questi cambiamenti; entrando infine (Capitolo 5) nel dettaglio delle innovazioni implementate. Il Capitolo 6 è dedicato al tema del personale, partendo dal dato oggettivo della scarsità di alcune figure per discutere di ragioni e strategie di soluzione di questo fenomeno. Il Capitolo 7 propone alcune considerazioni finali.

Potendo beneficiare del rapporto privilegiato con i gestori, il Rapporto porta direttamente la loro esperienza e lo fa dandovi voce direttamente grazie alla partecipazione ai lavori di OLTC di un nutrito gruppo di enti (Tabella 1) che generosamente e preziosamente partecipano alle attività di ricerca. A tutti loro va il nostro ringraziamento.

**Tabella 1. Aziende partecipanti ai lavori di ricerca 2021**

ASP Città di Bologna	Gruppo Korian
ASP Distretto di Fidenza	KOS Care SrL
ASP Golgi Redaelli	Orpea Italia
ASP Progetto Persona	Zaffiro CentroSud
AltaVita Istituzioni Riunite di Assistenza	Aurora Domus Cooperativa Sociale
I.S.R.A.A. Treviso	Cidas Cooperativa Sociale
I.P.A.V. Venezia	Domus Assistenza Società Cooperativa So-
Fondazione Casa Cardinale Maffi	ciale
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	Gulliver Cooperativa Sociale
Fondazione Maddalena Grassi	Punto Service Cooperativa Sociale
Fondazione Opera San Camillo	Società Dolce Società Cooperativa
Fondazione Sacra Famiglia Onlus	Pro.Ges Cooperativa Sociale
Emmaus SpA	Gruppo S.P.E.S.

## **Parte Prima**

**Il settore socio-sanitario: dati  
istituzionali; dati dei gestori;  
esperienza diretta delle famiglie**



# **1. L'evoluzione della popolazione over65 e la rete formale dei servizi: fabbisogno, utenza in carico e posizionamento dei gestori**

*di Eleonora Perobelli*

Nel 2020, quasi un cittadino italiano su quattro ha più di sessantacinque anni, e l'età media è salita a 46 anni (Istat, 2021a). L'invecchiamento della popolazione è divenuto strutturale, visto quello che appare come un declino inarrestabile delle nascite: il 2020 registra infatti due primati poco invidiabili nella storia demografica del nostro Paese, il minimo delle nascite e il massimo dei decessi, rispettivamente pari a 7 neonati e 13 decessi ogni mille abitanti (Istat, 2021a).

Pur essendo una coorte di popolazione significativa, e che lo sarà ancor di più in futuro, la conoscenza e la rappresentazione del mondo anziani nelle fonti ufficiali, nei media e nel dibattito pubblico risulta sovente limitato ad una dimensione assistenziale e stigmatizzante (si veda in proposito Rotolo e Donati, 2021). In realtà dietro l'etichetta "anziano" coesistono fasi evolutive e di bisogno molto distinte, che richiedono uno sforzo di rappresentazione qualitativa e quantitativa che sia in grado di tenerne conto. Una maggiore conoscenza del bisogno è essenziale per un'adeguata programmazione e progettazione dei servizi, oltre che per valutare l'effettiva capacità della rete di welfare di soddisfare le esigenze della popolazione e per individuare vuoti di offerta su cui innestare nuove soluzioni.

A partire da queste premesse, il Capitolo propone (par. 1.1) una disamina di alcuni indicatori relativi ai bisogni di salute della popolazione anziana e alle determinanti degli stessi basati su un importante aggiornamento<sup>1</sup> dell'indagine Istat di riferimento. Il successivo paragrafo 1.2 aggiorna la tradizionale mappatura circa i dati di offerta pubblica di servizi per anziani non autosufficienti, utenza in carico e fabbisogno tra la popolazione; mentre la sezione 1.3 completa la rappresentazione del settore portando la prospettiva dei gestori dei servizi,

---

<sup>1</sup> L'edizione precedente della rilevazione era stata pubblicata nel 2015, con anno di riferimento dei dati 2013.

con un approfondimento dell'impatto economico-finanziario della pandemia sulla sostenibilità economica degli enti. Infine, il paragrafo 1.4 tira le fila dei principali punti di attenzione emersi nel Capitolo.

### **1.1. L'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione over65: il contributo dei sistemi informativi**

In ottemperanza alla disciplina europea<sup>2</sup>, Istat promuove in Italia l'indagine europea sulla salute (Ehis), condotta in tutti gli Stati membri con l'obiettivo di costruire indicatori di salute comparabili a livello comunitario rispetto alle condizioni di salute, il ricorso ai servizi sanitari e le determinanti di salute tra la popolazione di età superiore ai 65 anni.

I risultati dell'edizione 2019 sono stati pubblicati da Istat a luglio 2021 nel report "Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019", e non colgono gli impatti della pandemia da Covid-19, perché successiva alla raccolta dati. La rilevazione si basa su interviste condotte tra un campione rappresentativo di 22.800 famiglie residenti e offre uno spaccato significativo circa i bisogni sanitari e socio-sanitari degli over65.

Ai fini del presente Rapporto, i dati Istat sono stati ricondotti a tre aree di interesse<sup>3</sup>, descritti nei paragrafi seguenti:

1. Lo stato di salute, con particolare riferimento alla presenza di una o più malattie croniche gravi e all'accesso (o rinuncia) a servizi sanitari;
2. La gestione della vita quotidiana, approfondendo le attività di cura della persona (ADL), le attività domestiche (IADL) e le difficoltà legate alla gestione della mobilità per motivi di salute;
3. La diffusione di gravi limitazioni funzionali, con l'aggiornamento della tipologia di limitazioni rilevate e della prevalenza sul territorio. Questo dato verrà poi utilizzato per la stima della popolazione anziana non autosufficiente (*cfr* par. 1.2).

Per tutti i tre filoni sarà proposto, ove possibile e significativo, un affondo sulle determinanti territoriali, di genere, età, scolarità e reddito dei fenomeni descritti.

Prima di procedere, preme sottolineare la distinzione qui proposta tra cronicità e non autosufficienza, spesso utilizzate come sinonimi nel dibattito pub-

---

<sup>2</sup> Regolamento (UE) 2018/255 della Commissione, del 19 febbraio 2018, che attua il regolamento (CE) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le statistiche basate sull'indagine europea sulla salute condotta mediante interviste (EHIS).

<sup>3</sup> Istat propone ulteriori possibilità di approfondimento, che tuttavia esulano dallo scopo di questo lavoro. Per maggiori dettagli si rimanda alla rilevazione completa: <https://www.istat.it/it/archivio/259588>

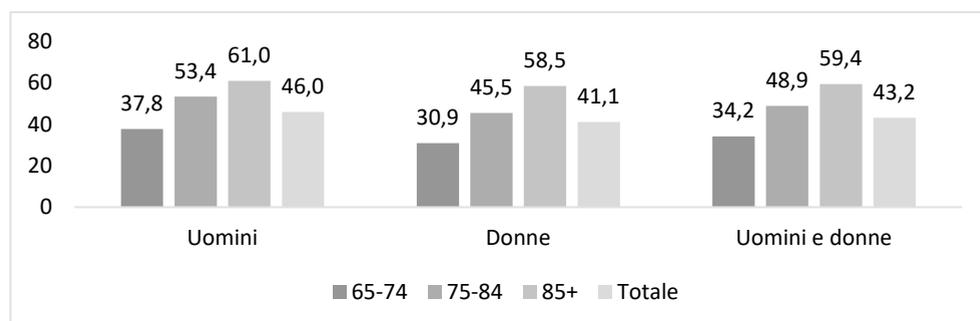
blico, che tuttavia attengono a due condizioni spesso coincidenti, ma non perfettamente sovrapponibili. La malattia cronica ha indubbiamente un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali e sulla qualità della vita, ma non necessariamente al punto di minare l'autosufficienza degli individui. Quando parliamo di non autosufficienza, il riferimento è a ciò che Istat denomina “gravi difficoltà nelle attività funzionali di base”, o ancora “gravi limitazioni motorie, sensoriali o cognitive”, ossia condizioni che compromettono in maniera significativa le capacità individuali (*cf* par. 1.1.3 per una definizione più puntuale). L'auspicio per il futuro è che i sistemi informativi vengano raffinati al punto di fornire una rilevazione che permetta di identificare i soggetti sia cronici che con gravi limitazioni nelle attività funzionali di base: fino ad allora, si ritiene più prudente mantenere una distinzione tra i due insiemi.

### 1.1.1 Lo stato di salute degli over65

#### Differenze territoriali, di genere, età, scolarità e reddito

Nel 2019, più di un anziano su due – il 52%, circa 7 milioni di over65 – dichiara di avere almeno tre patologie croniche. La presenza di almeno una cronicità grave risulta più marcata tra gli uomini in tutte le fasce di età (Figura 1.1), con un picco del 61% tra le persone di età superiore agli 85 anni; mentre la multimorbilità è più diffusa tra le donne (Figura 1.2), a prescindere dall'età. Si segnala in particolare come tra quasi il 70% delle donne over85 dichiarati di avere più di una patologia cronica grave, contro il 60% degli uomini della stessa fascia di età.

**Figura 1.1. Persone over65 per presenza di almeno una malattia cronica grave, dettaglio per classe di età e genere. Valori espressi in percentuale**

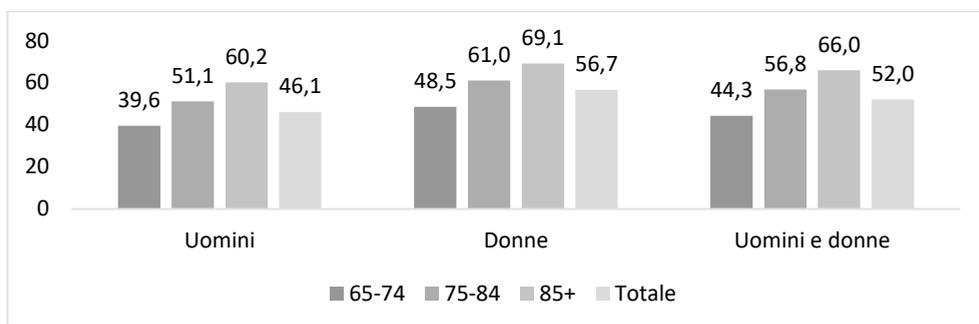


Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Al dato anagrafico e di genere si aggiungono altri fattori che risultano correlati a una maggiore o minore presenza di cronicità nella popolazione over65: la regione di provenienza, il titolo di studio e il quintile di reddito di appartenenza.

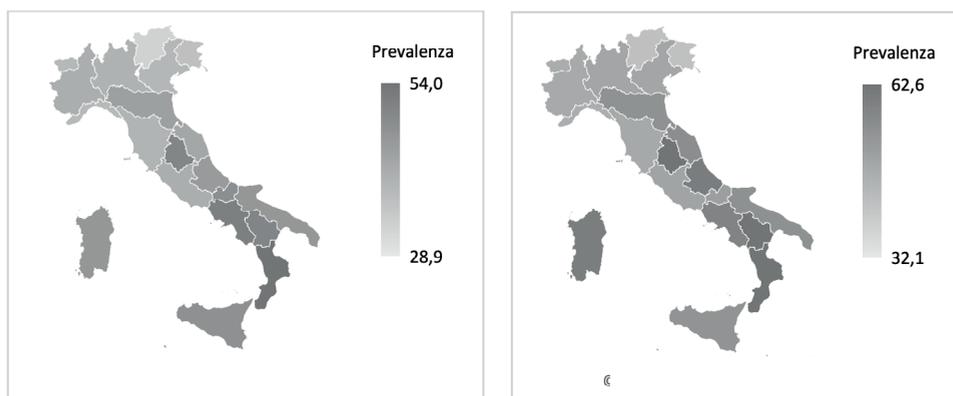
L'indagine restituisce il quadro di un Paese diviso in due rispetto a tutte le variabili sopra citate. In termini territoriali, esiste una differenza siderale tra chi dichiara di avere almeno una patologia cronica grave al Nord e al Sud Italia, spaziando dal 28,9% degli over65 della Provincia Autonoma di Bolzano e il 54% della Calabria (Figura 1.3, a sinistra). La forbice si allarga ulteriormente nel caso della multimorbilità, dichiarata dal 62,6% degli over65 campani, il doppio rispetto al 32,1% emerso nella Provincia Autonoma di Bolzano (Figura 1.3, a destra). La spaccatura territoriale è evidente e in linea con le rilevazioni sulla speranza di vita in buona salute a 65 anni, che segnalano divari importanti tra le diverse aree del Paese (Ardito et al., 2021).

**Figura 1.2. Persone over65 per presenza di multimorbilità, dettaglio per classe di età e genere. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

**Figura 1.3. Persone over65 per presenza di almeno una malattia cronica grave (a sinistra) e di multimorbilità (a destra), dettaglio per regione. Valori espressi in percentuale**

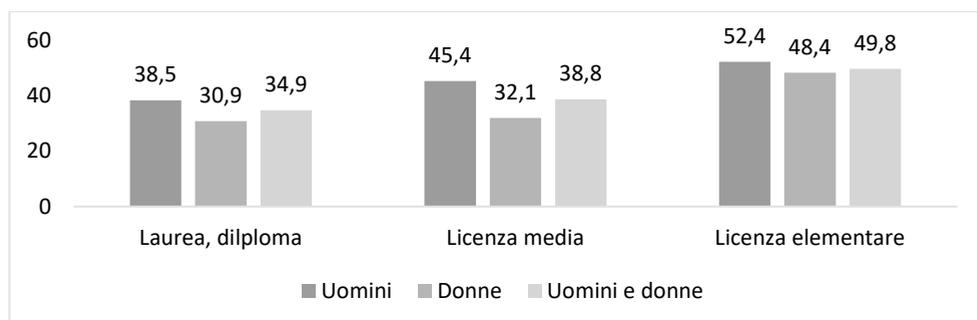


Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Risultano altrettanto preoccupanti le variazioni circa la presenza di cronicità per titolo di studio e quintili di reddito, che grazie al livello di dettaglio fornito da Istat possono essere rappresentati anche in relazione al genere dei rispondenti.

In primo luogo, la presenza di almeno una patologia cronica grave risulta maggiore tra i soggetti con titoli di studio di grado inferiore (Figura 1.4): tra chi ha conseguito la licenza elementare, un soggetto su due dichiara la presenza di almeno una malattia cronica, contro il 35% dei soggetti laureati. Le differenze di genere emergono anche in questo caso (Figura 1.4), seppur in termini di prevalenza, mantenendo immutato il messaggio di fondo: il 52,4% degli uomini con licenza elementare dichiara una cronicità contro il 48,4% delle donne; di contro, il 30,9% delle donne laureate segnala una patologia grave, contro il 38,5% dei laureati uomini.

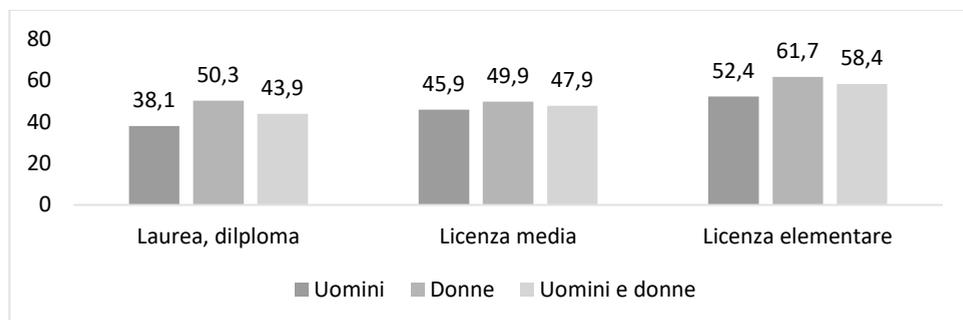
**Figura 1.4. Persone over65 per presenza di almeno una malattia cronica grave, dettaglio per genere e titolo di studio. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Dinamiche simili valgono anche per la presenza di multimorbilità (Figura 1.5), dichiarata dal 58,4% dei soggetti con licenza elementare. Tuttavia, in questo caso sono le donne a registrare una maggiore compresenza di più patologie: 61,7% contro il 52,4% degli uomini. Cresce la presenza di più malattie croniche anche tra soggetti laureati, segnalato da una donna su due, contro il 38,1% degli uomini.

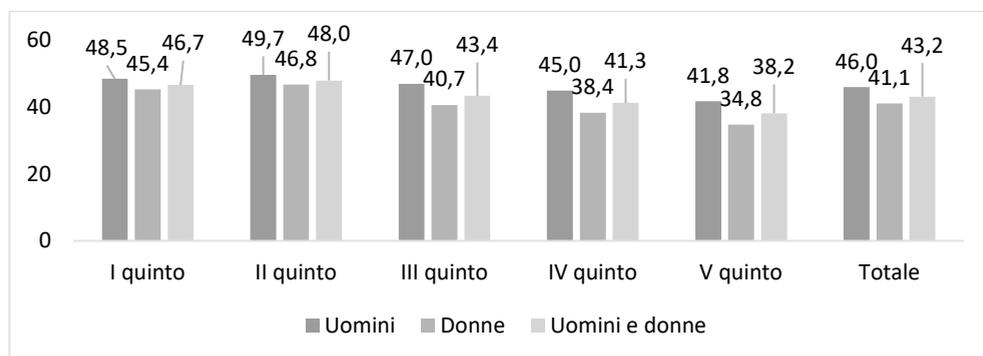
**Figura 1.5. Persone over65 per presenza di multimorbilità, dettaglio per genere e titolo di studio. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

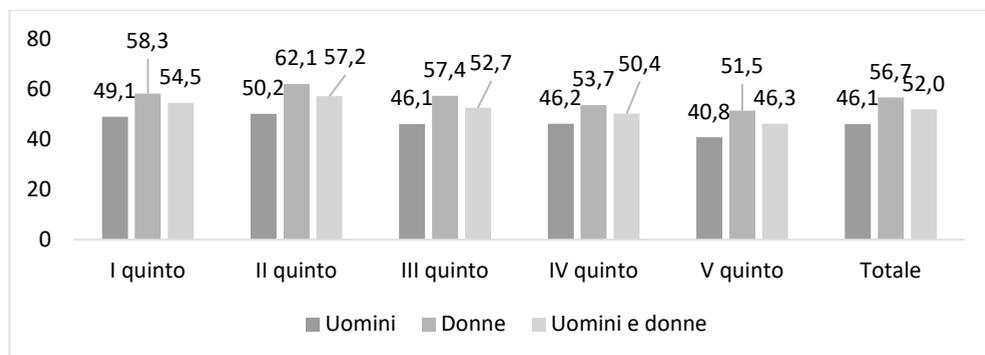
Considerando il reddito, i dati suggeriscono come la presenza di cronicità sia più diffusa tra soggetti che appartengono ai quinti<sup>4</sup> più bassi, con una diminuzione progressiva della prevalenza man mano che la disponibilità economica aumenta (Figura 1.6 e Figura 1.7).

**Figura 1.6. Persone over65 per presenza di almeno una malattia cronica grave, dettaglio per genere e quinto di appartenenza. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

<sup>4</sup> Il primo quinto comprende il 20 per cento delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20% di famiglie con i redditi più alti.

**Figura 1.7. Persone over65 per presenza di multimorbilità, dettaglio per genere e quinto di appartenenza. Valori espressi in percentuale**

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

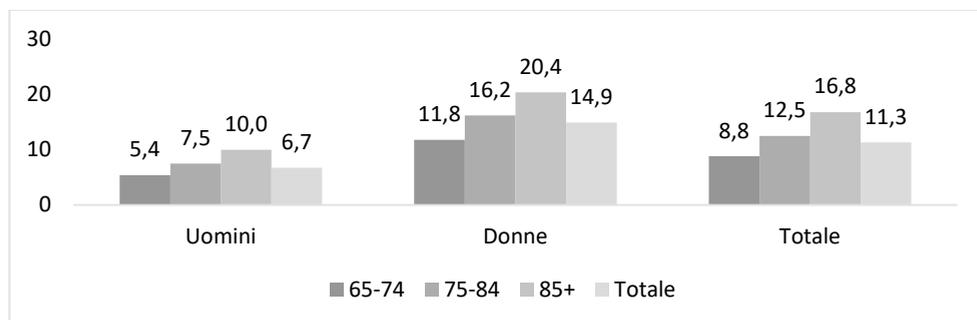
In particolare, il quinto in cui si registra maggiore presenza di una o più patologie croniche è il secondo, ossia quello delle famiglie con reddito medio-basso, seguito dal I° quinto e in ordine crescente dai rimanenti. Il 38,2% dei soggetti più benestanti dichiarano una patologia cronica grave, dieci punti percentuali in meno del 48% tra i soggetti con reddito medio-bassi. Similmente, il 46% dell'ultimo quinto dichiara la presenza di più patologie, contro il 57,2% del secondo quinto. Anche in questo caso si evince come la presenza di almeno una malattia sia più diffusa tra gli uomini a prescindere dal quinto di appartenenza (Figura 1.6), mentre la multimorbilità colpisce maggiormente le donne (Figura 1.7).

### La salute mentale

Due sono gli indicatori di salute mentale qui proposti, depressione e demenze senili, e in entrambi i casi emerge come le donne grandi anziane (over85) siano le più fragili da questo punto di vista.

La patologia mentale più diffusa è la depressione, presente nell'11,3% dei rispondenti, con una maggiore incidenza tra le donne in tutte le classi di età (Figura 1.8), che raggiunge il picco del 20,4% tra le over85, il doppio rispetto agli uomini della stessa fascia di età. Tra gli anziani che dichiarano forme depressive, circa due su tre (64,8%) presentano multimorbilità gravi: la quota raggiunge l'81,6% tra gli uomini over85.

**Figura 1.8. Persone over65 con depressione, dettaglio per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale**

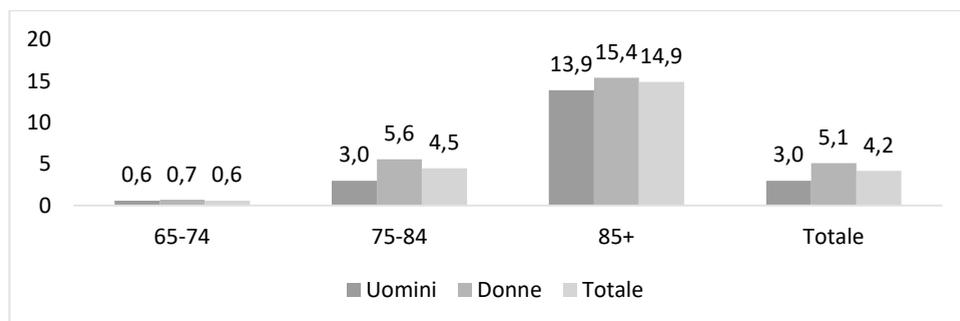


Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Anche le demenze senili risultano più diffuse tra le donne (5,1% delle over65 contro il 3% degli uomini), con marcate differenze per fasce di età (Figura 1.9): si passa infatti dalla presenza di queste patologie tra lo 0,7% delle donne tra i 65 e i 74 anni al 15,4% tra le grandi anziane. La stessa crescita vertiginosa di prevalenza si registra anche tra gli uomini, seppur in misura più ridotta (da 0,6% a 13,9% rispettivamente).

Infine, nelle regioni del Nord la prevalenza della depressione è più bassa rispetto al Mezzogiorno (Tabella 1.1), e Istat segnala come la compresenza al Sud dei tassi più alti di cronicità grave e multimorbilità confermi la forte associazione tra depressione e cronicità.

**Figura 1.9. Persone over65 con Alzheimer, demenze senili, dettaglio per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

**Tabella 1.1. Persone over65 con depressione, Alzheimer o demenze senili dichiarate, dettaglio per area geografica. Valori espressi in percentuale**

Patologia	Nord	Centro	Sud e Isole	Italia
Depressione	9,5	11,2	14,0	11,3
Alzheimer, demenze senili	3,5	3,7	5,4	4,2

L'indagine ha poi provato a identificare la quota di rispondenti che avesse riscontrato disturbi depressivi nelle due settimane precedenti all'intervista, distinguendo tra depressione maggiore, la più grave, e altri disturbi depressivi. Il 5,4% degli anziani coinvolti aveva sperimentato episodi di depressione maggiore, con una punta del 16,6% tra gli over85. Anche in questo caso la prevalenza tra le donne è quasi doppia rispetto agli uomini (6,9% rispetto 3,4%) e cresce con l'età: tra le over75 raggiunge l'11,3% (5,5% fra gli uomini).

#### **Accesso (o rinuncia) ai servizi**

L'ultimo approfondimento proposto in questa sede circa lo stato di salute della popolazione anziana riguarda l'accesso ai servizi specialistici e prestazioni sanitarie nei 12 mesi precedenti all'intervista, oltre a una disamina delle casistiche in cui gli anziani hanno rinunciato agli stessi. A differenza delle sezioni precedenti, il riferimento qui è a tutti gli over65, non solamente a chi dichiara la presenza di una o più patologie croniche gravi.

Dai dati (Tabella 1.2) emerge come quasi il 14% dei rispondenti sia stato sottoposto ad un ricovero ospedaliero, con picchi del 21,3% tra gli over85 residenti nel Nord Italia. Si evince inoltre una differenza di genere: gli uomini ricoverati sono il 15,7%, contro il 12,5% delle donne over65.

Il 90% si è rivolto al medico di medicina generale, con limitata variabilità territoriale e anagrafica, mentre sono le donne a ricorrervi maggiormente (90,9% vs 80,5% tra gli uomini). Si registra invece una differenza territoriale nel ricorso a medici specialisti e ad accertamenti specialistici, più diffusi nel Nord Italia (67 e 54% rispettivamente) rispetto a Sud e Isole (dove vi si sono rivolti il 64 e il 44% dei rispondenti). Anche l'assunzione di farmaci è più diffusa nel Nord Italia, dove dichiarano di averne fatto uso su prescrizione di un medico il 66% degli over 65, contro il 63% del Centro e il 61% del Sud e delle Isole. Le donne sono maggiori consumatrici di farmaci su prescrizione (66,6% vs 61% degli uomini).

**Tabella 1.2. Persone over65 che negli ultimi 12 mesi si sono rivolti ai servizi sanitari per tipo di servizio, e area geografica, valori percentuali**

		Ricovero ospedaliero	Medico di famiglia	Medici specialisti	Accertamenti specialistici	Psicologo, psicoterapeuta, psichiatra	Professionisti della riabilitazione	Farmaci prescritti da un medico
Nord	65-74	11,0	87,4	66,0	57,3	3,8	14,7	58,6
	75-84	16,3	90,8	69,2	53,1	3,2	15,3	72,7
	85 e più	21,3	90,9	66,0	46,9	-	14,0	73,4
	<b>Totale</b>	<b>14,5</b>	<b>89,2</b>	<b>67,2</b>	<b>54,2</b>	<b>3,3</b>	<b>14,8</b>	<b>66,0</b>
Centro	65-74	9,3	88,5	63,8	47,2	3,5	11,3	61,5
	75-84	16,4	93,4	69,5	47,8	3,0	13,6	61,0
	85 e più	21,9	92,9	68,5	42,4	-	15,5	72,7
	<b>Totale</b>	<b>13,9</b>	<b>90,9</b>	<b>66,6</b>	<b>46,6</b>	<b>3,6</b>	<b>12,8</b>	<b>63,1</b>
Sud e Isole	65-74	10,7	88,7	62,5	43,3	3,8	11,2	56,3
	75-84	13,9	92,2	66,4	44,0	3,8	15,5	66,9
	85 e più	19,0	90,8	66,0	43,7	-	18,0	70,4
	<b>Totale</b>	<b>13,0</b>	<b>90,2</b>	<b>64,3</b>	<b>43,6</b>	<b>3,6</b>	<b>13,7</b>	<b>61,9</b>
Italia	65-74	10,5	88,1	64,4	50,6	3,7	12,8	58,4
	75-84	15,6	91,8	68,4	49,3	3,3	15,0	68,5
	85 e più	20,7	91,3	66,6	44,9	3,0	15,6	72,3
Uomini	Totale	15,7	88,5	65,5	48,0	2,7	11,8	61,0
Donne	Totale	12,5	90,9	66,6	50,2	4,1	15,8	66,6
<b>Totale</b>	<b>Italia</b>	<b>13,9</b>	<b>89,9</b>	<b>66,1</b>	<b>49,3</b>	<b>3,5</b>	<b>14,0</b>	<b>64,1</b>

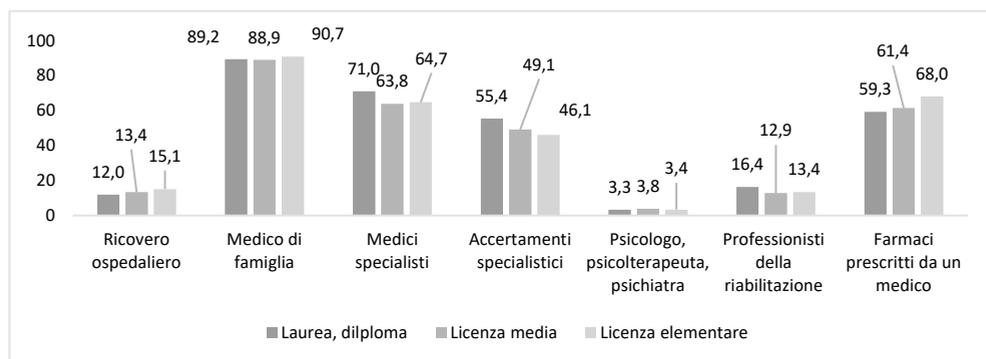
Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Riprendendo le variabili reddito (Figura 1.10) e istruzione (Figura 1.11), si nota come il ricorso a servizi specialistici e prestazioni sanitarie sia più diffuso tra soggetti più benestanti e con titoli di studio di grado superiore (es. il 71% dei laureati si è rivolto a un medico specialista vs 65% di chi ha una licenza elementare). I ricoveri e il ricorso al medico di medicina generale risultano invece più diffusi tra persone nei quinti di reddito più bassi e con titoli di studio di grado inferiore. Gli accertamenti specialistici sono più diffusi tra i più benestanti: 53,4% contro il 44,5% di chi appartiene al I° quinto di reddito.

Una possibile interpretazione di questo andamento è la difficoltà di accesso a prestazioni specialistiche pubbliche (es. per tempi di attesa) che sposta quindi parte della domanda verso il mercato out of pocket, accessibile solo a chi ha maggiori disponibilità reddituali. In termini più generali, medico di medicina generale e ospedale rimangono risposte universalistiche al bisogno, che potrebbero essere maggiormente saturati nei contesti in cui la rete complessiva dei servizi è più fragile.

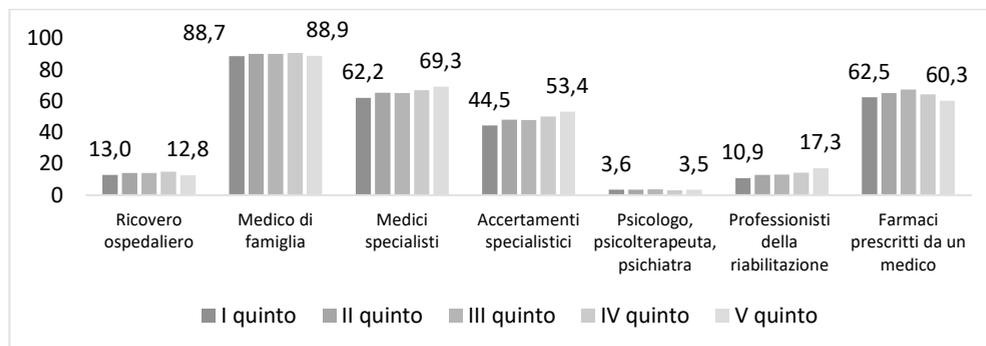
I soggetti non laureati assumono più farmaci (68% contro il 59% dei laureati), mentre un dato in parziale controtendenza rispetto ai precedenti è il maggiore ricorso a psicologi, psicoterapeuti o psichiatri tra chi ha una licenza media (3,8% vs 3,3% dei laureati).

**Figura 1.10. Persone over65 che negli ultimi 12 mesi si sono rivolte ai servizi sanitari per tipo di servizio, e titolo di studio**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

**Figura 1.11. Persone over65 che negli ultimi 12 mesi si sono rivolte ai servizi sanitari per tipo di servizio, e quinti di reddito. Valori percentuali su I° e V° quinto**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Infine, si segnala come il 10% degli over65 avesse rinunciato ad almeno una prestazione per ragioni economiche, ancora una volta con forte variabilità regionale (Figura 1.12): nella Provincia Autonoma di Trento solo il 3,5% dei rispondenti si è trovato in questa situazione, contro il 17,6% dei residenti calabresi. Mediamente, nel Meridione il 15,8% dei rispondenti ha rinunciato a una prestazione per ragioni reddituali, seguito dal 14,1% dei residenti delle isole e 11% del Centro, contro il 5,7% del Nord Est, 6,4% del Nord Ovest. Le donne rinunciano



- Emerge un forte tema di equità complessiva del sistema: i soggetti over65 più poveri e i meno istruiti (spesso due insiemi che nella realtà coincidono, anche se i dati a nostra disposizione non permettono questa sovrapposizione) sono coloro che dichiarano maggiore presenza di cronicità e al contempo rinunciano maggiormente a prestazioni sanitarie per motivi economici, e si rivolgono meno a medici e trattamenti specialistici, rispetto ad individui con maggiore scolarità e reddito;
- Emergono marcate differenze di genere, sia nella prevalenza delle patologie che in termini di accesso e rinuncia ai servizi, confermando l'esigenza di promuovere una medicina e studi di genere che riescano a valorizzare e gestirne le peculiarità.

### 1.1.2 *La vita quotidiana degli over65*

Dai dati Istat è possibile evincere informazioni circa il livello di autonomia degli anziani nelle attività di cura della persona (ADL)<sup>5</sup> e della casa (IADL)<sup>6</sup>, utili ad individuare un possibile fabbisogno di sostegno al domicilio.

Quasi 1,5 milioni di over65 (il 10,6% del totale) riferiscono gravi difficoltà in almeno una attività di cura della persona, come la gestione dell'igiene personale, la vestizione, con una netta distinzione di genere e fascia di età (Figura 1.13). Oltre il 37% degli over85 riferisce infatti di avere una scarsa autonomia, quasi il quadruplo di quanto riferito dai soggetti di età compresa tra i 75 e gli 84 anni. Sono le donne a manifestare maggiori difficoltà: ad esempio, sono il 13% tra i 75 e gli 84 anni contro la metà (6,7%) degli uomini.

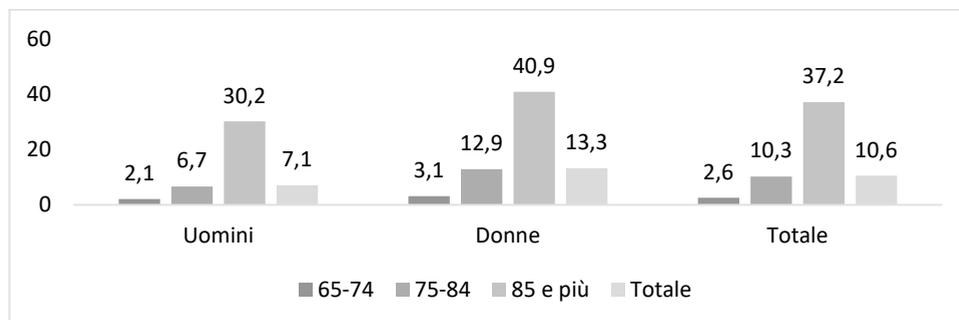
Considerazioni simili possono essere proposte anche per le difficoltà nella gestione delle attività domestiche, presenti per quasi un terzo degli over65. In questo caso, tuttavia, la prevalenza per genere è molto differente (Figura 1.14): le limitazioni nella gestione di una o più attività domestiche (es. fare la spesa, preparare pasti, prendere medicine) è stata indicata dal 35,1% delle donne, quasi il doppio rispetto al 18,2% degli uomini over65.

---

<sup>5</sup> La rilevazione ha mappato le seguenti ADL: mangiare in autonomia, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia da solo/a, vestirsi e spogliarsi da solo/a, usare i servizi igienici da solo/a, farsi il bagno o la doccia da solo/a.

<sup>6</sup> La rilevazione ha mappato le seguenti IADL: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire risorse economiche o le attività amministrative.

**Figura 1.13. Persone over65 con gravi difficoltà in almeno una attività di cura della persona (ADL), per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale**

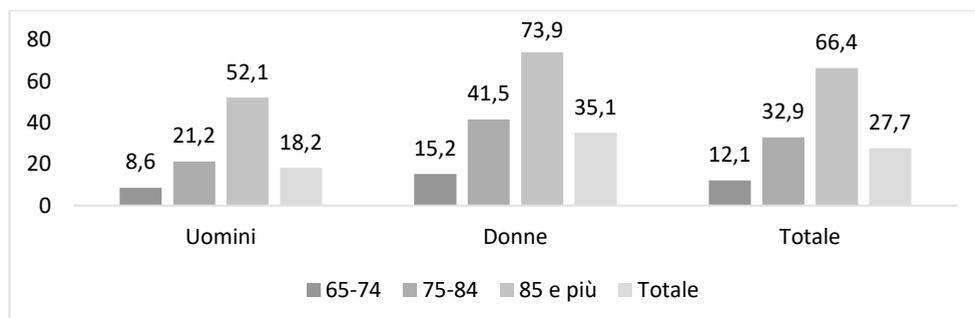


Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Anche in questo caso le difficoltà aumentano con l'età, arrivando a un numero enorme di quasi 74% di grandi anziane che riferiscono gravi difficoltà nelle attività domestiche (è il 52,1% tra gli uomini). Il domicilio, spesso invocato come la frontiera dell'innovazione socio-sanitaria, è quindi oggi un luogo in cui il mantenimento dell'autonomia risulta problematico per una larga quota di anziani, richiedendo la messa in campo di supporti prevalentemente informali (cfr Capitolo 2).

Complessivamente, sono 1,4 milioni gli over65 che presentano una forte autonomia sia nelle ADL che nelle IADL, il 10% del totale.

**Figura 1.14. Persone over65 con gravi difficoltà in almeno una attività domestica (IADL), per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale**

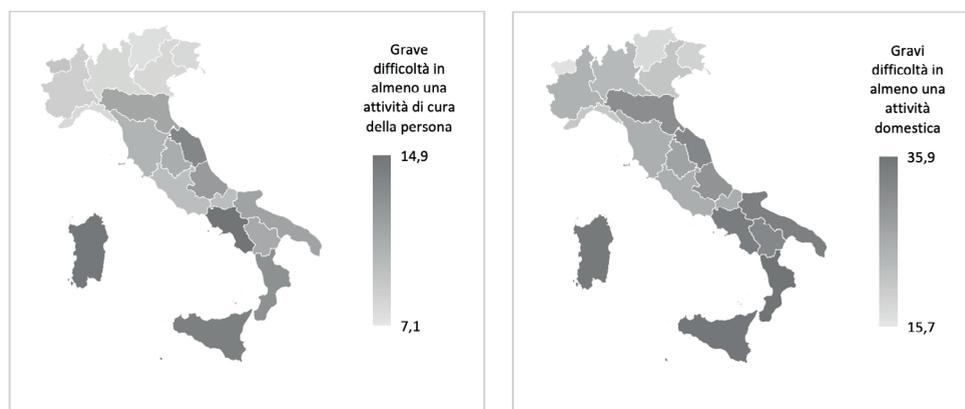


Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Lo spaccato regionale della presenza di difficoltà nelle ADL e nelle IADL restituisce ancora una volta un'immagine di grande variabilità sul territorio (Figura

1.15). Gli over65 che riferiscono gravi difficoltà nella cura della persona (ADL) sono infatti il 7,1% nella Provincia Autonoma di Trento, contro il doppio della Campania e della Sardegna (14,9% e 14,7% rispettivamente). La situazione non migliora prendendo in esame le gravi difficoltà nelle attività domestiche (IADL), che registra il suo valore minimo ancora una volta nella Provincia Autonoma di Trento (15,7%), e massimo in un'altra regione del Sud, la Calabria (35,9%). Come segnalato nella sezione dedicata allo stato di salute, si evince come i residenti nelle regioni meridionali riferiscano un complessivo status di salute più fragile.

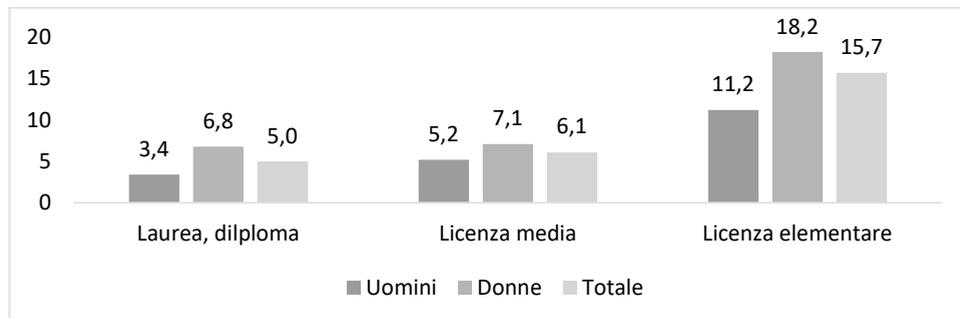
**Figura 1.15. Persone over65 con gravi difficoltà nelle ADL (a sinistra) e nelle IADL (a destra), dettaglio regionale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

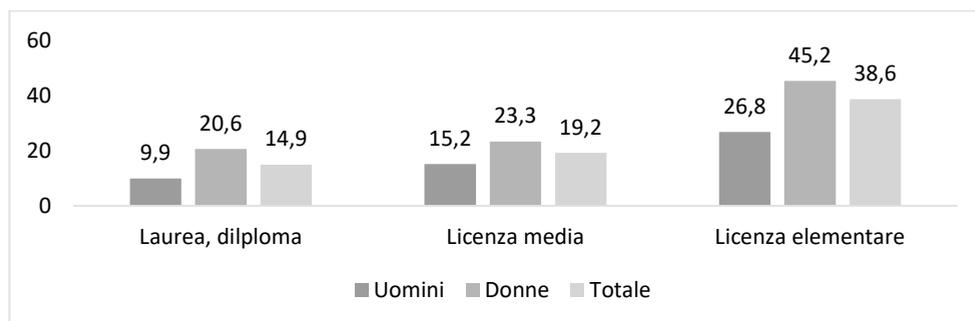
Sempre in continuità con i dati emersi nel paragrafo precedente, si conferma la relazione inversamente proporzionale tra fragilità e livelli di scolarità e di reddito. La Figura 1.16 e la Figura 1.17 mostrano infatti come le gravi limitazioni siano più diffuse tra chi possiede la licenza elementare (15,7% nel caso di ADL, 38,6% per le IADL) rispetto a chi ha conseguito una laurea o il diploma (5 e 14,9% rispettivamente), indipendentemente dal genere.

**Figura 1.16. Persone over65 con gravi difficoltà in almeno una attività di cura della persona (ADL), per genere e livello di scolarizzazione. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

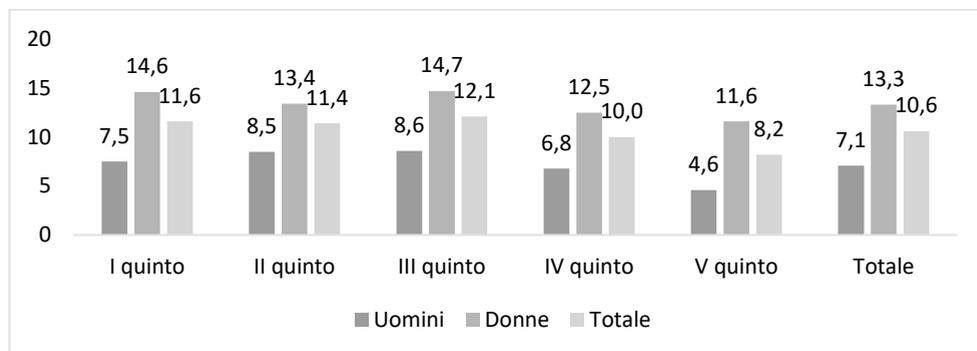
**Figura 1.17. Persone over65 con gravi difficoltà in almeno una attività domestica (IADL), per genere e livello di scolarizzazione. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Un secondo poco invidiabile elemento di continuità rispetto ai dati sullo stato di salute emerge con riferimento al livello di reddito dei rispondenti: i meno benestanti esprimono maggiori difficoltà rispetto ai più facoltosi (Figura 1.18 e Figura 1.19).

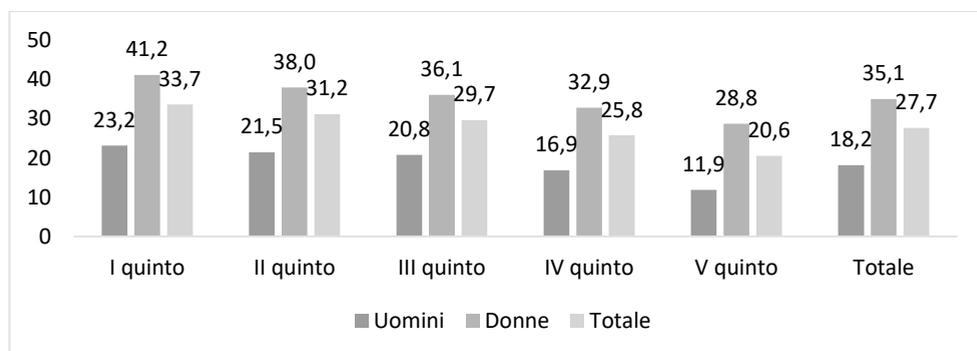
**Figura 1.18. Persone over65 con gravi difficoltà in almeno una attività di cura della persona (ADL), per genere e quinto di reddito di appartenenza. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

La distinzione appare più marcata nel caso delle IADL, in cui ad esempio il 41% delle rispondenti appartenente al I° quinto hanno rilevato gravi difficoltà, il 13% in più rispetto alle donne del V° quinto. Le distinzioni di genere sono marcate, con le donne che trasversalmente dichiarano maggiori difficoltà nella vita quotidiana rispetto agli uomini.

**Figura 1.19. Persone over65 con gravi difficoltà in almeno una attività domestica (IADL), per genere e quinto di reddito di appartenenza. Valori espressi in percentuale**



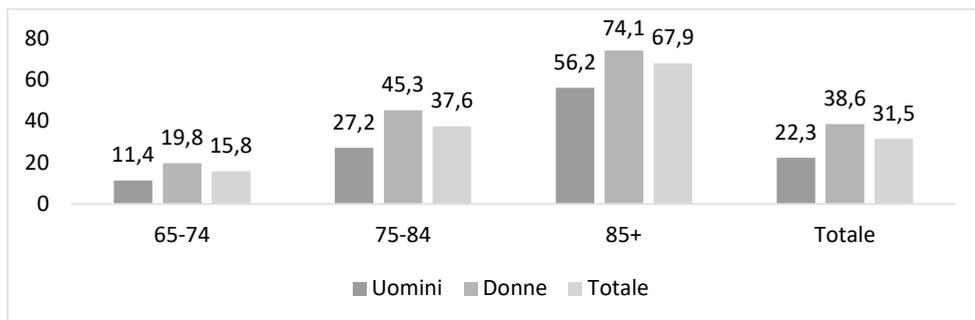
Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Infine, per completare la fotografia sulla vita quotidiana degli over65 è utile riprendere gli elementi salienti emersi da Istat in relazione alla mobilità.

Sono 4,2 milioni (31,5% del totale) gli anziani che dichiarano di avere difficoltà nella mobilità per motivi di salute e/o limitazioni funzionali, con una maggiore prevalenza tra le donne (38,6%) rispetto agli uomini (22,3%).

Le difficoltà crescono vertiginosamente all'aumentare dell'età (Figura 1.20), passando dal 16% dei soggetti tra i 65 e i 75 anni, per salire fino al 68% tra i grandi anziani, con prevalenza sempre più elevata tra le donne.

**Figura 1.20. Persone over65 con difficoltà nella mobilità per motivi di salute e/o limitazioni funzionali, per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale**

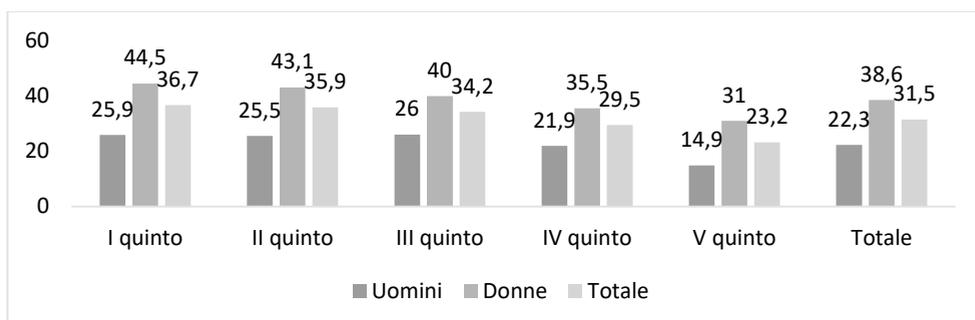


Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Le differenze territoriali rimangono pronunciate: la distanza tra la presenza di limitazioni nella mobilità è di dieci punti percentuali più alta nel Meridione, rispetto al Nord Italia (37,9% vs 27,5% rispettivamente).

Infine, la disponibilità reddituale appare correlata alle difficoltà nella mobilità (Figura 1.21), che appare più marcata per i soggetti con redditi più contenuti.

**Figura 1.21. Persone over65 con difficoltà nella mobilità per motivi di salute e/o limitazioni funzionali, per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

I dati sulla vita quotidiana degli over65 sono ricchi di spunti. In primo luogo, 1,4 milioni di soggetti presentano gravi difficoltà nella gestione della persona,

3,7 milioni nella gestione delle attività domestiche, 1,1 milioni di persone in entrambe. Una popolazione vasta, che richiede una riflessione sulle implicazioni della permanenza al domicilio richiamata nel dibattito pubblico e centrale nel PNRR. La progettazione di interventi domiciliari deve tenere conto delle difficoltà diffuse nel mantenimento dell'autonomia, per evitare che il domicilio divenga una trappola, invece che un luogo di benessere. Rispetto a quest'ultimo punto, le criticità segnalate dagli oltre 4,2 milioni di anziani rispetto alla mobilità sono un campanello di allarme per il rischio di isolamento, specie per i soggetti più anziani che vedono il diradarsi delle reti sociali nel tempo e con esse l'aumento del rischio segregazione.

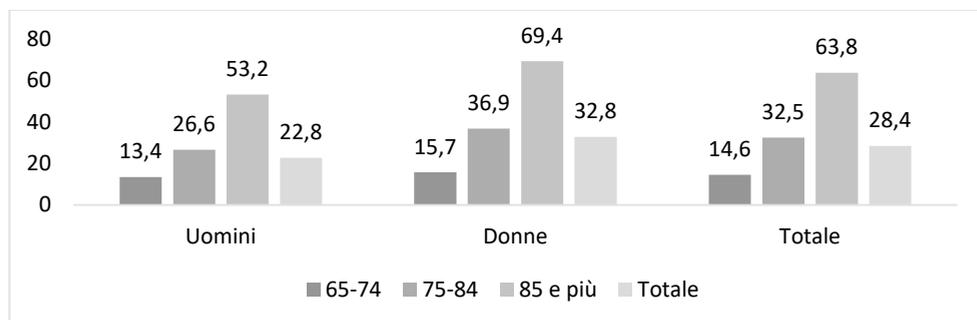
Infine, colpisce come la diffusione delle difficoltà (nelle ADL, IADL e nella mobilità) risultino più acute in alcuni gruppi di popolazione: le donne, i soggetti con redditi più bassi e con minori tassi di scolarizzazione. Si conferma in maniera molto forte come i soggetti più fragili dal punto di vista socio-economico lo siano anche dal punto di vista dei bisogni sanitari e di mantenimento dell'autonomia, un circolo vizioso che rischia di alimentare una disuguaglianza difficilmente giustificabile e sostenibile in un sistema universalistico.

### *1.1.3 La diffusione di gravi limitazioni tra la popolazione over65*

Nelle precedenti edizioni del Rapporto OLTC è stato sottolineato a più riprese come la stima della popolazione non autosufficiente proposta fosse al ribasso, poiché la prevalenza su cui si basava non permetteva di tenere pienamente conto delle limitazioni cognitive. L'edizione 2019 dell'indagine Istat sulle condizioni di salute degli anziani fa un'importante passo in avanti da questo punto di vista, fornendo una stima che tiene conto delle gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive (*cf* par 1.2 per maggiori dettagli).

Questa definizione, più ampia rispetto alla precedente, permette di scattare una fotografia più realistica della popolazione non autosufficiente in Italia. In particolare, gli over65 con almeno una grave limitazione di cui sopra sono il 28,5%, pari a 3,88 milioni di persone nel 2019, quasi un anziano su tre. È un valore imponente, che cresce al genere dell'età e che vede ancora una volta maggiormente in difficoltà le donne più anziane (Figura 1.22). Dai 75 anni in avanti, infatti, la distinzione per genere nella prevalenza delle gravi limitazioni assume dimensioni marcate: nella fascia 75-84, si riscontrano nel 36,9% delle donne contro il 26,6% degli uomini, tra gli over85 sono presenti nel 69,4% delle donne e nel 53,2% degli uomini.

**Figura 1.22. Persone over65 con almeno una grave limitazione funzionale, per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

Le limitazioni più diffuse sono quelle motorie (20,9% degli over65), che lette congiuntamente alle difficoltà nella mobilità (*cf*r par. 1.1.2) ribadiscono il rischio di isolamento per gli anziani. Seguono le gravi difficoltà sensoriali (13,8%) e le gravi difficoltà nella memoria o concentrazione (8,2%). Rispetto a quest'ultimo dato, con le informazioni a disposizione non sappiamo dire quale sia la sovrapposizione tra persone con difficoltà nella memoria e persone che hanno dichiarato di avere una grave forma di Alzheimer o demenza senile (4,2%, *cf*r par. 1.1.1).

**Tabella 1.3. Persone over65 con almeno una limitazione funzionale grave, ripartizione geografica e per fascia di età. valori espressi in percentuale**

Area geografica	65-74	75-84	85+	Totale (65+)
Nord	11,9	28,0	60,2	25,0
Centro	13,7	30,5	63,5	27,8
Sud e Isole	18,8	41,2	69,3	33,9
<b>Totale</b>	<b>14,6</b>	<b>32,5</b>	<b>63,8</b>	<b>28,4</b>

Fonte: Elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

La diffusione delle limitazioni non segue una distribuzione omogenea sul territorio: ancora una volta Sud e Isole registrano una prevalenza nettamente superiore al Nord, con una forbice che sfiora i dieci punti percentuali (Tabella 1.3), che si amplia in maniera marcata per fascia di età.

La Tabella 1.4 propone un dettaglio regionale, riportando la prevalenza della presenza di almeno una limitazione e il corrispettivo in valore assoluto, ordinando i territori in ordine crescente rispetto alla presenza delle limitazioni. Da questa prospettiva è possibile osservare le notevoli differenze tra territori, con una crescita della presenza di difficoltà che sale man mano che si avvanza

verso il Meridione. Fa eccezione l'Emilia-Romagna, dove il 33% dei residenti dichiara la presenza di gravi limitazioni, al pari della Basilicata.

**Tabella 1.4. Persone over65 con almeno una limitazione funzionale grave, dettaglio regionale. Valori espressi in percentuale e in valore assoluto. Anno 2019**

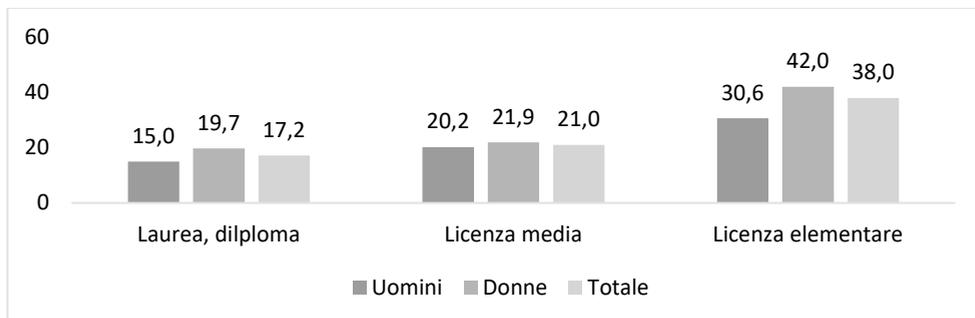
Regione	Prevalenza almeno una grave limitazione	Popolazione 65+ con gravi limitazioni
Friuli-Venezia Giulia	21,7	68.902
Liguria	22,5	98.516
Piemonte	22,9	253.713
Veneto	22,9	256.475
Provincia Autonoma di Trento	23,7	28.460
Valle d'Aosta	24,0	7.183
Provincia Autonoma di Bolzano	24,1	25.106
Lombardia	24,4	553.663
Molise	25,8	19.311
Toscana	26,8	252.815
Lazio	26,9	338.889
Umbria	30,3	67.873
Marche	32,3	122.100
Abruzzo	32,7	101.471
Puglia	32,8	287.989
Emilia-Romagna	33,0	353.578
Basilicata	33,0	42.414
Campania	34,0	366.739
Sicilia	34,6	360.030
Sardegna	35,2	135.791
Calabria	35,6	147.160
<b>Italia</b>	<b>28,4</b>	<b>3.888.873</b>

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b) e I.Stat

Entrando nel dettaglio delle singole gravi limitazioni incluse nell'indagine, dai dati non sono emerse dinamiche di correlazione in grado di spiegare l'eterogeneità precedentemente descritta. Mediamente, le regioni del Sud registrano valori superiori alla media nazionale sia nelle gravi limitazioni motorie, che sensoriali o cognitive; le regioni del Centro registrano una presenza più alta della media di limitazioni sensoriali o cognitive.

La presenza delle gravi limitazioni varia anche rispetto al titolo di studio conseguito (Figura 1.23): i soggetti con licenza elementare le riferiscono nel 38% dei casi, più del doppio rispetto ai soggetti laureati (17,2%) e ben superiore al 21% di chi ha la licenza media.

**Figura 1.23. Persone over65 con almeno una grave limitazione funzionale, per genere e titolo di studio. Valori espressi in percentuale**

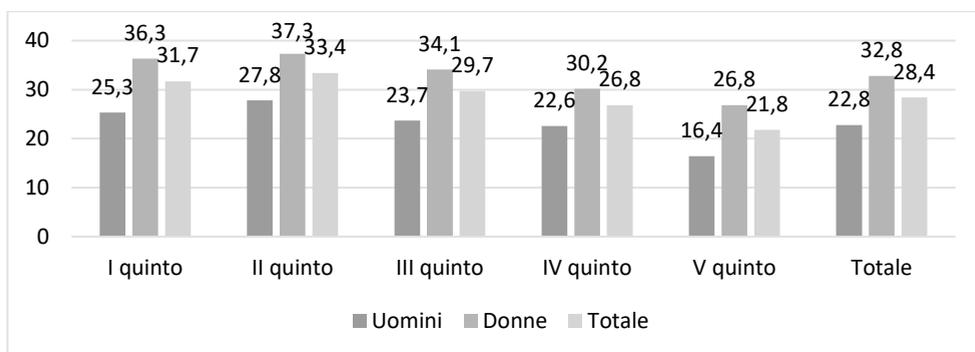


Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

La Figura 1.24 illustra come la prevalenza delle gravi limitazioni decresca all'aumentare del reddito disponibile, passando dal 31,7% del I° quinto al 21,8% del V°, confermando il legame indesiderato tra fragilità economica e sanitaria già commentato nelle pagine precedenti.

In sintesi, la nuova stima della popolazione con gravi limitazioni funzionali fornita da Istat permette di cogliere in maniera più precisa la non autosufficienza tra gli over65, comprendendo anche le difficoltà cognitive o di memoria.

**Figura 1.24. Persone over65 con almeno una grave limitazione funzionale, per genere e quinto di reddito di appartenenza. Valori espressi in percentuale**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

La quota di popolazione con difficoltà motorie, sensoriali o cognitive comprende quasi un anziano su tre, con valori crescenti al crescere dell'età, ponendo sfide importanti alla sostenibilità dei sistemi di welfare pubblico (*cfr* par 1.2) e ai gestori (*cfr* par 1.3). Rimangono anche in questo caso ampie differenze di

genere, territoriali, di reddito e scolarizzazione nella prevalenza delle limitazioni: ne emerge un quadro in cui la fragilità socio-economica si abbina a maggiori bisogni sanitari o socio-sanitari.

## **1.2. Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: offerta di servizi pubblici e fotografia aggiornata della copertura del bisogno**

La ricostruzione dei bisogni di salute degli over65 interroga *policy maker* e gestori rispetto alle modalità con cui rispondere al meglio alla varietà di esigenze dei cittadini anziani e loro familiari. È infatti essenziale legare l'evoluzione del bisogno della popolazione alla programmazione e progettazione dei servizi, per erogare interventi quanto più efficaci possibili, all'interno del perimetro di risorse definito.

Per contribuire a questo esercizio, il Rapporto OLTC propone fin dalla sua prima edizione un aggiornamento dei principali dati di fotografia del settore LTC per anziani non autosufficienti attraverso:

1. una stima dei fabbisogni che emergono dalla popolazione italiana
2. la ricostruzione dei dati relativi alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari e sociali loro indirizzati, nonché
3. una stima della copertura del bisogno assistenziale.

Le evidenze presentate di seguito fanno riferimento all'annualità 2019, in linea con le stime di prevalenza delle gravi limitazioni e con i dati dell'Annuario Statistico del SSN, anche se non con le indagini Istat sui Presidi Socio-Sanitari e rispettivi Ospiti, e sulla Spesa Sociale dei Comuni, ferme al 2018. Rispetto a quest'ultimo punto, la limitata variazione che si registra di anno in anno nella capacità produttiva e ricettiva dei servizi ci porta a scegliere di tenere come validi i dati 2018 anche per il 2019, privilegiando la restituzione di dati cronologicamente più vicini al momento in cui si scrive.

Il bisogno assistenziale sarà stimato tenendo conto delle nuove indicazioni circa la presenza di gravi limitazioni funzionali, descritte nel par. 1.1.3.. Si segnala che scontiamo almeno due anni di scarto tra i dati di inquadramento del settore che commentiamo e il periodo storico cui si riferiscono, durante i quali abbiamo vissuto una pandemia devastante che ha inevitabilmente impattato sulla funzionalità dei servizi (*cf* par 1.1.3), ma che non viene colta nelle pubblicazioni di statistiche ufficiali, storicamente in grave ritardo nell'aggiornamento dei dati. Rinnoviamo pertanto l'invito di predisposizione di un sistema informativo unitario, dinamico e aggiornato per il settore che permetta ai *policy maker* una migliore capacità di governo della LTC e agli operatori del settore di monitorare e valutare le dinamiche in corso.

A partire da queste premesse, in questa sezione verranno richiamati i principali dati di offerta pubblica, utenza in carico e bisogno per il settore LTC per

anziani non autosufficienti, aggiornando quando possibile quanto esposto nell'edizione precedente del Rapporto per la serie storica 2013-2016. Per approfondimenti – anche di carattere metodologico – si rimanda al Capitolo 2 del 2° Rapporto OLTC (2019).

### *1.2.1 Il sistema socio-sanitario pubblico italiano: servizi, utenti in carico e copertura del bisogno*

L'obiettivo dell'analisi è quello di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del fabbisogno di risposta assistenziale degli anziani non autosufficienti. Tuttavia, questo esercizio è reso ancora una volta particolarmente complesso dall'assenza di un sistema informativo integrato che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce (con il rischio di sovrapposizione tra misure e servizi erogati, rischiando di falsare i dati sull'utenza effettivamente in carico), né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Pertanto, per determinare una stima dell'offerta e della domanda il più possibile vicina alla realtà, è necessario ricorrere alla sistematizzazione di molteplici fonti informative e ad una serie di accorgimenti metodologici. In primo luogo, verranno presentati dati riferiti unicamente a servizi reali. Non vengono quindi considerati i trasferimenti monetari, ai fini di ridurre i rischi di duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio il caso molto frequente di un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali). Inoltre, dopo aver escluso dal conteggio i beneficiari di contributi economici, non sono state incluse nella stima le misure tipicamente locali riconducibili al “sostegno alla domiciliarità” (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), includendo esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata (SAD e ADI), che hanno invece diffusione a livello nazionale.

### **Gli anziani non autosufficienti: definizione e stima del bisogno potenziale**

Con questa definizione si comprendono le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da Istat (2021b) nell'indagine europea Ehis. Tali limitazioni sono definite come segue<sup>7</sup>:

- Limitazioni motorie: grave difficoltà o incapacità nel camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri oppure nel salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto;

---

<sup>7</sup> Da Glossario Istat

- Limitazioni sensoriali: grave difficoltà o incapacità nel vedere con o senza occhiali oppure difficoltà nel sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici.
- Limitazione cognitiva: difficoltà o incapacità grave di ricordare o concentrarsi.

Per semplicità, nel testo si parlerà di “Anziani non autosufficienti”. L'aggiornamento dei dati Istat sulla prevalenza delle limitazioni funzionali impone un cambiamento nella modalità di calcolo della stima della popolazione non autosufficiente. Nelle precedenti edizioni del Rapporto OLTC, il calcolo si basava sulla somma (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da Istat, moltiplicata per il numero di cittadini anziani non ospitati permanentemente in istituzioni per l'anno oggetto di analisi tratto da I.Stat e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni, esclusi dalla rilevazione citata, tratto dai dati I.Stat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Da questa edizione, la popolazione non autosufficiente viene stimata applicando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratto da I.Stat<sup>8</sup>.

Per il 2019, la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 3.888.873 individui. Le stime degli anni precedenti non sono comparabili per le differenze nella modalità di calcolo, tuttavia l'osservazione della serie storica rilevata nelle precedenti edizioni del Rapporto e rappresentato in Tabella 1.5 dimostra quanto l'aggiornamento dell'indagine sulla prevalenza delle gravi limitazioni porti ad includere quasi un milione di soggetti in più nella platea dei non autosufficienti, in parte per l'evoluzione del profilo epidemiologico e demografico della popolazione, e in parte per l'inclusione delle limitazioni cognitive.

---

<sup>8</sup> L'indagine Istat è stata condotta tra soggetti che vivono al domicilio, quindi non coglie direttamente le specificità dei bisogni di chi vive in strutture residenziali. Al contempo, si ritiene di allinearsi alla scelta dell'Istituto di applicare la prevalenza di 28,4% a tutta la popolazione over65 per maggiore chiarezza espositiva e di allineamento con il dibattito nazionale.

**Tabella 1.5. Anziani (over 65) con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale (anni 2013-2015; 2016; 2019)**

Anno	Popolazione di Riferimento	Fonte	Modalità di calcolo	Stima
2013	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2013	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2013)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.781.157
2014	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2014	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2014)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.809.211
2015	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2015	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.847.814
2016	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2017	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.907.438
2019	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2019	ISTAT (2021) Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno di riferimento: 2019	28,4% della popolazione di riferimento	3.888.873

Di seguito si propone inoltre la stima del bisogno potenziale per l'anno 2019 per fascia di età, che mostra il vertiginoso aumento della presenza di gravi limitazioni nel tempo (Tabella 1.6), diffuse tra il 63,8% degli over85.

**Tabella 1.6. Over65 con limitazioni funzionali per fascia di età, stima 2019**

Fascia di età	Prevalenza da Istat (2021)	Popolazione di riferimento (1.1.2019)	Stima
65-74	14,6%	6.684.129	975.883
75-84	32,5%	4.875.513	1.584.542
85 e più	63,8%	2.133.573	1.361.220
<b>Totale</b>	<b>28,4%</b>	<b>13.693.215</b>	<b>3.888.873</b>

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b) e I.Stat

### La capacità produttiva del sistema di offerta: classificazione complessiva e per tipologia di servizio erogato

La Tabella 1.7 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta per gli anziani non autosufficienti, in termini di posti disponibili totali per tipologia di assistenza (socio-sanitaria e sociale).

**Tabella 1.7. La capacità produttiva del sistema pubblico residenziale e semiresidenziale, 2013-2016 e 2019.**

CAPACITA' PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA PER SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI		
Anno	Servizi di afferenza socio-sanitaria	Servizi di afferenza sociale
2013	233.317	21.004
2014	283.992	22.257
2015	284.947	16.746
2016	300.913	15.773
2019	313.557	16.606

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016, 2019, 2021) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti agli anni 2013-2016 e 2018, Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

La rappresentazione comprende esclusivamente le dotazioni di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali; per ulteriori approfondimenti in base al tipo di servizio (residenziale, semiresidenziale e domiciliare, di cui si riportano le ore erogate), si rimanda alla Tabella 1.8.

**Tabella 1.8. Capacità produttiva per tipo di servizio erogato, 2013-2016 e 2019.**

Capacità produttiva complessiva del sistema			
Anno	Tipo di servizio	Socio-sanitario	Sociale
2013	Residenziale	218.965	21.004
	Semiresidenziale	14.352	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	11.126.598*	n.d.
2014	Residenziale	269.065	22.257
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
2015	Residenziale	270.020	16.746
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
2016	Residenziale	285.247	15.773
	Semiresidenziale	15.666	n.d.

	Domiciliare (ADI e SAD)	12.467.620*	n.d.
2019	Residenziale	296.050	16.606
	Semiresidenziale	17.507	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	13.228.210*	n.d.

\*ore erogate

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016, 2019,2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Dati I.Stat riferiti agli anni 2013-2016 e 2018, Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Dalla Tabella 1.7 si evince invece chiaramente come la rete dei servizi analizzata sia fortemente orientata alla fornitura di servizi di tipo socio-sanitario rispetto a quelli di tipo sociale. L'aumento negli anni indagati della capacità produttiva della rete socio-sanitaria è ascrivibile, come si vedrà più avanti, all'incremento di posti disponibili nel segmento di offerta residenziale.

La Tabella 1.8 permette di analizzare più nel dettaglio la capacità del sistema di offerta pubblico per tipologia di servizio erogato, approfondendo le informazioni precedentemente riportate e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di natura residenziale. Si precisa che il dato sui servizi semi-residenziali socio-sanitari è incompleto, perché risulta mancante nell'Annuario per alcune regioni<sup>9</sup>, mentre l'offerta di posti in servizi semi-residenziali ad afferenza sociale non è rilevato.

Rispetto a quanto riportato nella precedente edizione del Rapporto, riferito al 2016, lo scenario è cambiato come segue:

- La disponibilità di posti letto in strutture residenziali di afferenza socio-sanitaria è aumentata del 3,8%;
- La disponibilità di posti letto in strutture residenziali di afferenza sociale è diminuita del 5,2%;
- L'offerta di posti in servizi semi-residenziali socio-sanitari segna un +12%;
- Le ore di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogate sono aumentate del 6%.

Istat e Annuario non specificano le ragioni che hanno portato a queste variazioni nell'offerta, impedendo un commento nel merito di questo fenomeno.

Riflessione a parte merita il ruolo dell'offerta domiciliare socio-sanitaria (ADI) nel sostenere la capacità produttiva complessiva del settore LTC. L'aumento dell'offerta erogata a pazienti over65 è incoraggiante, al contempo le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso del 2019 sono state 15 (con ampia variabilità regionale, si veda Tabella 1.12), in calo rispetto alle 16

<sup>9</sup> Dato mancante per: Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise e Calabria

rilevate nella scorsa edizione, aprendo il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio. In assenza di ulteriori informazioni sui profili degli anziani raggiunti da tale servizio e sull'organizzazione dello stesso (tipologia di prestazioni erogate, periodicità tra un accesso e l'altro, ...) è difficile immaginare sulla base di questo dato un percorso adeguato di presa in carico, che appare invece molto contenuto nell'intensità e limitato nel tempo.

### **Gli utenti in carico ai servizi: classificazione complessiva e per tipo di servizio**

La Tabella 1.9 riporta il dato circa gli utenti complessivamente in carico ai servizi; mentre nella successiva Tabella 1.10 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio. In generale, gli utenti che usufruiscono dei servizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nei paragrafi precedenti, appaiono principalmente in carico all'area socio-sanitaria, rispetto all'area sociale.

**Tabella 1.9. Numero annuo di utenti in carico alla rete di offerta, anni 2013-2016 e 2019**

Anno	Utenti in carico	
	Socio-sanitario	Sociale
2013	813.099	578.517
2014	907.034	460.067
2015	909.186	512.186
2016	1.075.152	416.109
2019	1.168.492	433.641

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016, 2019, 2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Dati I.Stat riferiti agli anni 2013-2016 e 2018, Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. ISTAT (2017, 2018, 2019, 2021) Spesa sociale dei Comuni.

Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia (Tabella 1.10) per un'analisi più approfondita.

Dopo il drastico calo registrato tra il 2015 e il 2016 nel numero di utenti anziani complessivamente in carico ai servizi sociali (-12%), dovuto principalmente a un calo degli utenti dei servizi di tipo semi-residenziale/a ciclo diurno erogati da Enti Locali, i dati 2019 segnano una ripresa nell'attività dei Comuni. In particolare, i beneficiari di servizi sociali sono aumentati del 4,2% complessivamente, trainati da un aumento degli utenti in carico a servizi semi-residenziali (+7,74%) e residenziali (+7,78), mentre diminuiscono nei servizi domiciliari (SAD, - 2,72%).

**Tabella 1.10. Utenti in carico per tipologia di servizio, anni 2013-2016 e 2019**

Anno	Tipo di servizio	Utenti in carico	
		Socio-sanitario	Sociale
2013	Residenziale	260.028	18.443
	Semiresidenziale	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)	529.838	157.364
2014	Residenziale	271.052	18.540
	Semiresidenziale	24.111	291.532
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	149.995
2015	Residenziale	273.204	14.124
	Semiresidenziale	24.111	356.286
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	141.776
2016	Residenziale	271.972	13.296
	Semiresidenziale	23.954	270.109
	Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	131.876
2019	Residenziale	281.143	14.330
	Semiresidenziale	28.453	291.026
	Domiciliare (ADI e SAD)	858.896	128.285

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016, 2019, 2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Dati I.Stat riferiti agli anni 2013-2016, Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. ISTAT (2017, 2018, 2019) Spesa sociale dei Comuni.

Continua la crescita del numero di anziani complessivamente in carico ai servizi socio-sanitari, che aumenta di 8,86 punti percentuali rispetto all'edizione precedente. L'aumento di beneficiari è trasversale a tutti i servizi considerati: +18,78% nel comparto semi-residenziale<sup>10</sup>; + 10,22% degli utenti in carico a ADI, per cui valgono le considerazioni espone in precedenza in termini di intensità assistenziale della “presa in carico” di questo intervento; +3,37% di residenti in struttura.

Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi condivisi da parte di Istat e Annuario limita la nostra capacità di commento e comprensione di questo fenomeno.

### 1.2.2 Stima della copertura del bisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si riporta il tasso di copertura del bisogno per gli anziani non autosufficienti per il solo anno 2019, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi socio-sanitari e servizi sociali; tale suddivisione è stata

<sup>10</sup> Cfr nota 9

operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo socio-sanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro).

**Tabella 1.11. Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti. Anno 2019**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico (socio-san e sociale)	Tasso di copertura servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi sociali
3.888.873	Residenziale	295.473	7,23%	0,37%
	Semiresidenziale	319.479	0,73%	7,48%
	Domiciliare (ADI e SAD)	987.181	22,09%	3,30%
3.888.873	Totale	1.602.133	30,05%	11,15%

La Tabella 1.11 propone un approfondimento in merito alla copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. La lettura per setting assistenziale aiuta a comprendere quali siano i servizi in cui il sistema pubblico riesce a essere più presente e quali siano invece quelli dove la copertura del fabbisogno risulta più ridotta. Si evince come la capacità della rete pubblica ad afferenza sociale sia limitata, raggiungendo l'11% dei non autosufficienti. Più estesa la capacità dei servizi socio-sanitari, con quasi un over65 su tre che beneficia di almeno una delle prestazioni considerate: questo dato è tuttavia trainato in larga misura dall'ADI, su cui si propone un approfondimento regionale che mostra l'ampia variabilità nella capacità di questo strumento di intercettare una quota più o meno ampia del bisogno. La Tabella 1.12 mostra una forbice di ben 68 punti percentuali tra la regione che raggiunge che raggiunge due terzi della popolazione target stimata, il Molise, e la Valle d'Aosta, che ne intercetta circa il 3%.

Il Molise risulta un outlier, mentre le regioni rimanenti possono essere suddivise in tre cluster: un primo, concentrato nel Centro-Nord, in cui viene raggiunta oltre un quarto del target (Veneto, Toscana, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia); seguono le regioni che coprono tra il 15 e il 25% del fabbisogno (Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Basilicata, Liguria, Abruzzo, Piemonte, Sicilia e Umbria). Infine, un ultimo gruppo di territori raggiunge meno del dieci per cento dei potenziali beneficiari: Sardegna, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta. La natura dei dati non permette un'interpretazione delle differenze tra territori.

**Tabella 1.12. Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2019**

Regione	Pop. 65+	Limitazioni funzionali	65+ non autosufficienti	Casi ADI anziani	Copertura bisogno
Molise	74.850	25,8	19.311	13.567	70,25%
Veneto	1.119.979	22,9	256.475	136.125	53,08%
Toscana	943.339	26,8	252.815	105.802	41,85%
Emilia-Romagna	1.071.447	33,0	353.578	114.515	32,39%
Friuli-Venezia Giulia	317.520	21,7	68.902	19.275	27,97%
P.A. di Trento	120.085	23,7	28.460	6.817	23,95%
Lombardia	2.269.109	24,4	553.663	132.546	23,94%
Basilicata	128.527	33,0	42.414	8.582	20,23%
Liguria	437.847	22,5	98.516	17.852	18,12%
Abruzzo	310.308	32,7	101.471	18.370	18,10%
Piemonte	1.107.917	22,9	253.713	42.475	16,74%
Sicilia	1.040.548	34,6	360.030	58.890	16,36%
Umbria	224.004	30,3	67.873	10.899	16,06%
Campania	1.078.643	34,0	366.739	52.899	14,42%
Puglia	878.014	32,8	287.989	39.484	13,71%
Lazio	1.259.810	26,9	338.889	45.660	13,47%
Marche	378.020	32,3	122.100	16.089	13,18%
Sardegna	385.769	35,2	135.791	12.236	9,01%
Calabria	413.372	35,6	147.160	5.907	4,01%
P.A. di Bolzano	104.176	24,1	25.106	720	2,87%
Valle D'Aosta	29.931	24,0	7.183	186	2,59%
<b>Italia</b>	<b>13.693.215</b>	<b>28,4</b>	<b>3.888.873</b>	<b>858.896</b>	<b>22,09%</b>

Fonte: Ministero della Salute (2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2019; Istat (2021b). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2019.

A completamento del ragionamento sul contributo dei singoli servizi alla presa in carico, si propone un ragionamento simile anche sulla copertura tramite RSA (Tabella 1.13), l'unica vera risposta di lungo periodo del welfare pubblico alla non autosufficienza.

Vista la configurazione attuale del servizio, che si rivolge mediamente a soggetti in età molto avanzata, a differenza del caso di ADI, la popolazione di riferimento è costituita dagli over75 non autosufficienti<sup>11</sup>.

Dalla Tabella 1.13 si evince come considerando il bacino di utenza più coerente con il target delle RSA, il tasso di copertura del bisogno salga al 9,5%. Come nel caso di ADI, si registra un'ampia variabilità regionale, che segue la

<sup>11</sup> La popolazione di riferimento è stata stimata applicando la prevalenza per area geografica delle gravi limitazioni funzionali per fascia di età (cfr Tabella 1.3)

geografia del Paese: nelle regioni del Nord i tassi di copertura sono superiori al 12%, nel Centro-Sud sono compresi tra il 2 e l'8%. Questa distribuzione dei tassi di copertura è coerente con la presenza delle strutture sul territorio nazionale, anche se l'assenza del dato sulla distribuzione dei posti letto per regione impedisce una rappresentazione a livello locale.

**Tabella 1.13. Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2019**

Regione	Pop. 75+ non auto-sufficiente	Ospiti dei Presidi Residenziali	Copertura del bisogno
P.A. di Trento	23.459	5.030	21,4%
P.A. di Bolzano	20.636	4.195	20,3%
Piemonte	220.997	38.504	17,4%
Friuli-Venezia Giulia	63.036	10.561	16,8%
Valle d'Aosta	5.816	965	16,6%
Veneto	216.420	34.166	15,8%
Lombardia	440.105	66.554	15,1%
Emilia-Romagna	219.810	31.038	14,1%
Liguria	93.142	12.036	12,9%
Marche	83.981	6.267	7,5%
Toscana	204.712	14.912	7,3%
Molise	19.881	1.273	6,4%
Umbria	49.703	2.897	5,8%
Sardegna	93.778	5.335	5,7%
Lazio	257.843	13.098	5,1%
Basilicata	33.448	1.661	5,0%
Sicilia	251.470	11.396	4,5%
Abruzzo	80.694	3.478	4,3%
Puglia	212.529	8.619	4,1%
Calabria	102.439	3.786	3,7%
Campania	246.814	5.372	2,2%
<b>Italia</b>	<b>2.945.761</b>	<b>281.143</b>	<b>9,5%</b>

Fonte: Ministero della Salute (2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2019; Istat (2021b). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2019. Istat (2021). Ospiti dei Presidi Socio-Assistenziali.

Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali, con ampia variabilità regionale. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI richiedono un ripensamento complessivo della misura, per destinare al meglio gli importanti fondi del PNRR allocati su questa partita.

### 1.3. Il posizionamento dei grandi player del settore

#### 1.3.1 La fotografia del Network OLTC

Per completare il quadro del settore si propone un affondo sul profilo dei grandi *player* (aziende e gruppi) che erogano servizi di LTC, fornendo dati sulle loro caratteristiche e sul loro posizionamento in termini di business model e strategie aziendali. Per fare questo sono stati raccolti questionari<sup>12</sup> e dati aziendali da 21 grandi *player* del settore tra quelli partecipanti al *Network Key Providers* dell'Osservatorio Long Term Care (*cf*r Introduzione), selezionati per la loro dimensione in termini di fatturato e rilevanza nel territorio nazionale. Dove rilevante, i risultati verranno messi in relazione con quanto emerso dalla stessa rilevazione negli scorsi anni per evidenziare trend e fenomeni in atto nel settore<sup>13</sup>.

#### Caratteristiche descrittive

I grandi *player* presentano diverse forme giuridiche (Figura 1.27):

- 7 Aziende pubbliche, di cui 4 Aziende pubbliche di servizi alle persone (ASP) e 3 Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza (IPAB);
- 7 Cooperative;
- 4 Aziende private for profit;
- 3 Fondazioni, in tutti i casi di derivazione o connotazione ecclesiastica.

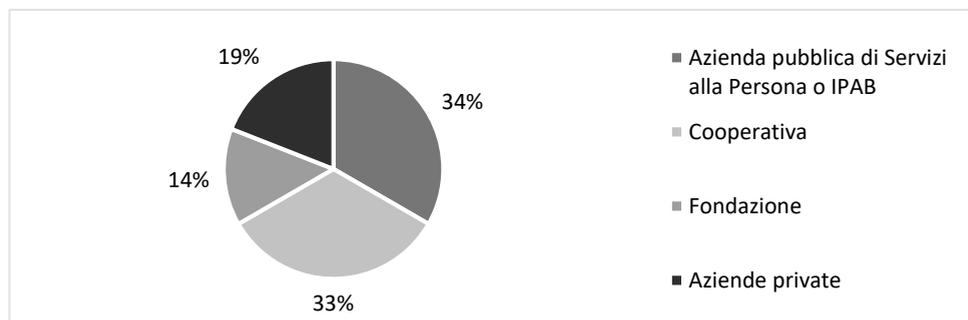
Si registra quindi una distribuzione bilanciata tra Enti di natura pubblica, cooperativa e attori privati. Delle 21 aziende, la maggioranza (Figura 1.28) opera nel Nord Italia, alcune operano nel Centro Italia, una minoranza è presente anche al Sud e nelle Isole. In particolare, 15 provider operano in un'unica area geografica (tipicamente Nord Est o Nord Ovest), 5 in due o più are, solo un'organizzazione è presente su tutto il territorio nazionale.

---

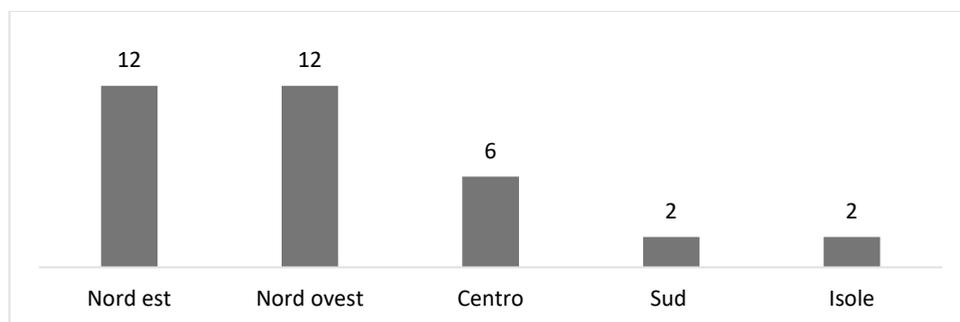
<sup>12</sup> Il questionario è stato diffuso online a novembre 2021 alle 23 aziende individuate come *key players* del settore. All'indagine hanno risposto 21 Enti.

<sup>13</sup> Le aziende rispondenti al questionario delle edizioni 2018-2021 sono in parte differenti: tuttavia, si ritiene che le rilevazioni possano essere lette in maniera congiunta in virtù del fatto che le Aziende partecipanti al Network Keyprovider hanno caratteristiche omogenee e comparabili.

**Figura 1.25. Natura giuridica dei grandi player, anno 2021**



**Figura 1.26. Aree geografiche di intervento dei grandi player, anno 2021**



Questo dato è coerente rispetto al fatto che nel Centro e Sud Italia i servizi per anziani sono meno diffusi (i dati ISTAT, infatti, mostrano un livello di diffusione inferiore alla media nazionale, *cfr* paragrafo 1.2) e che siano presenti prevalentemente gestori di singole strutture e piccolissime dimensioni e di conseguenza un numero esiguo di grandi *player*.

Complessivamente i gestori partecipanti al Network<sup>14</sup> gestiscono attività per oltre 1,85 miliardi di fatturato (anno 2020) e 45.327 utenti anziani, il 63% in servizi residenziali e la quota rimanente in altri setting.

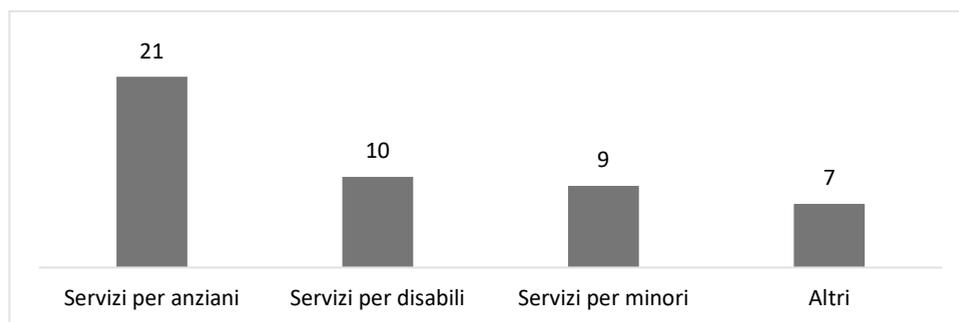
### Portafoglio di servizi

I gestori mostrano attività articolate e trasversali a più aree di business (Figura 1.29) segnalando un posizionamento strategico aperto alla diversificazione delle attività ma anche alla ricerca di sinergie e integrazione tra diverse aree assistenziali. Tutti i *player* sono attivi nell'area dei servizi per anziani, 10 anche nell'area

<sup>14</sup> Dato riferito a 19 enti su 21.

disabilità, andando così a ricomporre i più classici servizi per la LTC ed evidenziando le sinergie tra i due comparti. Altri (9) sono anche attivi nell'area minori in particolare con servizi di asili nido, comunità per minori e servizi di varia natura per minori con disabilità. Sette di loro sono attivi anche in altri comparti, quali servizi sanitari di ricovero e cura, riabilitazione, contrasto alla povertà ed emarginazione tra gli adulti e nuclei psichiatrici.

**Figura 1.27. Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2021**



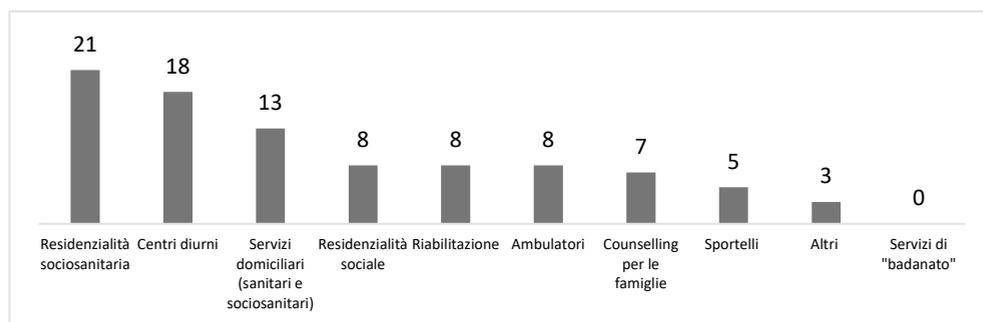
Guardando ai servizi (Figura 1.30) specificatamente destinati all'area anziani, emerge una grande varietà che segnala ancora una volta il tentativo di ricomporre filiere assistenziali. Se da un lato tutti i grandi *player* gestiscono strutture socio-sanitarie per anziani, è interessante osservare quali altri servizi sono presenti in abbinamento a queste:

- La maggioranza dei *player*, 18, abbinano alla gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie un'offerta di servizi diurni. Sono 13 i gestori che a questi aggiungono servizi domiciliari, andando a comporre la filiera socio-sanitaria completa sui tre *setting* più tipici e presenti in tutti i contesti regionali;
- Otto *player* gestiscono anche servizi residenziali sociali per anziani, ovvero senza alcuna componente sanitaria o socio-sanitaria, e quindi pagati prevalentemente dalle famiglie. Questi sono gruppi appartamento, residence, mini alloggi e altre modalità di abitare che prevede forme di aggregazione e servizi assistenziali connessi ma solo nell'ambito della socialità e vita quotidiana;
- Altri *player* hanno sviluppato la filiera non tanto andando a completare i *setting* socio-sanitari o sociali, quanto includendo servizi di derivazione sanitaria come quelli di riabilitazione (sia ambulatoriale che residenziale) o offerta ambulatoriale di varia natura. Sei di loro possono vantare una filiera completa che include tutti i servizi di derivazione socio-

sanitaria (residenziale, domiciliare e diurno) e servizi di natura sanitaria (riabilitazione o altra assistenza ambulatoriale);

- Alcuni rispondenti sono presenti anche sul mercato dei servizi alle famiglie a pagamento con servizi di sportello e *counseling*. Nel primo caso si tratta di servizi di presa in carico ed informativi per orientare e supportare le famiglie nell'accesso e nella frequenza ai servizi, offerti da 5 *player*. Nel caso del *counseling* si tratta invece di servizi di consulenza operativa o psicologica per le famiglie, sempre a supporto della gestione della non autosufficienza, presenti in 7 enti. Sono quattro i gestori ad offrire entrambi i servizi;
- In continuità con le edizioni 2019 e 2020, nessuno dei grandi *player* risultava presente nel segmento di servizi di "badantato" (assistenza domiciliare di stampo assistenziale h24). Nonostante molti di loro siano presenti nel segmento domiciliare, manca un posizionamento netto su servizi di questo tipo, ritenendo di fatto impossibile competere con il prevalere di forme contrattuali in grigio o in nero, acquisite direttamente dalle famiglie.

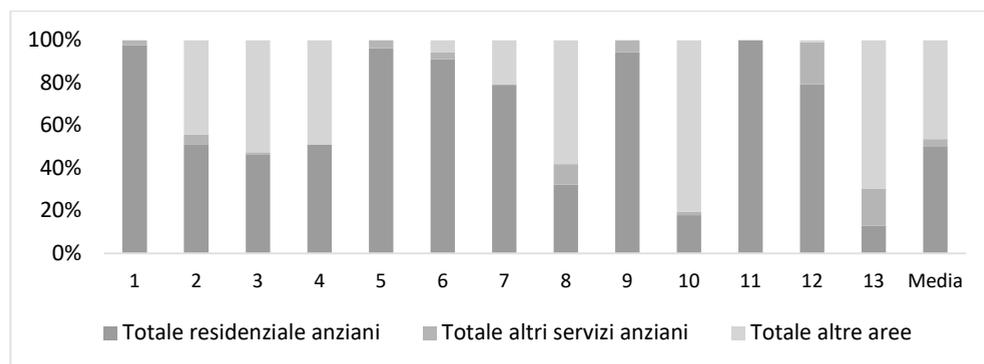
**Figura 1.28. Servizi per anziani gestiti dai grandi player, anno 2021**



Dai dati sui 21 gestori di servizi LTC sembra emergere il consolidamento di un'offerta orientata alla filiera "tradizionale", che propone più *setting* di presa in carico alle famiglie e agli utenti nel tentativo di accompagnare l'evoluzione dei bisogni attraverso la possibilità di accedere a servizi con diversa intensità assistenziale. A complemento di questi, diversi provider si stanno attrezzando anche rispetto ad una gamma più ampia di bisogni delle famiglie, includendo il tema dell'accompagnamento e del supporto psicologico. Allo stesso tempo, cresce anche l'offerta di servizi ad afferenza sanitaria, con la disponibilità di riabilitazione e ambulatori. Come si vedrà nel Capitolo 4, la valorizzazione della filiera per aumentare l'efficacia dei servizi e ampliare la platea di utenza servita è tra gli obiettivi strategici di molte delle iniziative mappate dall'Osservatorio in questa edizione.

In termini di peso economico-finanziario dei servizi, la Figura 1.31 illustra il fatturato generato da servizi di residenzialità per anziani, altri servizi per anziani, e servizi rivolti ad altri target di utenza per l'anno 2020. I servizi per anziani diversi dalla residenzialità contribuiscono solo al 3% dei ricavi complessivi, mantenendo quindi un peso residuale nel business model complessivo. Il fatturato derivante da servizi non dedicati ad anziani è in media del 47%, in linea con la scorsa edizione della rilevazione, pur raggiungendo l'80% in un caso. La residenzialità per anziani rimane la prima fonte di fatturato (50% del totale in media), anche se in maniera sempre meno preponderante: stanno emergendo strategie di diversificazione del fatturato, con notevoli differenze tra *player*. Questo ci segnala come il processo di innovazione dei servizi e di integrazione dell'offerta finanziata dal pubblico e quella sostenuta dalle famiglie sia soltanto agli inizi. I grandi *player* ci segnalano un percorso possibile, che si sta affermando a diversi livelli di maturazione. Guardando alla natura giuridica delle singole aziende o alla loro collocazione geografica, non emergono particolari differenze, a segnalare che le scelte di posizionamento strategico dipendono dalle storie delle singole aziende più che dalla loro configurazione giuridica.

**Figura 1.29. Scomposizione del fatturato 2020 per aree di attività<sup>15</sup>, grandi player del settore**



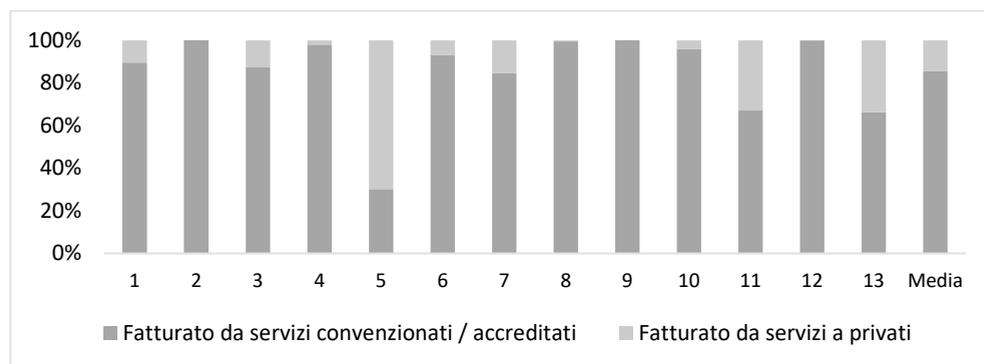
### Offerta pubblica e mercato privato

Il settore socio-sanitario si è sviluppato nel tempo intorno all'offerta pubblica e ai meccanismi di accreditamento, convenzionamento e budget. Il settore sta però cambiando, sia con riferimento alla capacità del welfare pubblico di soddisfare un bisogno potenziale in costante evoluzione (par. 1.2), sia con riferimento ai bisogni delle famiglie sempre più differenziati per cluster sociali e alla

<sup>15</sup> Dato fornito da 13 enti

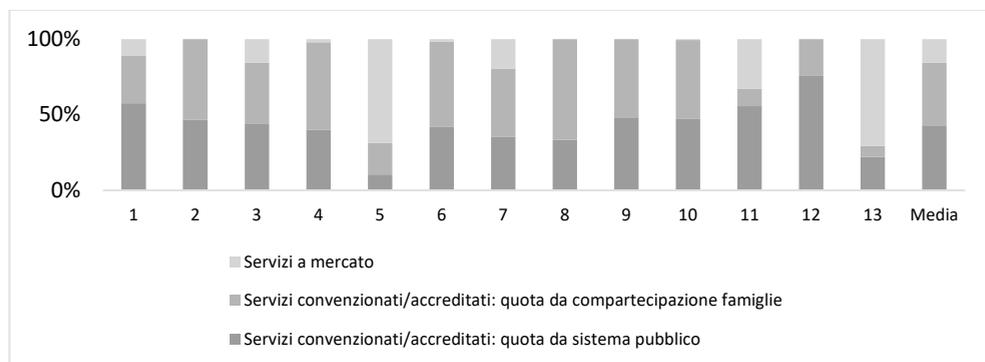
ricerca di personalizzazione (cfr Capitolo 2). Tra i servizi tradizionalmente presenti (strutture residenziali, centri diurni e assistenza domiciliare) si iniziano a diffondere quote crescenti di posti e accessi dedicati al mercato privato e al libero accesso da parte delle famiglie. I primi a riposizionare la propria offerta in questa direzione sono stati i grandi *player*, che oggi presentano (con intensità differente) quote – seppur minoritarie - di attività svolta al di fuori del regime pubblico. In Figura 1.32 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2020 per attività socio-sanitaria tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico e servizi a mercato privato: in media l'85% del fatturato deriva dalla prima tipologia e il 15% dalla seconda. In tre casi la quota da privati supera il 30% (rispettivamente 33%, 34% e 70%). Il dato è sostanzialmente allineato alla rilevazione 2019, dove il dato medio era 84% e 16% rispettivamente. In generale, i grandi *player* confermano ancora un posizionamento prevalentemente centrato su servizi a budget pubblico, con limitate aperture verso il mercato.

**Figura 1.30. Scomposizione del fatturato 2020 per attività verso pubblico o verso privati<sup>16</sup>, grandi players del settore**



<sup>16</sup> Dato fornito da 13 rispondenti

**Figura 1.31. Scomposizione del fatturato 2020 per servizi residenziali per anziani<sup>17</sup>, grandi players del settore**



Con riferimento ai servizi residenziali per anziani, che come visto (Figura 1.31) generano il 50% del fatturato totale, si osserva come la quota afferente a servizi erogati in regime di accreditamento o convenzionamento sia molto diversificata se scomposta tra quota corrisposta da soggetto pubblico e quota derivante da compartecipazione delle famiglie (Figura 1.33).

Mediamente la compartecipazione genera il 41% del fatturato per servizi residenziali per anziani, mentre la quota corrisposta direttamente dal pubblico vale il 43% circa in media. Anche in questo caso si osservano situazioni molto differenziate che dipendono anche dalla normativa dei contesti dove i servizi sono erogati.

Cambiando prospettiva e considerando unitamente la quota di compartecipazione pagata dalle famiglie e la parte di rette da servizi a mercato, si osserva come mediamente in media quasi il 60% del fatturato venga corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie.

Le rilevazioni sin qui riportate sono in sostanziale continuità con l'edizione 2019 del Rapporto: non sono infatti cambiati né la quota di fatturato generata dai diversi servizi, né il mix di attività offerte in regime convenzionato / accreditato o a mercato. Ciò che invece è cambiato sono gli introiti complessivi generati nel 2020, che hanno subito una forte contrazione dovuta alla pandemia, come descritto nel paragrafo successivo.

### L'impatto di Covid-19 sul fatturato

Uno degli impatti più evidenti e critici della pandemia segnalati dai gestori dei servizi e non solo è quello sulla sostenibilità economico finanziaria del settore (*cfr* Capitolo 3). Le chiusure e le interruzioni imposte dall'emergenza sanitaria,

<sup>17</sup> Dato fornito da 19 rispondenti

la difficoltà a garantire il turnover nell'occupazione di posti e posti letto nei setting socio-sanitari sono alcuni dei fattori che hanno contribuito alla riduzione del numero di utenti serviti, e quindi dei ricavi. La sola utenza anziana è diminuita del 6,3% rispetto al 2019 (Tabella 1.14), con una contrazione maggiore nei servizi residenziali (6.5%).

**Tabella 1.14. Variazione dell'utenza anziana in carico ai grandi player<sup>18</sup>, anni 2019 e 2020**

Tipologia utenza anziana	Variazione '20 su '19
In carico a servizi residenziali	-6,5%
In carico ad altri servizi	-5,9%
Totale utenti anziani	-6,3%

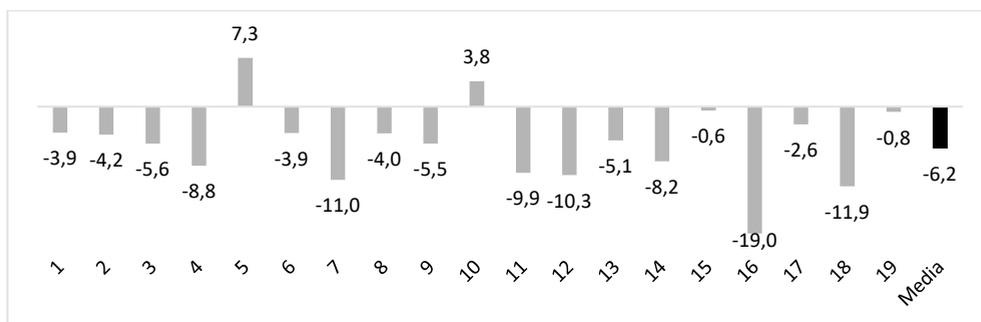
Complessivamente, il fatturato 2020 dei *player* rispondenti si è ridotto del 6,2% rispetto al 2019 (Tabella 1.15).

Nel dettaglio, la Figura 1.34 illustra la variazione percentuale del fatturato 2020 di 19 rispondenti rispetto ai valori 2019.

**Tabella 1.15. Evoluzione fatturato grandi player, anni 2019 e 2020<sup>19</sup>**

Totale fatturato 2019	1.974.479.385 €
Totale fatturato 2020	1.851.255.321 €
Differenza 2020-2019	-6,2%

**Figura 1.32. Variazione percentuale del fatturato 2020 rispetto al 2019**



<sup>18</sup> Dato fornito da 19 rispondenti

<sup>19</sup> Dato fornito da 19 rispondenti

Salvo due eccezioni<sup>20</sup>, i dati dimostrano una contrazione dei ricavi generalizzata, in alcuni casi contenuta (-0,6 o -0,8%), in altri molto pronunciata, con punte fino al -19%.

I dati forniti da 13 delle 19 aziende rispondenti ci permettono di provare ad andare maggiormente a fondo circa le aree di business che hanno sofferto maggiormente, contestualizzando le perdite rispetto al peso di ogni fonte sul fatturato complessivo 2020 (Tabella 1.16).

In primo luogo, la contrazione dei ricavi è stata registrata in tutte le aree di business dei gestori, seppur ad intensità differente: i servizi non residenziali per anziani hanno generato il 10% in meno del fatturato rispetto al 2019, la residenzialità il 7%, mentre i servizi rivolti a target non anziani hanno ridotto gli introiti del 3,9%.

Un ragionamento simile riguarda le fonti di finanziamento (in termini di soggetto pagante) dei servizi, che hanno registrato una diminuzione trasversale. La quota di compartecipazione delle famiglie per i servizi in accreditamento è quella che ha subito una contrazione maggiore in tutti i servizi: -10% per i posti letto in residenzialità; -22% negli altri servizi per anziani, -16% sulle altre aree di business degli enti.

**Tabella 1.16. Variazione del fatturato 2020 vs 2019 per fonte, tipologia di servizio e incidenza sul fatturato 2020<sup>21</sup>**

Tipologia di servizio	Fonte di finanziamento	Incidenza su fatturato 2020	Variazione '20 su '19
Residenzialità anziani	Convenzionamento pubblico	22%	-3,0%
	Compartecipazione famiglie	21%	-10,2%
	Solvenza	8%	-7,9%
	<b>Totale residenziale anziani</b>	<b>50%</b>	<b>-6,9%</b>
Altri servizi per anziani (domiciliare, semi-residenziale, ...)	Convenzionamento pubblico	2%	-10,0%
	Compartecipazione famiglie	1%	-22,0%
	Solvenza	1%	-1,0%
	<b>Totale altri servizi per anziani</b>	<b>3%</b>	<b>-10,0%</b>
Altri servizi (es. riabilitazione, filiera per persone con disabilità, ...)	Convenzionamento pubblico	42%	-2,7%
	Compartecipazione famiglie	1%	-13,0%
	Solvenza	3%	-16,0%
	<b>Totale altri servizi</b>	<b>46%</b>	<b>-3,9%</b>
<b>Totale</b>		<b>100%</b>	<b>-5,6%</b>

<sup>20</sup> Escludendo dalla media i due provider che hanno registrato una crescita, la contrazione complessiva del fatturato dei rispondenti è pari a 6,78%. Dai dati è possibile ricostruire la fonte della crescita solo per un'azienda, ed è dovuta all'ampliamento dell'offerta di servizi rivolti a target non anziani.

<sup>21</sup> Dati riferiti a 13 rispondenti. La contrazione del fatturato complessivo in questo campione è pari al 5,6%, contro il 6,2% medio di tra tutti i rispondenti.

Il fatturato da compartecipazione delle famiglie si è contratto in misura significativa per le RSA (-10%), e in maniera ancor più marcata negli altri servizi per anziani, dove è scesa del -22%. Il contributo pubblico si è ridotto in maniera più contenuta nel caso delle RSA (-3%) e dei servizi per target non anziani (-2,7%), mentre è scesa del 10% per gli altri setting per anziani.

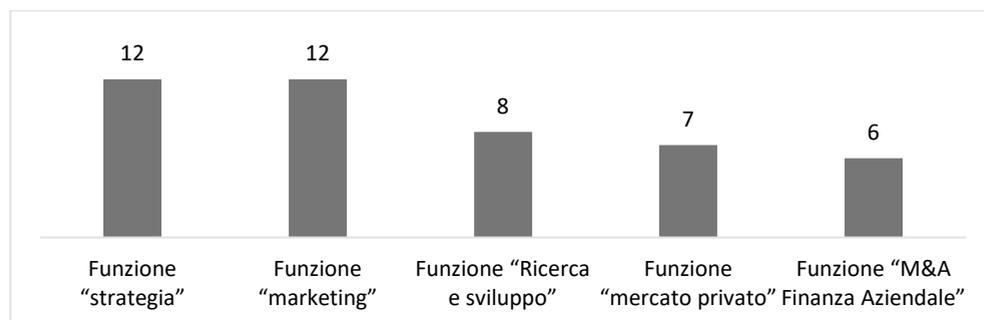
Queste evidenze dimostrano chiaramente l'intensità dell'impatto economico della pandemia sugli equilibri finanziari dei gestori, in particolare nelle due aree di business principali: residenzialità per anziani, che vale il 50% del fatturato complessivo, e servizi rivolti ad altri target, che genera il 46% dei ricavi.

Un segnale positivo di ripresa arriva dai dati preliminari di fatturato 2021 sulla base dei dati al 30/09/2021, fornito da 19 aziende: le proiezioni indicano infatti un rimbalzo che dovrebbe portare i gestori ai livelli 2019. Il condizionale è d'obbligo fino all'approvazione dei bilanci consuntivi, ma è un segnale positivo e di speranza per il rilancio dei servizi dopo l'annus horribilis 2020.

### **Processi di frammentazione e ricomposizione nel settore: fusioni, acquisizioni o cessioni aziendali**

Tra gli elementi tradizionalmente indagati nel questionario rivolto ai gestori sono incluse le strategie di riposizionamento nel settore che queste aziende hanno messo in atto nel periodo recente, indagando la visione con cui le hanno intraprese. La ratio di questa sezione trova il suo fondamento nell'ampio processo di riorganizzazione d'impresa che ha attraversato il settore LTC negli ultimi anni, sia in termini di interventi di ridefinizione dei portafogli dei servizi, che di cambiamenti nei perimetri aziendali e societari.

**Figura 1.33. Presenza delle funzioni strategiche nell'organigramma aziendale, grandi player<sup>22</sup>, anno 2021**



<sup>22</sup> Dato fornito da 19 rispondenti

Un primo elemento oggetto di indagine ha riguardato la governance aziendale, e in particolare la presenza o meno di funzioni e direzioni dedicate alle strategie di sviluppo aziendale. Poiché il settore è popolato prevalentemente da produttori molto piccoli<sup>23</sup>, che inevitabilmente hanno una dotazione di logiche e strumenti manageriali modesta se non assente, ci si è chiesti se lo sviluppo dimensionale, a causa dei processi di acquisizione e fusione, comporti anche un cambio di paradigma gestionale, configurando, ad esempio una esplicita funzione aziendale dedicata allo sviluppo aziendale. Dal questionario emergono importanti segnali di formalizzazione delle funzioni di sviluppo strategico che sono collocate organizzativamente nel perimetro delle direzioni generali. Oltre alle tradizionali funzioni legate alla strategia e marketing (Figura 1.30) è interessante osservare come otto si siano dotate di una funzione ricerca e sviluppo (a segnalare l'attività di rinnovamento sulla propria offerta e servizi), e sette di *Mergers & Acquisitions*, ovvero finanza aziendale (a segnalare la rilevanza delle operazioni straordinarie nel settore), in diminuzione rispetto alla rilevazione 2020. Sette aziende hanno inoltre una funzione al mercato privato, in linea con la scorsa edizione, a segnalare l'attenzione verso questa parte del settore.

Successivamente, è stato indagato il tema delle operazioni straordinarie. Negli ultimi anni sono state attivate numerose operazioni di rimodulazione aziendale (Tabella 1.17), che hanno visto alcuni *player* su più tipologie di operazioni<sup>24</sup>. Undici su 19 gestori hanno effettuato operazioni straordinarie nel biennio 2019-2021, prevalentemente fusioni (7) e acquisizioni (7). Nel 2022-2023, 7 *player* su 19 saranno coinvolti in operazioni straordinarie, con una prevalenza di acquisizioni (6). Possiamo aspettarci che il mercato tenderà a cambiare ulteriormente con nuovi perimetri istituzionali e una maggiore concentrazione, anche se la strada da percorrere per il consolidamento del settore è ancora lunga.

**Tabella 1.17. Numero di operazioni straordinarie effettuate nel 2019-2021 e prospettiche per il 2022-2023 dai grandi player del settore<sup>25</sup>**

	2019-2021	2022-2023
<i>Players</i> coinvolti in operazioni straordinarie (su 19)	11	7
Coinvolti in processi di fusione	7	1
Coinvolti in processi di cessione	4	2
Coinvolti in processi di acquisizione	7	6

<sup>23</sup> Si veda Capitolo 3 del Primo Rapporto OLTC

<sup>24</sup> 5 aziende hanno avviato più di un'operazione straordinaria, motivo per cui esiste un differenziale tra "player coinvolti" e somma del numero di operazioni straordinarie.

<sup>25</sup> A questa domanda hanno risposto 19 enti

**Tabella 1.18. Aperture/Acquisizioni e Chiusure/Cessioni di strutture per anziani, grandi player<sup>26</sup>, anni 2019-2021**

	Apertura / acquisizione di nuove strutture per anziani. 2019-2021	Chiusura / cessione di nuove strutture per anziani. 2019-2021
Player coinvolti	7	3
Numero operazioni (totale)	50	9

Guardando alle operazioni di acquisizione e cessione di singole strutture per anziani (Tabella 1.18), ovvero quelle operazioni più dinamiche che non necessariamente implicano un ridisegno aziendale, osserviamo come un terzo delle aziende siano state parte attiva di acquisizioni (o nuove aperture) per un totale di 50 strutture. Meno frequenti le situazioni in cui i grandi *player* hanno ceduto o chiuso strutture (3 *player* su 21). In termini di distribuzione territoriale, le acquisizioni/aperture si sono concentrate prevalentemente nel Nord Ovest (scelto da sei gestori), e in Centro Italia (indicato da quattro gestori); similmente le chiusure sono avvenute nel Nord Ovest (due gestori), seguite dal Centro e dal Nord Est (individuati da due gestori diversi).

#### 1.4. Conclusioni

L'analisi dei bisogni di salute della popolazione over65 ci consegna la fotografia di un Paese in cui le persone che segnalano la presenza di difficoltà legate a cronicità, gestione della persona e della vita domestica o a limitazioni funzionali sono sempre di più. Alle difficoltà di sistema si aggiungono alcune preoccupanti dinamiche che emergono dai dati: le condizioni di salute non sono omogenee tra la popolazione anziana, mentre sono omogenee le caratteristiche delle coorti più fragili lungo tutte le dimensioni analizzate: donne, soggetti meno istruiti, residenti meno abbienti e cittadini del Sud Italia. Queste categorie primeggiano negativamente in quasi tutti gli indicatori analizzati: parliamo di categorie più svantaggiate e che faticano ad entrare nel circuito della cura e della prevenzione, come dimostrato dai dati sulla rinuncia ai servizi, che rischiano di alimentare il circolo vizioso della fragilità. Con le informazioni a nostra disposizione non è possibile dire se sia la fragilità economica a generare quella sanitaria e socio-sanitaria, quel che sembra chiaro è che le due dimensioni si alimentano a vicenda, contribuendo a peggiorare le situazioni individuali.

L'invecchiamento della popolazione pone quindi rilevanti sfide alla sostenibilità dei sistemi di welfare pubblico, non solo in termini di capacità di raggiungere larga parte del bisogno, ma anche di farlo garantendo un approccio equo su tutto il territorio nazionale e verso tutta la popolazione anziana. Oggi

<sup>26</sup> A questa domanda hanno risposto 19 enti

siamo ancora lontani da questo scenario, come mostrato dai dati di copertura del bisogno via ADI e RSA. Rispetto all'ADI, il ruolo assegnato a questo intervento nel PNRR è centrale: se l'intento è di renderla lo strumento per eccellenza di integrazione socio-sanitaria, l'allocazione delle risorse dovrebbe essere accompagnata da una revisione complessiva della misura, che - come visto - oggi ha una capacità di presa in carico mediamente molto limitata.

In questo quadro, i gestori dei servizi si stanno riprendendo dall'importante impatto negativo sugli equilibri finanziari (-6,2% del fatturato a livello di Network OLTC) generato dalla pandemia, mantenendosi saldamente ancorati all'accreditamento pubblico dei servizi, probabilmente anche per garantire certezze di introiti in questo momento di incertezza. Allo stesso tempo, le molteplici iniziative mappate in questo Rapporto raccontano di gestori che stanno tentando di cambiare il proprio perimetro di gioco, mettendo in discussione il *modus operandi* sin qui utilizzato (*cfr* Capitolo 4).

Infine, si rileva come la molteplicità di riflessioni di dettaglio proposte in questo Capitolo rispetto all'analisi del bisogno, che tratteggiano profili più o meno fragili della popolazione, sono rese possibili solo grazie alla maggiore (benché ancora migliorabile) raffinatezza delle rilevazioni a nostra disposizione, confermando il ruolo centrale dei sistemi informativi nel dare rappresentazione del bisogno e nell'orientare gestione delle politiche e dei servizi.

## Bibliografia

Ardito, V., Ciani, O., Federici, C., Furnari, A., Finch, A., Jommi, C., Malandrini, F., Meregaglia, M., Tarricone, R. (2021). Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale. In Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea. Disponibile al link: [https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%207%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?dxEacJsjr0LUJJIqS9JpMyaPJVjVrKw\\_](https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%207%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?dxEacJsjr0LUJJIqS9JpMyaPJVjVrKw_=)=

I.Stat. Popolazione residente al 1° gennaio 2019. Ultimo accesso: 22 dicembre 2021. Disponibile al link: <http://dati.istat.it/#>

ISTAT (più anni), I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>

Istat (2021a). Indicatori demografici. Anno 2020. Disponibile al link: [https://www.istat.it/it/files//2021/05/REPORT\\_INDICATORI-DEMOGRAFICI-2020.pdf](https://www.istat.it/it/files//2021/05/REPORT_INDICATORI-DEMOGRAFICI-2020.pdf)

Istat (2021b). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019. Disponibile al link: <https://www.istat.it/it/files//2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

Istat (2021c), Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2018, disponibile al link: <https://www.istat.it/it/archivio/253929>

Istituto Superiore di Sanità. Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Dati al 5 ottobre 2021. Disponibile al link: [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_5\\_ottobre\\_2021.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_5_ottobre_2021.pdf)

Ministero della Salute (più anni) Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Archivio disponibile al link: [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=3835&area=statisticheSSN&menu=annuario](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3835&area=statisticheSSN&menu=annuario)

Rotolo, A., Donati, E. (2021). Sapessi come è strano... invecchiare a Milano! Vite, società ed economie ridisegnate dalla longevità. Milano: Egea. Disponibile al link: <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Rotolo%20Donati.pdf>



## **2. La rete informale per la cura: *caregiving* familiare, ricorso al “badantato”, aspettative delle famiglie verso i servizi**

*di Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli*

Il sistema di cura degli anziani in Italia poggia notoriamente le sue radici su un modello di cura informale, che vede il coinvolgimento diretto delle famiglie e una massiva presenza di “badanti”. Questo dipende da quanto descritto nel Capitolo 1 (*cf.*) di questo Rapporto in termini di capacità (o meglio incapacità) del sistema italiano di dare risposte all’invecchiamento e alla longevità quando queste implicano necessità assistenziali, ma anche da preferenze culturali e sociologiche radicate nel modello di welfare familistico. Sebbene esplorare a fondo questo tema non sia obiettivo di questo Rapporto e delle attività di ricerca ad esso connesse, si ritiene utile alla discussione proporre una raccolta delle più recenti informazioni a disposizione sul mondo della cura informale e del “badantato”. Si passa poi (par. 2.2) ad un tema diverso ma correlato: quali sono le aspettative delle famiglie rispetto ai servizi esistenti e, più in generale, che tipo di soluzione si immaginano nel momento in cui si trovano a gestire la condizione di non autosufficienza? Le preferenze e scelte delle famiglie sono determinanti rispetto all’evoluzione dei modelli di cura, alla soddisfazione e qualità della vita e quindi anche del mix formale e informale a cui tendere.

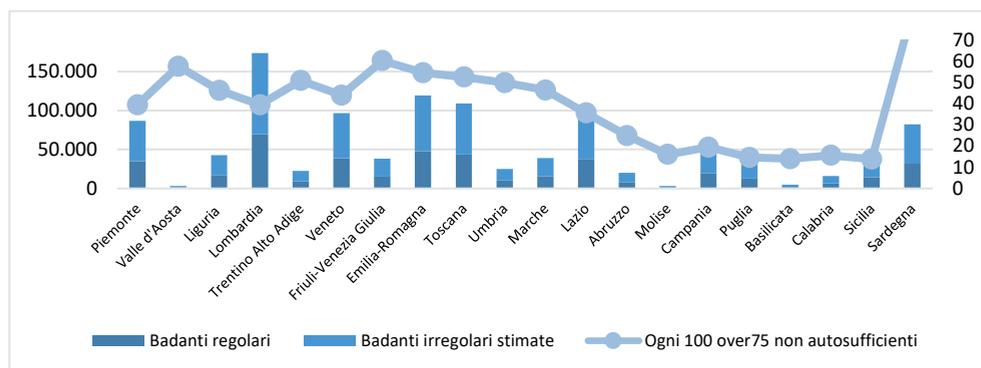
### **2.1 Il mondo della cura informale: dati e prospettive**

#### *2.1.1 Le badanti: numeri e profilo*

Sono tre le fonti ufficiali che permettono annualmente di aggiornare il quadro informativo circa la diffusione, numerosità e caratteristiche dell’operato delle badanti in Italia: i dati Istat e INPS sul lavoro domestico in Italia, il rapporto dell’Osservatorio DOMINA sul lavoro domestico e le ricerche aggiornate di alcuni autori che hanno dedicato anni e ricerche al tema (i.e. Pasquinelli e Pozzoli, 2021). Questo ci permette di aggiornare annualmente la cifra che rappresenta la

presenza di badanti in Italia, nonché il profilo di questi lavoratori e lavoratrici anche alla luce delle tendenze che stanno vivendo. In termini di numeri, l'aggiornamento della stima del numero di lavoratori regolari e irregolari porta ad un totale di 1.094.158 individui.

**Figura 2.1 Distribuzione di badanti regolari ed irregolari nelle Regioni e incidenza rispetto agli over75 non autosufficienti, anno 2020.**



Questa cifra riguarda le sole badanti (e non i collaboratori domestici e baby-sitter) per l'anno 2020, considerando sia i lavoratori regolari che irregolari<sup>1</sup> (fonte elaborazione degli autori su dati ISTAT, 2021). In termini di incidenza percentuale questo implica la presenza di una badante ogni 15,57 cittadini over75 oppure ogni 36,81 cittadini over75 non autosufficienti. La Figura 2.1 mostra la distribuzione tra Regioni, confermando una maggior incidenza nel Centro e Nord in Italia, in continuità con le stime precedenti.

L'anno 2020 è in ogni caso un anno particolare. Gli effetti della pandemia non hanno risparmiato l'attività lavorativa del badantato, con una serie di effetti che si incrociano determinando fenomeni in direzioni opposte e difficili da interpretare rispetto all'impatto nel medio periodo.

Nel corso del 2020, tra le misure a sostegno dell'economia nazionale bloccata dagli effetti della pandemia è stata promossa una importante sanatoria per

<sup>1</sup> Per la stima dei lavoratori irregolari si è utilizzato, in continuità con i Rapporti OLTC 2018,2019, 2020-2021, il rapporto 40-60 tra lavoratori regolari ed irregolari. Questa proporzione è confermata anche dalla recente pubblicazione di Pasquinelli e Pozzoli (2021) ma anche da ISTAT (Conti Nazionali 2018 per la Categoria ATECO "T": Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico; produzione di beni e servizi indifferenziati per uso proprio da parte di famiglie e convivenze) che indica il tasso di irregolarità nel settore domestico pari al 57,6%.

la regolarizzazione del lavoro irregolare (si fa riferimento qui all'articolo 103 del decreto "Rilancio"<sup>2</sup>). L'impatto di tale sanatoria era potenzialmente significativo data l'entità del provvedimento e le condizioni vantaggiose per i datori di lavoro. Nei fatti, l'85% delle domande presentate ha riguardato lavoratori domestici, ma con un numero assoluto di richieste (176.848) inferiore rispetto a quello che si poteva immaginare data l'entità delle risorse a disposizione. Inoltre, facendo un'analisi dei profili dei lavoratori oggetto di queste richieste, Pasquinelli e Pozzoli (2021) evidenziano delle forti discrasie rispetto al profilo caratteristico delle badanti che tradizionalmente operano in Italia (per età e paese di provenienza, si veda più sotto in questo paragrafo) ipotizzando che tale provvedimento sia stato utilizzato anche per la regolarizzazione di altri profili lavorativi. In ogni caso, la sanatoria ha fatto segnare un aumento del 6,5% delle badanti regolari tra il 2020 e il 2019, mentre gli anni precedenti si registravano percentuali decisamente inferiori (+1,1% tra 2019 e 2018, +1,8% tra 2018 e 2017, +3,5% tra 2017 e 2016). Percentuali significativamente diverse si trovavano invece tra il 2011 e il 2012, quando la precedente sanatoria aveva determinato un incremento del 17,9% a livello nazionale (Pasquinelli e Pozzoli, 2021).

Un secondo fenomeno che sembra indirizzare verso un incremento del numero di badanti (senza però un chiaro posizionamento tra regolari e irregolari) riguarda la crisi di fiducia delle famiglie verso il settore RSA e la scelta di preferire (anche più che in passato) il domicilio come luogo di elezione per proteggere sé stessi e i propri cari dagli effetti della pandemia. Più avanti nel Capitolo si discuterà di quali siano le aspettative delle famiglie rispetto alla cura degli anziani, e si potrà notare una sempre maggiore predisposizione verso soluzioni di cura a casa. Questo, unitamente ai vincoli e alle restrizioni attualmente in vigore rispetto alle strutture residenziali, possono determinare una ulteriore espansione della richiesta di badanti per lo meno nel periodo di influenza di Covid-19.

Un dato in controtendenza emerge, invece, dall'indagine di Pasquinelli e Pozzoli (2021) che hanno intervistato un campione significativo di badanti nel corso del 2020. Emerge come 4 su 10 fossero attualmente disoccupate e in cerca di una famiglia con cui instaurare un nuovo rapporto. Questo viene spiegato da diverse concause, quali la pandemia con la necessità di isolamento e il lockdown, oltre alla perdita di altri posti di lavoro tra i datori di lavoro che producono un effetto anche sul comparto badanti.

Come evolveranno quindi i dati e questa modalità di cura è difficile da dire. Ciò che si osserva è sicuramente un cambiamento profondo nel profilo delle persone ingaggiate in questa attività e nelle loro aspettative. Sempre facendo riferimento alle tre fonti principali (Istat 2021, Osservatorio DOMINA 2021, Pasquinelli e Pozzoli 2021) si evidenziano questi cambiamenti:

---

<sup>2</sup> Cfr. Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020.

- a. A differenza del passato, la maggior parte (66%) dei lavoratori è non convivente.
- b. I/le badanti stranieri hanno registrato un lieve ma costante calo dal 2012, (-5,2%). Gli italiani, al contrario, sono più che raddoppiati (+125,8%).
- c. Un'altra tendenza significativa riguarda le classi d'età: se nel 2012 la maggioranza dei lavoratori domestici aveva un'età compresa tra 30 e 49 anni (54,0%), oggi la fascia più numerosa è quella degli ultra-cinquantenni (52,4%). Contestualmente è diminuita anche la componente giovane (fino a 29 anni), passata dal 14,5% al 5,3% del totale.
- d. Da questo segue anche l'aumento del numero medio di anni trascorsi in Italia, 14 in media (mentre ad esempio nel 2006 era 4). Questo perché la proporzione tra nuove arrivate (che risiedono in Italia da massimo 6 anni) e chi invece è presente da periodi di tempo più lunghi è invertita rispetto agli anni 2000 e vede il secondo profilo prevalere. Pasquinelli e Pozzoli (2021) aggiungono alcuni elementi interessanti per interpretare e commentare questa tendenza: la permanenza maggiore è appannaggio dei lavoratori dell'Europa dell'Est, che in media risiedono infatti in Italia da 13 anni. Gli autori evidenziano come questo dimostra che il modello iniziale di “badante pendolare” sia stato da tempo abbandonato a vantaggio di una permanenza stabile e permanente in Italia. Questo si collega quindi con un basso livello di turnover con ripercussioni sulle attitudini lavorative (volontà di ricollocarsi e di essere formati), oltre che psicologiche e relazionali nel rapporto con le famiglie. È rilevante poi anche il meccanismo indotto del *care drain*<sup>3</sup>, essendo molto spesso lavoratrici donne, madri, con figli nei paesi di origine.
- e. Più della metà (54%) svolge il lavoro di badante da più di dieci anni, il 12% da più di venti.
- f. Rispetto al profilo di assistito emerge un quadro di un anziano tipo con età media 83 anni, problemi cognitivi o di demenza conclamata, con un terzo degli anziani che dichiara di non uscire mai di casa.

Rispetto ai profili economici, ovvero a quali siano i costi per le famiglie, Osservatorio DOMINA (2021) propone degli interessanti dati: un assistente familiare assunto regolarmente a tempo indeterminato ai minimi previsti nel 2020, con contratto 54 ore settimanali e convivente, ha un costo totale annuo (comprensivo di oneri) di 14.869 euro. Sempre la stessa fonte ci dice che una cifra simile è sostenibile solo per il 10,4% dei pensionati italiani, mettendo in luce il tema del patrimonio familiare allargato e del ruolo dei figli. Valutando invece

---

<sup>3</sup> Ovvero del fatto che le persone coinvolte in attività di badantato in Italia hanno nei loro paesi di origine familiari di cui potrebbero essere caregiver (ad esempio figli o familiari non autosufficienti) ma di cui non si stanno occupando.

un contratto per assistente familiare formato per assistenza a non autosufficienti, la cifra annua salirebbe a 22.108 euro e la percentuale di pensionati per cui sarebbe sostenibile scenderebbe a 4,1%.

Immaginando una retribuzione per gli assunti irregolari in linea con la retribuzione netta dei regolari la spesa totale annua delle famiglie italiane per badanti ammonta a 13,7 milioni di euro (sempre ipotizzando la proporzione 40-60 tra regolari e irregolari).

### *2.1.2 Il caregiving familiare*

Rispetto al caregiving familiare, dobbiamo tornare ai dati Istat 2018 che raccontavano di 2 milioni e 827 mila persone che si prendono cura di familiari con più di 15 anni. Il numero assoluto è impressionante e, ipotizziamo, in crescita. Confermando che il profilo continua a essere prevalentemente quello femminile e over50, è interessante cercare di capire se Covid-19 abbia avuto un effetto anche su questo. Il rapporto Eurocarers (Eurocarers/IRCCS-INRCA, 2021) presenta dati per diversi paesi (tra cui l'Italia) circa l'effetto della pandemia sulle attività di cura. In estrema sintesi colpisce che:

- a. Durante il 2020 le ore settimanali dedicate alle attività di cura sono aumentate del 17%.
- b. Il 61,7% dei caregiver familiari si è sentito sopraffatto da questo ruolo durante il 2020.
- c. Il 58,5% non si è sentito supportato nelle attività di caregiving.
- d. Il 20% ha visto una riduzione del reddito.
- e. Il 90% dei caregiver è preoccupato dell'impatto che l'attività di caregiving può avere sulla sua vita. L'aspetto della vita maggiormente intaccato (79% dei rispondenti) è quello della socialità.

Tornando al pre-pandemia, usando come fonte ISTAT (2021) che riporta dati 2019, sappiamo che in Italia il 65,2% della popolazione over65 non autosufficiente (o esplicitando la definizione Istat: con riduzione di autonomia non necessariamente grave) usufruisce di aiuti da parte di familiari, di persone a pagamento o di altre persone. Le diverse modalità possono anche sommarsi arrivando a confermare che il 50% degli anziani non autosufficienti riceve aiuto dai familiari, il 17% da personale a pagamento e il 6,4% da altre persone (amici, associazioni di volontariato, ecc.). Se concentriamo questo dato su anziani non autosufficienti con limitazioni gravi la percentuale di chi riceve aiuti al domicilio sale all'84,4%.

Questi dati, che confermano la diffusione del caregiving informale, vanno però letti insieme ad alcuni elementi che raccontano meglio che tipo di assistenza ricevono gli anziani da questi caregiver e come vivono. Sempre Istat (2021) ci dice che:

- Il 37,3% degli anziani dichiara una carenza di assistenza, o perché non ne usufruisce affatto, o perché, nonostante riceva degli aiuti, avrebbe bisogno di maggior sostegno.
- Rispetto alle condizioni di vita, la metà degli anziani non autosufficienti (46,8%) vive solo, il 26,7% solamente con il coniuge, l'11,7% come membro aggregato nel nucleo familiare dei figli e il 14,7% in altre tipologie familiari.
- Il 31,5% ha difficoltà di spostamento per motivi di salute o limitazioni funzionali.

Questi dati, insieme ad altre rilevazioni esistenti e simili, segnalano come sia fondamentale non spegnere i riflettori su quanto accade nelle case degli anziani e delle loro famiglie, immaginando risposte assistenziali che possano essere le migliori anche per le reti sociali esistenti.

## **2.2 La relazione tra famiglie e servizi di Long Term Care**

In un momento storico di profonda evoluzione del settore anziani, in cui ci si chiede come ri-orientare i servizi nuovi ed esistenti, è sempre più rilevante tornare alla base della questione, ovvero alla lettura del bisogno espresso e non espresso da famiglie e individui. In particolare, in una prospettiva di rottura rispetto al sistema esistente, diventa particolarmente interessante intercettare le aspettative e i desiderata di chi si accosta per la prima volta a questi temi (e quindi non è condizionato dall'esperienza vissuta) ma anche ricostruire il processo di avvicinamento al settore LTC di chi è già parte dei servizi, al fine di ricostruire i bisogni, le interlocuzioni e infine i processi che portano alla scelta delle diverse strategie assistenziali. Per indagare questi due temi si è proceduto a progettare e diffondere un breve questionario a risposte chiuse rivolto a due target ben distinti, ovvero:

1. Persona anziana / suo familiare che non è ancora entrato in contatto con i servizi di LTC;
2. Persona anziana / suo familiare che è già utente di servizi domiciliari, diurni o residenziali per anziani.

Il questionario, nelle due versioni rivolte ai due target, è stato diffuso online a ottobre 2021 tramite canali social e mailing list di un gruppo di sette professionisti del settore con vari ruoli<sup>4</sup> (direttore servizi per anziani, responsabile di area

---

<sup>4</sup>Tutti i professionisti citati sono stati coinvolti in quanto membri di un gruppo di lavoro SDA Bocconi – ANSDIPP sul tema dell'estensione della filiera dei servizi per anziani. A loro, Irene Bruno, Antonella Carrai, Sofia Castellari, Roberta Giudici, Isabella Roba, Graziano Santoro, Carla Stillavato, va un sentito ringraziamento.

servizi per anziani, referente per valutazioni in ingresso in strutture). La survey ha avuto nel tempo di tre settimane un'ottima diffusione, raggiungendo 720 cittadini. Da questo sono state estratte 508 risposte valide (in quanto complete nella parte definite essenziali nella progettazione della survey). Nel complesso i rispondenti presentavano questo profilo:

- 70% donne
- Età media 37 anni (sono infatti prevalentemente famigliari di persone anziane)
- Nel 35% dei casi vivono in una città metropolitana, all'opposto il 32% vive in un paese, il 17% in una città media, il 13% in una città piccola, il 3% in area rurale.
- I rispondenti risiedono in Emilia-Romagna nel 35% dei casi, Lombardia nel 29% dei casi, Liguria nel 15% dei casi, Piemonte nel 10% dei casi, Veneto nel 5%, il 5% in altre.

Rispetto ai due target:

1. Il 67,1% sono persone anziane (8,01%) o famigliari (59,09%) che non sono ancora entrati in contatto con i servizi di LTC.
2. Il 32,8% sono persone anziane (4,1%) o famigliari (28,7%) che sono già utenti di servizi per anziani.

Rispetto al primo target, il questionario era orientato a comprendere le loro attitudini e aspettative verso un settore non ancora conosciuto e verso la non autosufficienza in generale. Per il secondo si voleva invece approfondire le ragioni e modalità che li hanno portati ad avvicinarsi ai servizi.

### *2.2.1 Il punto di vista di chi non ha ancora fatto esperienza diretta*

I rispondenti che rientrano nel target di chi non è ancora nel mondo non autosufficienza (prevalentemente hanno risposto famigliari di anziani) hanno mostrato di avere una propensione e interesse al tema maggiore di quanto non ci si aspettasse, ma di affidarsi al passaparola e al confronto con persone loro vicine per acquisire informazioni in via preventiva. Pensando a situazioni di necessità, immaginano di essere centrati sul proprio domicilio e di sviluppare necessità che riguardano sia il la componente assistenziale, che organizzativa ma anche relazionale e psicologica. Colpisce in particolare quest'ultimo punto: persone che ancora non hanno fatto esperienza diretta di gestione della non autosufficienza hanno probabilmente visto gli impatti sul vissuto e sulle relazioni di altri ed elencano tra i bisogni attesi e potenziali la sfera del benessere psicologico.

## Approccio e aspettative delle famiglie rispetto alla non autosufficienza e ai servizi

Alla domanda “se pensate al tema non autosufficienza e ai servizi esistenti, quale frase vi descrive maggiormente” (Tabella 2.1) il 54% dei rispondenti afferma che non solo ha riflettuto circa la situazione potenziale che potrebbe svilupparsi, ma ha anche ipotizzato o progettato che tipo di soluzione vorrebbe attivare nelle diverse situazioni. Questo, unito al fatto che il 9,8% ha riflettuto sui bisogni (anche senza pensare ai servizi possibili) mostra come oltre la metà (65%) degli intervistati abbia sviluppato un proprio pensiero sul tema non autosufficienza e sembri consapevole e “pronto” rispetto a quanto potrebbe accadere. Questo dato smentisce l’opinione diffusa ma anche surrogata dai dati (Notarnicola, 2019) che i cittadini non abbiano una predisposizione a riflettere sul rischio non autosufficienza e rimandino le decisioni e la raccolta di informazioni fino al momento di urgenza. Un altro segnale in questa direzione viene dal fatto che il 12,5% dei rispondenti ha raccolto attivamente informazioni anche rispetto a servizi specifici e il 3% circa ha già preso accordi per attivarli nel momento futuro più opportuno. Questi dati, accanto al fatto che solo l’11,8% dice di non essersi mai interrogati circa il tema, confermano che l’attitudine verso questa tematica sta cambiando.

Come spiegare o interpretare questi numeri? Sicuramente l’anno 2020 con l’enfasi mediatica sul settore residenziale ha risvegliato la coscienza collettiva, ma anche gli interessi individuali. L’esperienza del *lockdown* e della cura a casa “forzata” (si veda anche paragrafo precedente) hanno poi probabilmente velocizzato in molte famiglie la presa di coscienza di queste tematiche. Allo stesso tempo, anche il canale di diffusione della nostra survey ha influito sulle risposte: avendo usato canali social di gestori di servizi socio-sanitari e sociali sono state intercettate persone che probabilmente già seguivano quelle pagine per interesse personale, relazioni di varia natura, etc. Il campione potrebbe essere quindi di persone già “sensibili al tema” ma dà comunque un segnale positivo soprattutto ai gestori sui servizi: lo spazio per lavorare sulla informazione preventiva e su un ingaggio precoce delle famiglie c’è, bisogna trovare la giusta chiave per attivarlo.

**Tabella 2.1. Risposta circa l’attitudine alla non autosufficienza, survey 2021**

Se pensate al tema non autosufficienza e ai servizi esistenti, quale frase vi descrive maggiormente	%
Ho pensato a quali bisogni potrebbero emergere nel prossimo futuro e a quali servizi esistono per farvi fronte	54%
Ho raccolto attivamente informazioni sui servizi e mi sento informato	12,5%
Non è un tema su cui mi sono interrogato	11,8%
Ho pensato a quali potrebbero essere i bisogni legati alla non autosufficienza nel breve termine e ho provveduto di conseguenza	9,8%
Ho preso contatti per attivare i servizi che credo saranno necessari	3,4%
Nessuna delle precedenti	8,5%

## Canali informativi

È stato chiesto poi “Con chi avete avuto modo di parlare di non autosufficienza e dei servizi esistenti?” (Tabella 2.2) ma anche quale canale informativo è stato usato e per raccogliere che tipo di informazioni (Tabella 2.3). Rispetto alla prima domanda emerge chiaramente come i soggetti “informati dei fatti” preferiti siano sostanzialmente due: le reti informali (conoscenti e amici 25,6% e famigliari 19,4%) e le istituzioni pubbliche (16,4%). Rispetto alle reti informali sapevamo che queste occupassero un ruolo fondamentale nei meccanismi informativi, ma non immaginavo che una percentuale così alta, di fatto circa la metà delle famiglie, facesse riferimento in prima battuta a questa fonte. Quando poi il canale sono i famigliari stessi della persona che si informa si rischiano dei “loop informativi” ed esperienziali che precludono ab origine la valutazione di soluzioni nuove o personalizzate. In questo modo si tenderà, infatti, a replicare strategie di cura già intraprese dalle persone vicine, adattando al margine, ma difficilmente discostandosi da quanto già intrapreso. Rispetto al ruolo delle istituzioni pubbliche, colpisce che circa un quinto faccia loro riferimento già nella fase di informazioni preliminari. Possiamo immaginare che questo dipenda dal fatto che una alta percentuale delle ricerche informative venga svolta tramite siti web o sportelli informativi e che aziende sanitarie ed enti locali siano attualmente i soggetti di riferimento rispetto a questi strumenti. Interessante vedere che tra i soggetti indicati come rilevanti per costruirsi la propria idea di non autosufficienza gli MMG e i gestori dei servizi sociosanitari si collochino molto in basso nella classifica. In particolare, per i secondi si apre uno spazio di riflessione importante: cosa fare per risultare maggiormente visibili alle famiglie? Come trasmettere loro la fiducia di poter essere dei soggetti competenti e ben informati per svolgere la funzione informativa?

**Tabella 2.2. Risposta circa i soggetti da cui raccogliere informazioni, survey 2021**

Con chi avete avuto modo di parlare di non autosufficienza e dei servizi esistenti?	%
Con conoscenti e amici che hanno già avuto esperienza in merito	25,6%
Con i miei famigliari	19,4%
Con operatori di servizi pubblici (ASL o Comune o altri)	16,4%
Con operatori dei servizi (gestori, volontari, etc.,)	9,4%
Con il mio medico di medicina generale	7,2%
Con nessuno	6,5%
Con medici specialisti o terapisti	5,2%
Tutti i precedenti	4,9%
Altro	3,2%
Nessuno dei precedenti	1,9%

Rispetto ai canali informativi utilizzati, coerentemente con le fonti indicate, il canale maggiormente utilizzato è ancora quello del passaparola e delle reti informali. Interessante però vedere come rispettivamente il 13% e 14% indichino siti web e sportelli dedicati. Questo lascia ben sperare rispetto al consolidamento di alcuni strumenti in fase di sviluppo che potrebbero diventare delle leve di posizionamento anche per i gestori dei servizi. I timidi tentativi (o importanti investimenti in pochi casi) di sviluppo di piattaforme<sup>5</sup> di orientamento e raccolta di informazioni, siano esse fisiche (servizi e sportelli) o virtuali (siti web, app, etc..) sembrano quindi andare nella direzione corretta.

**Tabella 2.3. Risposta circa le fonti utilizzate, survey 2021**

Se avete raccolto informazioni preliminari che fonte avete utilizzato?	%
Rete delle mie conoscenze o amicizie	32,7%
Sportelli o servizi informativi di istituzioni pubbliche (INPS, ASL, Comune)	14,6%
Siti web specializzati	13%
Medico di Medicina Generale	10,5%
Passaparola	8,3%
Patronati, CAF o simili	7%
Nessuno	7%
Altro	4%
Tutti	2,7%

Rispetto al contenuto della ricerca di informazioni (Tabella 2.4), e quindi agli interessi che le persone sviluppano preventivamente rispetto al tema non autosufficienza, colpisce il fatto che oltre all'ovvia necessità di approfondire i cambiamenti legati alla salute ci sia un interesse per altre componenti di potenziale bisogno, l'area psicologica e di supporto alla famiglia e l'area organizzativa e di gestione del tempo. Interessante che il 10% circa dei rispondenti ricerchi già anticipatamente informazioni sui servizi disponibili a pagamento. Questo dato va letto specularmente rispetto al 20% che cerca informazioni rispetto al welfare pubblico. Prevale quindi l'idea di una non autosufficienza molto spinta verso problematiche di salute (e quindi SSN) ma con una apertura importante anche ad altre tematiche e quindi servizi di altra tipologia.

<sup>5</sup> Per approfondire il tema delle piattaforme si veda Longo F., Maino F., 2021, Platform Welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali, Egea: Milano.

**Tabella 2.4. Risposta circa le informazioni ricercate, survey 2021**

Su quali temi ritenete che sia più rilevante avere informazioni in via pre-eliminare / preventiva?	%
Aspetti legati alla salute e l'invecchiamento	27,3%
Prestazioni pubbliche	20,3%
Aspetti psicologici e di supporto alla famiglia	16,3%
Aspetti organizzativi e gestione del tempo	14,5%
Servizi esistenti a pagamento	10,2%
Tutti	9,8%
Altro	1,0%
Nessuno	0,6%

### Aspettative rispetto ai bisogni che potranno emergere

Di fronte alla presentazione di due scenari tipo è stato chiesto poi ai rispondenti di provare ad ipotizzare che tipo di bisogni e quindi risposte potessero emergere in:

- una situazione di urgenza (ad esempio caduta con successivo ricovero ospedaliero e dimissione al domicilio);
- una situazione di lenta perdita dell'autonomia (ad esempio legata all'impossibilità di muoversi in modo autonomo o di decadimento cognitivo).

Per entrambe le situazioni i rispondenti immaginano (Tabella 2.5) la necessità di supporto professionale nell'assistenza, con percentuale più alta per lo scenario rappresentato di maggior urgenza. Sempre per entrambe però, indicano con il 30% delle scelte, anche la necessità di supporto operativo nella gestione domestica, immaginando quindi servizi non rivolti direttamente alla persona quanto piuttosto alla tenuta organizzativa della casa. I bisogni sottointesi sono quindi presumibilmente quelli della pulizia, dell'ordine, del bisogno di coordinamento, di essere sollevati da piccole incombenze routinarie, di supportare o compensare l'autonomia della persona, etc... Anche il tema dell'emergenza viene indicato in una percentuale rilevante di rispondenti (intorno al 10% e 14%) indicando come il bisogno di monitoraggio, sicurezza e pronto intervento sia fortemente percepito.

Ribadendo che queste risposte sono state date da persone che non hanno ancora vissuto queste situazioni e che stanno immaginando come potrebbero organizzarsi, colpisce che di fatto non emergano grandi differenze tra i due scenari, che invece sono molto diversi e potenzialmente destinatari di percorsi ben differenziati). Le percezioni dei non addetti ai lavori sono quindi più deboli e devono essere costruite nel tempo e sulla base dell'esperienza.

### 2.2.2 Il punto di vista di chi è già fruitore dei servizi

Rispetto al secondo profilo di rispondenti (famiglie o anziani già utenti di servizi domiciliari, diurni o residenziali), le domande erano orientate a ricostruire il loro percorso di accesso ai servizi. Il questionario ha confermato il “percorso tipo” di avvicinamento al mondo LTC (si veda a proposito anche Notarnicola, Perobelli, 2021):

- Rispetto al momento in cui hanno deciso di rivolgersi a servizi per la non autosufficienza prevale l’opzione indicata come “aggravamento necessità assistenziali e/o sanitarie” (per il 45%) seguita da “post-ricovero ospedaliero” (18,03%) e dal riconoscere l’impossibilità di gestire la situazione al domicilio per mancanza di competenze (12%). Si arriva dunque ai servizi formali LTC quando la situazione (soprattutto di salute) è tale per cui non ci sono alternative.
- I due *driver* che hanno orientato la ricerca dei servizi sono stati le condizioni di salute dell’anziano (23,6%) e la ricerca di standard precisi di assistenza quotidiana nella cura della persona (26,5%).
- Le caratteristiche maggiormente ricercate nei servizi al primo contatto erano le seguenti:
  - Sicurezza e protezione per l’anziano 28%
  - Qualità dell’assistenza sanitaria 21,6%
  - Consulenza e progettazione del piano assistenziale 8,9%
  - Orientamento e ricomposizione delle informazioni (guida sui soggetti istituzionali da sentire, i servizi esistenti, i luoghi, ...) 7,8%
- Al momento del riconoscimento del bisogno i primi contatti sono stati presi con:
  - Una RSA (27,8%)
  - I servizi sociali comunali (17,8%)
  - Agenzie di servizi di assistenza domiciliare (16,7%)
  - Badante (15,5%)
  - MMG (13%)

Anche in questo caso è stato chiesto che tipo di informazioni fossero state ricercate (Tabella 2.6) e tramite quali canali e fonti. In questo caso però non si trattava di ricercare informazioni a valenza puramente conoscitiva ma di individuare in tempi rapidi la soluzione migliore per avviare la presa in carico dell’anziano. Non cambiamo in ogni caso i canali e le fonti utilizzate: la prima fonte sono parenti e conoscenti o amici (22,1% e 15,7%) mentre balza in avanti nelle posizioni l’MMG che diventa per il 19% un punto di contatto fondamentale nel momento in cui la non autosufficienza si manifesta. Rispetto ai canali non si

riscontrano cambiamenti con questa gerarchia informativa: rete delle conoscenze personali, sportelli informativi, siti web. Rispetto invece al tipo di informazioni, colpisce come nel 25% dei casi si siano ricercate informazioni circa servizi privati a pagamento (era solo il 10% per i rispondenti che ancora non si trovano a gestire non autosufficienza). Nel momento di urgenza cambia quindi l'ordine delle priorità e si punta a cercare il servizio più velocemente attivabile.

**Tabella 2.5. Valutazione di due scenari alternativi, survey 2021**

Se immagini il momento in cui emergerà un bisogno di assistenza, quali aspetti ritieni siano quelli che cercherai maggiormente?	Immagini una situazione di URGENZA (ad esempio caduta con successivo ricovero ospedaliero e dimissione al domicilio)	Immagini una situazione di LENTA PERDITA DELL'AUTONOMIA (ad esempio legata all'impossibilità di muoversi in modo autonomo o di decadimento cognitivo)
Assistenza medica	12,6%	12,8%
Supporto operativo nella gestione della quotidianità sia per assistenza che per gestione domestica	29%	30,5%
Supporto professionale nell'assistenza per le prestazioni sanitarie e assistenziali	25,8%	21%
Un punto di riferimento reperibile sempre per gestire la situazione in emergenza	14,7%	10%
Supporto nell'organizzazione delle giornate	4,5%	9%
Supporto economico	6,5%	9,3%

**Tabella 2.6. Informazioni ricercate quando si verifica il bisogno legato alla non autosufficienza, survey 2021**

Su quali temi avevate raccolto informazioni?	%
Aspetti legati alla salute e l'invecchiamento	29%
Servizi esistenti a pagamento	25,3%
Prestazioni pubbliche	14,5%
nessuno dei precedenti	11,6%
Aspetti organizzativi e gestione del tempo	10,9%
Aspetti psicologici e di supporto alla famiglia	5%
Altri	3,6%

### 2.3 Cosa ci dicono i dati sulla cura informale e sulle aspettative delle famiglie?

I dati presentati in questo Capitolo restituiscono un quadro abbastanza completo di quanto accada nelle case delle famiglie che sono toccate dalla non autosufficienza. Oltre a ricordarci la rilevanza dei fenomeni (numero totale di badanti e caregiver informali), danno indicazioni importanti rispetto ai trend in corso e alle caratteristiche che potrebbe assumere il settore LTC del prossimo futuro. I dati sulle badanti mostrano come il profilo, la tipologia di aspettative e il modello di vita delle persone coinvolte è profondamente cambiato rispetto a un ventennio fa, rendendo, se possibile, ancora più complicato ma urgente pensare a politiche di reale integrazione e inclusione di questi lavoratori nel settore LTC. Se la prospettiva non è più quella di “lavoratori temporanei” ma invece di persone che stabilmente pensano al mondo assistenziale come loro vita professionale, come renderli a tutti gli effetti risorse positive per il sistema, anche considerando la grande crisi di professionisti che si sta osservando? Questo va anche inquadrato rispetto ai dati sul caregiving familiare che vive probabilmente nel 2021 un anno complicato: dopo l’avvio di Covid-19 (e quindi dopo il 2020), i dati mostrano come l’attività di caregiving si sia sempre più polarizzata, incidendo in modo ancora più intenso sulle vite individuali. La fatica di questo carico è esplosa nel 2020 e potrebbe essere vicina a mostrare il cortocircuito della gestione della non autosufficienza a casa a tutti i costi. I dati sulle famiglie ci mostrano due segnali principali: la conferma ancora una volta che la rete delle risposte formali è vista con positività solo nel momento dell’urgenza; il segnale che le famiglie sono pronte e interessate a costruire strategie, almeno a livello informativo, anche prima del momento dell’esplosione della non autosufficienza. Affinché questo si diffonda come atteggiamento prevalente, le famiglie devono però essere aiutate a trovare punti di riferimento fruibili e affidabili, capaci di orientarle e di dare quadri completi rispetto al tema.

#### Bibliografia

Eurocarers/IRCCS-INRCA, 2021, Impact of the COVID-19 outbreak on informal carers across Europe – Final report. Brussels/Ancona.

Istat, (2021), Statistiche in Breve. Lavoratori Domestici anno 2020.

Istat (2021b). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019. Disponibile al link: <https://www.istat.it/it/files//2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

Notarnicola, E., (2019), Nuovi attori nel settore: il comparto assicurativo e l’offerta Silver o Long Term Care, in (a cura di) Fosti G., Notarnicola E., 2019, Il

futuro del settore LTC Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali, Egea: Milano.

Notarnicola E., Perobelli E., (2021), Il rapporto tra gli anziani e i servizi esistenti dal punto di vista delle famiglie, in (a cura di) Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E., 2021, Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia, Egea: Milano.

Osservatorio DOMINA, (2021), Rapporto annuale sul lavoro domestico. Analisi, statistiche, trend nazionali e locali.

Pasquinelli S., Pozzoli F., (2021), Il lavoro domestico in Italia: un'indagine esplorativa

Pasquinelli S., Pozzoli F., (2021), Badanti dopo la pandemia. Vent'anni di lavoro privato di cura in Italia. Quaderno WP3 del progetto "Time to care", Milano, 2021.



**Parte seconda**

**La reazione a Covid-19**

**e i cambiamenti nel settore**



### 3. Il 2021 post-pandemia: quali sfide rimangono aperte per i gestori?

*di Andrea Rotolo*

#### 3.1 Dove ci eravamo lasciati, sfide e priorità emerse durante il 2020

##### *3.1.1 Le sfide più urgenti per il settore*

Gli approfondimenti condotti nell'ambito dell'Osservatorio Long Term Care nel corso del 2020 sono stati finalizzati a inquadrare come i mesi più critici di gestione dell'emergenza Covid-19 avessero impattato sulle attività e sulla gestione delle aziende del settore (Perobelli et al. 2021). Erano emerse, in modo trasversale tra tutti i soggetti gestori, alcune aree di criticità ricorrenti:

- **Raggiungimento della sostenibilità economica dei servizi:** già da prima della pandemia era possibile affermare che il valore economico riconosciuto alle prestazioni non fosse sempre adeguato rispetto al valore offerto nei servizi. In molti servizi e strutture sociosanitarie l'intensità assistenziale garantita per rispondere ai bisogni degli utenti era superiore agli standard minimi fissati dalle normative regionali. Dopo l'arrivo di Covid-19 questa dinamica si è ulteriormente acuita, poiché la complessità da gestire nei servizi a causa dei protocolli di sicurezza è senza dubbio aumentata, unendosi ad altre dinamiche che saranno approfondite meglio in seguito, come la gestione delle risorse umane e la rilevante riduzione dei tassi di occupazione e dell'utenza in carico ai servizi, che hanno posto ulteriori sfide manageriali. Dalla prospettiva dei gestori è diventato sempre più arduo generare marginalità, senza contare che già da prima del 2020 il modello di finanziamento della rete accreditata pubblica basato su tariffe e giornate erogate non risultava adeguato a gestire la flessibilità a volte necessaria nei servizi, né per importo né per modalità di riconoscimento. Allo stesso tempo, i servizi sviluppati per il mercato out-of-pocket risultano ancora marginali in termini di fatturato e utenti presi in carico per buona parte dei gestori.

- **Gestione delle risorse umane:** la riflessione fin qui sviluppata sulla difficile sostenibilità economica dei servizi all'interno del quadro normativo, tariffario e di configurazione dei portafogli di offerta va completata con le criticità emerse sul fronte della gestione delle risorse umane. Nel corso degli ultimi anni, molte aziende hanno operato scelte di esternalizzazione (anche) del comparto assistenziale principalmente sulla base delle pressioni del sistema sul contenimento dei costi, quindi privilegiando considerazioni sulla convenienza (o non convenienza), non su qualità o appropriatezza. Nel settore sociosanitario, inoltre, il turnover del personale è stato sempre relativamente più elevato rispetto ad altri settori (ad esempio, quello sanitario, anche in virtù di condizioni contrattuali più favorevoli) e non ha consentito di fare investimenti duraturi sulle professionalità cruciali per il funzionamento del settore Long Term Care. Anche questa dinamica si è aggravata durante la pandemia, quando la scarsità di professionisti nel più ampio settore Salute ha generato fenomeni di transizione in massa tra comparti diversi, rendendo ancor più difficile l'organizzazione di servizi con il supporto di professionalità coerenti con le attività effettivamente erogate per gli anziani non autosufficienti.
- **Reperimento DPI e costi aggiuntivi per la gestione del rischio pandemia (spazi, logistica, procedure di accesso di nuovi utenti):** sul fronte della gestione dell'emergenza pandemica, come già accennato, si sono presentati costi aggiuntivi legati principalmente al reperimento dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) e ad altre misure necessarie per gestire i rischi da Covid-19 all'interno dei servizi e delle strutture (inclusa la formazione e l'adozione di nuovi protocolli). Soprattutto nelle prime fasi, caratterizzate da scarsità di dispositivi e dei beni sanitari e non di cui tutti avevano bisogno, questo ha pesato molto sui bilanci dei gestori, andando a minare ulteriormente la difficile sostenibilità economica del portafoglio dei servizi. Molto spesso si sono generati ulteriori costi organizzativi legati alla necessità di adattare o ripensare gli spazi e i flussi di lavoro, la logistica e, quando reso possibile dalle condizioni, gestire l'ingresso di nuovi utenti.
- **Gestione degli spazi e della logistica:** le norme di sicurezza per garantire adeguato isolamento di pazienti positivi o sospetti tali in contesti di elevata fragilità come i servizi socio-sanitari si è scontrato, specialmente nella prima fase della pandemia, con la rigidità della configurazione degli spazi. Ai gestori è stato richiesto di costituire nuclei singoli o zone per l'isolamento, pur mantenendo gli standard assistenziali per tutti gli altri utenti, portando a uno sforzo organizzativo imponente di fronte a una leva fisiologicamente poco manovrabile come quella infrastrutturale. A

questo si aggiunge il tema logistico per approvvigionamento e stoccaggio di DPI senza precedenti.

- **Gestione degli accessi e dei nuovi utenti:** il 2020 è stato segnato dall'importante calo (*cf*r Capitolo 1) degli utenti in carico ai servizi socio-sanitari, dovuto al blocco degli accessi, e quindi del turnover dei beneficiari, e l'aumento della mortalità dovuta alla diffusione della pandemia. A questo si è aggiunta una flessione della domanda, con le famiglie che ancor di più scelgono di perdurare il mantenimento al domicilio per paura di non poter entrare in contatto con i propri cari e per una maggiore capacità di conciliazione favorita dalla diffusione dello smart-working.
- **Carico amministrativo e burocratico:** nel corso degli anni è notevolmente aumentato il carico amministrativo e burocratico che i gestori, quindi gli operatori dei servizi, si trovano a dover affrontare. Questo aspetto si traduce in un aumento del tempo dedicato a rispondere ai fabbisogni amministrativi (rendicontazioni, imputazioni di dati, ecc...) che viene inevitabilmente sottratto ad altre tipologie di attività più orientata agli aspetti assistenziali. Un carico burocratico che, talvolta, è aggravato dalla debolezza e dalla frammentazione dei sistemi informativi adottati all'interno dei gestori o dei sistemi sociosanitari regionali. Anche in questo caso l'esito netto è un aumento dei costi che i gestori e il sistema si sono trovati a gestire. Il periodo pandemico, innestando nuove necessità di controllo, monitoraggio e rendicontazione, ha ulteriormente aggravato questa dinamica.
- **Raccolta dati e investimenti sui sistemi informativi:** la pandemia ha messo in evidenza la debolezza strutturale dei sistemi di raccolta dati e, più in generale, dei sistemi informativi in uso nel settore. Questo produce impatti sia nella prospettiva gestionale aziendale, sia in termini di policy, poiché risulta difficile programmare e definire le politiche sulla base di dati e informazioni raccolti in modo sistematico e integrato. La pandemia da Covid-19 ha messo sotto i riflettori i problemi del sistema, a cominciare dalla difficoltà di ricostruire il quadro dei contagi e di altri elementi informativi durante i periodi più gravi dell'emergenza.
- **Introduzione di innovazioni tecnologiche:** la digitalizzazione offre senza dubbio grosse opportunità (a cominciare dalla raccolta e utilizzo di dati che si è visto essere un punto debole del sistema), tuttavia il settore sociosanitario si è dimostrato ancora timido nell'adozione di strumenti e innovazioni che fanno leva sulle nuove tecnologie digitali (app e dispositivi mobili, dispositivi indossabili, internet of things e domotica, intelligenza artificiale, robotica, ecc...), in parte per la difficoltà a reperire risorse da dedicare all'innovazione tecnologica (e, più in generale, dei

modelli di servizio), in parte perché probabilmente manca un allineamento tra strategie e competenze per far succedere l'innovazione all'interno delle aziende del settore. Nei mesi in cui la telemedicina è diventata protagonista dell'assistenza sanitaria e si ragiona di come renderla il perno della futura assistenza territoriale, nel settore sociosanitario l'innovazione obbligata più diffusa è stata quella delle videochiamate che hanno consentito ai parenti di rimanere in contatto con gli ospiti delle strutture residenziali.

Le attività OLTC 2020 non si sono tuttavia fermate a una dimensione di fotografia, chiudendo i lavori con l'identificazione di alcune priorità per il futuro per fronteggiare al meglio queste sfide, descritte nel prossimo paragrafo.

### *3.1.2 Le priorità per il futuro*

Le criticità sopra elencate hanno implicazioni su aspetti gestionali e, più in generale, sulle politiche da adottare per fare evolvere nella giusta direzione il settore Long Term Care. Sono state quindi identificate cinque priorità di intervento per il rilancio del settore:

- **Garantire la sostenibilità dei servizi**, individuando le leve azionabili per ricondurre l'erogazione dei servizi all'interno di un orizzonte di equilibrio economico di medio-lungo periodo, con ricavi in grado di ricoprire i costi e spazio per costruire marginalità, anche e soprattutto ai fini dell'investimento in innovazione e crescita del portafoglio di servizi.
- **Supportare le persone che lavorano per erogare i servizi**, attraverso azioni e strumenti attivabili per la gestione del personale, intesa anche e soprattutto come valorizzazione e sviluppo delle competenze oggi necessarie a garantire servizi adeguati rispetto alle esigenze della popolazione target. Questa tipologia di azioni è finalizzata inoltre a far sì che possa crescere l'attrattività del settore nei confronti di professionalità che oggi guardano prioritariamente ad altri contesti lavorativi.
- **Pensare servizi equi, efficaci ed efficienti**: una delle principali sfide nel ripensare la configurazione e l'approccio dei servizi esistenti, nonché progettare nuovi servizi, è farlo garantendo possibilità di accesso a una platea più ampia possibile. Laddove non fosse possibile, è bene impostare il sistema di risposte affinché sia possibile raggiungere chi ha più bisogno (anche nel caso in cui non abbia i mezzi per coprire interamente il costo delle prestazioni) e modulare i modelli di servizio anche in funzione alla capacità di spesa delle persone.
- **Coordinare le reti**: molti degli obiettivi ambiziosi sopra richiamati non possono essere raggiunti se non si ragiona in ottica di rete. Coordinare

le reti significa dunque individuare le interdipendenze che esistono tra tutti gli attori del settore (sia in senso verticale, ossia tra diversi livelli di governo, controllo ed erogazione dei servizi, sia in senso orizzontale, cioè tra i diversi provider) e indirizzarle verso il perseguimento di finalità comuni, dove il macro-obiettivo finale dovrebbe essere sempre quello di una più efficace soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

- **Leggere i dati ed il bisogno:** parlare di soddisfazione dei bisogni dei cittadini, di costruire una rete di servizi equa ed efficace, nonché sostenibile, ha senso solo nel momento in cui si sviluppa una conoscenza effettiva dei fabbisogni e delle esigenze dei cittadini dei territori. Fino a oggi il settore Long Term Care ha dimostrato una debolezza su questo versante che deve essere superata costruendo sistemi (quindi strumenti, ma anche processi) di raccolta sistematica e integrata di dati che dovranno poi essere utilizzati a supporto delle decisioni, della definizione delle politiche e delle scelte manageriali.

A partire da queste premesse, le attività dell'Osservatorio Long Term care nel 2021 si sono concentrati nello studiare se e in che modo i gestori hanno deciso di affrontare nella pratica queste priorità. Nel prossimo paragrafo si darà quindi conto di quali sono state le aree su cui i provider di servizi hanno lavorato con maggiore successo e su quali invece rimangono ancora spazi di ampio miglioramento; si illustrerà inoltre più nel dettaglio quali sono state le strategie adottate per rispondere alle sfide.

### 3.2 Quali sfide e quali strategie sono state affrontate dai gestori? Una survey OLTC

Per approfondire le tematiche fin qui esposte, nel giugno del 2021 è stato predisposto e diffuso tra le aziende dell'Osservatorio Long Term Care un questionario con un duplice obiettivo: da un lato, verificare se le sfide emerse nel 2020 fossero ancora attuali e perché, e dall'altro lato, indagare se e come i gestori abbiano implementato azioni per rispondervi.

#### 3.2.1 Quanto sono ancora attuali le sfide 2020?

Rispetto all'attualità delle sfide, tutti i 15 gestori rispondenti sono stati convergenti nel dire che il **raggiungimento della sostenibilità economica** dei servizi e la **gestione del personale** rimangono pressanti anche nel 2021. Rispetto al primo tema, le ragioni di questa attualità attengono all'aumento dei costi operativi per fronteggiare la pandemia e non compensati dalle tariffe, che unito al calo della domanda e alla difficoltà a saturare i posti disponibili ha inevitabilmente impattato sui già fragili equilibri di settore. Questo si traduce in primis in una riduzione del fatturato (*cfr* Capitolo 1) e in una contrazione delle ore di assistenza

erogate, oltre che in un posticipo di investimenti e progetti per assenza di liquidità e chiarezza sul futuro.

Rispetto alla gestione del personale, i gestori lanciano l'allarme di una forte carenza di personale medico e infermieristico, acuito da una competizione marcata del SSN (più attrattivo e che remunera meglio, *cf* Capitolo 6) e dall'assenza sul mercato di alcune professionalità. Le conseguenze di questo quadro sui servizi sono evidenti: il personale esistente è sovraccaricato e più esposto a episodi di burn out, con una difficoltà a gestire la turnistica e la copertura delle ferie. Il rischio, in alcuni casi concretizzato, è di non rispettare gli standard e/o i requisiti amministrativi e legali; o il rispetto degli stessi attraverso un crescente ricorso alla libera professione.

Il **reperimento di DPI** non risulta più critico per la grande maggioranza dei gestori (11 su 15), grazie a un flusso ormai stabile di approvvigionamento degli stessi a prezzi contenuti, oltre che a parziali ristori ricevuti per il periodo di picco dell'emergenza. Una quota residuale di *provider* rileva tuttavia come i costi sostenuti tuttora per i DPI cubino una quota consistente di risorse, che senza un adeguamento o riconoscimento tariffario portano ad un aggravio sul bilancio.

Su quanto rimanga critica la **gestione degli spazi e della logistica**, oltre che degli **accessi di nuovi utenti** i nostri rispondenti si sono spaccati in due. Rispetto agli spazi, per la metà (7) dei *provider* il tema rimane spinoso per le difficoltà annesse a mantenere nuclei (o camere) singoli o zone per l'isolamento, che nelle strutture più piccole sottraggono posti letto per l'ingresso di nuovi ospiti, andando ad impattare sulla possibilità di saturare la capacità produttiva e incrementando i costi di gestione di questi spazi. In alcuni casi, le zone per l'isolamento erano precedentemente destinate ad attività di socializzazione, che oggi non trovano altri luoghi in cui essere condotte, con una ricaduta negativa per i residenti. Otto gestori riportano invece di avere stabilizzato questo fattore grazie alle competenze acquisite nel 2020, che portano oggi ad una riorganizzazione ormai stabilizzata degli spazi, oltre che alla costruzione di nuovi percorsi per l'ingresso di ospiti.

La gestione degli accessi di nuovi ospiti è ancora vissuta come problematica da otto *provider*, che segnalano una persistente difficoltà a saturare i posti letto, registrando un calo della domanda sia inviata da soggetti pubblici, che in solvenza. Questo si traduce in una precaria possibilità e capacità di programmazione dei servizi, dominati dall'incertezza, e in un impatto diretto negativo sulla tenuta economica delle strutture. I sette rispondenti rimanenti hanno invece dichiarato di aver sviluppato capacità interne per gestire in maniera ottimale gli ingressi e il turnover, con una risposta positiva / in ripresa della domanda.

La **raccolta dati e gli investimenti sui sistemi informativi** sono vissuti come onere da otto rispondenti su 15, che vivono le richieste di dati dagli organi competenti (ASL; Regione; ...) come dispendiose di tempo e troppo ravvicinate,

probabilmente poiché manca un collegamento diretto tra il debito informativo e l'effettivo ritorno percepito circa il valore del dato per le strutture, specie a sostegno dei processi decisionali. Proprio rispetto a quest'ultimo aspetto si registra la differenza con i sette rispondenti rimanenti, che hanno visto negli adempimenti informativi l'opportunità di investire in tal senso per costruire un sistema di conoscenza utile in primis al servizio stesso, ad esempio con investimenti su cartelle informatizzate. La richiesta continua di informazioni ha quindi permesso di inserirle in maniera routinaria nelle attività.

Se è vero che metà dei gestori hanno colto l'opportunità di investire sui sistemi informativi, dall'altro lato la quasi totalità dei rispondenti (13 su 15) dichiarano come ancora attuale la gestione del **carico amministrativo burocratico** legato alla pandemia. Le cause sono un aumento delle richieste di rendicontazione e monitoraggio, oltre che dei report informativi ai familiari, sempre più attenti a quanto avviene nei servizi. Questo si traduce in un aumento dei carichi di lavoro per un personale già molto sotto pressione (*cf* supra), con il coinvolgimento del personale assistenziale per garantire l'adempimento a pratiche puramente amministrative, sottraendolo ad attività di cura.

L'**investimento in innovazioni tecnologiche** è ancora problematico per otto gestori, che non trovano lo spazio per questo tipo di ragionamenti a causa dello *shortage* di risorse finanziarie e umane da dedicare a questa partita, oltre a nutrire dubbi sull'efficacia di lungo periodo della digitalizzazione e sull'impatto che può generare sulla competitività dei servizi. Questo pone quindi sia un punto di scarsità di risorse, che di priorità di allocazione delle stesse, in cui la tecnologia non sembra essere riconosciuta come possibile fattore critico di successo. Quest'ultimo punto è confermato anche da chi non trova più critica questa sfida (7 gestori su 15), o perché non trova dirimenti le tecnologie in questa fase, oppure perché quelle presenti sono state portate a regime nelle strutture, arrivando a una dotazione definita soddisfacente.

In sintesi, da questa rilevazione sembrano emergere alcune linee di indirizzo per evitare di alimentare il circolo vizioso che ha segnato i servizi nel 2020 (Figura 3.1): riportare i servizi a pieno regime, colmando i posti vuoti e riprendendo le quote di fatturato perse, grazie ad una più efficiente ed efficace allocazione delle risorse e alla messa a regime dei cambiamenti forzati dalla pandemia.

**Figura 3.1. Il circolo vizioso nei servizi indotto dalla pandemia**



Fonte: elaborazione degli autori

### 3.2.2 Quale reazione alle sfide 2020?

La seconda sezione del questionario rivolta ai gestori partecipanti a OLTC era orientata a esplorare due questioni principali:

1. Ripensando alle sfide che interessano il settore Long Term Care, avete intrapreso azioni o implementato soluzioni per rispondervi? Quali azioni sono state adottate dalle vostre organizzazioni?
2. Nel caso in cui non fosse stata intrapresa nessuna azione, quali sono state le motivazioni di questa scelta?

Ai gestori si chiedeva di ragionare attorno ad alcune macro-categorie, che sintetizzano e arricchiscono le dimensioni precedentemente esposte, in particolare:

- Garantire la sostenibilità economica dei servizi;
- Il ripensamento del ruolo delle RSA nella filiera dei servizi;
- L'adeguamento dell'offerta assistenziale dei servizi rispetto ai bisogni di famiglie e utenti;
- La ricerca di sinergia e coordinamento con gli altri nodi della rete;
- La gestione e valorizzazione del personale;
- La modalità di lettura dei bisogni delle famiglie, per favorire l'innovazione nei servizi;
- La gestione del rapporto e della comunicazione con le famiglie, anche sfruttando l'avvicinamento alla tecnologia imposto dalla pandemia.

I 15 gestori rispondenti hanno illustrato le loro principali priorità di azione e quelle implementate. Il quadro che emerge vede le aziende impegnate contemporaneamente su più fronti e, almeno nelle intenzioni, in tentativi di dare risposta a tutte le principali sfide aperte nel settore.

La **sostenibilità economica dei servizi** è un ambito su cui hanno lavorato pressoché tutti i soggetti gestori coinvolti nella survey (14 su 15), che ne fa dunque percepire anche la rilevanza in termini prospettici. In termini di azioni intraprese, le aziende hanno fatto scelte molto diversificate e polarizzate tra strategie differenti: in particolare, si sono osservate due tipologie di comportamenti opposti, ossia un gruppo di aziende che ha preferito implementare un mix di strategie agendo su leve differenti e, per contro, un gruppo di aziende che ha optato per concentrarsi su una singola strategia. Approfondendo meglio i contenuti di queste strategie, cioè in altre parole quali leve manageriali sono state attivate per migliorare la sostenibilità dei servizi, è possibile individuare le seguenti alternative:

- Azioni sui costi:
  - Razionalizzazione delle spese
  - Accentramento delle funzioni aziendali (acquisti e controllo di gestione)
  - Iniziative di controllo / monitoraggio dei costi
- Azioni sui ricavi:
  - Aggiornamento tariffe
  - Fundraising
- Azioni sistemiche:
  - Fusione
  - (Ri)definizione delle strategie aziendali
- Revisione attività:
  - Riorganizzazione processi interni
  - Calibratura della dotazione di personale sui fabbisogni assistenziali degli ospiti effettivamente in carico / caratteristiche dei nuclei
  - Adesione a standard richiesto senza innalzamento dei livelli di servizio
  - Riorganizzazione piante organico e ammortizzatori sociali
  - Riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi no core

La ricerca della sostenibilità economica nei servizi è una sfida che chiaramente non può essere considerata a sé stante e che non si esaurisce nelle azioni specifiche sopra riportate.

Già nel momento in cui si parla di ridefinizione delle strategie aziendali è inevitabile individuare dei punti di sovrapposizione con un altro ambito su cui

si sono impegnate molte aziende del settore Long Term Care negli ultimi mesi, anche in virtù degli impatti che ha avuto il Covid-19: **il ripensamento del ruolo e del modello delle strutture residenziali per anziani**. Anche in questo caso si tratta di un'area di lavoro ampiamente diffusa (13 provider su 15 interpellati), anche se con diverse intensità e diverse modalità.

Le riflessioni e le sperimentazioni dei soggetti gestori stanno esplorando diverse direzioni, a cominciare dal significato che si può attribuire al concetto di “nuovo modello” di RSA, per la quale si individuano due opzioni prevalenti:

- Un RSA più aperta al territorio, sempre più integrata con i servizi presenti al di fuori dei “muri” della struttura residenziale e quindi così in grado di costruire connessioni e sinergie con altri attori.
- Un RSA più specializzata, nella quale si cerca di concentrare le professionalità e le competenze che permettono di costruire un posizionamento da “punto di riferimento” per un determinato tipo di utenza e bisogno (es: demenze, stati vegetativi, SLA, ecc...)

Le due scelte non sono da intendersi necessariamente in contrasto tra loro ed è possibile che, soprattutto in prospettiva, più che un singolo modello emergano vari modelli di struttura residenziale possibili che possono anche convivere all'interno della stessa realtà aziendale e territoriale. In termini di vocazioni prevalenti che stanno emergendo tra i membri dell'Osservatorio Long Term Care, se ne citano in particolare tre:

- Estensione a target non usuali
- Focus su riabilitazione, neurologia e patologie neurodegenerative
- Sanitarizzazione dell'offerta

Le azioni indicate dai provider di servizi per anziani si inseriscono inoltre in riflessioni più ampie che riguardano le specificità della dimensione aziendale di ciascuno di essi. In prima battuta, le strategie sono condizionate dalla disponibilità di spazi e dalla flessibilità del loro adattamento a nuovi modelli e a nuove esigenze. In secondo luogo, essendo la maggior parte dei gestori impegnati su più tipologie di servizi che compongono la filiera della presa in carico dell'anziano, è importante inquadrare come collocare l'RSA e il suo ruolo all'interno del più ampio modello aziendale esistente. Infine, su questo tema sono emersi dalla survey alcuni importanti punti di attenzione:

- La fase attuale che il settore Long Term Care sta vivendo, ancora caratterizzata da numerose restrizioni e, ragionevolmente, un'attenzione molto alta nel mantenere elevati standard di sicurezza dal punto di vista

sanitario rendono difficile la progettazione di nuove soluzioni e di nuovi modelli di residenzialità.

- Ragionare di un approccio diverso all’RSA probabilmente implica anche il ripensamento del concetto di anzianità: che cosa significa oggi, quale tipologia di persona anziana può trovare risposta alle sue esigenze all’interno dei servizi residenziali e quali contenuti devono essere costruiti per rispondere a questi fabbisogni.
- Ripensare il modello di residenzialità per anziani significa investire risorse. In un quadro come quello delineato in questo capitolo e caratterizzato da difficoltà nel perseguire la sostenibilità economica da parte delle aziende provider, è opportuno interrogarsi su dove reperire le risorse necessarie. Altrimenti si rischia che il ripensamento dei modelli rimanga un esercizio fine a sé stesso.

Il tema del ripensamento del “modello RSA” è senza dubbio prioritario anche in virtù dello spazio che ha occupato nel dibattito pubblico come conseguenza degli effetti avuti dalla pandemia. Tuttavia, non è l’unico ambito di innovazione che riguarda i servizi per anziani e che ha visto impegnati i provider negli ultimi mesi e, come già sottolineato più volte dall’Osservatorio Long Term Care, è necessario non concentrare l’attenzione solo su un pezzo della presa in carico, ma avere a mente il percorso complessivo degli utenti nei servizi. In questa direzione si collocano infatti gli sforzi fatti dalle aziende per **adeguare l’offerta assistenziale dei loro servizi rispetto ai bisogni di famiglie e utenti**.

Le 15 aziende che hanno risposto alla survey hanno operato scelte di differenziazione che vanno in tre possibili direzioni:

- Alta socialità (comunità, residenzialità leggera, co-housing, nuovi centri diurni) per persone non ancora del tutto non autosufficienti o caratterizzate da lievi fragilità;
- Alta complessità (ad esempio, psichiatria e stati vegetativi permanenti)
- Domicilio (telemedicina, potenziamento offerta domiciliare)

È bene sottolineare come gli sforzi profusi dai provider del settore Long Term Care avvengano oggi in una quasi totale assenza di focus delle politiche pubbliche, confermato anche dai contenuti del PNRR che, salvo qualche riferimento che fa eccezione (enfasi su presa in carico al domicilio di cronicità e anziani e ricorso alla telemedicina), guarda sostanzialmente altrove. Inoltre, la carenza di budget e il non adeguamento delle contrattualizzazioni sono fattori che concorrono a rallentare le innovazioni.

In stretta coerenza con le azioni implementate per adeguare l’offerta assistenziale bisogna considerare anche le strategie introdotte per **migliorare la mo-**

**modalità di lettura dei bisogni delle famiglie**, per favorire quindi una coerente innovazione nei servizi. Da questa prospettiva le aziende si sono mosse soprattutto in due direzioni, ossia realizzando:

- Questionari di customer satisfaction.
- Ricerche di mercato (tramite modalità diverse, come ad esempio indagini telefoniche, il ricorso a consulenti specializzati sul tema, ricerche attraverso il web, focus group sui caregiver).

Molte di queste azioni erano già in corso prima della pandemia, ma quest'ultima in molti casi ha rallentato se non addirittura interrotto la loro realizzazione.

Un altro fronte di lavoro ricorrente per le aziende del settore Long Term Care è stato quello della **rete**, intesa in particolare come la costituzione o il rafforzamento di accordi con le aziende sanitarie o con i Comuni del territorio (questa fattispecie è stata meno frequente nelle risposte della survey), e di accordi con altri provider privati per estendere rete sanitaria (cure palliative, riabilitazione, assistenza domiciliare...). In molti casi l'emergenza Covid-19 si è dimostrata un'opportunità di esplorare nuove forme di collaborazione tra diversi attori; al tempo stesso, però, molti provider vedono oggi il rischio che le collaborazioni avviate in epoca d'emergenza rischiano di non evolvere e di rimanere legate alla pandemia.

C'è poi sicuramente un altro aspetto su cui la pandemia ha impatto in modo rilevante: **la gestione del rapporto e della comunicazione con le famiglie, anche sfruttando l'avvicinamento alla tecnologia** imposto durante le fasi con maggiori restrizioni. I provider sono stati protagonisti di interventi che hanno riguardato principalmente tre modalità di comunicazione:

- Le videochiamate, diffuse nella maggior parte delle strutture residenziali nel momento in cui è stato determinato il blocco dei visitatori esterni;
- Le informative diffuse tramite vari canali, mixando quindi approcci più tradizionali e approcci più innovativi;
- L'utilizzo del portale web delle aziende e/o di app dedicata alla gestione della comunicazione e dei rapporti con i familiari degli utenti.

In modo analogo a quanto visto nel paragrafo precedente, si tratta in molti casi di innovazioni nate durante le fasi più critiche dell'emergenza che rischiano pertanto di non evolvere e di rimanere confinate alle necessità per cui sono nate. Da un'altra prospettiva invece, proprio l'investimento su nuove forme e nuovi canali di gestione delle relazioni potrebbe essere sfruttata per migliorare le modalità di lettura del bisogno utili ai fini della revisione dei modelli di servizio.

Infine, ma non meno importante, il tema della **gestione e valorizzazione del personale**. Sotto questo profilo, i provider del settore Long Term Care si sono distinti per aver messo in pratica tre possibili approcci:

- Corsi di formazione professionale (su competenze assistenziali, soft skills, motivazione e cultura aziendale)
- Strumenti di misurazione della performance (intesi come sistemi di valutazione e/o sistemi di incentivazione e premialità)
- Adeguamento contrattuale e stabilizzazione delle posizioni contrattuali.

Chiaramente su questo ambito la sfida è più che mai aperta: le aziende non possono limitarsi ad agire su un singolo set di leve e devono sempre di più integrare i tre approcci in una nuova funzione di gestione del personale, evitando il rischio di adottare «azioni tampone» solo quando ci si trova in situazione di emergenza o necessità (carenza di personale, turn-over elevato), ma agire in ottica strategica di medio-lungo periodo (si veda su questo il Capitolo 6).

Prima di passare a guardare ulteriormente in prospettiva, ossia alle priorità di intervento per il futuro del settore che derivano in parte dalle sfide e dalle strategie che abbiamo visto in questo paragrafo, si segnala come in parte le strategie e le risposte alle sfide date dalle aziende che operano nel settore Long Term Care provino ad agire sulle sfide rimaste attuali (*cf*r par. 3.2.1) e indirettamente indicano dove saranno dirette le attenzioni nell'immediato futuro. La riflessione però non può dirsi conclusa senza approfondire quali target di bisogno e quali modalità di risposta al bisogno sono identificati come più rilevanti per il futuro del settore dagli stessi provider.

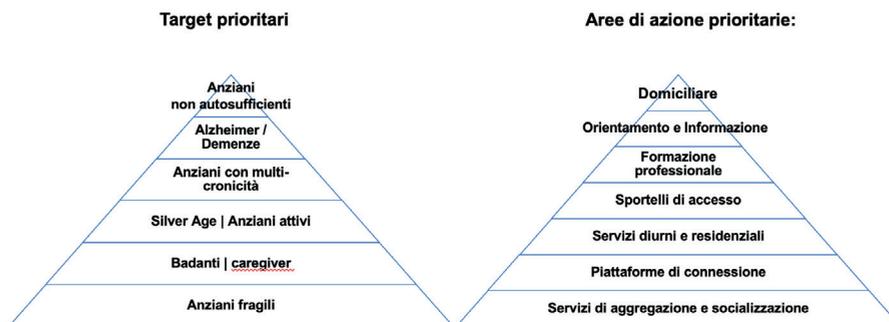
### **3.3 Presente e futuro del settore, le priorità di intervento che emergono**

Come spesso sottolineato nei precedenti lavori dell'Osservatorio Long Term Care, l'innovazione del settore può dirsi compiuta solo nel momento in cui è finalizzata a farsi carico dei problemi dei cittadini e dunque quando la (ri)progettazione dei servizi parte dai bisogni. Un'ultima area di approfondimento della survey era quindi dedicata a porre la lente di ingrandimento sulla prospettiva dei gestori su due temi:

- I target di utenza su cui è necessario intervenire o fare di più per rispondere in maniera più efficace ai bisogni.
- Le aree di azioni prioritarie (intese come setting o modalità di risposta ai bisogni) su cui è necessario intervenire o fare di più per rispondere in maniera più efficace ai bisogni.

I risultati sono sinteticamente illustrati nelle due piramidi riportate in Figura 3.2.

**Figura 3.2. Target e aree di azione prioritarie per il settore LTC, survey 2021**



È possibile notare come in termini di utenza target permangono in cima alla piramide gli anziani non autosufficienti e le persone con demenze (senza discostarsi troppo dall'approccio attuale dei gestori e del sistema nel suo complesso); appaiono meno interessanti quindi i servizi dedicati ad anziani fragili, caregiver, e anziani attivi. I maggiori profili di cambiamento si registrano sul versante delle aree di azione prioritarie, in parte in coerenza con le priorità date dal contesto di opportunità fornite ad esempio dal PNRR. Da questo punto di vista, infatti, in cima alla piramide troviamo il setting domiciliare, seguito dai servizi di orientamento e informazione finalizzati a supportare maggiormente utenti e famiglie all'interno della rete dei servizi.

In conclusione, non si può dire che nell'ultimo anno il settore Long Term Care sia stato fermo: le azioni di innovazione o risposta alle sfide e agli stimoli dati dal contesto sono state molte, come verrà anche messo in luce nei prossimi Capitoli. Tuttavia, ponendo lo sguardo tra presente e futuro rimangono ancora molti nodi critici da risolvere e sui quali si gioca la sostenibilità e lo sviluppo futuro del settore nella sua complessità.

## Bibliografia

Perobelli E., Berloto S., Notarnicola E., Rotolo A., 2021, L'impatto di Covid-19 sul settore LTC e il ruolo delle policy: evidenze dall'Italia e dell'estero, in Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E., 2021, Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea: Milano.

## 4. Cantieri aperti: i gestori del settore alla prova dell'innovazione

*di Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli*

### 4.1 Metodo e rationale della raccolta di casi studio

Nella consapevolezza che le criticità del settore socio-sanitario hanno radici più profonde e lontane rispetto all'avvento della pandemia da Covid-19, l'edizione 2021 dell'Osservatorio Long Term Care si propone di andare oltre la diagnosi delle sfide che gestori e policy maker si trovano a fronteggiare (*cf*r Capitolo 3). L'obiettivo è infatti di analizzare le soluzioni adottate nel contesto italiano dai più grandi player del socio-sanitario per superare le difficoltà sia strutturali che contingenti, così da fornire strumenti concreti agli operatori del settore, socializzare buone pratiche e linee di innovazione in corso. Il tentativo è quindi quello di identificare quali sono i cambiamenti (in termini organizzativi, di modello di servizio, di profilo di bisogno servito, ecc.) che sono stati promossi in risposta alle difficoltà del settore e alle sfide enfatizzate nel 2020, descritte nel Capitolo precedente.

Per raggiungere questo obiettivo, le attività sono state articolate lungo sei fasi:

1. Somministrazione di un questionario online a tutti i gestori aderenti a OLTC nel giugno 2021, già descritto nel Capitolo 3, con l'obiettivo di raccogliere segnalazioni di iniziative in fase di avvio o già in corso. Il requisito richiesto era di identificare progetti che potessero rispondere alle sfide per il settore (*cf*r Capitolo 3);
2. Discussione delle iniziative segnalate in quattro focus group organizzati durante il I workshop OLTC, organizzati per affinità tematica delle progettualità segnalate nel questionario, ciascuno moderato da un ricercatore del team OLTC. Obiettivo dei focus group era socializzare le iniziative e condividere una riflessione sulle aree di cambiamento più pressanti per i gestori;

3. Realizzazione di interviste semi-strutturate con i referenti delle iniziative segnalate tra luglio e ottobre 2021, per identificare le caratteristiche salienti delle iniziative e costruire casi studio di approfondimento (*cf*r Capitolo 5);
4. Somministrazione di un secondo questionario online a tutti i gestori nell'ottobre 2021, con l'obiettivo di identificare i fattori che hanno facilitato o ostacolato l'implementazione delle iniziative segnalate, per validare le esperienze di innovazione e trarre alcune lezioni utili rispetto al settore. Questa survey sarà descritta in dettaglio nel paragrafo 4.3.1.
5. Sistematizzazione dei casi studio, riconducendo le singole iniziative a quattro aree strategiche di innovazione (*cf*r paragrafo 4.2), nell'ottica di fornire una fotografia delle principali piste di innovazione seguite dai gestori.
6. Discussione delle modalità con cui sono stati affrontati i principali fattori ostativi e, di converso, valorizzati i fattori abilitanti nelle iniziative segnalate, attraverso la suddivisione dei gestori in quattro focus group (uno per ogni area di innovazione) organizzati durante il II workshop OLTC e moderati da un ricercatore Bocconi. Obiettivo di questa fase era di identificare sfide e opportunità legate all'implementazione di progetti nel settore.

L'esito di questo percorso è una raccolta di ventiquattro casi studio, che fotografano le i cantieri aperti su cui si stanno concentrando i gestori di servizi socio-sanitari in Italia.

Il presente Capitolo propone una sintesi comparata delle iniziative, nell'ottica di generalizzare le lezioni apprese e tracciare le principali aree di innovazione riscontrate; si rimanda invece al Capitolo 5 per una descrizione analitica di ciascun caso. Il testo è organizzato come segue: il paragrafo 4.2 sintetizza gli obiettivi strategici e i contenuti che accomunano ciascuna delle quattro aree di innovazione identificate; la sezione 4.3 illustra i principali fattori ostativi o facilitanti per l'introduzione di nuove progettualità, anche rispetto a quanto emerge dalla letteratura scientifica sui processi di innovazione, e le aspettative circa la loro introduzione; il Capitolo si chiude con una riflessione sui principali apprendimenti emersi dalla ricognizione dei casi studio e dalla loro analisi comparata.

## **4.2 Quattro cantieri aperti**

I casi studio raccolti possono essere sistematizzati in quattro aree di lavoro, esemplificative dei temi a cui maggiormente si stanno dedicando i gestori del settore.

Un primo gruppo di progettualità è orientato a **rafforzare l'organizzazione**, sia rispetto ai processi di funzionamento interno degli enti, che rispetto al tema della formazione del personale. Una seconda area di innovazione è legata all'introduzione di **nuovi modelli di servizio**, dove la componente innovativa risiede in alcuni casi, nell'avvio di sperimentazioni su aree mai esplorate in precedenza (per target o tipologia di servizio), mentre in altri contesti prevede la revisione delle modalità di operare all'interno di servizi consolidati. Un gruppo di gestori sta lavorando sull'inserimento di **tecnologia nella cura**, per sfruttare le opportunità offerte dalla digitalizzazione nel rapporto con utenti e familiari. Infine, altri stanno sperimentando iniziative specifiche per il **target di soggetti con disturbi cognitivi e demenze e loro familiari**, che rappresentano una quota crescente dell'utenza dei servizi.

I paragrafi seguenti descrivono nel dettaglio quali sono gli obiettivi strategici comuni alle iniziative appartenenti ai quattro gruppi, e le principali caratteristiche progettuali che li contraddistinguono.

#### *4.2.1. Rafforzare l'organizzazione<sup>1</sup>*

### **Obiettivi strategici**

Dalle otto iniziative incluse in questa area di innovazione, emerge una triplice interpretazione dell'idea di "Rafforzare l'organizzazione".

Da un lato, il lavoro di consolidamento riguarda i meccanismi di funzionamento dell'organizzazione e i processi interni (es. implementando un nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance, oppure con l'inserimento della cartella informatizzata basata su un sistema di intelligenza artificiale). In questi casi, obiettivo strategico primario è aumentare il livello di uniformità nei processi e procedure, sia nell'approccio del personale che nella gestione delle modalità di intervento nei servizi. Questo tema si lega spesso alla crescita dimensionale che molti rispondenti hanno vissuto e continuano a vivere in questi anni, che richiede un complesso lavoro per garantire una riconoscibilità "di brand" all'interno e all'esterno dei confini aziendali.

Un secondo gruppo di iniziative persegue il rafforzamento dell'organizzazione attraverso percorsi di formazione ad hoc che alimentino il legame di fiducia e la fidelizzazione tra personale ed ente, contribuendo alla creazione di un'identità organizzativa unitaria. L'obiettivo perseguito è di aumentare la motivazione e ridurre il turnover del personale, in un momento storico in cui

---

<sup>1</sup> Appartengono a questo gruppo le seguenti iniziative: Web Magazine (AltaVita); Informatizzazione delle strutture (ASP Golgi Redaelli); Fusione tra IPAB (IPAV); S-Keys (Korian); Kos Academy (Kos Care); Cartella informatizzata con A.I. (Orpea); Misurazione performance aziendale; Gestione del rischio clinico (Zaffiro CentroSud).

quest'ultimo è un fattore particolarmente scarso, così come le leve a disposizione per affrontare questa situazione (*cf*r Capitolo 6).

Infine, un terzo gruppo di iniziative si concentra sul consolidamento dell'immagine degli enti nel territorio e nel rapporto con gli stakeholder, anche per aumentarne la forza negoziale (es. attraverso processi di fusione, oppure implementando nuove modalità di comunicazione). In un periodo di grande cambiamento come quello attuale, avere una credibilità e riconoscibilità condivisa sul territorio è ingrediente fondamentale per discutere con i policy maker e per rinsaldare la fiducia con utenti (o potenziali tali) e familiari.

Da ultimo, si segnala come in tutte le iniziative ricondotte a questa area di innovazione sia emersa in maniera molto marcata la volontà di trasmettere il valore creato dalle azioni organizzative nei servizi erogati agli utenti. Questo significa che anche progettualità che apparentemente non coinvolgono direttamente i beneficiari (es. l'informatizzazione delle strutture), sono sviluppate con l'obiettivo di migliorare in ultima istanza la qualità della cura e l'efficacia dei servizi.

Complessivamente, queste iniziative rispondono principalmente a due delle sfide identificate per il settore: la gestione e valorizzazione del personale, e l'investimento sulla raccolta di dati a supporto delle decisioni e sui sistemi informativi.

### **Caratteristiche dei progetti**

In linea con la tripartizione proposta nel paragrafo precedente (progetti di revisione dei progetti interni, di formazione, di consolidamento del posizionamento sul territorio), è possibile tratteggiare le linee di intervento che traducono nell'operatività gli obiettivi strategici descritti.

Gli Enti che hanno avviato iniziative legate ai meccanismi di funzionamento e ai processi interni si sono concentrati su diverse aree dell'organizzazione. In primo luogo, sui sistemi di programmazione e controllo, come nel caso dalla sperimentazione di un sistema di monitoraggio e valutazione delle performance delle strutture residenziali basato su indicatori di qualità multi-dimensionali, compresa la soddisfazione degli ospiti, pensato per informare e orientare il top e middle management nelle decisioni strategiche. Una seconda area di lavoro riguarda i sistemi informativi, messi al servizio dei percorsi di cura grazie all'informatizzazione dei processi interni, integrando l'uso di cartelle elettroniche degli ospiti con diverse tecnologie e dispositivi installati nelle strutture residenziali per anziani, oltre che nelle cliniche riabilitative, allo scopo di aumentare l'efficienza delle procedure e di ottenere una migliore gestione dei tempi e delle attività del personale. Sempre rispetto a questa linea di lavoro, si inserisce un'iniziativa per lo sviluppo di un sistema informativo integrato che includa diario clinico e monitoraggio degli ospiti, oltre a un sistema di business intelligence e

un cruscotto direzionale sugli outcome clinici per favorire l'integrazione tra i servizi.

Le tre iniziative dedicate alla formazione assumono caratteristiche e target distinti all'interno delle organizzazioni. In un caso, è stato avviato un percorso di formazione rivolto a professionisti sanitari e socio-sanitari per sviluppare un modello di gestione del rischio clinico all'interno di RSA, nell'ottica di migliorare i processi di cura, minimizzando quanto più possibile i rischi legati all'attività del personale. Una seconda progettualità coinvolge una figura molto specifica, ossia i direttori di struttura, che sono stati in prima linea durante l'emergenza pandemica subendo livelli di stress che hanno messo a dura prova le loro capacità e la tenuta organizzativa di breve periodo. La formazione altamente professionalizzante è quindi stata vista come una leva abilitante per rafforzare competenze e ruolo di queste figure. Infine, è stata approfondita un'iniziativa che si rivolge a tutte le figure professionali dell'Ente (cliniche, assistenziali; dirigenziali o meno) con percorsi ad hoc che si differenziano in tempi e modalità sulla base del target di riferimento e degli obiettivi di apprendimento dell'iniziativa. L'investimento ha l'obiettivo di trasmettere modalità di lavoro comuni e di aumentare il senso di appartenenza del personale all'organizzazione.

Infine, le iniziative orientate a rafforzare l'immagine degli enti nel territorio hanno due connotazioni. Una prima, legata al processo di fusione tra due Enti, in grado di dare maggiore forza negoziale e capacità di azione (amministrativa e di cura) alla nuova organizzazione. Una seconda, in cui la promozione di un magazine online rivolto a cittadinanza, utenti e stakeholder istituzionali permette di diffondere la cultura dell'RSA al di fuori delle mura dell'organizzazione, consolidando la riconoscibilità dell'Ente.

La maggioranza delle iniziative di questa area di innovazione riguarda setting residenziali e coinvolge le figure che operano nella cura ed entrano in contatto con gli utenti. In tutti i casi, le iniziative sono state finanziate unicamente con risorse proprie. La presenza di cruscotti di monitoraggio e valutazione dell'andamento delle iniziative è presente solo in alcuni casi, mentre si registra la sostanziale assenza di partner esterni per lo sviluppo delle progettualità.

#### 4.2.2. *Nuovi modelli di servizio*<sup>2</sup>

### **Obiettivi strategici**

Tra i casi mappati, sei sono riconducibili alla sperimentazione di nuovi modelli di servizio. Di questi, quattro prevedono l'apertura a servizi o target di utenti

---

<sup>2</sup> Appartengono a questo gruppo le seguenti iniziative: Progetto Santa Marta (ASP Bologna); Rete ComeTe (Cidas); Formazione ApproccioCapacitante® (Fondazione Sacra Famiglia);

non previsti in passato; mentre due iniziative prevedono un ripensamento delle modalità di funzionamento di servizi esistenti.

Nelle iniziative che introducono nuovi servizi o target, l'obiettivo strategico principale riscontrato è di aprire gli enti a fasce di popolazione più ampie, facendo leva sulla filiera integrata dei servizi. In particolare, cresce l'attenzione al mercato della solvenza, segno della consapevolezza dei gestori dell'ingente bisogno di servizi e orientamento nelle famiglie, a fronte di una copertura limitata della rete di welfare pubblico (*cf*r Capitolo 1). Cresce al contempo l'apertura a fasce di popolazione autosufficienti, anche attraverso la risposta a bisogni precedentemente meno presidiati: ad esempio, il supporto psicologico, abitare autonomo e protetto. Un secondo elemento di interesse sta nel fatto che tutti i casi che rientrano in questo gruppo interpretano come fattore critico di successo la possibilità di attivare la filiera di servizi, sia all'interno dell'organizzazione che in raccordo con altri enti: la prospettiva è di poter accompagnare gli utenti e le famiglie nella transizione tra diversi stadi di bisogno, garantendo un interlocutore unico e un consolidato rapporto di fiducia. Infine, si segnala la scelta, in due casi su cinque, di investire sul tema dell'abitare per persone autosufficienti, allontanandosi da una residenzialità unicamente associata a marcati fabbisogni assistenziali, come nelle RSA.

Nel caso che prevede un cambiamento nelle modalità di funzionamento di servizi esistenti, in particolare RSA, l'obiettivo strategico prevalente è di migliorare l'offerta di servizio agli utenti, grazie ad una revisione dell'approccio alla cura. Quest'ultimo si sostanzia in un caso nell'adozione di un approccio formativo comune, in un altro nella revisione dell'impostazione degli interventi domiciliari.

Le iniziative di questa area di innovazione rispondono principalmente a tre sfide 2020: garantire la sostenibilità economica dei servizi, la capacità di risposta rapida e di adattamento rispetto ai bisogni delle famiglie, l'integrazione tra mercato pubblico e solvenza.

### **Caratteristiche dei progetti**

Come anticipato, in questo gruppo di casi è possibile identificare alcuni elementi di interesse rispetto al più ampio dibattito sul futuro del settore: l'apertura al mercato della solvenza e ai soggetti autosufficienti, l'investimento sull'abitare leggero, la valorizzazione della filiera dei servizi. Inoltre, questi elementi risultano molto spesso intrecciati nelle iniziative, segno di un ragionamento di più ampio respiro da parte dei gestori, come descritto di seguito.

È stato analizzato il caso di una rete di cooperative che, in seguito a un primo momento di triage telefonico, offre servizi alle famiglie che cercano servizi

---

Borgo Mazzini Smart Co-Housing (ISRAA); Progetto Caregiver (Società Dolce); Polo multi-servizi (S.P.E.S.).

di assistenza sul territorio, in accreditamento o in solvenza, sotto il coordinamento di una figura di riferimento (care manager). In particolare, se la persona risulta idonea ai requisiti per i servizi in accreditamento, verrà indirizzata ai posti dedicati; se non risulta idonea, è orientata verso l'offerta per posti in solvenza delle cooperative stesse. Inoltre, il ruolo del care manager è di accompagnare utenti e famiglie all'evoluzione del bisogno, attivando i servizi della filiera più idonei rispetto alle situazioni individuali: l'obiettivo è di costruire una salda relazione di fiducia con le famiglie nel medio-lungo periodo e di ampliare il proprio bacino di utenza.

Con premesse simili sta prendendo forma un secondo caso, in cui è in fase di studio la riconversione di un immobile sotto-utilizzato a polo multi-servizi, in cui attivare connessioni tra i servizi in una logica di filiera ed esplorare le possibilità di espandere l'area della solvenza, in modo da migliorare la risposta al bisogno e raggiungere una quota più ampia di popolazione. L'ambizione è di affiancare i servizi tradizionali a nuove sperimentazioni, rivolte in particolare al mercato dei soggetti paganti, per creare le condizioni di sostenibilità economica per i servizi, attivando meccanismi di "vasi comunicanti" tra iniziative con caratteristiche diverse.

È in fase di progettazione anche un'iniziativa di abitare innovativo, partita in occasione della ristrutturazione di un immobile di pregio dell'Ente promotore, che si rivolgerà agli anziani che non rientrano nei classici target degli interventi sociali e sociosanitari, integrando risposte a bisogni legati alla casa, all'assistenza e al benessere individuale. L'obiettivo è di mantenere un legame saldo tra questa iniziativa e il resto della comunità cittadina, aprendo gli spazi e i servizi comuni anche al resto della popolazione, evitando la marginalizzazione di chi abiterà questi luoghi. Inoltre, i bisogni assistenziali che dovessero emergere durante la permanenza troveranno una risposta nella filiera di servizi dell'Ente.

Una seconda iniziativa legata all'abitare, già attiva, si rivolge a over65 soli o in coppia, autosufficienti, che cercano una soluzione per continuare a vivere in autonomia, seppur in un ambiente protetto. Le case degli anziani possono diventare fonte di rischi, perché spesso sovra-dimensionate, con barriere architettoniche, che possono portare all'isolamento, specie per persone che vivono sole. L'iniziativa mira a fornire una soluzione di comunità, che inserisca le persone in un contesto sicuro, appropriato, mettendo a disposizione la filiera dei servizi dell'ente, qualora emergano bisogni di assistenza.

Infine, è stata mappata la sperimentazione di un set di pacchetti di assistenza domiciliare differenziati sulla base del profilo di bisogno cui si rivolgono, per un target di soggetti che dovevano rispettare due requisiti: non essere già conosciuti dai servizi, prevedere la presenza di un caregiver. L'idea dei pacchetti è di superare la tradizionale costruzione di piani assistenziali basati sulla som-

matoria di prestazioni, per adottare un approccio organico e coordinato all'intervento. Inoltre, un punto di discontinuità rispetto alla tradizione è la progettazione dei servizi basata anche sui caregiver, e non solo sulla persona assistita.

Un ragionamento a parte riguarda le due iniziative che hanno investito in una revisione delle modalità di funzionamento di servizi esistenti. In un primo caso, l'esigenza di uniformare la modalità di intervento nei setting residenziali ha portato all'adozione di un approccio metodologico alla presa in carico degli anziani riconosciuto dal mondo scientifico e replicabile nei servizi, ma anche capace di plasmarsi ai bisogni della singola persona. Per farlo, è stato avviato un percorso di formazione rivolto a tutte le figure che operano nella cura ed entrano in contatto con i residenti, che ha portato ad una revisione profonda delle modalità di gestione dei residenti nelle RSA.

Complessivamente, metà delle iniziative sono state promosse da soggetti pubblici (in qualità di enti gestori o di promotori dell'innovazione tramite bandi). I servizi coinvolti sono molteplici, in virtù dell'approccio di filiera proposto, e hanno visto in prevalenza l'investimento di risorse proprie. La presenza di cruscotti di monitoraggio è stata riscontrata nelle iniziative più mature, mentre le partnership sono limitate a una quota residuale dei casi.

#### 4.2.3. *Tecnologia nella cura*<sup>3</sup>

### **Obiettivi strategici**

La pandemia da Covid-19 ha imposto un'accelerazione nel processo di digitalizzazione dei servizi socio-sanitari, in particolar modo nel garantire continuità nel contatto tra utenti, familiari e servizi. Non sorprende quindi che le sei iniziative che rientrano in questa area di innovazione siano legate a questo aspetto, e siano nate contestualmente al picco più alto dell'emergenza sanitaria nel 2020 o siano state riviste sulla base degli apprendimenti maturati in quel periodo.

Un primo obiettivo strategico di queste iniziative è infatti quello di aumentare le possibilità di comunicazione, ingaggio e attivazione di servizi con famiglie e anziani, sfruttando le opportunità offerte dai dispositivi tecnologici.

A questo si aggiunge un ulteriore obiettivo, ossia fare leva sulla tecnologia per avviare progetti di co-costruzione e co-produzione degli interventi, aumentando la capacità di inclusione e di empowerment dei servizi.

I casi presentati in questa sezione rispondono principalmente a due sfide 2020: la gestione del rapporto e della comunicazione con le famiglie, anche sfruttando l'avvicinamento alla tecnologia imposto dalla pandemia; la revisione

---

<sup>3</sup> Appartengono a questo gruppo le seguenti iniziative: Progetto Ti Vedo (ASP Distretto di Fidenza); Teleriabilitazione (ASP Golgi Redaelli); Tecnologia in struttura (Fondazione Cardinal Maffi); Portale Parenti (Fondazione Sacra Famiglia); Curami.Tech (Pro.Ges); App "Punto Service" (Punto Service).

dell'offerta complessiva dei servizi e il conseguente adattamento delle strategie aziendali.

### **Caratteristiche dei progetti**

Con la chiusura delle visite nei servizi, e con l'avvio di misure di prevenzione tra gli utenti dei servizi, i gestori si sono attivati per trovare soluzioni per garantire continuità nei contatti e nelle attività. Di conseguenza, una prima area di investimento ha riguardato il potenziamento della dotazione tecnologica di strutture residenziali e semi-residenziali.

In un caso, le stanze sono state dotate di una smart tv connessa alla rete WiFi per permettere ai residenti di realizzare videochiamate con i congiunti e per partecipare, seppur da remoto, alle attività della struttura, anche quando in isolamento fiduciario o per malattia. Sulla scorta degli esiti positivi dell'esperienza, l'organizzazione ha avviato un dialogo con l'Azienda Sanitaria Locale per utilizzare la nuova dotazione tecnologica come supporto alla telemedicina, per prevenire i rischi connessi al trasferimento tra setting assistenziali per visite e cure.

In un'altra realtà, il contatto tra utenti e familiari è stato garantito grazie all'installazione di un'applicazione specifica in RSA e in un Centro Diurno, finalizzata ad aumentare la comunicazione tra familiari e utenti dei servizi, garantendo l'accesso a videochiamate; messaggistica istantanea; chat per comunicare in qualsiasi momento con la struttura e gli operatori. La comunicazione è sia individuale, tra famiglia e struttura, che *one to many*, ossia massiva tra struttura e la totalità dei familiari, per condividere informazioni rilevanti rispetto all'andamento complessivo del servizio.

Quest'ultimo aspetto è stato enfatizzato anche in una terza iniziativa, che ha previsto lo sviluppo di un'applicazione per semplificare le relazioni tra i familiari dei residenti in strutture per anziani e le strutture stesse, sia per quanto riguarda le comunicazioni quotidiane che per l'attivazione di servizi e risposte assistenziali personalizzate. L' applicazione rende più facili e "controllate" le comunicazioni, organizzando il flusso dei messaggi e attivando una serie di automatismi. Il progetto era nato nel 2019 con una focalizzazione sulla gestione dei servizi, tuttavia l'esperienza pandemica ha sottolineato come il tema della comunicazione quotidiana con i parenti sia centrale e ha modificato il progetto, spostando l'enfasi su questa necessità.

Una quarta iniziativa ha previsto l'inserimento di tablet nelle RSA per la realizzazione di video-chiamate tra residenti e congiunti, garantendo la possibilità di contatto. A questo ha aggiunto una trasformazione in digitale di alcuni processi organizzativi: la formazione del personale, gli incontri con i rappresentanti dei familiari e la stesura dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) di concerto con i soggetti esterni all'Ente (assistenti sociali territoriali, familiari, medici

di medicina generale). In tutti e tre i casi, è stato segnalato un aumento vertiginoso delle presenze agli incontri rispetto alla tradizionale modalità in presenza, portando alla decisione di mantenere parte di queste attività in formato da remoto / ibrido anche per il futuro.

La digitalizzazione non ha riguardato evidentemente solo le strutture residenziali: lo stop forzato degli accessi al domicilio e più in generale ai servizi ha messo in difficoltà molte famiglie nella gestione autonoma della fragilità. Per limitare questa criticità, è stata promossa una iniziativa di tele-riabilitazione per garantire la continuità assistenziale per i pazienti già in carico o di nuovo arruolamento, nel pieno rispetto delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza sanitaria. Dopo una prima fase di arruolamento dei pazienti, viene fornita l'attrezzatura tecnologica necessaria per l'interazione domiciliare, oltre alla formazione per il caregiver. Segue l'erogazione del servizio tramite piattaforma telematica, tutte le prestazioni vengono tracciate elettronicamente nel Fascicolo Sanitario Elettronico per monitorare la storia clinica del paziente.

Infine, si segnala un'iniziativa rivolta ad anziani soli non in carico ai servizi socio-sanitari, che, dopo un aggancio delle persone tramite un partner del mondo del volontariato, prevede la fornitura di un tablet su cui è installata un'applicazione che permette di effettuare videochiamate di socialità e di monitorare i soggetti ingaggiati nel progetto. All'insorgere di esigenze di assistenza, l'ente gestore mette a disposizione i servizi erogati nella RSA più prossima al quartiere del soggetto, che possono essere richiesti dall'anziano stesso oppure su segnalazione del volontariato.

In questa area di innovazione, i setting assistenziali più coinvolti sono le RSA e il domicilio, l'investimento prevalente per la fornitura o installazione di device digitali proviene da risorse proprie e sono state riscontrate partnership, specie per lo sviluppo di applicazioni. Risulta limitata la presenza di cruscotti di monitoraggio e valutazione, che nelle iniziative osservate stentano ad essere adottati in maniera sistematica.

#### 4.2.4. Target: Alzheimer e demenze<sup>4</sup>

### **Obiettivi strategici**

La demenza rappresenta una sfida per il settore socio-sanitario per almeno due motivi: l'evoluzione del quadro epidemiologico della popolazione, che vede un aumento significativo della prevalenza di questa patologia tra gli over 65 (si stima che tra il 4 e il 6% degli anziani siano coinvolti) e le sue conseguenze per la rete dei servizi. I servizi sono infatti tuttora normati con un'impostazione che

---

<sup>4</sup> Appartengono a questo gruppo le seguenti iniziative: Strada facendo (Domus Assistenza); Revisione CDCD e rete dei servizi (Fondazione Don Gnocchi); Alzheimer Lab (Fondazione Sacra Famiglia); Rete Alzheimer (ISRAA).

circoscrive la demenza a un numero limitato di posti o prestazioni, ma nella realtà si rivolgono prevalentemente a soggetti con questa patologia (i gestori parlano di una quota che varia tra il 60 e l'80% in Centri Diurni e RSA) (Berloto et al., 2021).

I gestori si stanno quindi attrezzando per fronteggiare le sfide che la gestione di questa patologia impone, promuovendo interventi pensati nello specifico per il target di popolazione con demenza e per i loro caregiver.

Un primo obiettivo strategico tra le iniziative mappate è quello di fornire sollievo e supporto proprio per i caregiver, sottoposti a forte stress nella gestione della patologia. A questo si aggiunge la volontà di investire sul tema demenze per aumentare le competenze del personale assistenziale, per renderlo preparato a gestire il già menzionato numero sempre crescente di utenti con questo profilo nei servizi.

Infine, poiché demenza e demenza di Alzheimer sono patologie molto diffuse, l'investimento su quest'area rientra in una strategia degli enti di diventare punto di riferimento nel territorio, consolidando il proprio posizionamento.

Le iniziative rispondono principalmente alla sfida 2020 di adeguare l'offerta assistenziale dei servizi rispetto ai bisogni di famiglie e utenti.

### **Caratteristiche dei progetti**

Una caratteristica che accomuna due delle quattro iniziative di questa area di innovazione è di essere sviluppate all'interno del setting domiciliare.

È il caso di un servizio domiciliare rivolto a caregiver di anziani affetti da disturbi cognitivi e demenze, che con le chiusure imposte dalla pandemia hanno manifestato importanti necessità di sollievo. Il progetto coniuga la prestazione socio-assistenziale tradizionale (igiene personale, ecc.) a iniziative di terapia occupazionale e attività di supporto ai caregiver. L'intervento è gestito attraverso la collaborazione tra diversi professionisti (es. psicologo, terapeuta occupazionale) e servizi (Centro per i Disturbi Cognitivi, CDCD, su tutti) e si esaurisce in un arco di tempo limitato, cui può seguire l'attivazione di progetti ulteriori in caso di situazioni critiche.

Vi è poi una seconda iniziativa nata in reazione allo stop dei servizi imposto dalla pandemia, che si è concretizzata nell'apertura di un canale YouTube specifico, dove sono stati caricati video formativi per caregiver di anziani con demenza o Alzheimer, per sostenerli nella cura al domicilio. Inizialmente i video erano rivolti unicamente agli utenti di un Centro Diurno dell'Ente, successivamente i buoni esiti dell'iniziativa hanno portato a rendere liberamente accessibili a chiunque i contenuti. I video forniscono informazioni circa l'attività fisica adattata, la stimolazione cognitiva, e il supporto psicologico, e sono stati realizzati dal personale specializzato dell'organizzazione.

I restanti due progetti di questa area di innovazione riguardano una revisione dell'organizzazione della filiera dei servizi per persone con disturbi cognitivi e demenze e loro familiari.

È il caso di un Ente che ha portato avanti una revisione complessiva della presa in carico delle persone demenza, anche allo stato di esordio (cosiddetto Mild Cognitive Impairment, MCI), riformando l'attività ambulatoriale del CDCD e del sistema di rete ad esso collegato. Il CDCD è stato ripensato come luogo di attivazione e coordinamento di una filiera completa di servizi, superando la sola erogazione di prestazioni diagnostiche e di interventi farmacologici. Gli altri servizi della rete, es. RSA aperta, Centri Diurni, ecc., sono ora attivati al bisogno in maniera fortemente integrata dai CDCD, dove dei case manager (geriatri e assistenti sociali) formati per la presa in carico di percorso sono presenti in tutte le fasi del decorso della malattia, per accompagnare pazienti e famiglie.

Infine, è stata mappata un'esperienza di creazione di una rete di servizi al domicilio in grado di rispondere ai bisogni di persone con demenza e loro familiari attraverso una molteplicità di servizi, anche gestiti in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale (es. Caffè Alzheimer). La Rete si contraddistingue per una struttura organizzativa molto snella, costituita unicamente da un gruppo di 10 persone che si occupa di coordinare e attivare la filiera complessiva dei servizi dell'ente (supporto telefonico, interventi domiciliari, inserimento in struttura), oltre a opportunità di finanziamento legate a questo tema.

In questa area di innovazione la funzione del soggetto pubblico, come gestore o finanziatore, è centrale in tre casi su quattro. Emerge inoltre in maniera marcata l'orientamento verso processi di ricomposizione di servizi attorno al domicilio, organizzando la rete in modo da ritardare quanto più possibile l'istituzionalizzazione, mettendo i caregiver nelle condizioni di essere supportati nella gestione domiciliare. Questa è inoltre l'area dove le partnership risultano maggiormente consolidate, probabilmente in virtù della natura multi-disciplinare della patologia e dell'esigenza di mettere in collegamento diverse componenti del sistema per dare una risposta olistica al bisogno di anziani e caregiver.

La Tabella 4.1 sintetizza obiettivi strategici e caratteristiche distintive delle quattro aree di innovazione.

**Tabella 4.1. Quattro aree di innovazione: obiettivi strategici e caratteristiche distintive**

Cantiere aperto	Obiettivi strategici	Caratteristiche distintive
Rafforzare l'organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare l'uniformità nei processi interni, sia nell'approccio del personale che nella gestione delle modalità di intervento nei servizi;</li> <li>• Utilizzare la formazione come leva motivazionale e per ridurre il turnover del personale assistenziale;</li> <li>• Consolidare l'immagine dell'Ente nel territorio e nel rapporto con gli stakeholder;</li> <li>• Trasmettere il valore creato da azioni organizzative nei servizi erogati agli utenti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione in setting residenziali</li> <li>• Coinvolgimento del personale di cura</li> <li>• Finanziamento con risorse proprie</li> <li>• Sporadica presenza di cruscotti di monitoraggio e valutazione</li> <li>• Assenza di partner esterni</li> </ul>
Nuovi modelli di servizio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprirsi a nuovi target, mai esplorati in precedenza attraverso l'attivazione della filiera integrata dei servizi;</li> <li>• Migliorare l'offerta per i target esistenti, grazie all'adozione di un approccio alla cura condiviso tra più soggetti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione in più servizi della filiera</li> <li>• Diffusa presenza di soggetti pubblici (come enti gestori o promotori di bandi)</li> <li>• Finanziamento prevalente con risorse proprie</li> <li>• Presenza di cruscotti di monitoraggio e valutazione solo nelle iniziative più mature</li> <li>• Partnership presenti in alcuni casi per sinergie nella filiera dei servizi</li> </ul>
Tecnologia nella cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare le possibilità di comunicazione, ingaggio e attivazione di servizi con famiglie e anziani;</li> <li>• Co-costruire e co-produrre i servizi, grazie alle opportunità offerte dalla tecnologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione in setting residenziali o al domicilio</li> <li>• Finanziamento prevalente con risorse proprie</li> <li>• Partnership diffuse per lo sviluppo di applicazioni</li> <li>• Limitata presenza di cruscotti di monitoraggio e valutazione</li> </ul>
Target: Alzheimer e demenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornire sollievo e supporto per i caregiver;</li> <li>• Aumentare le competenze del personale assistenziale sul tema, visto che coinvolge un numero sempre crescente di utenti e cittadini;</li> <li>• Diventare un punto di riferimento nel territorio per la gestione della malattia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione in setting domiciliari</li> <li>• Diffusa presenza di soggetti pubblici (come enti gestori o promotori di bandi)</li> <li>• Partnership diffuse e consolidate</li> <li>• Limitata presenza di cruscotti di monitoraggio e valutazione</li> </ul>

### 4.3 Quali elementi facilitano e quali ostacolano l'avvio di progettualità e sperimentazioni?

Una definizione ampiamente validata dalla comunità scientifica proposta da Lusch e Nambisan (2015) definisce l'innovazione dei servizi come “la ri-combinazione di molteplici risorse, che crea nuove risorse che generano un beneficio (i.e. valore) per alcuni soggetti in un dato contesto, che di frequente include un network di attori, tra cui gli utenti”. Gli ingredienti salienti di questa definizione richiamano il ruolo delle risorse, di qualsiasi tipo (economiche, competenze, personale, ...), e delle capacità di saperle “mescolare” con combinazioni diverse, dell'insieme di attori che gravitano attorno ai servizi e la capacità di generare valore, anche per i beneficiari. Gli studi evidenziano infatti come l'introduzione di nuovi servizi non dipenda tanto dalle singole componenti del servizio stesso, quanto da come queste siano tra loro combinate (Ordanini et al., 2014).

L'analisi delle iniziative promosse dai gestori OLTC offre uno spaccato delle piste di lavoro che possono segnare l'evoluzione dei servizi del settore socio-sanitario nel futuro. Allo stesso tempo, costituiscono un campione privilegiato da cui evincere elementi generalizzabili rispetto ai fattori che facilitano o, di converso, ostacolano i processi di innovazione.

Questi ultimi sono stati ampiamenti studiati in letteratura in pressoché ogni settore dell'economia, compresi i servizi, nel tentativo di comprendere quali siano le leve che permettono il fiorire o il fallimento di progettualità innovative.

A partire da queste premesse, le autrici hanno passato in rassegna alcuni tra i contributi più riconosciuti e citati dalla comunità scientifica, per identificare quali siano i principali fattori che facilitano o, di converso, ostacolano l'innovazione nei servizi, per indagare se e quanto questi siano applicabili anche al contesto del settore socio-sanitario.

Per quanto concerne i fattori facilitanti, la letteratura identifica elementi riconducibili a quattro livelli:

1. La cultura aziendale, con particolare riferimento a: l'orientamento al mercato (sistemi di analisi di mercato, orientamento ai beneficiari), la capacità di apprendimento organizzativo e di adottare processi di programmazione strategica (Ferreira et al., 2015). A questi si aggiunge il livello di innovatività dell'organizzazione, ossia la capacità di innovare prima dei competitor (Pantano e Viassone, 2014), oltre al supporto del top management all'innovazione.
2. Le caratteristiche dell'organizzazione (Magkopa, 2021) in termini di dotazione di risorse finanziarie, dimensione del personale, di “anzianità” dell'ente (start up vs impresa matura) e infine la dotazione tecnologica.

3. Il capitale umano (Al-Ansari et al., 2013) – che comprende i livelli manageriali e il personale – risulta tanto più determinante quanto è maggiore l'apertura alla novità, la volontà di arrivare per primi e in maniera propositiva a portare l'innovazione nell'organizzazione e sul mercato.
4. La capacità di instaurare partnership e collaborazioni, sia con altre aziende, che con i beneficiari dei servizi attraverso percorsi di co-produzione (Ordanini e Parasuraman, 2011) per ampliare il proprio raggio di azione.

Venendo agli ostacoli all'innovazione, Oke (2004) ne sottolinea un elenco puntuale, tra cui:

- L'assenza di adeguati sistemi di misurazione della performance dell'innovazione,
- L'assenza di una progettazione analitica,
- La replicabilità delle iniziative, che elimina il vantaggio competitivo,
- L'assenza del supporto del top management,
- L'assenza di esperienze di innovazione passate,
- L'incapacità di motivare il personale ad adottare un approccio orientato all'innovazione,
- L'assenza di test di prodotto.

Tra questi, alcuni fattori sono definiti come più critici di altri: è il caso dell'assenza di un cruscotto di misurazione e di una progettazione analitica. Altri contributi (Galia e Legros, 2004; Galia et al., 2012) sottolineano come la carenza di risorse e di personale qualificato possono costituire un freno all'innovazione.

La letteratura (Zahler et al.) ha poi enfatizzato il ruolo della scarsa domanda per un dato servizio e le barriere economico-finanziarie, che da sole possono diventare uno scoglio invalicabile per l'avvio di progettualità innovative. Rispetto al rapporto con la (potenziale) domanda, Chensbrough (2011) sottolinea l'importanza di saper comunicare il valore del servizio, anche attraverso un processo di "educazione", per aumentare le probabilità che l'innovazione sia accettata. In caso contrario, il rischio è che i potenziali utenti associno il valore del servizio solamente al prezzo, che in molti casi non riesce a comunicare il beneficio effettivo di un intervento (es. riduzione del rischio di isolamento o di fragilità, sollievo).

Le dimensioni delle organizzazioni impattano sulla modalità con cui viene affrontato il processo di innovazione: le organizzazioni di maggiori dimensioni percepiscono minori rischi finanziari e tecnologici rispetto alle più piccole, presentano minore riluttanza nell'intraprendere percorsi di innovazione e hanno più facilità ad accedere ad opportunità di finanziamento (Galia et al., 2012; Mo-

hen e Rosa, 2002). Allo stesso tempo, le imprese di dimensioni più piccole sembrano essere meno preoccupate del rischio di mancata fattibilità / fallimento dell'iniziativa e dei costi annessi, rispetto alle imprese più grandi.

Gli elementi emersi dalla letteratura sono stati opportunamente adattati alle specificità del settore socio-sanitario e alla contingenza emergenziale che stiamo vivendo, per arrivare a una sintesi dei possibili fattori facilitanti e ostativi per l'introduzione di nuove iniziative (Tabella 4.2).

**Tabella 4.2. Sintesi dei fattori abilitanti e ostativi per l'introduzione di nuove iniziative**

Fattori abilitanti	Fattori ostativi
Disponibilità di risorse interne all'azienda da investire	Assenza o carenza di risorse interne all'azienda da investire
Disponibilità di risorse derivanti da bandi/grant/premi nazionali o internazionali	Assenza o carenza di risorse derivanti da bandi/grant/premi nazionali o internazionali
Disponibilità di spazi fisici da valorizzare	Assenza o carenza di spazi fisici da valorizzare
Disponibilità di infrastrutture di supporto (es: internet a banda larga)	Assenza o carenza di infrastrutture di supporto (es: internet a banda larga)
Presenza di normative/linee guida/regolamentazione	Assenza o carenza di normative/linee guida/regolamentazione
Presenza di partnership idonee	Indisponibilità o carenza di partnership idonee
Dati emersi da analisi di mercato / dei bisogni di utenti e/o familiari	Dati emersi da analisi di mercato / dei bisogni di utenti e/o familiari
Dati emersi sulle performance aziendali	Dati emersi sulle performance aziendali
Esiti positivi di un primo test	Esiti negativi o insoddisfacenti di un primo test
Allineamento rispetto alle richieste di utenti e/o familiari	Disallineamento rispetto alle richieste di utenti e/o familiari
Coinvolgimento diretto di utenti e famiglie	Mancato o scarso coinvolgimento diretto di utenti e famiglie
Competenze specifiche interne all'organizzazione	Assenza o carenza di competenze specifiche interne all'organizzazione
Coinvolgimento e partecipazione del personale	Mancato o scarso coinvolgimento e partecipazione del personale
Supporto o iniziativa da parte della direzione aziendale	Assenza o carenza di supporto o iniziativa da parte della direzione aziendale
Reazione a Covid-19	Reazione a Covid-19

Fonte: elaborazione degli autori

#### 4.3.1 Una survey OLTC: metodo e descrizione

Per indagare se e quanto l'introduzione di iniziative nel settore socio-sanitario incontri ostacoli o opportunità comuni ad altri settori, è stato somministrato un

questionario ai gestori aderenti a OLTC. In particolare, ai rispondenti è stato chiesto di identificare ostacoli e fattori abilitanti incontrati nell'avvio delle iniziative segnalate all'Osservatorio, già descritte nel paragrafo 4.2. L'ancoraggio di queste dimensioni a iniziative esistenti ci permette di riflettere sugli elementi che nella realtà incidono su progetti e sperimentazioni, andando oltre una riflessione ipotetica o teorica sull'innovazione in senso generale.

Ai gestori è stato quindi chiesto di indicare uno o più ostacoli o fattori abilitanti tra quelli descritti nella Tabella 4.1. Le domande erano a risposta multipla, motivo per il quale nei paragrafi successivi la somma delle percentuali assegnate ad ogni alternativa è maggiore di 100%. Le risposte verranno presentate sulla base della frequenza di scelta di ogni alternativa da parte dei rispondenti, per valorizzare la frequenza e l'intensità con cui si sono o meno ritrovati nelle proposte.

La riflessione sui fattori abilitanti e ostativi è stata anticipata da una domanda su quali siano i risultati attesi dalle iniziative, per indagare le aspettative legate all'introduzione di nuove progettualità. Anche in questo caso valgono le considerazioni sulle modalità di rappresentazione precedentemente esposte.

Al questionario hanno risposto 16 enti, i paragrafi successivi descrivono nel dettaglio le evidenze emerse.

#### 4.3.2 Risultati attesi

Ai rispondenti è stato chiesto quali fossero i risultati attesi o, nel caso di iniziative in fase di progettazione, auspicati dall'introduzione di nuove iniziative. Il rationale di questa domanda era di comprendere quali siano i principali *driver* dell'innovazione per i gestori, e le aspettative di risultato ad essa connessi. Ai gestori sono state sottoposte alcune possibili dimensioni, ed è stato richiesto di ordinarle dalla più rilevante a quella meno incisiva. Il risultato è rappresentato in Tabella 4.3, in cui i risultati attesi sono ordinati per numerosità di gestori che ne hanno selezionato l'importanza.

**Tabella 4.3. Classifica dei risultati attesi o auspicati dalle nuove iniziative. n=16**

Risultati attesi	% del campione
Rafforzare l'immagine e la riconoscibilità dell'organizzazione	94
Estendere la gamma dei servizi	81
Migliorare la qualità dei servizi	63
Migliorare i processi interni all'organizzazione	50
Agire sulla motivazione del personale (anche per riduzione turnover)	38
Aumentare le proprie quote di mercato	25
Generare un impatto positivo sui risultati economici dell'organizzazione	19

Al primo posto spicca la volontà di consolidare l'immagine e la riconoscibilità dell'organizzazione. Segue un ragionamento sull'estensione della gamma dei servizi: questo dato, letto assieme al sesto posto dell'aumento delle quote di mercato, lascia intendere un'interpretazione di "estensione" legata ad un target di utenti esistente, oppure a sperimentazioni che in quanto tali sono agli albori e non hanno il potenziale di spostare in maniera radicale il posizionamento dei gestori sul mercato. Sono risultati centrali anche la volontà di migliorare sia la qualità dei servizi (63%), che i processi interni all'organizzazione (50%): rispetto a questi ultimi, la natura delle iniziative precedentemente descritte ci lascia intravedere una lettura più strategica della revisione dei processi, meno legata a una dimensione di pura efficienza prestazionale.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda l'aspettativa marginale di possibilità di ritorno economico positivo derivante dalle iniziative, selezionato solo da un gestore su cinque. Se da un lato è fisiologico aspettarsi una iniziale finestra temporale in perdita, solitamente l'aspettativa è di recuperare l'investimento fino a raggiungere il breakeven ed eventualmente ottenere dei guadagni che contribuiscano alla sostenibilità organizzativa. Un'aspettativa così limitata di ritorno economico può essere in parte legata alla natura delle iniziative considerate, in parte a una più generale riluttanza nel settore a considerare l'innovazione come fonte di ricavo nel medio periodo.

#### 4.3.3 Fattori facilitanti

Dai questionari non è emerso un fattore abilitante preponderante, quanto tre macro-tipologie di elementi facilitanti:

1. Facilitatori riconosciuti
2. Facilitatori *case – specific*
3. Facilitatori non riconosciuti

Un primo blocco riguarda i facilitatori definiti riconosciuti, poiché sono stati indicati da almeno un terzo dei rispondenti (Tabella 4.4). L'elemento che dall'indagine risulta più determinante per l'adozione di nuove iniziative si riferisce alle competenze specifiche del personale (63%), che abbinate al coinvolgimento e la partecipazione del personale, fondamentale per il 31% dei rispondenti, sottolinea come l'innovazione passi per un coinvolgimento attivo del personale sia in termini di valorizzazione delle competenze, che di co-progettazione. In caso contrario, il rischio è che le iniziative vengano percepite come calate dall'alto e incontrino la resistenza o l'impossibilità materiale di essere realizzate.

Il secondo elemento determinante è rappresentato da esiti di analisi di mercato / dei bisogni di utenti e / o familiari: il dato è positivo, perché segnala una maggiore attenzione all'ascolto dei fabbisogni rispetto al passato, allo stesso

tempo la natura della domanda non permette di approfondire la natura e le caratteristiche delle indagini effettuate.

Il 44% dei rispondenti segnala come il supporto da parte del top management sia stato determinante, in linea con quanto emerso dall'indagine riportata nel 1° Rapporto OLTC sull'innovazione digitale: oggi come allora, il sostegno delle prime linee apre la strada alla possibilità di sperimentare.

Infine, in linea con quanto emerso nel paragrafo 4.2, spesso (38%) le iniziative sono nate in reazione a Covid-19, che nella tragedia ha accelerato alcuni processi, come ad esempio l'introduzione di dispositivi digitali nei servizi.

**Tabella 4.4. Facilitatori riconosciuti per l'introduzione di nuove iniziative.**  
**n=16**

Facilitatore	Frequenza di risposta	% campione
Competenze specifiche interne all'organizzazione	10	63%
Dati emersi da analisi di mercato / dei bisogni di utenti e/o familiari	9	56%
Supporto o iniziativa da parte della direzione aziendale	7	44%
Reazione a Covid-19	6	38%
Coinvolgimento e partecipazione del personale	5	31%

Dai questionari è poi emerso un secondo gruppo di facilitatori, molto frammentati e in quanto tali più riconducibili a contingenze specifiche all'iniziativa oggetto di indagine, che non a elementi generalizzabili per il settore. Tra questi, un ruolo primario è riconosciuto alla disponibilità di risorse interne o da fonti esterne (es. bandi, premi, ecc.): il rationale è intuitivo, in quanto la presenza di risorse facilita inevitabilmente la possibilità di investire in nuove iniziative. Al contempo, è interessante come questo fattore sia stato segnalato solo da un rispondente su 4, a fronte di una narrazione comune da cui spesso sembra che le risorse siano il volano (o, come si vedrà nel par. 4.3.4, un ostacolo rilevante), la *conditio sine qua non* per l'innovazione.

Risulta parimenti significativa la disponibilità di spazi fisici da valorizzare, che possono diventare uno strumento per la riprogettazione dei servizi (es. immobili sotto-utilizzati da riconvertire, par. 4.2.2).

Infine, si rileva come solo in un caso i dati di performance aziendali siano risultati rilevanti nel guidare il processo di innovazione, a riprova del ruolo residuale dei sistemi informativi a supporto delle decisioni in questo settore.

**Tabella 4.5. Facilitatori case specific per l'introduzione di nuove iniziative. n=16**

Facilitatore	Frequenza di risposta	% campione
Disponibilità di risorse interne all'azienda da investire	4	25%
Disponibilità di risorse derivanti da bandi/grant/premi nazionali o internazionali	4	25%
Disponibilità di spazi fisici da valorizzare	4	25%
Disponibilità di infrastrutture di supporto (es: internet a banda larga)	1	6%
Dati emersi sulle performance aziendali	1	6%

Infine, esiste un gruppo di fattori definiti come non riconosciuti, poiché non sono stati selezionati da nessuna azienda. È il caso di:

- Presenza di normative/linee guida/regolamentazione
- Presenza di partnership idonee
- Esiti positivi di un primo test
- Allineamento rispetto alle richieste di utenti e/o familiari
- Coinvolgimento diretto di utenti e famiglie

Il mancato riferimento alla normativa si presta ad almeno due interpretazioni: da un lato, spesso la produzione legislativa è ritenuta fattore ostativo per la tendenza a introdurre molti vincoli ai gestori; allo stesso tempo, alcune iniziative si muovono al di fuori del perimetro normato, anticipando la legislazione oppure scegliendo deliberatamente di non rientrare all'interno di unità di offerta già molto regolamentate.

Contrariamente all'enfasi riposta sulla presenza di partnership per la promozione di innovazione da parte della letteratura scientifica, i gestori OLTC ci segnalano come queste non siano un fattore dirimente nel settore. Il risultato è in linea con quanto emerso dalle attività di ricerca del 2020, da cui dai gestori era emersa una forte volontà di innovare, ma una difficoltà ad identificare partner con cui farlo.

Infine, la co-produzione e l'ascolto diretto degli utenti non è stato fattore dirimente per l'avvio di nessuna iniziativa: parte della spiegazione a questo fenomeno può essere che la prospettiva degli utenti sia stata "assorbita" dalla presenza di dati e analisi di mercato (*cf* supra). Una seconda interpretazione può essere legata ad una prospettiva tuttora molto interna, organizzativa all'innovazione.

Complessivamente, dall'analisi di questi fattori emerge come il settore socio-sanitario presenti delle peculiarità rispetto a quanto osservato dalla letteratura in altri contesti: in particolare, i grandi assenti della rilevazione sono le partnership con altri soggetti e i processi di co-produzione con utenti e famiglie.

#### 4.3.4 Fattori ostacolanti

In maniera speculare a quanto emerso tra i fattori facilitanti, dai questionari non è emerso un elemento preponderante, quanto tre tipologie di fattori ostacolanti:

1. Ostacoli riconosciuti
2. Ostacoli *case – specific*
3. Ostacoli non riconosciuti

Tra gli ostacoli riconosciuti, primeggia l'assenza o la carenza di risorse interne da investire. Se da un lato le risorse non sono riconosciute come principale fattore facilitante (*cf*r supra), la loro assenza sembra determinare in molti casi una difficoltà a procedere.

Per molti progetti (38%) Covid-19 ha segnato una battuta di arresto, distogliendo inevitabilmente l'attenzione per la gestione dell'emergenza, rallentando l'implementazione. Infine, l'assenza di competenze specifiche è stata ostacolante in tre casi: leggendo questi dati assieme alle considerazioni esposte nel paragrafo precedente, si evince come quando presenti, le competenze rappresentino uno stimolo molto forte all'innovazione, mentre la loro assenza non risulta determinante per interrompere / impedire l'inserimento di nuovi progetti.

Complessivamente, questo gruppo di ostacoli è di natura contingente: resta da chiedersi se grazie alle risorse del PNRR e l'auspicato superamento dell'emergenza pandemica assisteremo a una stagione di maggiore innovazione nel settore.

**Tabella 4.6. Ostacoli riconosciuti per l'inserimento di nuove iniziative.**  
**n=16**

Ostacolo	Frequenza di risposta	% campione
Assenza o carenza di risorse interne all'azienda da investire	6	38%
Reazione a Covid-19	6	38%
Assenza o carenza di competenze specifiche interne all'organizzazione	3	19%

Per quanto concerne gli ostacoli definiti *case specific*, la Tabella 4.7 mostra come questi siano frammentati tra molteplici alternative, limitando la possibilità di trarre indicazioni quanto più possibile generalizzabili per il settore.

Il baricentro delle risposte è su aspetti in prevalenza esterni all'organizzazione: la normativa emerge come fattore ostativo, così come l'assenza di partnership, a confermare la difficoltà degli operatori a fare leva sulla collaborazione con altri soggetti.

Parte degli ostacoli *case specific* sono poi ricondotti a condizioni organizzative quali il mancato coinvolgimento del personale, e lo scarso supporto da parte della direzione aziendale.

**Tabella 4.7. Ostacoli case specific per l'introduzione di nuove iniziative.  
n=16**

Ostacolo	Frequenza di risposta	% campione
Assenza o carenza di infrastrutture di supporto (es: internet a banda larga)	2	13%
Assenza o carenza di normative/linee guida/regolamentazione	2	13%
Indisponibilità o carenza di partnership idonee	2	13%
Assenza o carenza di risorse derivanti da bandi/grant/premi nazionali o internazionali	1	6%
Esiti negativi o insoddisfacenti di un primo test	1	6%
Disallineamento rispetto alle richieste di utenti e/o familiari	1	6%
Mancato o scarso coinvolgimento e partecipazione del personale	1	6%
Assenza o carenza di supporto o iniziativa da parte della direzione aziendale	1	6%

Infine, esiste un gruppo di ostacoli non identificati da alcuna azienda:

- Assenza o carenza di **spazi fisici** da valorizzare
- Dati emersi da **analisi di mercato** / dei bisogni di utenti e/o familiari
- Dati emersi sulle **performance aziendali**
- Mancato o scarso **coinvolgimento diretto** di utenti e famiglie

Leggendo questo elenco in controtuce rispetto a quelli che sono emersi come fattori abilitanti, è possibile immaginare che i dati delle analisi di mercato siano stati diffusamente elementi facilitanti, invece che ostativi.

Il tema del coinvolgimento degli utenti si conferma come non centrale, né in positivo né in negativo, per l'avvio di nuove iniziative. Lo stesso vale per i dati di performance, che anche in questo caso non sono emersi tra gli elementi che hanno avuto un ruolo nell'avvio di progettualità. Infine, a differenza degli elementi facilitanti, in questo caso le risposte sono risultate molto più frammentate.

#### **4.4 Che cosa abbiamo capito dai casi di OLTC?**

L'analisi comparata delle iniziative permette di delineare alcune riflessioni rispetto a tre dimensioni.

In primo luogo, in merito all'orientamento strategico dei provider, che stanno lavorando attorno a quattro principali aree di innovazione. Il rafforzamento dell'organizzazione, in un settore da anni fragile, attraverso un investimento sui sistemi informativi, sulla formazione del personale quale leva di motivazione e riduzione del turnover, e sulla riconoscibilità degli enti sul territorio. L'introduzione di nuovi modelli di servizio, ripensando servizi esistendo oppure estendendo la gamma di servizi offerti, anche a target di utenti precedentemente non intercettati. L'inserimento di dispositivi tecnologici nei processi di cura, per fare leva sulle opportunità offerte dalla digitalizzazione per raggiungere più utenti, in alcuni casi in maniera anche più efficace. L'attenzione specifica ai soggetti con demenza e demenza di Alzheimer, sempre più presenti nella popolazione e tra gli utenti dei servizi, che richiedono un rafforzamento delle competenze sia del personale assistenziale che dei caregiver, alleati cruciali per la permanenza al domicilio.

La maggioranza delle iniziative si basa su auto-finanziamento: da un lato, questo denota la capacità delle aziende di riservare una quota dei propri budget a progettualità innovative, senza dipendere da un round di finanziamenti extra-organizzativi; allo stesso tempo, non intercettare risorse che possono contribuire alla crescita dei progetti rischia di limitarne il potenziale di crescita. Si segnala inoltre un'apertura al mercato della solvenza, storicamente residuale (*cfr* Capitolo 1), nel tentativo di estendere il bacino di utenza e di individuare nuove fonti per la sostenibilità economico-finanziaria dei servizi. L'investimento sui sistemi informativi, la valorizzazione del personale, l'adeguamento dell'offerta ai bisogni di famiglie e utenti, l'utilizzo della tecnologia sono elementi che erano emersi come sfide per la ripresa del settore dopo la pandemia, e le iniziative mappate sono un segnale positivo in questa direzione.

La seconda riflessione riguarda le aspettative legate all'introduzione di iniziative, che risultano legate primariamente ad un consolidamento del posizionamento strategico sul territorio e ad un'estensione della gamma dei servizi, pur

con limitate ambizioni di aumento delle proprie quote di mercato. Sono molto ridotte anche le aspettative di ritorno economico positivo delle iniziative, segno che nel settore probabilmente rimane una diffidenza (o avversione al rischio) verso l'innovazione, vista come costo più che come opportunità.

Infine, l'analisi dei fattori abilitanti e ostativi all'innovazione mostra come il settore condivida alcuni aspetti con altri contesti, come ad esempio l'importanza delle analisi di mercato, il supporto della direzione aziendale e la disponibilità di competenze. Al contempo, si differenzia rispetto a quanto emerso dalla letteratura per la totale assenza di considerazione dei risultati di performance e del coinvolgimento degli utenti, sia come fattore abilitante che come fattore ostativo. Questo segnala come l'adozione di un approccio strategico e di servizio richieda ancora molto lavoro. L'assenza di orientamento alle partnership può diventare un rischioso limite alla capacità di crescere ed innovare, in un mercato sempre più concentrato (*cf*r Capitolo 1) e in competizione su alcuni fattori critici, come il personale (*cf*r Capitolo 6).

Complessivamente, la mappatura restituisce agli operatori del settore una fotografia aggiornata rispetto a come i gestori stiano reagendo concretamente per definire il futuro delle organizzazioni e dei servizi. Nella maggior parte dei casi parliamo di iniziative allo stadio embrionale, di raggio di azione ridotto: per il futuro, resta da vedere se e come queste progettualità riusciranno ad arrivare ad uno stadio di maturazione che ne garantisca la sostenibilità economica e la scalabilità su un livello più ampio.

## Bibliografia

Al-Ansari, Y., Pervan, S. & Xu, J. (2013). Innovation and business performance of SMEs: the case of Dubai. *Education, Business and Society: Contemporary Middle Eastern Issues*, 6(4), 162-180.

Albury, D. (2005). Fostering innovation in public services. *Public money and management*, 25(1), 51-56.

Berloto, S., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2021). Anziani e demenze: rete socio-sanitaria e sociale e stato di implementazione dei Piani Regionali Demenze, in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano: Egea.

Chesbrough, H. W. (2011). Bringing open innovation to services. *MIT sloan management review*, 52(2), 85.

Ferreira, J.J., Fernandes, C.I., Alves, H. & Raposo, M.L. (2015). Drivers of innovation strategies: testing the Tidd and Bessant (2009) model. *Journal of Business Research*, 68(7), 1395-1403.

- Galia, F., & Legros, D. (2004). Complementarities between obstacles to innovation: evidence from France. *Research policy*, 33(8), 1185-1199.
- Galia, F., Mancini, S., & Morandi, V. (2012). Obstacles to innovation: what hampers innovation in France and Italy. *Druid Society*.
- Lusch, R. F., & Nambisan, S. (2015). Service innovation. *MIS quarterly*, 39(1), 155-176.
- Makgopa, S. S. (2021). Drivers of Service Innovation in Service Organisations. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 10(2), 45-45.
- Mohnen, P., & Rosa, J. M. (2002). Barriers to innovation in service industries in Canada. In *Institutions and Systems in the Geography of Innovation* (pp. 231-250). Springer, Boston, MA.
- Oke, A. (2004). Barriers to innovation management in service companies. *Journal of Change Management*, 4(1), 31-44.
- Ordanini, A., & Parasuraman, A. (2011). Service innovation viewed through a service-dominant logic lens: a conceptual framework and empirical analysis. *Journal of Service Research*, 14(1), 3-23.
- Ordanini, A., Parasuraman, A., & Rubera, G. (2014). When the recipe is more important than the ingredients: A qualitative comparative analysis (QCA) of service innovation configurations. *Journal of service research*, 17(2), 134-149.
- Pantano, E. & Viassone, M. (2014). Demand pull and technology push perspective in technology-based innovations for the points of sale: the retailers' evaluation. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 21(1), 43-47.
- Zahler, A., Goya, D., & Caamaño, M. (2018). *The role of obstacles to innovation on innovative activities: an empirical analysis* (No. IDB-WP-965). IDB Working Paper Series.



## 5. Cantieri aperti: le sperimentazioni

di *Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli*

Questo Capitolo propone il dettaglio dei ventiquattro casi studio analizzati, sintetizzati nella Tabella 5.1, presentati attorno ai quattro cantieri aperti descritti nel dettaglio nel Capitolo 4: rafforzare l'organizzazione, nuovi modelli di servizio, tecnologia nella cura, target Alzheimer e demenze.

**Tabella 5.1. I 24 casi studio OLTC**

Cantiere aperto	Titolo dell'iniziativa ed Ente promotore
Rafforzare l'organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Web Magazine, AltaVita Istituzioni Riunite di Assistenza</li> <li>• Informatizzazione delle strutture, ASP Golgi Redaelli</li> <li>• Fusione tra IPAB, IPAV</li> <li>• S-Keys, Gruppo Korian</li> <li>• Kos Academy, Kos Care Srl</li> <li>• Cartella informatizzata con intelligenza artificiale, Orpea Italia</li> <li>• Misurazione performance aziendale, Zaffiro CentroSud</li> <li>• Gestione del rischio clinico, Zaffiro CentroSud</li> </ul>
Nuovi modelli di servizio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polo Santa Marta, ASP Città di Bologna</li> <li>• Rete ComeTe, Cidas Cooperativa Sociale</li> <li>• Formazione ApproccioCapacitante®, Fondazione Sacra Famiglia Onlus</li> <li>• Borgo Mazzini Smart Co-Housing, I.S.R.A.A.</li> <li>• Progetto Caregiver, Società Dolce Società Cooperativa</li> <li>• Polo multiservizi, Gruppo S.P.E.S.</li> </ul>
Tecnologia nella cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ti Vedo, ASP Distretto di Fidenza</li> <li>• Teriabilitazione, ASP Golgi Redaelli</li> <li>• Tecnologia in struttura, Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus</li> <li>• Portale Parenti, Fondazione Sacra Famiglia Onlus</li> <li>• Curami.Tech, Pro.Ges Cooperativa Sociale</li> <li>• App "Punto Service", Punto Service Cooperativa Sociale</li> </ul>
Target: Alzheimer e demenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strada facendo, Domus Assistenza</li> <li>• Revisione CDCD e rete dei servizi, Fondazione Don Gnocchi</li> <li>• Alzheimer Lab, Fondazione Sacra Famiglia Onlus</li> <li>• Rete Alzheimer, I.S.R.A.A.</li> </ul>

Ogni caso verrà presentato secondo un framework di analisi omogeneo, che comprende le seguenti dimensioni:

- Obiettivo strategico, per cogliere la visione che ha sostenuto l'introduzione dell'iniziativa;
- Caratteristiche dell'iniziativa, dove sono riportati i principali contenuti del progetto e alcune informazioni di contesto (es. personale coinvolto);
- Destinatari dell'iniziativa, ossia il target di destinatari cui si rivolge, all'interno o all'esterno dell'organizzazione;
- Elementi di discontinuità rispetto al passato, ossia ciò che differenzia il progetto in esame rispetto all'approccio tradizionale dell'ente;
- Risultati gestionali attesi, intesi come il ritorno (economico, di immagine, di reputazione, ...) che ci si attende in seguito all'implementazione dell'iniziativa;
- Anno di avvio e stato di avanzamento del progetto, per tracciare storicità ed evoluzione degli interventi;
- Partner di progetto e loro ruolo, per identificare la presenza di collaborazioni più o meno strutturate ed estese con altri player, interni o esterni al settore socio-sanitario;
- Modalità di finanziamento e investimenti necessari, indicatori rilevanti per capire la sostenibilità attuale e prospettica delle iniziative;
- Presenza di una componente tecnologica, per tenere traccia della diffusione della digitalizzazione nel settore;
- Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti, per dare elementi quali-quantitativi sull'andamento del progetto e per verificare se il settore stia facendo passi in avanti nella dotazione di strumenti informativi.

Ogni scheda di analisi è inoltre preceduta da un breve paragrafo che sintetizza gli elementi salienti dell'iniziativa e la (o le) sfida 2020 cui risponde.

## 5.1 Rafforzare l'organizzazione

**Ente<sup>1</sup>:** AltaVita - Istituzioni Riunite di Assistenza (IRA)

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso un investimento nelle modalità di comunicazione con le famiglie e gli stakeholder del territorio.

**AltaVita<sup>2</sup>** ha introdotto un magazine online che tratta i temi della terza età a 360 gradi, dando voce a esperti, medici, e coloro che quotidianamente sono in prima linea a sostegno degli anziani. L'**obiettivo strategico** atteso è di consolidare l'immagine dell'Ente nel contesto territoriale e sovra-territoriale di riferimento grazie all'utilizzo di una modalità di comunicazione diversa rispetto al passato. Allo stesso tempo, l'obiettivo è di scardinare alcuni preconcetti legati alle RSA, diffondendo contributi tecnici ed esperienze dirette che contribuiscano ad alimentare la "cultura" del servizio residenziale. L'iniziativa coglie quindi la sfida 2020 di modificare la gestione del rapporto e della comunicazione con le famiglie, anche sfruttando l'avvicinamento alla tecnologia imposto dalla pandemia.

**Tabella 5.2. Iniziativa AltaVita News**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidare l'immagine dell'Ente nel contesto territoriale e sovra-territoriale di riferimento;</li> <li>• Diffondere la "cultura" delle RSA, attraverso la condivisione di contributi tecnici e di esperienze dirette</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>AltaVita News (disponibile al link <a href="https://altavitanews.it/">https://altavitanews.it/</a>) è un giornale online che raccoglie l'eredità di un giornale cartaceo promosso dalla struttura padovana, e che tratta i temi della terza età a 360 gradi, dando voce a esperti, medici, di coloro che quotidianamente sono in prima linea a sostegno degli anziani. Sono inoltre riportate storie individuali di ospiti. Il magazine presenta più aree di approfondimento: tematiche legate al benessere (es. alimentazione, attività fisica); promozione di iniziative della struttura, editoriali curati da esperti del settore.</p> <p>Il magazine si configura come uno strumento utile a promuovere iniziative svolte in struttura e a far conoscere quanto avviene nelle RSA, mondo che spesso rimane poco conosciuto all'esterno.</p>
Destinatari dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiari di ospiti della struttura;</li> <li>• Cittadini interessati ad approfondire alcune tematiche legate all'invecchiamento e alla vita in RSA;</li> <li>• Stakeholder del territorio (es. possibili finanziatori, enti locali,...)</li> </ul>

<sup>1</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Michele Testa, Dirigente Amministrativo.

<sup>2</sup> <https://www.altavita.org/>

Elementi di discontinuità rispetto al passato	Maggiore enfasi su una dimensione di accountability e di condivisione della dimensione di efficacia dei servizi verso l'esterno.
Risultati gestionali attesi	Maggiore visibilità e riconoscibilità sul territorio, sia tra le famiglie che per gli stakeholder.
Anno di avvio e stato di avanzamento	2020 (in sostituzione di un'edizione cartacea lanciata nel 2019)
Partner di progetto e loro ruolo	Nessuno
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Finanziato con risorse proprie. Gli investimenti necessari sono stati due: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisto del dominio in rete e predisposizione del sito</li> <li>• Retribuzione di un consulente esterno di supporto per la redazione di alcuni articoli</li> </ul>
Presenza di una componente tecnologica	Il sito web
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Al momento non è previsto un sistema di monitoraggio e valutazione dell'iniziativa

**Ente: ASP Golgi Redaelli<sup>3</sup>**

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso l'informatizzazione delle strutture e la diffusione di una cultura del dato.

**La ASP Golgi Redaelli<sup>4</sup>** ha avviato una pista di lavoro sul tema dell'utilizzo di strumenti digitali e sullo stato dell'informatizzazione dei servizi e delle strutture. A tendere, l'obiettivo è di implementare strumenti informatici (gestionali e clinici) integrati tra le diverse strutture e servizi della ASP in modo da impattare positivamente sulla qualità della gestione e dell'assistenza erogata. L'obiettivo strategico è quindi usare la leva tecnologica per ottenere una maggiore integrazione tra servizi, miglior comunicazione e controllo. L'iniziativa risponde alle sfide 2020 legate alla sostenibilità delle strutture e alla migliore gestione del personale.

**Tabella 5.3. Informatizzazione delle strutture**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottenere un sistema informativo integrato che includa diario clinico e monitoraggio degli ospiti ma anche business intelligence e cruscotto direzionale su outcome clinici.</li> <li>• Ottenere un sistema che sia omogeneo e integrato per i diversi servizi e strutture parte dell'azienda.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Nel 2021 la ASP Golgi Redaelli si è sottoposta ad un percorso di "assessment della maturità digitale" primo step per valutare come introdurre nuovi sistemi. È stata seguita la metodologia e-Health journey che ha portato a valutare il posizionamento attuale degli strumenti digitali di ASP circa quattro dimensioni: amministrativo, clinico sanitario, infrastrutturale, relazione con il cittadino. Ognuno di questi è stato valutato quindi rispetto al tipo di modello attualmente implementato: il più complesso è quello della "digital governance", il più semplice quello di "electronic documents". Rispetto all'ambito clinico assistenziale è utile ricordare che ASP Golgi Redaelli non utilizza attualmente nessun tipo di cartella elettronica per cui lo studio è stato orientato a comprendere le condizioni per l'implementazione di questo. Inoltre, la dimensione che attualmente risulta più critica rispetto alla chiave di lettura digitale è quella della relazione con il cittadino. Sulla base di questo assessment è stato proposto un piano di lavoro 2022-2024 per introdurre diversi livelli di digitalizzazione sulle varie aree. L'assessment è stato svolto con il supporto di consulenti esterni.</p>
Destinatari dell'iniziativa	<p>Il processo di assessment ha coinvolto tutte le aree aziendali a 360°, coinvolgendo professionisti di varie specialità e livelli.</p>

<sup>3</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Lorenzo Cammelli, Direttore Sanitario e il dott. Luca Talarico, dirigente responsabile del UOS ricerca e progetti speciali.

<sup>4</sup> <https://www.golgiredaelli.it/>

Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È stato il primo approccio di tipo strategico e strutturato al tema della digitalizzazione.</li> <li>• Necessità di cambiamento supportata da un assessment</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<p>Dall'adozione di un nuovo modello informatico ci si attende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maggior integrazione tra i processi operativi delle strutture</li> <li>• possibilità di raccogliere dati integrati</li> <li>• Informatizzazione dei processi</li> <li>• Possibilità di introdurre audit clinico</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	L'assessment è stato condotto nel 2021
Partner di progetto e loro ruolo	L'assessment è stato svolto grazie al supporto di consulenti specializzati.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Sarà necessario un investimento adeguato per portare in tutte le quattro aree oggetto di assessment un cambiamento radicale rispetto all'impianto tecnologico.
Presenza di una componente tecnologica	Il progetto punta ad introdurlo.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Il modello di assessment ha permesso di raccogliere dati ed evidenze sulle attività aziendali.

**Ente: Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane<sup>5</sup> (IPAV)**

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso la fusione tra Enti, che accresce la capacità di intervento e risposta ai bisogni del territorio

**IPAV<sup>6</sup>** è il risultato della fusione tra i precedenti IRE (Istituzioni di Ricovero e di Educazione) e Antica Scuola dei Battuti, sancita con il decreto n. 169 del 9-12-2019 della Regione del Veneto. Gli **obiettivi strategici** che hanno portato alla fusione sono legati alla volontà di aumentare la forza negoziale delle IPAB, anche nei tavoli regionali di confronto; raggiungere economie di scala nella gestione economica e in quella amministrativa, liberando tempo per la cura. Infine, aumentare il livello di managerializzazione dell'organizzazione, in linea con la crescita dimensionale dell'Ente. L'iniziativa risponde quindi primariamente alla sfida 2020 di garantire la sostenibilità economica dei servizi.

**Tabella 5.4. Iniziativa di fusione tra Enti**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare la forza negoziale delle IPAB, ponendosi come interlocutori di primo livello su questioni strategiche nei tavoli regionali</li> <li>• Raggiungere economie di scala nella gestione amministrativa, che altrimenti in strutture più piccole grava sul personale operativo, a detrimento delle attività di cura</li> <li>• Inserire figure direzionali in linea con le dimensioni di un ente maggiore, aumentando il livello di managerializzazione dell'organizzazione.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>La Regione del Veneto, con decreto n. 169 del 9 dicembre 2019 del Direttore della Direzione per i Servizi Sociali ha approvato la fusione in senso stretto, per unione delle I.P.A.B. «Istituzioni di Ricovero e di Educazione» di Venezia e «Antica Scuola dei Battuti» di Venezia Mestre, con tutti i conseguenti effetti di legge e, allo stesso tempo, ha approvato il nuovo Statuto proprio della nuova I.P.A.B. denominata «Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane» I.P.A.V., con sede a Venezia. È nata così un'IPAB che conta 5 centri servizi che offrono più di 800 posti letto e coinvolgono un migliaio di dipendenti.</p> <p>Rispetto alla gestione del personale, con la fusione è stato aperto un lavoro di revisione e uniformazione delle politiche di gestione delle risorse umane di concerto con le organizzazioni sindacali: la filiera di comando è stata snellita e semplificata; tramite concorso infermieri e fisioterapisti sono stati riclassificati da Categoria C (contratto enti locali) a Categoria D. Inoltre,</p>

<sup>5</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Andrea Zampieri, Dirigente Area Servizi alla Persona

<sup>6</sup> <https://ipav.it/hh/index.php?jvs=0&acc=1>

	<p>con la fusione è stato possibile avere un RSPP totalmente dedicato (prima lo era parzialmente).</p> <p>Infine, la fusione ha reso possibile l'installazione della fibra ottica e il rinnovo integrale della dotazione di pc presso l'Ente di dimensioni più ridotte. Da gennaio 2022 sarà poi installata una cartella socio-sanitaria informatizzata che integra componente amministrativa e assistenziale per l'Ente. Infine, presso "Antica Scuola di Battuti", che ha ricevuto i maggiori investimenti in infrastrutture tecnologiche, sono in corso alcune sperimentazioni di sensoristica in struttura.</p>
Destinatari dell'iniziativa	Tutti i professionisti che operavano negli Enti precedenti
Elementi di discontinuità rispetto al passato	Volontà politica molto forte che ha portato al compimento del processo, sostenuto dalla componente tecnica delle organizzazioni.
Risultati gestionali attesi	Uniformare i processi gestionali, armonizzazione dei processi amministrativi e del servizio di cura.
Anno di avvio e stato di avanzamento	1° gennaio 2019
Partner di progetto e loro ruolo	Non presenti
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Non presenti
Presenza di una componente tecnologica	Non presente
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Non presente, in questo momento il lavoro si concentra sull'allineamento dei processi e della gestione dei percorsi di cura.

**Ente: Gruppo Korian<sup>7</sup>**

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso la formazione manageriale dei direttori di struttura per una più consapevole gestione e identità organizzativa.

**Il Gruppo Korian<sup>8</sup>** ha avviato tra il 2019 e il 2020 un progetto europeo dedicato al rafforzamento delle competenze manageriali di una figura ritenuta chiave, il direttore di struttura. Il gruppo si stava interrogando su questi temi già dal 2019 quando una indagine di clima interno aveva evidenziato un fabbisogno formativo importante. Successivamente alla prima ondata pandemica la necessità di un investimento sui direttori di struttura è stata ancora più evidente: in tutti i Paesi in cui opera il gruppo (oltre all'Italia, Francia, Germania, Regno Unito, Paesi Bassi, Belgio e Spagna) i direttori di struttura sono stati in prima linea acquisendo da un lato maggiore consapevolezza circa la complessità del loro ruolo e, dall'altro, essendo sottoposti a livelli di stress che hanno messo a dura prova le loro capacità e la tenuta organizzativa di breve periodo. La formazione altamente professionalizzante è quindi stata vista come una leva abilitante per i direttori di struttura. Se a livello individuale l'obiettivo era quindi di acquisire nuovi strumenti e chiavi di lettura, a livello aziendale l'**obiettivo strategico** è stato quello di lavorare sulla cultura aziendale per diffondere una visione e un modus operandi comune in tutti i Paesi e in tutti i servizi, in modo da rinforzare l'identità aziendale in un momento in cui il settore è messo in seria difficoltà. L'iniziativa, quindi, risponde alle sfide 2020 legate alla gestione del personale ma anche riguardanti la ricerca di una più precisa vision per le aziende del settore.

**Tabella 5.5. Iniziativa S-KEYS**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento dello sviluppo professionale dei direttori di struttura.</li> <li>• Rafforzamento delle competenze manageriali soft e hard per una migliore gestione dei servizi.</li> <li>• Migliorare la motivazione e il clima aziendale.</li> <li>• Diffusione di una cultura aziendale uniforme a livello di corporate (tra le diverse strutture in un singolo Paese ma anche tra Paesi).</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	L'iniziativa prevede la progettazione e la successiva erogazione di un percorso di formazione di medio periodo che coinvolga su base volontaria i direttori delle strutture per anziani Korian. Il percorso è iniziato con una fase di assessment delle competenze pregresse dei direttori, dei loro profili e dei fabbisogni formativi espliciti ed impliciti. Questo è accaduto tramite due cicli di indagini interne nel

<sup>7</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Marco Parenti, Lombardia Area Manager Vice COO, e la dott.ssa Laura Bulgari, HR Development Manager.

<sup>8</sup> <https://www.korian.it/>

	<p>2019 e 2020. Successivamente è stato messo a punto un programma formativo omogeneo per tutto il gruppo a livello Europeo che partendo dai temi di leadership arrivasse a toccare diversi aspetti gestionali delle strutture per anziani rinforzando sia le soft che le hard skills. Il programma S-KEYS è stato poi adattato ai diversi contesti nazionali per i quali sono stati individuati anche dei formatori che eccellessero sia rispetto ai temi manageriali ma anche rispetto alla conoscenza del sistema sociosanitario del Paese. Il primo ciclo di formazione in Italia ha visto coinvolti 40 direttori in 10 classi virtuali. Le attività svolte hanno riguardato oltre alla formazione in senso stretto anche assessment individuali, coaching e assignment di autoapprendimento. Le attività sono state erogate in un formato blended (on line ed in presenza). Il primo ciclo di formazione è esitato nella discussione con i partecipanti di una <i>managerial chart</i> riassuntiva di tutti gli elementi strategici emersi, che sarà condivisa a livello Europeo e utile per le future edizioni. Si sta infatti provvedendo a selezionare i partecipanti ad un secondo ciclo con l'idea che S-KEYS possa diventare un programma di formazione continua che ogni anno propone nuovi temi e ingaggia nuovi partecipanti.</p>
Destinatari dell'iniziativa	I direttori di struttura, ovvero di servizi residenziali per anziani, del Gruppo Korian.
Elementi di discontinuità rispetto al passato	Si tratta della prima iniziativa di formazione completamente gestita in house e rivolta al profilo dei direttori di servizio.
Risultati gestionali attesi	<p>L'iniziativa auspica tre diverse tipologie di risultati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A livello individuale (il singolo direttore) si vuole lavorare sulla motivazione e sulla gestione dello stress post pandemia. Rinforzando le competenze si vogliono dare strumenti più solidi per affrontare la complessità del settore.</li> <li>2. A livello di servizio (strutture residenziali) si punta a migliorare la gestione fornendo nuovi strumenti e rafforzando le capacità dei direttori.</li> <li>3. A livello aziendale si vuole lavorare sulla <i>corporate identity</i>, creando anche momenti di partecipazione e condivisione</li> </ol>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Il progetto era stato avviato nel 2019 con una attività di indagine interna, poi sospeso, e riavviato nella seconda metà del 2020 a seguito della prima e seconda ondata pandemica. Nel primo anno di operatività sono state seguite 10 classi virtuali. A fine 2021 (dopo 12 mesi circa) ci si appresta a far partire la seconda coorte di corsisti.
Partner di progetto e loro ruolo	Nessun partner esterno se non il soggetto formatore incaricato dei diversi moduli.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	L'iniziativa è finanziata dal gruppo Korian con risorse proprie a titolo di investimento sul personale.

## Le sperimentazioni

Presenza di una componente tecnologica	La tecnologia è stata il mezzo erogativo dato che la formazione è avvenuta anche online.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Nella prima edizione di progetto hanno partecipato 40 direttori italiani e circa 800 complessivamente a livello europeo. Non sono stati attivati sistemi di raccolta dati.

**Ente: Kos Care SrL<sup>9</sup>**

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso la formazione del personale in ambito clinico e manageriale per uniformare i linguaggi e motivare attorno a una proposta di valore comune.

**Kos Care<sup>10</sup>** nel 2019 ha lanciato KOS Academy, il presidio di formazione permanente del Gruppo rivolto alle circa 8.600 unità di personale che lo compongono, con 140 tra corsi e iniziative formative. L'Academy eroga quattro macrotipologie di contenuti formativi, che si differenziano in tempi e modalità sulla base del target di riferimento e degli obiettivi di apprendimento dell'iniziativa. L'investimento su KOS Academy ha come obiettivo strategico primario migliorare la qualità del servizio reso agli ospiti, grazie ad un percorso di formazione multidisciplinare e continuativa agli operatori, in ambito clinico e manageriale. Lavorare su questo obiettivo passa attraverso l'adozione di un linguaggio comune e condiviso tra tutta la rete di soggetti che operano in KOS, che ha assunto nel tempo importanti dimensioni. Inoltre, i contesti di apprendimento sono utilizzati come luoghi in cui promuovere la riprogettazione dei processi aziendali tramite il coinvolgimento attivo dei partecipanti. Infine, la formazione è vista come una leva centrale per aumentare la motivazione e l'engagement del personale, contribuendo alla crescita sia professionale che individuale. L'iniziativa risponde quindi alle sfide 2020 legate alla gestione e valorizzazione del personale.

**Tabella 5.6. Iniziativa KOS Academy**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliorare la qualità dei servizi grazie ad un percorso di formazione multidisciplinare e continuativa agli operatori, in ambito clinico e manageriale</li> <li>• Dotare tutta la rete KOS di un linguaggio condiviso, per uniformare i processi, anche agevolando il monitoraggio del livello centrale</li> <li>• Aumentare la motivazione e l'engagement del personale;</li> <li>• Promuovere la riprogettazione dei processi aziendali tramite il coinvolgimento dei partecipanti durante i percorsi formativi.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>KOS Academy è il presidio di formazione permanente del Gruppo KOS, rivolta alle circa 8.600 unità di personale che lo compongono. Attualmente sono presenti 140 esperienze diversificate tra corsi e iniziative di sviluppo, tutte gratuite.</p> <p>L'offerta formativa è strutturata in 6 aree:</p>

<sup>9</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la Dott.ssa Simona Lombardi, Responsabile Servizi Innovativi e il Dott. Andrea Roselli, Responsabile KOS Academy.

<sup>10</sup> [www.kosgroup.com](http://www.kosgroup.com)

- **Aziendale:** corsi di formazione organizzati per aree di appartenenza, detti “brand” (psichiatria, anziani, riabilitazione, corporate) attorno a quattro contenuti: competenze cliniche; competenze non cliniche (es. normative, in ambito comunicazione), soft skills; soft skills applicate ai contesti clinici (es. intelligenza emotiva nella cura). I contenuti sono proposti per tutti i “brand”, pur con una personalizzazione dei corsi sulla base delle specificità dei contesti;
- **Obbligatoria:** progetti definiti dal settore economico di appartenenza dell'azienda e dalla classe di rischio individuato
- **Continua:** programmi formativi obbligatori essenziali per trasferire il set di valori e comportamenti per uniformare uno stile nel servizio e nella relazione di cura e allineare ai modelli di presa in carico in ambito riabilitativo, psichiatrico, RSA
- **Fast Food:** *quick digital experience* su contenuti tecnici e soft consultabili 24/24;
- **Eventi e progetti speciali:** eventi accreditati ECM per tutte le professioni sanitarie e progetti strategici per accompagnare le principali trasformazioni in sanità.
- **Alta formazione:** formazione specialistica di lungo periodo tra cui Master e Corsi di specializzazione per tutti i professionisti del gruppo

I contenuti dei progetti sono sviluppati dal team di area progettuale a volte in partnership con i professionisti del Gruppo oppure Subject Matter Expert ingaggiati nella progettazione e/o nel ruolo di docenti. I progetti formativi sono strutturati servendosi delle strategie di apprendimento e metodologie didattiche differenziate tese a valorizzare il potenziale di apprendimento di ciascun professionista.

La formazione viene erogata in presenza nelle diverse strutture del gruppo, da remoto oppure in modalità ibrida (blended). La sede centrale dell'Academy è a Porto Potenza Picena (MC). I formatori sono per la maggior parte professionisti del Gruppo e del team Academy (circa 70%), la quota restante sono esterni. Anche i docenti ricevono una formazione ad hoc, finalizzata a garantire un livello di qualità nel disegno e nella delivery dei progetti.

Tra la formazione aziendale emerge il progetto Girasole, interamente progettato e sviluppato dal team di area progettuale. Si tratta di un percorso di formazione specificatamente dedicato a tutta l'équipe socio sanitaria per sensibilizzare ad un approccio multidisciplinare nei confronti di pazienti orientati e non con l'obiettivo di stimolare il passaggio da un ruolo di 'sorveglianza passiva' a quello di 'sorveglianza attiva', aiutando l'équipe ad occupare il tempo della cura e dell'assistenza

	all'ospite in maniera funzionale. L'esperienza lavora sulle leve motivazionali, facilitando un'interazione costante con educatori, fisioterapisti e altre figure professionali così da creare una rete di competenze sempre più ampia a servizio dell'ospite
Destinatari dell'iniziativa	Tutte le figure cliniche, assistenziali e manageriali
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approccio alla formazione più sartoriale;</li> <li>• Utilizzo della formazione come leva per ripensare processi, e promuovere il cambiamento;</li> <li>• Collegamento più forte tra formazione e obiettivi strategici aziendali</li> <li>• Metodo didattico utilizzato</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento della qualità del servizio reso ai pazienti, attraverso un maggior controllo sul processo di erogazione.</li> <li>• Allineamento di linguaggi / approcci nei servizi</li> <li>• Maggiore retention del personale e riduzione del turnover</li> <li>• Efficientamento di alcuni processi grazie al confronto su modalità di lavoro, diffondendo best practice locali su tutto il territorio</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	2019
Partner di progetto e loro ruolo	Non presenti
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Finanziato con risorse proprie. Investimenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Team dedicato all'Academy</li> <li>• Piattaforme tecnologiche per e-learning</li> <li>• Sede fisica</li> <li>• Formazione per i docenti per allineare l'approccio in aula</li> <li>• Realizzazione di un gestionale per la formazione: raccolta fabbisogni, fascicolo formativo del dipendente</li> </ul>
Presenza di una componente tecnologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piattaforma tecnologica per erogazione della formazione online</li> <li>• Gestionale per la formazione: raccolta fabbisogni, fascicolo formativo del dipendente</li> </ul>
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Esiste un sistema di monitoraggio completo di indicatori

**Ente: Orpea Italia<sup>11</sup>**

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso l'informatizzazione dei processi interni

**Orpea Italia<sup>12</sup>** ha avviato una pista di lavoro sul tema dell'informatizzazione dei processi interni nelle strutture residenziali per anziani attraverso un sistema che integra l'uso di cartelle degli ospiti informatizzate con diverse tecnologie e dispositivi installati nelle strutture residenziali per anziani, ma anche nelle cliniche riabilitative. Gli **obiettivi strategici** perseguiti sono di diversa natura perché contemperano da un lato la necessità di migliorare i processi interni in termini di efficienza delle procedure di gestione del dato e delle informazioni (anche rispetto alla tempestività, alla sicurezza e alla privacy), ma anche una migliore gestione dei tempi e delle attività del personale, così come una ripercussione sulla qualità del servizio erogato, introducendo una risposta assistenziale personalizzata e pro-attiva. Questa iniziativa risponde alle sfide 2020 di miglioramento della capacità di risposta ai bisogni delle famiglie e di miglior identificazione della mission delle strutture residenziali.

**Tabella 5.7. Implementazione di una cartella informatizzata per la gestione dell'ospite con meccanismi di intelligenza artificiale per il monitoraggio attivo**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico dell'ospite a 360° e miglioramento qualità della vita del paziente agendo su un monitoraggio di precisione, pro-attivo e sulla possibilità di avere un quadro sempre completo.</li> <li>• Migliore qualità del lavoro del personale fornendo uno strumento di supporto per le attività che facilità le procedure, le rende più sicure (riducendo la possibilità di errore) e permette di ottimizzare i tempi.</li> <li>• Tracciabilità e gestione del dato per migliorare la qualità assistenziale e garantire la sicurezza dell'ospite, sia rispetto alle attività poste in atto che rispetto alla tutela dei suoi dati.</li> <li>• Ottenere una tracciabilità anche nei percorsi di cura, nel momento in cui vengono aggiornate le attività o l'ospite vede una modifica nel setting assistenziale lui dedicato, lo strumento informatico permette di seguire quanto accade con flessibilità e precisione.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	Il progetto prevede di implementare una cartella clinica informatizzata: questa integra diversi moduli e prevede tutto ciò che è classicamente inserito in una cartella clinica integrata (ovvero ambito medico, assistenziale, fisioterapico e psicologico) ma aggiunge anche indicatori di qualità specifici per il progetto riabilitativo o per la presa in carico, a seconda che sia utilizzata in una clinica di riabilitazione o RSA). La

<sup>11</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la dott.ssa Ilaria Gonzatto, Direttore Medico, il dott. Ioan Galan, Project Care Manager e la dott.ssa Alessia Perracchione.

<sup>12</sup> <https://www.orpeaitalia.it/>

	<p>cartella così progettata prevede inoltre la possibilità di attivare algoritmi di intelligenza artificiale che, analizzando il contenuto dei diari assistenziali e clinici, possano elaborare i dati, profilare gli ospiti e attivare alert in automatico rispetto a specifiche condizioni o comportamenti. Permette, inoltre, attività automatiche di sorveglianza e monitoraggio. In prospettiva questo sistema può essere integrato con armadi intelligenti per la preparazione e somministrazione dei farmaci. Attualmente è in implementazione in tre strutture RSA e una clinica di riabilitazione per poi essere implementato in tutte le strutture Orpea Italia con cronoprogramma diverso per i tempi necessari. In parallelo al pilota si farà un percorso di formazione e adattamento dello strumento tecnologico e il personale verrà coinvolto in modo attivo. Il personale in struttura sarà dotato di tablet ma sarà sviluppata una applicazione anche per smartphone a seconda del ruolo, con accessi differenziati. Il sistema si integra anche con le diverse rendicontazioni sanitarie e amministrative e con il processo di fatturazione.</p>
Destinatari dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il personale di strutture RSA e cliniche riabilitative</li> <li>• Personale assistenziale e sanitario di diversi profili e ruoli</li> </ul>
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduzione della componente tecnologica</li> <li>• Introduzione di cruscotti e sistemi di alert automatici</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tecnologia derivante da intelligenza artificiale farà sì che il team curante sarà coinvolto in tempo reale in base alla problematica rilevata. Questo consentirà una migliore appropriatezza e migliore gestione dei team e dei tempi.</li> <li>• Ci si attende un risparmio del tempo di compilazione delle cartelle. Questa attività sarà legata alla telemedicina e al monitoraggio e controllo oltre che direttamente collegata con i device che supportano il personale (ad esempio preparazione farmaci etc..)</li> <li>• Ci si attende un risparmio di materiali di consumo come carta e cancelleria, stampanti..</li> <li>• Risparmio di tempo derivante dalla razionalizzazione di duplicazioni di operazioni e dati raccolti.</li> <li>• Ci si attende un maggior benessere dell'ospite e una tracciabilità migliore dei dati ai fini della sicurezza nella presa in carico. Ci si attende anche una qualità del dato maggiore.</li> <li>• Il progetto potrebbe fungere come elemento di valore rispetto alla retention del personale e alla loro soddisfazione in quanto fornisce strumenti avanzati che qualificano il lavoro di cura e di equipe.</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	<p>Il progetto è stato avviato tra il 2020 e il 2021 e attualmente si colloca in fase di sviluppo con il prossimo avvio di tre pilota in tre strutture diverse che porteranno a una revisione della soluzione e perfezionamento se necessario.</p>
Partner di progetto e loro ruolo	<p>Il fornitore tecnologico è partner strategico perché partecipa alla progettazione e alla realizzazione di un prodotto su misura.</p>

## Le sperimentazioni

Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Risorse proprie del gruppo investite per lo sviluppo delle strutture.
Presenza di una componente tecnologica	Il progetto si basa su un prodotto tecnologico.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Al momento non sono stati raccolti dati.

**Ente: Zaffiro Centrosud S.r.L. (Gruppo Zaffiro)<sup>13</sup>**

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso una nuova modalità di misurazione delle performance delle RSA.

**Zaffiro Centrosud<sup>14</sup>** ha avviato la sperimentazione di sistema di monitoraggio e valutazione delle performance delle strutture residenziali basato su indicatori di qualità validati dalla comunità scientifica e sulla soddisfazione di dipendenti e utenti. L'**obiettivo strategico** auspicato è di dotare il top e middle management aziendale di uno strumento in grado di restituire una fotografia oggettiva sull'andamento della gestione sia in tempo reale, che in serie storica, per orientare le decisioni. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 legata all'investimento sulla raccolta di dati e sui sistemi informativi.

**Tabella 5.8. Nuova modalità di misurazione della performance delle RSA**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotare l'Azienda di uno strumento in grado di dare una fotografia oggettiva sull'andamento della gestione sia in tempo reale, che in serie storica</li> <li>• Mettere a confronto le performance delle diverse strutture del Gruppo per individuare eccellenze da valorizzare e diffondere, e criticità su cui intervenire</li> <li>• Uniformare le modalità di lavoro nei diversi contesti territoriali, anche a seguito della crescita del Gruppo</li> <li>• Dotare il middle management di uno strumento a supporto delle decisioni, lavorando per obiettivi</li> <li>• Superare l'autoreferenzialità insita del settore socio-sanitario, dovuta alla scarsa cultura del dato</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Zaffiro Centrosud sta sperimentando un sistema di monitoraggio e valutazione delle performance delle strutture residenziali basato su tre componenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un set di indicatori di qualità validati scientificamente da Sant'Anna di Pisa, opportunamente adeguati al contesto aziendale, legati alla cura dell'ospite;</li> <li>• un questionario di customer satisfaction somministrato annualmente a parenti /amministratori/ tutori e agli ospiti con indice MMSE&gt;25;</li> <li>• un questionario anonimo a collaboratori e dipendenti per la valutazione del clima interno organizzativo.</li> </ul> <p>Gli indicatori di qualità della cura sono tracciati attraverso la cartella socio-sanitaria informatizzata, i cui dati vengono estratti</p>

<sup>13</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Paolo Moneti, Direttore Sanitario e il dott. Sebastiano Villani, Coordinatore infermieristico.

<sup>14</sup> <https://www.gruppozaffiro.it/index.html>

## Le sperimentazioni

	<p>in Microsoft Excel per il monitoraggio. La rilevazione della soddisfazione tra professionisti e utenti in questa prima fase avviene in maniera cartacea.</p> <p>La sperimentazione di questo sistema è stata avviata nel 2021, e i dati che emergeranno su questa annualità saranno utilizzati per ottenere una fotografia dello stato dell'arte tra le diverse strutture, cui seguirà un piano di sviluppo. L'obiettivo a tendere, quando lo strumento sarà perfezionato e a regime, è di ancorare obiettivi individuali dei professionisti al raggiungimento di valori target degli indicatori.</p>
Destinatari dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Top e middle management, destinatari dei report di monitoraggio</li> <li>• Professionisti sanitari e socio-sanitari, per l'inserimento dei dati</li> </ul>
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fase di forte crescita che sta attraversando Gruppo Zafiro, che richiede di uniformare nelle diverse regioni una metodologia di lavoro e approccio culturale.</li> <li>• La volontà di oggettivizzare al massimo l'attività per legittimare determinate decisioni e posizioni su alcuni argomenti.</li> <li>• Supporto del top management all'innovazione.</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allineamento delle performance tra le strutture, valorizzazione le eccellenze e dando supporto delle realtà meno performanti</li> <li>• Creare una cultura aziendale unica, uniformare i metodi di lavoro</li> <li>• Creare commitment nei dipendenti, grazie all'assegnazione di obiettivi che motivino e diano un orizzonte di significato al proprio lavoro</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Nel II° trimestre 2021 è partita la raccolta dati per la componente di indicatori di cura; nell'autunno 2021 è stata lanciata la prima somministrazione di questionari alle famiglie e al personale.
Partner di progetto e loro ruolo	Non presenti
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Nessun finanziamento, al momento il sistema è sviluppato e gestito dal coordinatore infermieristico del Gruppo. Per il futuro, l'idea è di costruire un team che dedichi parte del proprio tempo-lavoro allo strumento.
Presenza di una componente tecnologica	Cartella socio-sanitaria informatizzata, già presente nel Gruppo prima di questo progetto, che è la fonte dati per la costruzione degli indicatori di qualità, che tuttavia sono elaborati in un software a parte (Microsoft Excel).
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Coincide con gli elementi tracciati dal progetto stesso (indicatori di qualità dell'assistenza; soddisfazione del personale; soddisfazione del personale).

**Ente: Zaffiro Centrosud S.r.L. (Gruppo Zaffiro)<sup>15</sup>**

**Cantiere aperto:** Rafforzare l'organizzazione attraverso lo sviluppo di un modello di gestione del rischio clinico all'interno delle strutture.

**Zaffiro Centrosud<sup>16</sup>** ha avviato un percorso di formazione per sviluppare il primo modello di gestione del rischio clinico all'interno di RSA. L'**obiettivo strategico** è di migliorare i processi di cura, minimizzando quanto più possibile i rischi legati all'attività dei professionisti sanitari e socio-sanitari. L'iniziativa risponde alla sfida legata al rafforzamento delle competenze del personale.

**Tabella 5.9. Modello di gestione del rischio clinico nelle RSA**

Obiettivo strategico	Migliorare i percorsi di cura, riducendo al massimo i rischi legati all'attività clinica
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Percorso di formazione per sviluppare il primo modello di gestione del rischio clinico all'interno di RSA.</p> <p>Sono state selezionati 14 tra OSS, infermieri, clinici (su 40 candidati) per partecipare al gruppo di lavoro che con un gruppo di docenti specializzati del partner universitario svilupperà il modello di gestione del rischio clinico. La selezione dei partecipanti è avvenuta sulla base di un test di intelligenza emotiva, per individuare i profili più adatti a promuovere e diffondere il modello nelle strutture.</p>
Destinatari dell'iniziativa	Professionisti sanitari e socio-sanitari
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fase di forte crescita che sta attraversando Gruppo Zaffiro, che richiede di uniformare i processi ed eliminare l'autoreferenzialità, per garantire cure migliori e sicure</li> <li>• Rafforzare il posizionamento del Gruppo sul tema, anche per la gestione eventuale di controversie sulla questione.</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare l'attenzione su un fenomeno cruciale per l'Azienda e tradizionalmente meno presidiato in ambito socio-sanitario</li> <li>• Uniformare la gestione del rischio clinico in tutte le strutture del gruppo</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Selezione avvenuta nella prima parte del 2021, formazione avviata da settembre 2021
Partner di progetto e loro ruolo	Università, nella qualità di formatori

<sup>15</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Paolo Moneti, Direttore Sanitario e il dott. Sebastiano Villani, Coordinatore infermieristico.

<sup>16</sup> <https://www.gruppozaffiro.it/index.html>

## Le sperimentazioni

Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Finanziamento del corso di formazione con risorse proprie
Presenza di una componente tecnologica	Non presente
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Sì, da integrare con il nuovo sistema di misurazione e valutazione delle performance delle strutture.

## 5.2. Nuovi modelli di servizio

**Ente: ASP Città di Bologna**<sup>17</sup>

**Cantiere aperto:** Innovare i modelli di servizio tramite la riqualificazione e ri-progettazione urbana di un polo multiservizi.

**L'azienda ASP Città di Bologna**<sup>18</sup> ha avviato diverse piste di lavoro che porteranno a innovare i servizi offerti con l'obiettivo di portare l'azienda a essere conosciuta sul territorio come un sicuro punto di riferimento per gli anziani nell'area metropolitana bolognese, sia rispetto ai fragili, che ai vulnerabili, ma anche rispetto alla longevità attiva. Tra le diverse iniziative si colloca la ristrutturazione del complesso Santa Marta che, nella sua riprogettazione, lancia l'opportunità di ideare servizi che siano aperti alla comunità, che includano le persone anziane con modalità nuove e anche integrando i bisogni riferiti alla casa, all'assistenza e al benessere individuale. È in corso di avvio quindi la realizzazione di una esperienza di abitare innovativo. **Obiettivo strategico** è ampliare l'offerta dell'azienda andando a cogliere un *gap* rispetto alle soluzioni abitative per anziani che non rientrano nei classici target degli interventi sociali e socio-sanitari. Questo permette di allargare e rinforzare la *mission* aziendale e di rispondere quindi alla sfida 2020 legata all'identificazione di una più chiara collocazione dei servizi e maggiore coerenza con i bisogni dei singoli.

**Tabella 5.10. Ristrutturazione del polo Santa Marta**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essere un sicuro punto di riferimento per gli anziani nell'area metropolitana sia per i fragili, sia per i vulnerabili, sia per longevità attiva.</li> <li>• Proporre un modello innovativo di abitare</li> <li>• Colmare un vuoto di offerta di servizi</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Il progetto prevede la ristrutturazione del complesso Santa Marta, di proprietà di ASP Città di Bologna. Oggi il complesso è considerato uno dei più belli di Bologna. ASP Città di Bologna intende realizzare una struttura innovativa che risponda ai nuovi bisogni residenziali delle persone anziane. La progettazione ha seguito le Linee guida europee per Senior basandosi sui principi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alto livello di comfort e domotica</li> <li>• vita sicura e indipendente</li> <li>• sostenibilità ambientale</li> <li>• socialità</li> <li>• soluzione flessibile e accompagnamento.</li> </ul>

<sup>17</sup> Si ringrazia per la disponibilità la dott.ssa Rosanna Favato, Amministratrice Unica

<sup>18</sup> <https://www.aspbologna.it/>

	<p>Il complesso è costituito da: 3300 mq di superfici interne, 2100 mq di superfici esterne di pertinenza esclusiva. Il bene è vincolato dalla Soprintendenza ai beni culturali, è attualmente in corso una ristrutturazione che vedrà la realizzazione di 31 alloggi (da 32 mq a 60 mq); 19 appartamenti doppi e 12 singoli, monolocali e bilocali; 1 appartamento dedicato al custode.</p> <p>Ogni appartamento ha una distribuzione interna differente. Gli spazi esterni prevedono una loggia coperta, una terrazza e un giardino monumentale. Gli spazi esterni comuni saranno aperti e accessibili al Quartiere e alla città. Il contesto in cui si inserisce il complesso si presta particolarmente ad essere un luogo aperto al quartiere: collocato nel cuore del centro storico di Bologna, beneficia di un giardino, reso vivo e accogliente dal Comitato di Quartiere, utile quale spazio di contatto fra i residenti e il vicinato. Nell'area nord-est del giardino monumentale è collocato un nido di infanzia. Inoltre, potranno essere attivate altre attività per creare una relazione con il territorio circostante (palestra per movimento/ginnastica dolce, apertura giardino in occasione delle giornate FAI, organizzazione di corsi come ad esempio danza, arte, lingua, nuove tecnologie). Si ipotizza poi di progettare un programma di servizi dedicati ai residenti per il loro benessere a 360°: matinée musicali, prosa, poesia ospitate nel Teatro, animazione sociale, ma anche assistenza, attraverso l'infermiere di comunità, controllo degli accessi e implementazione di un sistema di sicurezza e sorveglianza.</p> <p>Verranno realizzati anche degli spazi comuni interni a uso dei residenti che includeranno: Cappella, Cucina, Lavanderia, Spazio poliambulatorio, Spazi wellness, Spazi per la cura della persona (podologo e parrucchiere), Aree di socializzazione: spazio lettura, sala TV e Internet, sala club, bar.</p> <p>All'interno del complesso ASP Città di Bologna sarà in grado di offrire assistenza personalizzata su tre livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leggera: assistenza domiciliare per brevi periodi o per lievissima non autosufficienza</li> <li>• Infermieristica: disponibilità in remoto a ogni ora del giorno 7 giorni su 7</li> <li>• sociale: aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane.</li> </ul> <p>Questo si colloca nel piano dell'offerta di servizi che prevede di rendere Santa Marta un centro polifunzionale. Infatti, prevede di ruotare intorno a due tipi di offerta: servizi adeguati alla vita quotidiana; garanzie sul piano della salute e della sicurezza personale. I residenti avranno quindi modo di comporre dei pacchetti che oltre all'affitto prevedranno servizi alberghieri, servizi per la sicurezza, servizi per il benessere e la socialità, servizi di assistenza, con la possibilità di includere alcune opzioni già da subito e altre da acquistare al bisogno.</p>
--	--

Destinatari dell'iniziativa	Anziani attivi e senza bisogni sociali o sanitari specifici che cercano una risposta definitiva rispetto all'invecchiamento e trovano in Santa Marta un interlocutore unico in grado di offrire un servizio di qualità e interesse sia quando non sono ancora conclamati bisogni specifici, sia rispetto al progressivo emergere di necessità altre.
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientamento ad un target "non sociale"</li> <li>• Volontà di creare un percorso che accompagni le persone negli anni modulando l'offerta</li> <li>• Integrazione con la comunità di riferimento</li> <li>• Orientamento a servizi benessere invece che assistenziali</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglior risposta ai cittadini</li> <li>• Maggior visibilità e riconoscibilità sul territorio</li> <li>• Valorizzazione del patrimonio aziendale</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Attualmente il complesso è in fase di ristrutturazione che si prevede terminerà nel 2022. Si aprirà poi la fase di progettazione di dettaglio dei servizi e di avvio.
Partner di progetto e loro ruolo	Il Partner verrà selezionato attraverso evidenza pubblica. Siamo ancora nella fase di scelta dello strumento (bando, partnership Pub/Pri, etc.). Al Partner verrà affidata la gestione del complesso
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	L'asset è di proprietà. La ristrutturazione è affrontata prevalentemente con autofinanziamento. È in corso di implementazione un progetto di Fund Raising (Art Bonus) per coprire parte dell'investimento.
Presenza di una componente tecnologica	Gli appartamenti avranno una dotazione tecnologica e di domotica che è in fase di definizione
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Il progetto deve essere avviato ma ad oggi ha già raccolto l'interesse di 25 cittadini. A questi primi cittadini in lista di attesa verrà sottoposto un questionario, per arrivare ad un modello di servizio <i>tailor made</i>

**Ente: Cidas Cooperativa Sociale<sup>19</sup>**

**Cantiere aperto:** Nuovo modello di servizio, basato sulla ricomposizione degli interventi in una logica di rete.

**Cidas Cooperativa Sociale<sup>20</sup>** dal 2014 fa parte di una rete di cooperative sociali (Rete ComeTe) attive tra Centro e Nord Italia, che offre servizi alla persona alle famiglie che cercano servizi di assistenza sul territorio, in accreditamento o in solvenza, sotto il coordinamento di una figura di riferimento. Nel tempo l'esperienza si è consolidata, fino alla nascita di due Consorzi spin-off, che garantiscono la sostenibilità del progetto complessivo. **L'obiettivo strategico** dei soggetti aderenti alla Rete è fornire una risposta personalizzata alle famiglie ricomponendo la filiera dei servizi, sviluppando il mercato della solvenza e rafforzando il ruolo centrale della cooperazione sociale. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 legata all'adeguamento dell'offerta assistenziale dei servizi rispetto a bisogni di famiglie e utenti.

**Tabella 5.11. Iniziativa Rete ComeTe**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporre una risposta personalizzata e appropriata alle famiglie sotto il coordinamento di una figura di riferimento (care manager);</li> <li>• Ricomporre l'offerta di servizi alla persona delle cooperative socie, in accreditamento e in solvenza;</li> <li>• Consolidare il ruolo della cooperazione sociale sul territorio come professionisti della cura;</li> <li>• Sviluppare il mercato della solvenza, in un contesto di contrazione della capacità di risposta del pubblico.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>La Rete ComeTe coinvolge 14 cooperative ed è costruita attorno a due componenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Counseling e orientamento alle famiglie attorno ai servizi offerti dalle cooperative socie;</li> <li>• Offerta di servizi (domiciliari, di residenzialità per anziani, centri diurni, supporto nella ricerca di una badante, sostegno psicologico a caregiver o utente), in accreditamento o in solvenza, sotto la supervisione di un care manager.</li> </ul> <p>L'accesso al servizio si articola su due livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1° livello: La famiglia contatta il numero verde della rete, gestito dal capofila CADIAI, che filtra le richieste e le orienta verso i care manager del territorio più prossimo al richiedente.</li> </ul>

<sup>19</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Carlo De Los Rios, Direttore Innovazione e Sviluppo, e la dott.ssa Elisa Bratti, Coordinatrice CRA, di Cidas e il dott. Andrea Veronesi di CADIAI Cooperativa Sociale, Responsabile del progetto ComeTe.

<sup>20</sup> <https://www.cidas.coop/>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il° livello: i care manager contattano la famiglia per individuare la risposta più adatta alle esigenze delle famiglie tra i servizi offerti dalla cooperativa che gestisce il caso. L'incontro può esitare in tre modi: 1) re-indirizzamento verso i servizi in accreditamento, se idonei; 2) attivazione dei servizi in solvenza; 3) orientamento verso servizi territoriali pubblici o privati già esistenti. Il colloquio è gratuito.</li> </ul> <p>Mano a mano che i care manager diventano punti di riferimento sul territorio, la famiglia può rivolgersi direttamente anche al loro allo sportello.</p> <p>I servizi sono attivati direttamente con la cooperativa che li gestisce, non con la Rete ComeTe. I costi per la solvenza variano nei territori.</p> <p>Vi è poi la possibilità di attivare al domicilio personalità specialistiche, tra cui fisioterapisti e infermieri (con variabilità nei territori). La <i>care manager</i> rientra tra i costi dei servizi attivati, non viene pagato separatamente.</p> <p>Rete ComeTe è oggi un luogo di confronto, che si è evoluto a livello operativo con la nascita di due Consorzi spin-off:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consorzio Tecla, accreditato a livello nazionale, offre un servizio (WellCome) di ricerca e selezione di assistenti familiari e babysitter, ampliando l'offerta delle Cooperative della Rete;</li> <li>• Consorzio Fiber, nato nel 2020, che propone e amplia (es. sottolineando prevenzione e ruolo del caregiver) le logiche della Rete ComeTe nell'ambito del welfare Aziendale, coinvolgendo 17 Cooperative.</li> </ul>
Destinatari dell'iniziativa	Famiglie, caregiver
Elementi di discontinuità rispetto al passato	Apertura al mercato della solvenza, integrazione della cooperazione sociale su più territori.
Risultati gestionali attesi	Espansione del mercato in solvenza; contaminazione di competenze ed esperienza con le altre cooperative della Rete.
Anno di avvio e stato di avanzamento	2014, dal 2020 è stato avviato un percorso di <i>open innovation</i> , con l'invito alle cooperative della rete a ri-progettare i servizi alla luce dell'evoluzione dei bisogni post-pandemia.
Partner di progetto e loro ruolo	Rete contratto tra cooperative: Azalea, CAD, CADIAI (Capofila), Castel Monte, Cidas, Consorzio SGS, Itaca, Labirinto, La Valdocco, Open Group, Parsifal, Coopselios, Seacoop, Zero-Cento.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Investimento iniziale nel 2014 per la costruzione della rete: contributo di avvio versato da ogni Cooperativa aderente (circa €10.000); seguiti da contributi annuali.

## Le sperimentazioni

	Ad oggi la Rete si auto-sostiene e i contributi di sostegno sono stati azzerati grazie agli introiti generati dai due Consorzi precedentemente menzionati.
Presenza di una componente tecnologica	Non presente
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Esiste un cruscotto di indicatori economici, quelli di monitoraggio e valutazione della Rete sono stati messi da parte con la nascita dei consorzi.

**Ente: Fondazione Sacra Famiglia Onlus<sup>21</sup>**

**Cantiere aperto:** Introdurre un nuovo modello di servizio, basato su un lavoro di promozione di un approccio di cura uniforme tra il personale.

**Fondazione Sacra Famiglia Onlus<sup>22</sup>** ha promosso l'adozione dell'ApproccioCapacitante® nella cura degli ospiti delle RSA e dei Centri Diurni, con l'**obiettivo strategico** di adottare un approccio metodologico alla presa in carico degli anziani riconosciuto dal mondo scientifico e riproducibile, ma anche capace di plasmarsi ai bisogni della singola persona. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 legata alla gestione e valorizzazione delle competenze del personale.

**Tabella 5.12. Introduzione dell'ApproccioCapacitante®**

Obiettivo strategico	Adottare un approccio metodologico alla presa in carico degli anziani riconosciuto dal mondo scientifico e replicabile nei servizi, ma anche capace di plasmarsi ai bisogni della singola persona.
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>L'iniziativa si sostanzia in un percorso di formazione che prevede la promozione dell'ApproccioCapacitante® nella cura degli ospiti delle RSA e dei Centri Diurni, in presenza di deficit cognitivi.</p> <p>In geriatria, l'ApproccioCapacitante® è una modalità d'intervento che ambisce a creare nelle RSA un ambiente di vita in cui ciascun residente possa esercitare le proprie Competenze <i>elementari e funzionali</i> nella maniera in cui riesce, senza sentirsi in errore, con l'obiettivo di favorire una convivenza sufficientemente armoniosa tra ospiti, operatori e familiari. L'obiettivo è di condividere un linguaggio comune nell'approccio di cura, superando il mero intervento individuale e senza stabilire una gerarchia dei saperi tra professioni. La formazione riguarda infatti tutti i professionisti, dai medici al personale socio-sanitario.</p> <p>Le azioni previste si articolano in incontri settimanali di formazione, confronto e supporto con il team di collaboratori che operano a stretto contatto con utenti e caregiver.</p> <p>Al momento l'iniziativa è stata proposta in una RSA, con un buon riscontro da parte del personale. Per il futuro, l'obiettivo è di formare tutti quelli che entrano in contatto con l'anziano: caregiver, badanti e volontari, per uniformare l'approccio di cura.</p>

<sup>21</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la dott.ssa Silvia Buttaboni, Direttore Area Anziani della sede di Cesano Boscone, e Stefania Pozzati, Direttore Sociale.

<sup>22</sup> <https://www.sacrafamiglia.org/>

## Le sperimentazioni

Destinatari dell'iniziativa	Tutte le figure che operano nella cura ed entrano in contatto con i residenti
Elementi di discontinuità rispetto al passato	La consapevolezza che la presenza di un approccio di cura riconosciuto, utilizzato, e spendibile all'esterno possa sostenere la riconoscibilità dell'Ente, tra operatori del settore e tra i familiari.
Risultati gestionali attesi	Adottare un modus operandi comune tra tutte le figure professionali e in tutte le strutture residenziali e centri diurni.
Anno di avvio e stato di avanzamento	2020, tuttora attiva
Partner di progetto e loro ruolo	Fondo Fonter, in qualità di finanziatore
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Fondo Fonter per avvio del percorso formativo. In questa fase non sono stati necessari investimenti da parte di Fondazione, per il futuro dovrà essere trovata una fonte per garantire l'aggiornamento delle competenze
Presenza di una componente tecnologica	Non presente
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osservazione trimestrale dell'andamento della formazione, modalità di risposta agli eventi.</li> <li>• Monitoraggio qualitativo dei dialoghi per prevedere e trovare strategie comuni ad anomalie comportamentali</li> <li>• Valutazione quantitativa sulla capacità di prevenzione di eventi avversi</li> </ul>

**Ente: ISRAA – Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani<sup>23</sup>**

**Cantiere aperto:** Nuovi modelli di servizio tramite la realizzazione di co-housing in contesti di comunità attiva

ISRAA<sup>24</sup> ha promosso nel tempo diverse iniziative volte a modificare il proprio posizionamento strategico abbandonando i confini degli interventi per la non autosufficienza verso il tema dell'invecchiamento e volendo aprire la propria offerta ad un target più ampio di cittadinanza. Questo è coerente con la volontà di dare risposta a bisogni sempre più articolati, complessi e non necessariamente solo assistenziali, proponendo delle strategie e opzioni di vita alternative al classico percorso nei servizi. Sfruttando la presenza di un patrimonio immobiliare importante e di prestigio, ISRAA ha avviato il progetto Borgo Mazzini Smart Co-housing, con l'intento di realizzare soluzioni abitative di comunità per persone anziane attive, in un contesto ad alto contenuto tecnologico e interconnesso con la città e la comunità vicina. Il progetto non consta solo della realizzazione degli alloggi ma ha prodotto valore anche tramite il percorso di co-progettazione che è stato fondamentale per diffondere messaggi culturali sull'invecchiamento, la longevità e le scelte di vita possibili. L'**obiettivo strategico** del progetto è stato quindi quello di dare un nuovo volto all'azienda, ampliando la platea dei destinatari e offrendo servizi prima inesistenti. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 legata all'adeguamento dell'offerta assistenziale dei servizi rispetto ai bisogni di famiglie e utenti.

**Tabella 5.13. Borgo Mazzini Smart Co-Housing**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dare una risposta ai bisogni legati alla solitudine e all'isolamento.</li> <li>• Favorire un diverso posizionamento dell'azienda ISRAA nel territorio di riferimento (Treviso e distretto) in modo diventare punto di riferimento per la cittadinanza non solo per la non autosufficienza ma per l'età anziana a 360°.</li> <li>• Ampliare la gamma di servizi da residenziale e semiresidenziale a strutture di comunità.</li> <li>• Completare la gamma di offerta dando forza a investimenti fatti su rete Alzheimer e domiciliarità.</li> <li>• Valorizzare il patrimonio dell'azienda.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	Prima di essere una iniziativa di co-housing, Borgo Mazzini è stato un progetto di condivisione di percorsi di vita e rigenerazione urbana che ha coinvolto ISRAA, le istituzioni di Treviso e la cittadinanza. Il percorso ha posto al centro delle nuove politiche di sostegno alla vecchiaia il tema dell'abitare, per far nascere a Treviso una comunità residenziale solidale. ISRAA ha colto l'opportunità e la sfida di reinventare parte del

<sup>23</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Giorgio Pavan, Direttore Generale, il dott. Luigi Pavan, Responsabile dell'Assistenza, la dott.ssa Silvia Vettor, Responsabile Rete Alzheimer.

<sup>24</sup> <https://www.israa.it/>

	<p>suo patrimonio immobiliare, valorizzando le risorse del territorio e dei suoi stakeholder, per dare risposta alle nuove esigenze sociali dei cittadini di ogni età. Questo ha portato alla nascita di un quartiere solidale che incoraggia i rapporti tra i residenti rispettando il desiderio di autonomia. Sono stati poi realizzati appartamenti adeguati e senza barriere, dove essere e sentirsi sicuri e contrastare la solitudine, con la possibilità di ricevere alcuni servizi di base che facilitano la vita.</p> <p>Il modello proposto è quello di un co-housing a “mediazione istituzionale” definito smart per le soluzioni tecnologiche ed urbanistiche che propone. Il riferimento alla mediazione istituzionale attiene al valore aggiunto che ISRAA garantisce nel dare una “spinta gentile” istituzionale a persone con 75 anni e più nell’acceptare di vivere in contesti comunitari. Questo, infatti, non può accadere facilmente se non si promuove un cambiamento culturale e se non si creano le condizioni dove renderlo possibile in un contesto percepito come protetto. Il ruolo di ISRAA è stato proprio questo. Si è lavorato con campagne di comunicazione e con il percorso di co-progettazione a illustrare il concetto di co-housing. L’idea è di aiutare gli anziani a vedere concretamente una alternativa di vita possibile fornendo delle possibilità concrete. Inoltre, Borgo Mazzini ha il vantaggio di offrire un percorso flessibile e adattabile nel tempo. Essendo parte della rete di ISRAA è possibile attivare al bisogno servizi assistenziali di diversa natura (anche con telemedicina) o valutare, nel caso di comparsa di grave non autosufficienza, anche un trasferimento in un altro servizio se indispensabile. Il concept prevede però che la casa in Borgo Mazzini sia quella definitiva per l’anziano e che tutti i servizi possano arrivare fino a li.</p> <p>I costi per i residenti includono le pulizie e i cambi biancheria, rimane escluso solo il vitto, gestito in autonomia dalle persone, anche attivando il servizio ISRAA di consegna pasti al domicilio.</p> <p>Sono attivati alcuni servizi innovativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portierato Sociale, un servizio di front-office. Ha il compito di garantire informazioni, accogliere esigenze e intercettare bisogni</li> <li>• Banca del Tempo, una rete di supporto tra residenti. Mettendo a disposizione capacità, interessi e tempo, i residenti promuovono iniziative e si aiutano nel quotidiano per spostamenti, commissioni e acquisti. Tale disponibilità viene “premiata” con un contributo per la fruizione di servizi o uno sconto sul canone mensile</li> <li>• Volontariato senior, una forma di vicinanza e auto-mutuo-aiuto, innovativa e di qualità. Permette di coinvolgere i residenti nella rete di volontariato che collabora con ISRAA</li> </ul>
<p>Destinatari dell’iniziativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persone tra i 60 e gli 80 anni attualmente in condizioni di autosufficienza, disposti a vivere in contesti di comunità.</li> <li>• Non sono stati introdotti parametri o criteri sociali, economici etc... ma deve esserci l’adesione e la comprensione del modello di vita proposto.</li> <li>• Iniziativa aperta a singoli o a coppie.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canale preferenziale per cittadini che hanno partecipato alla coprogettazione o residenti in particolari contesti di isolamento geografico o sociale.</li> </ul>
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Target mai raggiunto prima, molto diverso da profilo di non autosufficienza gestito abitualmente.</li> <li>• Espansione del numero di cittadini raggiunti, da 850 a 2000 (effetto indotto anche da Borgo Mazzini, grazie alla campagna di comunicazione e di sensibilizzazione della cittadinanza)</li> <li>• Modello di servizio inedito che comporta una “mutazione genetica” della mission aziendale.</li> <li>• Possibilità di estendere la filiera e di creare connessioni fattive tra i servizi.</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dare risposta a bisogni specifici e mai raggiunti prima</li> <li>• Garantire la sostenibilità economica del progetto ottenendo un numero di richieste di appartamenti tale da garantire di avviarli tutti e gestire anche eventuali rinunce.</li> <li>• Cambiare la percezione dei cittadini rispetto ad ISRAA: dalla “bottega della non autosufficienza” al “centro commerciale dell’invecchiamento”, facendo in modo che i cittadini non si accostino a ISRAA per chiedere una prestazione ma che arrivino portando delle istanze per cui chiedono di essere supportati.</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Avvio della co-progettazione nel 2014. I primi appartamenti sono stati abitati nel 2018. Ad oggi lo stato di realizzazione è al 62% con 5 nuclei abitativi su 7 realizzati per un totale di 28 appartamenti e 37 residenti.
Partner di progetto e loro ruolo	<p>Diversi sono stati i partner istituzionali: Regione Veneto, AULSS di competenza (2 Marca Trevigiana), Ufficio del Piano di Zona, Comune. Questi hanno giocato un ruolo fondamentale nell'appoggiare il progetto, sostenerlo politicamente e supportare l'integrazione inter-istituzionale.</p> <p>Inoltre, hanno partecipato alcune associazioni culturali e sociali nelle attività di coprogettazione (prima) e di animazione degli spazi (poi).</p> <p>Non ci sono stati invece partner finanziari.</p>
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	<p>L'operazione è gestita interamente dall'Azienda ISRAA con un modello misto. A fronte di un investimento stimato inizialmente in 12 milioni di euro si ipotizzava di attivare le seguenti fonti: risorse aziendali da ri-patrimonializzazione e cessione cespiti, fondi europei, finanziamento di vitalizi, donazioni, prestiti e mutui.</p> <p>A oggi, le fonti raccolte sono state: 3,5 milioni di euro circa da ri-patrimonializzazione aziendale, 1 milione di euro di finanziamento a fondo perduto da POR FESR, 5,5 milioni da fundraising vario, 1 milione di euro da sottoscrizione di due contratti di vitalizio.</p> <p>L'obiettivo economico è che il progetto di Borgo Mazzini sia sostenibile da un punto di vista economico, non solo con riferimento all'investimento</p>

Le sperimentazioni

	iniziale ma anche rispetto allo staff dedicato e alle manutenzioni ordinarie necessarie.
Presenza di una componente tecnologica	<p>Gli appartamenti prevedono dotazione di tecnologie domotiche per promuovere l'inclusione e l'autonomia di soggetti fragili. Il progetto beneficia della partecipazione dell'azienda ISRAA a numerosi progetti europei che, ancora in fase embrionale, stanno sviluppando o testando modelli di hybrid care.</p> <p>Gli appartamenti sono già oggi dotati di strumenti che garantiscono le basilari condizioni di sicurezza, come rilevatori di fumo, di perdite di gas e di acqua. La domotica migliora il confort, la qualità dei servizi disponibili e la sicurezza degli alloggi, a favore dell'autonomia dei residenti. Ci sono allarmi, riconoscimento di cadute, promemoria, strumenti semplici per comunicare, come videochiamate e informazioni on-line. Sono già attive due strumentazioni innovative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• James è un social network installato su tablet e connesso con sensori smart home. James registra i parametri vitali e permette di essere sempre in contatto con parenti e vicini, ma anche con medici e infermieri.</li> <li>• Safemotion è un orologio con allarme e GPS. Serve a segnalare un'emergenza o un bisogno ed essere immediatamente contattati da un soccorritore.</li> </ul>
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Non sono presenti sistemi di monitoraggio dedicati.

**Ente: Società Dolce Società Cooperativa<sup>25</sup> (partner di progetto)**

**Ente assegnatario progetto: Consorzio Aldebaran società cooperativa sociale<sup>26</sup>**

**Cantiere aperto:** Nuovi modelli di servizio attraverso la progettazione di interventi di presa in carico innovativi.

**Società Dolce<sup>27</sup>** in qualità di consorziata del Consorzio Aldebaran è partner del Comune di Bologna nell'implementazione del progetto regionale Caregiver. Le risorse stanziare puntavano a sostenere modelli di presa in carico innovativi che nel contesto bolognese sono stati interpretati in due modi: orientamento a un profilo di cittadini fino ad ora sconosciuto ai servizi; attività diverse dalla classica assistenza che agiscono come azioni abilitanti rispetto alla permanenza a casa. **Obiettivo strategico** per il sistema è quello di allargare la capacità di presa in carico dell'assistenza a domicilio; per il Consorzio e Società Dolce quello di rafforzare il proprio posizionamento su questo segmento e di sperimentarsi in servizi che includano professionalità nuove e che abbiano come destinatari i caregiver invece che gli anziani. L'iniziativa risponde alle sfide 2020 di più precisa risposta ai bisogni delle famiglie e di ripensare la vocazione dei servizi e dei gestori, anche integrando welfare pubblico e spesa privata.

**Tabella 5.14. Progetto Caregiver a Bologna**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare il numero di assistiti in carico ai servizi domiciliari e la capacità del Comune di intercettare il bisogno</li> <li>• Testare modelli di servizio a pacchetti</li> <li>• Avviare nuove modalità di lavoro tra i professionisti</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>L'iniziativa deriva dallo stanziamento di Regione Emilia-Romagna di risorse dedicate al progetto Caregiver, con lo scopo di sostenere progetti innovativi (DGR 2318/2019, DGR 15465/2020 di Regione Emilia Romagna e DG comunale di Bologna 73865/2021 Approvazione progetto di supporto al caregiver). Società Dolce ha partecipato alla co-progettazione degli interventi con il Comune di Bologna, con l'intento condiviso di progettare interventi di assistenza domiciliare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si rivolgersero specificatamente a cittadini che fino a quel momento non fossero in carico ai servizi, senza restrizioni</li> </ul>

<sup>25</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la dott.ssa Sara Saltarelli, Responsabile Servizi sostegno alla domiciliarità e servizi sanitari e rappresentante ufficio commerciale del Consorzio Aldebaran.

<sup>26</sup> [www.consorzioaldebaran.it](http://www.consorzioaldebaran.it). Consorzio Aldebaran gestisce i servizi di assistenza domiciliare e i centri diurni sul territorio del comune di Bologna e gran parte della città Metropolitana.

<sup>27</sup> [www.societadolce.it](http://www.societadolce.it)

	<p>o criteri di accesso vincolanti (cittadinanza tutta, senza vincolo di ISEE). L'unico elemento vincolante è che destinatario diretto degli interventi sia un caregiver, riconosciuto come tale sulla base di autocertificazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si rivolgersero ai caregiver e ai loro bisogni, per agire sulle loro capacità e sulla tenuta dei servizi.</li> </ul> <p>L'offerta è arrivata quindi ad includere quattro diversi pacchetti di servizi, pensati per profili diversi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacchetto assistenziale – attività di Cura alla persona (supporto assistenziale, cura ambiente domestico, accompagnamenti, ecc), svolta da personale OSS</li> <li>• Pacchetto Educativo - attività educativa svolta da educatori professionali</li> <li>• Pacchetto Sostegno psicologico – supporto relazionale/emotivo individualizzato con profilo tecnico di psicologo su tematiche correlate a gestione della fragilità. Tale attività è anche tesa alla rilevazione dello stress caregiver in applicazione degli strumenti definiti dalla Regione Emilia-Romagna</li> <li>• Pacchetto Riabilitazione supporto a domicilio con profilo tecnico Fisioterapista nella gestione della movimentazione e con consulenza sulla gestione spazi / ambiente domestico</li> </ul> <p>Il “Pacchetto assistenziale - standard” è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 prestazione di Cura alla persona o di Supporto educativo;</li> <li>• 1 consulenza relazionale;</li> <li>• 1 consulenza su movimentazione e adattamento dell'ambiente domestico.</li> </ul> <p>Il “Pacchetto assistenziale-personalizzato” può invece essere composto da n. 7 prestazioni ad accesso a scelta tra quelle elencate sopra.</p> <p>L'impostazione per pacchetti costituisce un elemento di novità ulteriore: tradizionalmente i piani assistenziali venivano costruiti sulla sommatoria di prestazioni, senza un coordinamento tra le attività. In questo caso si vuole invece costruire da subito una proposta che possa includere più attività in un quadro organico. Inoltre, questo modifica il rapporto tra gestore e committente (il comune) perché porta il rapporto sul progetto ideato per il cittadino e non sulle ore erogate. Questo agisce positivamente anche nel rapporto con le famiglie che sono coinvolte su un percorso di cui condividono tutta l'impostazione, conoscendo in anticipo il piano pensato per loro.</p> <p>Il progetto prevede anche una diversa gestione dei casi tra Comune ed ente gestore. Fino ad ora il Comune di Bologna era</p>
--	---

	<p>stato soggetto inviante, avocando a sè il ruolo di interlocuzione e progettazione con le famiglie. Con il progetto Caregiver questa funzione è stata trasferita all'ente gestore che quindi intercetta la famiglia già nel momento della progettazione degli interventi, riuscendo così a costruire un rapporto strategico e di fiducia. Il contenuto dei pacchetti viene quindi co-costruito in quella sede</p>
Target di destinatari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I destinatari sono tutti i cittadini purchè presenta la condizione di caregiver.</li> <li>• Destinatari auspicati sono cittadini che fino a quel momento non erano mai entrati in contatto con i servizi</li> </ul>
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articolazione dell'offerta in pacchetti</li> <li>• Diversa gestione del percorso di presa in carico e della assegnazione dei ruoli tra Comune ed ente gestore</li> <li>• Servizi pensati per i caregiver e non per la persona assistita</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliamento della popolazione raggiunta</li> <li>• Azione positiva e capacitante rispetto ai caregiver</li> <li>• Diffusione di conoscenza e fiducia verso i servizi</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Il progetto si è svolto nel corso del 2021 in forma sperimentale
Partner di progetto e loro ruolo	Comune di Bologna e Società Dolce con consorzio Aldebaran.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Finanziamento tramite risorse regionali. Per l'area bolognese sono state allocate risorse per 1 milione di euro.
Presenza di una componente tecnologica	No, nessuna componente.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Dati ed esiti sono stati raccolti dal Comune di Bologna. Dopo neanche un anno di sperimentazione gli esiti sono in parte non soddisfacenti in termini di numero di famiglie raggiunte. Si sta avviando un percorso di analisi degli esiti per comprendere il motivo di un numero di richieste più basse rispetto a quelle che potevano essere complessivamente finanziate. Valutando altresì la possibilità di proroga apportando le opportune azioni di miglioramento.

**Ente: Gruppo Spes<sup>28</sup>**

**Cantiere aperto:** Nuovi modelli di servizi attraverso la progettazione di un polo multiattività.

**Il Gruppo Spes<sup>29</sup>** ha avviato diverse piste di lavoro sul tema dei nuovi modelli di servizi, orientati alla valorizzazione delle soluzioni esistenti (al domicilio e in residenza) ma con il duplice **obiettivo strategico** di attivare connessioni tra i servizi in una logica di filiera ed esplorare le possibilità di espandere l'area dei servizi in solvenza in modo da migliorare la risposta al bisogno e raggiungere una quota più ampia di popolazione. Questo si collega anche alla crisi che i gestori stanno vivendo post periodo Covid-19 perché permette di lavorare sulla sostenibilità economica dei servizi mettendo a sistema realtà che hanno performance differenziate. L'iniziativa risponde alle sfide 2020 legate al ripensamento della mission e della vocazione dei servizi, al modello di finanziamento del sistema che è da rivedere e al tema della ricerca di maggior integrazione tra servizi.

**Tabella 5.15. Polo multiservizi in centro città**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura delle attività all'area solvenza che oggi è poco valorizzata e necessita di maggior messa a sistema con l'offerta accreditata per avere successo</li> <li>• Stimolare l'interconnessione tra servizi valorizzando le sinergie già esistenti e la filiera di prossimità</li> <li>• Creare le condizioni di sostenibilità economica per i servizi attivando meccanismi di "vasi comunicanti" tra servizi con caratteristiche diverse.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Gruppo Spes è dotato di un importante patrimonio immobiliare anche nel centro storico di Trento, dove un tempo si trovava una RSA. Questa è stata trasferita in un nuovo edificio più funzionale e moderno, lasciando un immobile (un intero palazzo) con tanti spazi da utilizzare in una posizione centrale in città. Inoltre, si colloca in quell'edificio un centro diurno (di modello montessoriano) che è attualmente ancora attivo, mentre parte dei piani superiori sono attualmente utilizzati a scopo ufficio lasciando comunque diversi spazi vuoti. In un altro edificio, la stessa cooperativa gestisce uno sportello badanti e i servizi di assistenza domiciliare. Lo sportello badanti (Sportello Servizi Famiglie) funge oggi da collegamento con il mondo privato e funziona come porta di accesso verso la filiera dei servizi esistenti. Si sono create così le condizioni per sviluppare in quell'area cittadina un vero e proprio polo multiservizi attualmente in fase di studio che possa unire (anche da un punto di vista di prossimità) diverse soluzioni: l'accesso e l'orientamento, il servizio domiciliare e di</p>

<sup>28</sup> Si ringrazia per il tempo e l'attenzione dedicata la dott.ssa Valentina Visioli.

<sup>29</sup> <https://www.gruppospes.it/>

	badantato, il centro diurno, i servizi residenziali. L'edificio oggi non pienamente utilizzato potrebbe essere inoltre utilizzato per creare servizi residenziali innovativi (housing o miniappartamenti). Altre aree di progettazione innovativa potranno riguardare l'utilizzo degli spazi del Centro Diurno ed in particolare della palestra, lo sviluppo di pacchetti di servizi da realizzare negli ambulatori e sale dei servizi residenziali, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare. Questa diversa offerta dovrà essere configurata in piani flessibili e personalizzati.
Destinatari dell'iniziativa	<p>Il target dei nuovi servizi è un target di anziani e famiglie che oggi non sono conosciuti, in particolare devono esserci queste caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Target mirato: gli anziani accolti nei nuovi servizi devono essere ben differenziati in modo da andare verso una personalizzazione dell'offerta. Si dovranno ad esempio sviluppare pacchetti diversi per anziani con o senza demenza grave, ad esempio, per proporre terapie o attività di prevenzione in modo mirato.</li> <li>• Bisognerà analizzare la disponibilità economica delle famiglie distinguendo l'offerta per renderla accessibile per diversi target.</li> <li>• Focalizzazione iniziale sulla popolazione cittadina dato che il polo sarà in centro città e si vuole sviluppare una relazione di prossimità.</li> <li>• Il target è solo città di Trento perché gli spostamenti sono molto complessi e difficili per gli anziani.</li> </ul>
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idea di integrare servizi in solvenza e in convenzionamento / accreditamento con il sistema pubblico per espandere l'offerta alle famiglie.</li> <li>• Idea di offrire dei percorsi nei servizi formalizzati: oggi questo accade in modo implicito mentre si vuole renderlo esplicito</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	L'aspettativa è ampliare la quota di utenti in solvenza anche per raggiungere la sostenibilità dei servizi.
Anno di avvio e stato di avanzamento	Il progetto è in fase di sviluppo, è stato messo in stand by da periodo Covid-19
Partner di progetto e loro ruolo	Nessuno
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Attualmente non previsti ma si immagina la necessità di investimenti in ristrutturazione.
Presenza di una componente tecnologica	Nessuna
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Nessuno

### 5.3. Tecnologia nella cura

#### Ente: ASP Distretto di Fidenza<sup>30</sup>

**Cantiere aperto:** Introduzione della tecnologia nella cura, per mantenere la socialità e il coinvolgimento degli ospiti

**ASP Distretto di Fidenza<sup>31</sup>** ha avviato il progetto “Ti Vedo” per contrastare, almeno in parte, il rischio di isolamento degli ospiti di RSA dovuto all’impossibilità di ricevere visite dall’esterno, oppure alla quarantena imposta a soggetti positivi alla Covid-19 o sospetti tali. Ogni stanza è stata dotata di una smart tv connessa alla rete WiFi per realizzare videochiamate con i congiunti e per coinvolgere i residenti nelle attività della struttura, anche quando in isolamento fiduciario o per malattia. L’**obiettivo strategico** era pertanto mantenere alto il coinvolgimento degli ospiti, garantendo il contatto con il resto dei residenti in struttura e i familiari all’esterno. Attualmente, sulla scorta degli esiti positivi dell’esperienza, ASP è impegnata nel tentativo di costruzione di una partnership con l’Azienda Sanitaria Locale per utilizzare la nuova dotazione tecnologica come supporto alla telemedicina, per prevenire i rischi connessi al trasferimento tra setting assistenziali per visite e cure. L’iniziativa risponde quindi alle sfide 2020 legate alla modalità di valorizzare la tecnologia nel rapporto con le famiglie, anche sfruttando l’avvicinamento alla tecnologia imposto dalla pandemia; oltre alla ricerca di sinergia e rete con gli altri nodi della filiera assistenziale pubblica.

**Tabella 5.16. Iniziativa Ti Vedo**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire la possibilità di contatto tra anziani e congiunti nei periodi di chiusura dei servizi;</li> <li>• Dare continuità alle attività di socializzazione e ricreative anche per i residenti in isolamento per motivi sanitari.</li> <li>• Per il futuro, rendere l’RSA una Casa di cura a 360°, dove gestire diagnosi a distanza.</li> </ul>
Caratteristiche dell’iniziativa	<p>Durante la pandemia, ogni stanza è stata dotata di smart tv connessa alla rete WiFi per realizzare videochiamate con i congiunti e per coinvolgere i residenti nelle attività della struttura, anche quando in isolamento fiduciario o per malattia.</p> <p>Sulla scorta di questa esperienza, ASP Distretto di Fidenza ha avviato un confronto con l’Azienda Sanitaria Locale per utilizzare la nuova dotazione tecnologica come supporto alla tele-</p>

<sup>30</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la dott.ssa Carlotta Ragazzini, Responsabile dei servizi accreditati

<sup>31</sup> <https://www.aspdistrettofidenza.it/>

	<p>medicina, che eviterebbe ai residenti spostamenti potenzialmente a rischio contagio (Covid e non solo) in altri setting assistenziali. Per lo stesso motivo, ASP sta valutando l'inserimento di apparecchi di monitoraggio dei parametri vitali.</p>
Destinatari dell'iniziativa	Residenti in RSA
Elementi di discontinuità rispetto al passato	Utilizzo della tecnologia come leva inclusiva
Risultati gestionali attesi	<p>In fase attuale, prevenire l'isolamento dei residenti e le conseguenze negative che porta con sé a livello clinico e sociale.</p> <p>Per il futuro, ridurre costi e rischi legati ai trasferimenti di residenti fragili verso altri setting per diagnosi gestibili in struttura.</p>
Anno di avvio e stato di avanzamento	2020. Attualmente in corso un dialogo con Azienda Sanitaria per implementare iniziative di telemedicina.
Partner di progetto e loro ruolo	Non presenti
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	<p>Finanziato quasi totalmente con risorse proprie, quota residuale (3%) con fundraising. Investimento suddiviso tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installazione di smart TV da 42 pollici;</li> <li>• Installazione della Rete Wifi con cablaggi con fibra di vetro e sistemazione delle antenne per la trasmissione del segnale.</li> </ul>
Presenza di una componente tecnologica	Utilizzo della connettività WiFi
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Vengono monitorati gli accessi effettuati al sistema

**Ente: ASP Golgi Redaelli<sup>32</sup>**

**Cantiere aperto:** Tecnologia nella cura per espandere l'assistenza domiciliare e potenziare la riabilitazione.

**La ASP Golgi Redaelli<sup>33</sup>** ha avviato una pista di lavoro che riguarda l'utilizzo di tecnologie in ambito riabilitativo con la doppia applicazione di ampliare le attività al domicilio del paziente, avviando percorsi di tele-riabilitazione, ed introdurre nuovi strumenti (come gli esoscheletri) che possano portare a nuove prassi e miglioramenti in merito alla qualità ed efficacia delle cure. Nel corso del 2020 e 2021, a seguito della chiusura dei servizi diurni ed ambulatoriali legati a Covid-19, ASP Golgi Redaelli ha avviato alcune sperimentazioni per le attività da remoto e al domicilio che oggi trovano invece spazio per uno sviluppo più organico, grazie anche ad investimenti in dotazione tecnologica e digitale. L'obiettivo strategico perseguito riguarda l'espansione delle attività connesse alla riabilitazione, sia ricercando un aumento dei volumi ma anche ampliando la gamma dei servizi offerti e quindi delle casistiche trattabili. Questi obiettivi sono coerenti anche con le linee definite dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L'iniziativa risponde alle sfide 2020 legate alla sostenibilità economica dei gestori e alla ricerca di soluzioni che meglio rispondano ai bisogni dei cittadini.

**Tabella 5.17. Avvio della teleriabilitazione**

Obiettivo strategico	La attivazione di un servizio di teleriabilitazione ha lo scopo fondamentale di allineare l'azienda Golgi Redaelli alle indicazioni regionali e nazionali scaturite dalla pandemia Covid-19. In particolare, l'obbiettivo è quello di garantire la continuità assistenziale per i pazienti già in carico o di nuovo arruolamento nel pieno rispetto delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza COVID-19. La piattaforma Open Innovation e di regione Lombardia descrive che è "fondamentale implementare la teleriabilitazione perché consente ai pazienti di proseguire la attività riabilitativa da casa senza problemi". ASP Golgi Redaelli ha quindi avviato un percorso in questa direzione che lo sta portando a introdurre nuovi servizi.
Caratteristiche dell'iniziativa	Il progetto è stato avviato a partire dalla scelta del partner tecnologico in quanto la scelta della strumentazione da utilizzare connotava in modo determinante il servizio. Il partner è stato scelto tramite una accurata analisi di mercato. La implementazione tecnologica prevede di dotare il paziente di un kit tutto incluso in valigetta contenente una CPU (black box), collega-

<sup>32</sup> Ringraziamo per il prezioso contributo il dott. Lorenzo Cammelli, Direttore Sanitario e il dott. Luca Talarico, dirigente responsabile del UOS ricerca e progetti speciali.

<sup>33</sup> <https://www.golgiredaelli.it/>

	<p>mento 4G ad internet e sensori di movimento, sistema di video-conferenza, strumentazione per la connessione con TV, il sistema si attiva tramite tessera sanitaria elettronica per la identificazione univoca del paziente. Questa strumentazione di riabilitazione statica, cinetica e cognitiva, si adatta a diverse terapie.</p> <p>Il servizio viene attivato ed erogato nel seguente modo. La terliabilitazione viene attivata dallo specialista fisiatra che seleziona i pazienti sulla base di considerazioni cliniche e di contesto socio-assistenziale. L'arruolamento deve sempre avvenire in presenza. Il percorso prevede i seguenti passaggi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arruolamento del paziente: il servizio di Riabilitazione individua il paziente idoneo e predispone il Programma Riabilitativo Individuale, consegna le informative previste per le attività a distanza, ottiene il consenso informato (compreso l'eventuale invio referto via mail e le istruzioni per la consultazione tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico).</li> <li>2. Fornitura dell'attrezzatura tecnologica necessaria per l'interazione domiciliare, compresa la formazione per il paziente/caregiver.</li> <li>3. Erogazione prestazioni in modalità telematica: la piattaforma fornita da BTS Bioengineering permette di erogare servizi di riabilitazione a distanza e di videoconsulto in modo agile semplificando l'impatto formativo sul paziente ed il caregiver poiché è costituito da un blackbox autosufficiente per il collegamento internet (modalità 4G) il cui unico requisito è il possesso di un televisore domestico con porta HDMI.</li> <li>4. Registrazione delle prestazioni: il sistema permette di tracciare tutte le prestazioni effettuate in modo puntuale e preciso; inoltre viene tenuta traccia dei referti nel Fascicolo Sanitario Elettronico, tenendo conto anche del fatto che il login del paziente avviene sempre con Tessera sanitaria Elettronica.</li> </ol>
Destinatari dell'iniziativa	<p>Utente tipo target dell'iniziativa è un paziente anziano che richiede riabilitazione a bassa intensità. In alternativa si ipotizzano pazienti che necessitano riabilitazione Post trauma. In entrambi i casi si configurano situazioni che necessitano di continuo monitoraggio.</p>
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<p>Gli elementi di discontinuità riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La componente tecnologica</li> <li>• Le tecniche riabilitative introdotte</li> <li>• Le modalità di follow up e monitoraggio del paziente</li> <li>• L'uso di una cartella informatizzata</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allargare la platea dei pazienti in carico</li> <li>• Eliminare barriere di accesso</li> </ul>

## Le sperimentazioni

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridurre i costi degli interventi e i tempi organizzativi</li> <li>• Aumentare l'intensità della fisioterapia per i pazienti tipo</li> <li>• Raccogliere più dati e più strutturati, utili ai fini clinici</li> <li>• Avviare un nuovo servizio snello e flessibile che consenta una maggiore responsabilità</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Il servizio è stato avviato a novembre 2021.
Partner di progetto e loro ruolo	Il fornitore della strumentazione tecnologica, leader di mercato.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	<p>Al momento attuale è previsto il rimborso della televisita (17€ su codice nomenclatore TLM), mentre per quanto riguarda le sessioni di riabilitazione (motoria o cognitiva) sono di prossima formalizzazione le tariffe.</p> <p>Per ogni percorso riabilitativo sono prevedibili le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 visita specialistica fisiatrica di arruolamento presso poliambulatorio - 30 sessioni di riabilitazione (5 a settimana per un periodo di 6 settimane)</li> <li>• 6 teleconsulti (1 a settimana) per monitorare la progressione del percorso di teleriabilitazione</li> <li>• 1 visita specialistica fisiatrica di conclusione percorso</li> </ul>
Presenza di una componente tecnologica	Il progetto punta ad introdurlo.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	<p>La nuova sperimentazione verrà usata dal centro di ricerca della Fondazione Golgi Cenci che ha disegnato uno studio sulla teleriabilitazione su persone anziane. Sarà il primo studio a livello europeo che analizza i dati dei trattamenti per valutarne efficacia.</p> <p>È stato anche previsto un sistema di monitoraggio automatico di progetto.</p>

**Ente: Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus<sup>34</sup>**

**Cantiere aperto:** Introduzione della tecnologia nella cura, per garantire continuità nelle risposte agli anziani

**Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus<sup>35</sup>** si è avvalsa del supporto della tecnologia per proseguire le proprie attività durante le chiusure imposte dalla pandemia lungo due direttrici: da un lato, per mantenere il contatto tra anziani e familiari; dall'altro, per garantire continuità nella formazione del personale e nella stesura dei piani assistenziali individuali (PAI). L'**obiettivo strategico** era di aumentare le possibilità di contatto tra anziani e familiari; e al contempo aumentare il livello di coinvolgimento degli operatori, familiari e professionisti anche esterni nelle iniziative promosse da Fondazione. L'iniziativa risponde primariamente alla sfida 2020 legata ad un cambiamento nella gestione del rapporto e della comunicazione con le famiglie, anche sfruttando l'avvicinamento alla tecnologia imposto dalla pandemia.

**Tabella 5.18. Iniziativa di introduzione della tecnologia nelle strutture**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare le possibilità di contatto tra anziani e familiari</li> <li>• Coinvolgere maggiormente operatori, familiari e professionisti anche esterni nelle iniziative promosse da Fondazione</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Durante le chiusure imposte dalla pandemia da Covid-19, Fondazione si è avvalsa del supporto della tecnologia per proseguire le proprie attività nelle RSA su più fronti. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserimento di uno o più tablet in ogni nucleo delle strutture gestite, per permettere un contatto quotidiano tra anziani e famiglie tramite videochiamata. I dispositivi sono stati utilizzati anche per organizzare cene virtuali nei giorni di festività;</li> <li>• Organizzazione degli incontri con il "comitato familiari", che sono tra i 3-5 all'anno, in modalità da remoto. Questo ha aumentato fortemente la frequenza dei parenti dei residenti, contrariamente al limitato tasso di partecipazione che si registrava in presenza in passato.</li> <li>• Organizzazione della formazione da remoto per gli operatori, che ha portato la frequenza ai corsi a picchi del 100%, contrariamente a quanto avveniva nella modalità tradizionale in presenza.</li> <li>• Gestione della stesura del PAI da remoto ha aumentato la capacità di coordinamento tra tutti i professionisti inclusi nel processo: equipe di Fondazione, assistente sociale territoriale, familiari, MMG. Prima della pandemia, l'incrocio di</li> </ul>

<sup>34</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la dott.ssa Antonia Peroni, Direttore Qualità e Sviluppo.

<sup>35</sup> <https://fondazionemaffi.it/>

## Le sperimentazioni

	<p>disponibilità era molto difficoltoso e spesso non si arrivava alla presenza di tutti.</p> <p>Visti gli esiti positivi dell'introduzione della tecnologia, Fondazione continuerà ad avvalersi di questo supporto per la gestione di parte dei propri processi (es. la formazione rimarrà al 50% a distanza anche dopo la pandemia).</p>
Destinatari dell'iniziativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residenti in RSA e loro familiari</li> <li>• Personale di cura di Fondazione</li> </ul>
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La spinta per l'inserimento di componenti tecnologiche nei servizi dovuta alla pandemia</li> <li>• Coinvolgimento degli anziani nel processo di digitalizzazione.</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	Aumento della partecipazione di familiari e operatori ai processi dell'Ente, snellimento delle attività di coordinamento interne ed esterne.
Anno di avvio e stato di avanzamento	2020, attualmente si continua a utilizzare la tecnologia visti gli esiti positivi della sperimentazione
Partner di progetto e loro ruolo	Non presenti
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Acquisto di nuovi tablet oltre a quelli già presenti dal 2018, quando è stata introdotta la cartella sociale informatizzata
Presenza di una componente tecnologica	Connettività Internet ridondante, infrastruttura di rete e sicurezza, copertura Wi-Fi di tutti i locali delle RSA, dispositivi mobili (tablet e notebook)
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Al momento non è presente un cruscotto di monitoraggio e valutazione dell'iniziativa

**Ente: Fondazione Sacra Famiglia Onlus<sup>36</sup>**

**Cantiere aperto:** Introdurre tecnologia nella cura, attraverso l'installazione di un'applicazione che permette ai familiari di rimanere in costante contatto con la struttura e con i propri cari.

**Fondazione Sacra Famiglia Onlus<sup>37</sup>** ha avviato una iniziativa che si concretizza nell'installazione dell'applicazione "Portale Parenti" nella RSA e nel CDI di Cesano Boscone, finalizzata ad aumentare la comunicazione tra familiari e utenti dei servizi, garantendo l'accesso a videochiamate; messaggistica istantanea; chat per comunicare in qualsiasi momento con la struttura e gli operatori. **L'obiettivo strategico** è di instaurare una modalità di comunicazione alternativa agli strumenti tradizionali ed interattiva tra struttura e familiari. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 legata all'adeguamento dell'offerta di servizi ai bisogni di utenti e familiari, e alla capacità di valorizzare la componente tecnologica nella relazione tra struttura, anziani e famiglie.

**Tabella 5.19. Iniziativa Portale Parenti**

Obiettivo strategico	Instaurare una modalità di comunicazione alternativa agli strumenti tradizionali ed interattiva tra struttura e familiari.
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>L'iniziativa ha previsto l'installazione dell'applicazione "Portale parenti" presso il Centro Diurno di Cesano Boscone, e in via sperimentale in RSA. L'applicazione, installata su tablet in struttura e negli smartphone dei familiari, permette alle famiglie di usufruire di videochiamata; messaggistica istantanea; chat per comunicare in qualsiasi momento con la struttura. Le famiglie possono inviare quesiti e richieste che vengono gestite direttamente dallo staff di cura dell'anziano, ossia educatori, infermieri, coordinatore del servizio, medico.</p> <p>La comunicazione è sia 1:1, ossia tra famiglia e centro; che 1:m (one to many), ossia dalla struttura a tutte le famiglie, come nel caso di informazioni istituzionali. L'idea è di utilizzare questo canale di comunicazione per garantire continuità e supporto costante per le esigenze quotidiane delle famiglie.</p> <p>Per il futuro, l'idea è di integrare questo strumento con la cartella informatica, per avere uno strumento unico di raccolta di informazioni legate all'ospite</p>
Destinatari dell'iniziativa	Familiari degli utenti di Centro Diurno o RSA

<sup>36</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la dott.ssa Silvia Buttaboni, Direttore Area Anziani della sede di Cesano Boscone, e Stefania Pozzati, Direttore Sociale.

<sup>37</sup> <https://www.sacrafamiglia.org/>

## Le sperimentazioni

Elementi di discontinuità rispetto al passato	Comunicazione interattiva e costante tra struttura e famiglie, non mediata da orari di apertura e chiusura del centro
Risultati gestionali attesi	Consolidare la relazione e il rapporto di fiducia con le famiglie
Anno di avvio e stato di avanzamento	2020, tuttora attiva
Partner di progetto e loro ruolo	Fondazione di Comunità Milano Città Sud Est, Sud Ovest e Adda Martesana in qualità di finanziatore
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	<p>Finanziamento ad hoc da Fondazione di Comunità Milano Città Sud Est, Sud Ovest e Adda Martesana (legato anche ad Alzheimer Lab, si veda Scheda dedicata)</p> <p>Sono stati necessari alcuni investimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisto tablet (circa 100 per CDI di Cesano Boscone, uno per nucleo). Acquisto sostenuto da Fondazione Sacra Famiglia e da donazioni.</li> <li>• Acquisto del prodotto su cui sviluppare l'applicazione</li> </ul>
Presenza di una componente tecnologica	Applicazione "Portale Parenti"
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Al momento non presente, è in fase di studio un cruscotto di indicatori per utilizzo strategico delle informazioni, che al momento hanno una natura prettamente qualitativa e difficilmente codificabile

**Ente: Proges cooperativa sociale<sup>38</sup>**

**Cantiere aperto:** Introdurre la tecnologia nella cura per trasformare i servizi residenziali

**Proges cooperativa sociale<sup>39</sup>** ha avviato una pista di lavoro sul tema della tecnologia nella cura che ha portato allo sviluppo di una applicazione per l'interazione con anziani che vivono soli. Questo porta ad avviare servizi di monitoraggio attivo e ad espandere il perimetro della presa in carico al di fuori dalla struttura residenziale. **Obiettivo strategico** è quindi quello di ampliare la platea dei destinatari per dare risposte più precise ai bisogni ma anche più flessibili, valorizzando le attività già realizzate dalla struttura residenziale. Il progetto ha anche l'obiettivo di valorizzare il capitale sociale dei quartieri, attivando relazioni e risorse formali e informali. L'iniziativa risponde alle sfide 2020 che riguardano la ricerca di risposte più flessibili al domicilio.

**Tabella 5.20. Curami.Tech**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avviare un servizio aperto al territorio che possa mettere in connessione la RSA con il quartiere, gli stakeholder e gli anziani che vi abitano.</li> <li>• Includere anziani non inseriti in residenzialità ed espandere le attività della RSA all'esterno.</li> <li>• Per gli anziani che partecipano attivamente l'obiettivo è di supportarli nella socialità, nel monitoraggio quotidiano del loro benessere e nel superamento di isolamento e solitudine.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Si tratta di un progetto per assistere a domicilio persone anziane sole o in stato di necessità utilizzando soluzioni fornite dalle nuove tecnologie. Si concretizza in un sostegno telematico domiciliare, basato su un sistema digitale e applicazioni IOT. Il progetto ha integrato i contributi di tecnici informatici, che hanno strutturato la piattaforma, enti del terzo settore, che hanno fornito know-how specifico nell'ambito welfare e conoscenza del territorio, oltre che volontari delle Associazioni e delle Parrocchie del quartiere di riferimento.</p> <p>Il servizio di socialità offerto viene gestito tramite una APP dedicata e un tablet fornito agli anziani aderenti da Associazione Amici di Casa della Carità. Sia la App che il tablet servono per effettuare delle videochiamate di socialità e monitoraggio degli anziani ingaggiati nel progetto. Proges mette poi a disposizione i servizi erogati nella RSA più prossima al quartiere, che possono essere richiesti dagli anziani stessi o su segnalazione dei volontari nel caso emergesse il bisogno (emer-</p>

<sup>38</sup> Si ringrazia per il tempo dedicato la dott.ssa Elisa Verduri, dott.ssa Maria Papero e il dott. Francesco Altieri.

<sup>39</sup> <http://www.proges.it/>

## Le sperimentazioni

	<p>genza, monitoraggio parametri, supporto psicologico, prestazioni fisioterapiche e sanitarie). L'iniziativa combina quindi attività quotidiane di socialità all'attivazione al bisogno (e a pagamento) di altri servizi di cura e assistenza e attività del vivere quotidiano: accompagnamento a visite mediche, pulizie della casa, prenotare un libro in biblioteca, ordinare la cena ecc.</p> <p>La App è stata sviluppata in modo personalizzato ad hoc per il progetto: oltre alla modalità di videochiamate ha la predisposizione per raccogliere dati anagrafici con una piccola cartella informatizzata per gestire la presa in carico dell'anziano con cui il volontario sta parlando; inoltre, ha un registro attività di proposte e catalogo attività attivabili per cui funge anche da catalizzatore di iniziative. L'uso principale della app rimane comunque la videochiamata: gli anziani hanno un tablet fornito dal progetto per entrare in contatto con i volontari. I volontari intrattengono contatti sociali e di quotidianità.</p>
Destinatari dell'iniziativa	Anziani soli che abitano nel quartiere di riferimento e non sono in carico a servizi sociosanitari.
Elementi di discontinuità rispetto al passato	L'iniziativa per la prima volta cerca di mettere in connessione l'RSA di riferimento persone anziane che non sono residenti. Inoltre, l'iniziativa introduce il tema del monitoraggio attivo e dell'ingaggio degli anziani su attività fuori dalla RSA.
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sperimentare in modo concreto il concetto di RSA diffusa per mettere una RSA di quartiere in relazione con attori del territorio.</li> <li>• L'idea è che la RSA diventi un polo di servizi senza dover ripensare le attività già erogate ma valorizzando le attività previste.</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	Il progetto è stato avviato nel 2021. Attualmente gli anziani seguiti nella rete del pilot sono 15 con 10 volontari attivi.
Partner di progetto e loro ruolo	Amici della Casa della Carità fornisce i volontari così come Adriano Community Center fornisce una base di conoscenza e contatti del quartiere.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Risorse proprie di Proges per lo sviluppo della App, lavoro dei volontari dei partner di progetto, sponsor tecnico sui device, corporate fundraising, quote retta da privati e contributi comunali
Presenza di una componente tecnologica	Il progetto si basa su una App
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	I Volontari durante la chiamata monitorano e osservano alcuni elementi (stato di salute, benessere...) e forniscono informazioni di monitoraggio che registrano tramite la APP. Il database delle informazioni è gestito da Amici di Casa della Carità.

**Ente: PuntoService Cooperativa Sociale<sup>40</sup>**

**Cantiere aperto:** Diffondere la tecnologia nella cura tramite una applicazione di relazione tra la struttura e le famiglie.

**Puntoservice<sup>41</sup>** ha avviato una pista di lavoro che punta a semplificare le relazioni tra i famigliari dei residenti in strutture per anziani e le strutture stesse, sia per quanto riguarda le comunicazioni quotidiane che per l'attivazione di servizi e risposte assistenziali personalizzate. Questo avviene tramite una applicazione che rende più facili e "controllate" le comunicazioni, organizzando il flusso dei messaggi e attivando una serie di automatismi. **L'obiettivo strategico** perseguito è di migliorare la qualità delle comunicazioni ma anche di rendere più efficace ed efficiente la gestione delle richieste di personalizzazione del servizio in modo da incrementare la qualità offerta ma anche rendere più snelle alcune attività interne. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 di maggior flessibilità dei servizi e di adeguamento ai bisogni delle famiglie.

**Tabella 5.21 App "Punto Service"**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semplificare le relazioni tra i famigliari dei residenti in strutture per anziani e le strutture stesse</li> <li>• Semplificare ed espandere le modalità di richiesta di servizi e prestazioni aggiuntive</li> <li>• Razionalizzare (dove attivo) il flusso di materiali e dispositivi aggiuntivi acquistati dalle famiglie</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>L'iniziativa prevede di sviluppare una App per i famigliari e caregiver di residenti di struttura residenziale con le seguenti funzionalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenota i servizi (ore aggiuntive fisioterapia, etc.)</li> <li>• Partecipa agli eventi</li> <li>• Prenotazione visite</li> <li>• Ordina prodotti aggiuntivi</li> <li>• Comunicazione con i famigliari e caregiver</li> </ul> <p>La App consente quindi diversi livelli di interazione: acquisire informazioni sulle attività svolte in struttura e sulle iniziative a cui i caregiver possono partecipare (prenotandosi sempre tramite app) ma anche di attivare a richiesta servizi e prestazioni. Si prevedono due fattispecie: prestazioni specialistiche che si rivelassero necessarie e acquisto di materiali di consumo e dispositivi utili per l'anziano (ad esempio dispositivi per l'incontinenza di qualità o quantità superiore, ove a carico del residente) o di prestazioni come parrucchiere, menù personalizzato o integrativo etc... L'implementazione della App prevede</p>

<sup>40</sup> Si ringrazia per la preziosa collaborazione e per il tempo dedicato la dott.ssa Stefania Re-pinto, la dott.ssa Elisa Pelizzari e il dott. Michele Secondo.

<sup>41</sup> <https://puntoservice.org/>

	<p>una fase pilota con due strutture di uno o due mesi da far seguire con una fase di roll out che arriverà a diffonderla in tutte le 60 strutture (circa) di Puntoservice. Il tempo di diffusione potrà essere variabile perché si immagina che serviranno adattamenti regionali in funzione della specificità di norme e regolamentazioni.</p> <p>Per quanto riguarda il tema della comunicazione si è scelto di veicolare tramite la app informazioni di semplice fruizione dei servizi per due motivi: i famigliari stessi hanno dichiarato di voler mantenere un canale diretto con i responsabili dei servizi per poter discutere nel merito del benessere dei propri cari; si è ritenuto poi che informazioni cliniche o più in generale sullo stato di salute fossero troppo complesse e sensibili per essere veicolate in automatico senza l'intermediazione con un professionista. Inoltre, la App pone il tema dell'integrazione con gli altri strumenti informatici utilizzati in struttura: laddove non ci sono cartelle informatizzate o simili, i dati riferiti al singolo residente dovrebbero essere imputati manualmente e quotidianamente nella App, facendo venir meno l'obiettivo di efficacia, efficienza e tempestività nelle comunicazioni.</p>
<p>Destinatari dell'iniziativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I parenti di anziani ospiti in struttura residenziale (o il caregiver principale)</li> <li>• Internamente alla struttura per anziani: la persona responsabile dell'attivazione dei servizi aggiuntivi – potrebbe essere la reception o il coordinatore di struttura – oltre al direttore di struttura che deve occuparsi sia di illustrare la app ai parenti che anche di promuoverne l'utilizzo.</li> </ul>
<p>Elementi di discontinuità rispetto al passato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La app introduce un modello standardizzato e codificato di gestione di alcuni processi relativi alle strutture residenziali (gestione prestazioni e acquisti aggiuntivi, gestione prenotazione delle attività, comunicazioni ordinarie con le famiglie)</li> <li>• La app introduce il mezzo tecnologico dando maggior gradi di flessibilità e personalizzazione alle famiglie</li> <li>• La app consente di automatizzare gli ordini di tutti i materiali di consumo e dispositivi di incontinenza ordinati dalle famiglie ottimizzando il ciclo degli acquisti e la gestione delle scorte che oggi invece è lasciata alla totale discrezione di famiglie (che acquistano direttamente) e singoli coordinatori</li> </ul>
<p>Risultati gestionali attesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliori rapporti con le famiglie</li> <li>• Più efficace gestione delle attività in struttura</li> <li>• Espansione della richiesta di servizi in solvenza e prestazioni aggiuntive</li> <li>• Migliore gestione del processo di acquisto di dei materiali di consumo e dispositivi di incontinenza a carico delle famiglie</li> <li>• Riqualficazione del dialogo tra direttore di struttura e famigliari che può concentrarsi su elementi rilevanti e non su ordinaria gestione che viene invece automatizzata</li> </ul>

Anno di avvio e stato di avanzamento	Il progetto era stato avviato nel 2019 con una focalizzazione sulla gestione dei servizi aggiuntivi e sul tentativo di semplificare la relazione con i parenti. Dopo Covid-19 il tema della comunicazione quotidiana con i parenti è diventato però centrale e ha modificato il progetto spostando enfasi su questa necessità. Attualmente l'app è in fase di test su due strutture, in attesa di essere validata e poi adottata in tutte le strutture residenziali di Puntoservice.
Partner di progetto e loro ruolo	Lo sviluppatore della APP che è parte attiva della sua progettazione.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Risorse interne per finanziare lo sviluppo della APP
Presenza di una componente tecnologica	Il progetto si basa sull'applicazione che viene poi scaricata dai famigliari e dal coordinatore di struttura.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	Al momento non sono stati attivati strumenti di monitoraggio formali essendo in fase di test. La prima valutazione avverrà infatti tramite i feedback qualitativi raccolti tramite i direttori di struttura, che hanno il rapporto diretto con i famigliari e caregiver e con gli operatori interni utilizzatori dell'app.

## 5.5. Target: Alzheimer e demenze

### Ente: Domus Assistenza<sup>42</sup>

**Cantiere aperto:** Rispondere al target Alzheimer e demenze attraverso la formazione di caregiver e personale assistenziale.

**Domus Assistenza**<sup>43</sup> nel 2020 ha avviato il progetto “Strada facendo”, un servizio domiciliare rivolto a caregiver di anziani affetti da disturbi cognitivi e demenze, che con le chiusure imposte dalla pandemia hanno manifestato importanti necessità di sollievo. L’intervento è inserito all’interno di un finanziamento di Regione Emilia-Romagna e vede coinvolti più attori della filiera. In particolare, Strada Facendo coniuga la prestazione socio-assistenziale tradizionale (igiene personale, ecc.) a iniziative di terapia occupazionale e attività di supporto ai caregiver. L’**obiettivo strategico** prioritario è di fornire attività di sollievo alle famiglie, all’inizio per sopperire alle chiusure / riduzioni di altri servizi assistenziali in periodo pandemico, successivamente per garantire sostegno nella gestione della patologia al domicilio. A questo si aggiunge l’intento di formare e dare una consulenza ai caregiver sulle modalità di gestione dei gravi disturbi del comportamento, attraverso la terapia occupazionale. Infine, il progetto è stata l’occasione per dotare il personale socio-assistenziale Domus Assistenza di competenze specifiche per gestire i servizi domiciliari per utenti con demenza. L’iniziativa, pertanto, risponde alla sfida 2020 legata all’adeguamento dell’offerta assistenziale dei servizi rispetto ai bisogni di famiglie e utenti.

**Tabella 5.22. Iniziativa Strada Facendo**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornire attività di sollievo alle famiglie colpite dalle chiusure/riduzione di altri servizi assistenziali in periodo pandemico. Con le riaperture, sostenere i familiari nella gestione della patologia al domicilio.</li> <li>• Formare / dare consulenza ai caregiver su modalità di gestione dei gravi disturbi del comportamento, attraverso la terapia occupazionale.</li> <li>• Dotare il personale socio-assistenziale Domus Assistenza di competenze specifiche per gestire i servizi domiciliari per utenti con demenza.</li> </ul>
Caratteristiche dell’iniziativa	Il Progetto Strada Facendo si concretizza in un intervento domiciliare temporaneo che coniuga la prestazione socio-assistenziale tradizionale (igiene personale, ecc.) a iniziative di te-

<sup>42</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Nicola Marino, Responsabile settore Anziani SAD e Progetti Speciali.

<sup>43</sup> <https://www.domusassistenza.it/>

	<p>rapia occupazionale e attività di supporto ai caregiver. I professionisti coinvolti sono molteplici: psicologo della associazione ASSDE (familiari Alzheimer), terapeuta occupazionale, operatori socio-sanitari, coordinatrice del servizio domiciliare di Domus Assistenza, geriatra del CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze). Il progetto è stato avviato in uno dei Distretti sanitari della provincia di Modena.</p> <p>L'accesso al servizio avviene tramite il CDCD, che seleziona le famiglie sulla base degli esiti di due schede di rilevazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La scala di Zarit, per la valutazione del carico materiale ed emotivo che grava sul caregiver;</li> <li>• Una scheda di rilevazione della gravità del disturbo del comportamento, che per accedere al servizio deve esitare almeno in "moderato".</li> </ul> <p>L'intervento si articola in un accesso domiciliare settimanale o bisettimanale di due ore ciascuno per un massimo di 12 settimane, salvo i casi più critici per cui si valuta il proseguo con inserimento in servizi a più alta intensità assistenziale. Nei primi accessi domiciliari l'operatore socio-sanitario è affiancato da un terapeuta occupazionale che stabilisce le modalità di intervento più opportune rispetto al quadro di demenza del paziente. Una volta formato, l'operatore socio-assistenziale prosegue in autonomia. A questo si aggiunge una telefonata settimanale a cura della psicologa di supporto ai dubbi e alle difficoltà delle famiglie. Durante e, successivamente, al termine dell'intervento domiciliare, le Associazioni di familiari mantengono i contatti con le famiglie, includendole nella propria rete territoriale (es. favorendo la partecipazione ai Café Alzheimer).</p> <p>Non ci sono valutazioni means-tested, il servizio è gratuito in uno dei due Distretti dove è attivo, nell'altro è richiesto un contributo simbolico di €2.30/ora.</p> <p>Esiste un gruppo di coordinamento progettuale che si raccorda settimanalmente, dove la coordinatrice dell'équipe Domus Assistenza e la psicologa dell'AUSL si confrontano con gli operatori socio-assistenziali e il terapeuta occupazionale.</p>
Destinatari dell'iniziativa	Caregiver di anziani non autosufficienti che hanno manifestato importanti necessità di sollievo

Le sperimentazioni

Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investimento cospicuo e regionale su sostegno ai caregiver, in particolare sul tema demenza</li> <li>• Volontà di ampliare il target dei servizi, intercettando utenti allo stato moderato di malattia per prevenire il rapido deterioramento</li> <li>• Integrazione tra associazionismo, settore sociale, socio-sanitario e sanitario nella costruzione della risposta</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	Sviluppo di competenze per assistenza domiciliare a persone con demenza, maggiore coordinamento con mondo sanitario e sociale nella presa in carico del bisogno delle famiglie.
Anno di avvio e stato di avanzamento	Progetto avviato nel giugno 2020, ma slittato nei primi mesi 2021 in un Distretto, nell'autunno 2021 avviato in un secondo Distretto della provincia di Modena.
Partner di progetto e loro ruolo	Azienda Usl, Associazioni dei familiari di malati di Alzheimer, Unione dei Comuni, e Domus Assistenza in qualità di soggetto gestore dei servizi domiciliari accreditati della provincia di Modena. Esiste una cabina di regia con capofila l'AUSL (in particolare, il CDCD) che coinvolge tutti questi attori nel monitoraggio dell'andamento del servizio.
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	<p>Finanziamento di Regione Emilia-Romagna (erogato alla AUSL) a valere sul "Fondo per il sostegno e il ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare", valido per il triennio 2018/2020 (criteri di assegnazione e di riparto definiti a ottobre 2020).</p> <p>Da definire il proseguo del progetto all'esaurirsi delle risorse regionali.</p>
Presenza di una componente tecnologica	Non presente, le schede sono gestite in maniera cartacea.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	<p>È stato predisposto un questionario per rilevare la soddisfazione delle famiglie coinvolte. Al momento non ci sono ulteriori strumenti formalizzati di monitoraggio.</p> <p>Per il secondo semestre 2021 risultano in carico circa <del>80</del> 60 famiglie, residenti in due Distretti.</p>

**Ente: Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus<sup>44</sup>**

**Cantiere aperto:** Rispondere al target Alzheimer e demenze attraverso una riorganizzazione della filiera dei servizi e del loro sistema di governo

**Fondazione Don C. Gnocchi<sup>45</sup>** ha completato un percorso di revisione del funzionamento della rete dei servizi per persone con compromissione cognitiva offerta da Fondazione, a partire dal ripensamento del ruolo e dell'organizzazione del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Il percorso è stato guidato da un gruppo di lavoro nato all'interno di un progetto Horizon 2020 (Digital Environment for Cognitive Inclusion, DECI). Il progetto ha sperimentato l'efficacia, nel supporto a persone con MCI<sup>46</sup> o demenza lieve, del ruolo del case-management e di una piattaforma eHealth utile a garantire monitoraggio remoto e interventi di *coaching* e di riabilitazione neuro-cognitiva. È stato anche implementato un modello *value-based* dei benefici monetari e non-monetari del sistema. Il gruppo di lavoro ha perseguito l'**obiettivo strategico** di una revisione complessiva della presa in carico delle persone con MCI/demenza, riformando l'attività ambulatoriale del CDCD e del sistema di rete collegato. Il CDCD è stato ripensato come luogo di attivazione e coordinamento di una filiera completa di servizi, superando la sola erogazione di prestazioni diagnostiche e di interventi farmacologici. Il lavoro ha fatto sì che oggi la Fondazione Don Gnocchi possa contare su una filiera completa e integrata di servizi per la demenza che ruota attorno al CDCD di Istituto Palazzolo e che copre l'intera storia naturale della malattia, dalla prima comparsa dei sintomi fino alle fasi più avanzate, anche terminali. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 di orientare l'offerta assistenziale dei servizi rispetto ai bisogni di famiglie e utenti.

**Tabella 5.23. Iniziativa di revisione della filiera dei servizi per persone con disturbi cognitivi e demenze attorno al CDCD**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrire una presa in carico personalizzata dei bisogni di persone con MCI/demenza e dei loro familiari, integrando e ottimizzando la filiera dei servizi esistente.</li> <li>• Adottare un approccio di percorso, e non di sola diagnosi/terapia, nella gestione della compromissione cognitiva nei CDCD.</li> <li>• Creare le condizioni per una diagnosi tempestiva e precoce della demenza, con particolare attenzione all'identificazione dei casi di <i>Mild Cognitive Impairment</i> (MCI)</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	All'interno di un progetto europeo finanziato dal programma Horizon 2020 sull'utilizzo di tecnologia nei contesti domiciliari,

<sup>44</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Fabrizio Giunco, Direttore Dipartimento Cronicità

<sup>45</sup> <https://www.dongnocchi.it/>

<sup>46</sup> Mild Cognitive Impairment (MCI)

	<p>è stato istituito un gruppo di lavoro con il mandato di operare una revisione complessiva della modalità di presa in carico della demenza. L'ambizione era di riformare l'attività ambulatoriale del CDCD di Fondazione, per trasformarlo da luogo erogatore di offerta specialistica a luogo di attivazione, coordinamento e promozione di una completa filiera di servizi, soprattutto territoriali, per la demenza.</p> <p>Il lavoro di revisione è durato due anni e ha fatto sì che oggi Fondazione possa contare su una filiera per la demenza che ruota attorno al CDCD di Istituto Palazzolo e che copre tutto il decorso della malattia. Il CDCD può infatti garantire una diagnosi sin dagli esordi precoci, cosiddetti MCI (che rappresentano circa il 40% dei 1.500 pazienti in carico, uno dei casi più significativi nel panorama nazionale), grazie alla presenza di neuropsicologi specialisti nella malattia, in grado di orientare in maniera puntuale i progetti riabilitativi. Nel CDCD sono poi individuate figure di case manager (geriatri e assistenti sociali) formati per la presa in carico di percorso e presenti in tutte le fasi del decorso della malattia, per accompagnare pazienti e famiglie. A seguito della diagnosi, il CDCD può mettere a disposizione delle famiglie e attivare direttamente un ventaglio completo di servizi in grado di operare in filiera: servizio sociale, ADI, RSA aperta (domiciliare e semi-residenziale), 2 Centri Diurni Alzheimer, 4 Nuclei Alzheimer, <del>ricovero in</del> RSA, Cure intermedie e Hospice. Inoltre, il CDCD opera in rete con i principali centri specialistici della rete demenze milanese.</p> <p>Nel CDCD sono presenti specialisti geriatri, neurologi, neuropsicologi e psicologi esperti in counselling personale e familiare, tutti con una specifica attitudine e formazione sulle compromissioni cognitive. Il Centro è aperto 5 giorni su 7 (a tendere 6 su 7). Al momento l'organizzazione è in fase di ri-assessment, dopo l'esodo di personale specializzato successivo alla pandemia da Covid-19.</p> <p>Al ripensamento dei CDCD è seguito un ripensamento delle altre componenti della filiera, ad esempio con un lavoro su RSA aperta, ora specializzata nel supporto alle esigenze di vita delle famiglie.</p>
Destinatari dell'iniziativa	Anziani con MCI/demenza e loro familiari
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volontà di gestire in maniera integrata il percorso di cura della compromissione cognitiva, coerentemente con le sue specificità.</li> <li>• Disponibilità di molti professionisti a mettere in discussione la modalità tradizionale di gestione della patologia.</li> </ul>

Risultati gestionali attesi	Integrare la propria filiera, implementare una logica multi-servizi in grado di catalizzare più fonti di risorse tariffarie da mettere a disposizione della presa in carico della demenza.
Anno di avvio e stato di avanzamento	2016, attualmente operativo al di fuori del progetto Horizon
Partner di progetto e loro ruolo	Relazione forte con il Policlinico di Milano e con l'IRCCS Santa Maria Nascente per <i>second opinion</i> sui casi più critici e per gli esami di II livello. Rapporto <del>anche</del> con gli altri erogatori del territorio per venire incontro alle esigenze di persone che non risiedono nelle zone in cui è attiva Fondazione o per garantire un maggior supporto sociale a persone e famiglie
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Progetto Horizon 2020 "Digital Environment for Cognitive Inclusion" (DECI) ha garantito le risorse per la qualificazione tecnologica e per sostenere il gruppo di lavoro nella revisione complessiva del modello di servizio.</li> <li>• Successivi progetti di ricerca corrente (Road-Map, IRMA, Siri, Promising) sviluppati nell'ambito della Rete IRCCS Aging hanno garantito ulteriori risorse e l'acquisizione sperimentale di nuove tecnologie di supporto</li> <li>• Con risorse proprie sono stati finanziati l'ulteriore sviluppo del software gestionale, il suo utilizzo in altre unità d'offerta della rete (ADI, RSA aperta, Nuclei Alzheimer, CDI, RSA), l'integrazione di nuovi professionisti e gli interventi di formazione.</li> </ul>
Presenza di una componente tecnologica	<p>Più iniziative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazione dei software gestionali del settore sociosanitario con la più complessiva piattaforma informatica, in fase avanzata di sviluppo, che renderà interoperabili gli applicativi clinici, organizzativi e economico-gestionali dell'intera Fondazione;</li> <li>• La partecipazione alla Rete IRCCS Aging vede Don Gnocchi attiva in sperimentazioni <del>che si propongono di sviluppare</del> in scenari <i>real word</i> di modelli di analisi del comportamento spontaneo, dei cambiamenti legati a interazioni relazionali e interventi farmacologici e non farmacologici e di modelli predittivi dei cambiamenti di rischio. Questo, anche attraverso tecnologie di <i>machine learning</i> e intelligenza artificiale. Al momento le sperimentazioni sono sia <i>indoor</i> (<i>wearable</i> in un Nucleo Alzheimer), che <i>outdoor</i> (app di monitoraggio del movimento in esterno per MCI/demenza lieve).</li> <li>• Sviluppo di sinergie con aziende tecnologiche, per favorire lo sviluppo e la commercializzazione di prodotti idonei all'utilizzo diffuso nella pratica reale dei servizi</li> </ul>
Presenza di un cruscotto di indicatori di	È in fase di sviluppo avanzato il nuovo sistema informatico di Fondazione, che produrrà cruscotti di monitoraggio utilizzabili da clinici e management. Inoltre, la Rete IRCCS sta lavorando

## Le sperimentazioni

monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	sull'identificazione di un <i>Minimum data set</i> di variabili da monitorare all'interno dei servizi, utile per la realizzazione di registri sistematici di dati necessari per rendere comparabili popolazioni, interventi ed esiti.  Al momento i soggetti in carico al CDCD sono circa 1.500.
---	--

**Ente: Fondazione Sacra Famiglia Onlus<sup>47</sup>**

**Cantiere aperto:** Rispondere al target Alzheimer e demenze attraverso la formazione online, gratuita dei caregiver.

**Fondazione Sacra Famiglia Onlus<sup>48</sup>** ha avviato una pista di lavoro legata all'apertura del canale YouTube Alzheimer Lab, dove sono stati caricati video formativi per caregiver di anziani con demenza o Alzheimer, per sostenerli nella cura al domicilio. L'**obiettivo strategico** è rendere Sacra Famiglia un punto di riferimento nella comunità per la cura di demenza e Alzheimer, riducendo la solitudine percepita dai malati di demenza e dai loro caregiver. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 legata all'adeguamento dell'offerta di servizi ai bisogni di utenti e familiari.

**Tabella 5.24. Iniziativa Alzheimer Lab**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendere sacra Famiglia punto di riferimento per cura di demenza e Alzheimer nella comunità di riferimento, riducendo la solitudine percepita da chi vive con queste patologie</li> <li>• Incrementare e migliorare i servizi rivolti alle persone anziane con Alzheimer o demenza, realizzando un approccio comunitario alla cura.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Con la chiusura dei Centri Diurni imposta dalla pandemia nel marzo 2020, Sacra Famiglia ha immaginato un'iniziativa in grado di garantire supporto e affiancamento al domicilio agli utenti di un Centro Diurno e ai loro cari, per un totale di 50 nuclei familiari. Sono quindi state girate più di cento video formativi, caricati in un canale YouTube dedicato<sup>49</sup>, dove trovare informazioni e guide per assistere le persone con demenza in tre aree di intervento: Attività fisica adattata, Stimolazione cognitiva, Supporto psicologico. La scelta delle aree di intervento è stata basata da un'analisi dei bisogni riscontrati tra i familiari degli ospiti del Centro Diurno. Nella fase iniziale dell'iniziativa, è stato garantito un supporto al domicilio tra le famiglie meno digitalizzate per familiarizzare con YouTube.</p> <p>L'esperienza si è dimostrata positiva ed è stato deciso di aprire la visualizzazione di questi video formativi a tutta la comunità di persone affette da demenza e familiari (utenti o meno di servizi di Sacra Famiglia). L'obiettivo è duplice: sostenere e formare i caregiver (formali e informali) e gli anziani con demenza; e al contempo costruire una rete di soggetti che riconoscono Sacra</p>

<sup>47</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato la dott.ssa Silvia Buttaboni, Direttore Area Anziani della sede di Cesano Boscone, e Stefania Pozzati, Direttore Sociale.

<sup>48</sup> <https://www.sacrafamiglia.org/>

<sup>49</sup> <https://www.youtube.com/channel/UCLG7vNtxOFDbHkPLhgMjMA>

## Le sperimentazioni

	<p>Famiglia come soggetto che offre servizi e interventi per la demenza.</p> <p>L'iniziativa al momento è promossa via passaparola e da associazioni territoriali del milanese oltre che dal Centro Diurno stesso e dalla Rete ad esso legata. A tendere, l'obiettivo è di estendere la formazione e l'accesso al materiale coinvolgendo maggiormente anche i medici di medicina generale.</p> <p>Dall'avvio della progettualità, 40 famiglie hanno richiesto servizi dedicati alla demenza, dopo aver visto i video.</p> <p>La formazione dei dipendenti interni protagonisti dei video formativi è stata gestita dall'Ufficio comunicazione di Fondazione.</p>
Destinatari dell'iniziativa	Anziani con demenza o Alzheimer e loro familiari
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente tecnologica nella formazione ai familiari e agli assistenti familiari</li> <li>• Dimensione comunitaria e di sensibilizzazione dell'iniziativa, che coinvolge le persone sulla base della condizione di bisogno, senza distinguere tra utenti e non dei servizi dell'Ente.</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	Creare una rete di potenziali utenti dei servizi offerti da Sacra Famiglia, diventare un punto di riferimento nella gestione della demenza e rafforzare la fiducia nell'ente.
Anno di avvio e stato di avanzamento	2020, tuttora attiva
Partner di progetto e loro ruolo	Fondazione di Comunità Milano Città Sud Est, Sud Ovest e Adda Martesana in qualità di finanziatore
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	Finanziamento ad hoc da Fondazione di Comunità Milano Città Sud Est, Sud Ovest e Adda Martesana (legato anche a Portale Parenti, si veda Scheda dedicata)
Presenza di una componente tecnologica	Applicazione YouTube
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	<p>Due indicatori principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero di visualizzazioni dei video</li> <li>• Trasformazione delle visualizzazioni in contatti con Fondazione per accesso a servizi</li> </ul>

**Ente: ISRAA – Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani<sup>50</sup>**

**Cantiere aperto:** Rispondere al target Alzheimer e demenze attraverso una rete di servizi specializzata.

ISRAA<sup>51</sup> ha avviato molteplici servizi al domicilio per persone con decadimento cognitivo, nel tempo ricondotte a una Rete formale, coordinata da un gruppo di lavoro specializzato. Dopo un primo finanziamento da parte della Conferenza dei Sindaci, dal 2010 la Rete Alzheimer è finanziata stabilmente dalla Azienda ULSS e si articola in molteplici attività: gestione dei Caffè Alzheimer e dei Centri di Solievo, oltre che di un servizio di consulenza gratuito al domicilio e di una linea telefonica dedicata alle demenze. A questi si aggiungono ulteriori progettualità legate a opportunità specifiche fornite da finanziamenti ad hoc sul tema. L'**obiettivo strategico** della Rete è di fornire un ventaglio di risposte ampio e personalizzabile alla gestione del decadimento cognitivo, evitando l'accesso inappropriato o prematuro ai servizi residenziali. Inoltre, l'obiettivo è di ampliare la platea di utenti dei servizi, da accompagnare nelle diverse fasi della filiera all'evolvere del bisogno. L'iniziativa risponde alla sfida 2020 legata all'adeguamento dell'offerta assistenziale dei servizi rispetto ai bisogni di famiglie e utenti.

**Tabella 5.25. Rete Alzheimer**

Obiettivo strategico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dare risposta alle problematiche legate al decadimento cognitivo con un'offerta ampia e competenze specializzate;</li> <li>• Garantire che l'accesso in strutture residenziali avvenga al momento opportuno rispetto al decorso della malattia, non per l'esaurimento dei caregiver al domicilio;</li> <li>• Diventare un punto di riferimento nel territorio per la gestione della patologia;</li> <li>• Aumentare la platea di utenti dei servizi grazie ad una rete multi-dimensionale che copre diversi stadi della malattia.</li> </ul>
Caratteristiche dell'iniziativa	<p>Il progetto nasce nel 2006 da una sperimentazione sviluppata nel servizio regionale SAPA, che prevedeva l'inserimento di soggetti con demenza in strutture residenziali per un massimo di 60 giorni, cui seguiva la dimissione. Il momento della dimissione era vissuto con grande difficoltà dalle famiglie, che erano impreparate alla gestione dell'anziano al domicilio. Per questo motivo, ISRAA ha avviato la sperimentazione con 12 famiglie di un supporto al domicilio nel momento successivo alla dimissione, ottenendo buoni risultati in termini di empowerment delle famiglie e di capacità di gestione della patologia al domicilio.</p>

<sup>50</sup> Ringraziamo per il tempo dedicato il dott. Giorgio Pavan, Direttore Generale, il dott. Luigi Pavan, Responsabile dell'Assistenza, la dott.ssa Silvia Vettor, Responsabile Rete Alzheimer.

<sup>51</sup> <https://www.israa.it/>

	<p>Sulla scorta di questa esperienza è stata avviata una sperimentazione più ampia, con il supporto dell'ULSS locale e della Conferenza dei Sindaci. Quest'ultima da 12 anni finanzia con circa €100 mila all'anno quella che è diventata stabilmente la Rete Alzheimer, un servizio che risponde alle esigenze delle persone con demenza e loro congiunti in setting domiciliari. Il budget della ULSS finanzia un team di 10-12 persone, in parte dedicate full time in servizio alla Rete, in parte attivate al bisogno, che coordinano tutte le attività.</p> <p>In particolare, ogni anno la Rete coinvolge 600 famiglie del Distretto di Treviso con più interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinque Caffè Alzheimer, gestiti in collaborazione con l'ULSS 2. In ogni Caffè vengono svolti 12 incontri di gruppo all'anno tra caregiver e professionisti del settore;</li> <li>• Assessment, svolto al domicilio di circa 300 anziani / anno, per l'idoneità a ricevere l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD), un contributo economico erogato da Regione del Veneto per l'assistenza al domicilio, pari a 420€/mese per due anni, successivamente soggetto a una nuova valutazione per una eventuale proroga di ulteriori due anni, qualora sussistano le condizioni cliniche.</li> <li>• SAPAD (Servizio Alta Protezione Alzheimer Domiciliare): un servizio gratuito di consulenza specializzata alle famiglie, articolato in 8 incontri al domicilio, che coinvolge circa 140 nuclei all'anno e vede intervenire figure professionali diverse a seconda delle esigenze delle singole situazioni (es. per organizzare il mobilio, dare sollievo al caregiver, ...). Molte famiglie scelgono di continuare il percorso dopo l'esaurimento degli incontri gratuiti, pagando una tariffa per il servizio, pari a €40/incontro.</li> <li>• La gestione di 13 dei 15 Centri di Sollievo di Treviso, dove vengono intercettate ogni anno circa 150 tra caregiver e volontari che si recano al servizio per ricevere sollievo e sostegno.</li> <li>• Linea telefonica dedicata, che gestisce circa 150 contatti all'anno.</li> </ul> <p>Qualora dovesse presentarsi l'esigenza di un inserimento in struttura, la Rete può attivare il servizio all'interno dell'offerta di ISRAA.</p> <p>Oltre alle attività già descritte, la Rete è incaricata di gestire eventuali progetti e finanziamenti aggiuntivi, che possono risultare da opportunità legate a finanziamenti regionali, nazionali o europei (appoggiandosi al network Faber). La Rete ha quindi a disposizione una quota di budget fissa, cui si aggiungono opportunità di finanziamento esterno legato al tema Alzheimer.</p>
--	---

Destinatari dell'iniziativa	Anziani con disturbi cognitivi su base cascolare o neurodegenerativa, certificati dal SSN, e loro familiari
Elementi di discontinuità rispetto al passato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approccio di rete, oltre lo specialismo dei singoli servizi;</li> <li>• Forte lavoro al domicilio per ampliare la platea di utenti</li> </ul>
Risultati gestionali attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare la platea dei destinatari dei servizi</li> <li>• Dare sollievo ai caregiver grazie a risposte specializzate e flessibili</li> <li>• Consolidare il posizionamento di ISRAA sul territorio nella gestione della demenza</li> </ul>
Anno di avvio e stato di avanzamento	2006 con una sperimentazione, oggi la Rete è stabile e diffusa sul territorio
Partner di progetto e loro ruolo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborazione con ULSS 2 per la gestione di Caffè Alzheimer e del SAPAD.</li> <li>• Conferenza dei Sindaci in qualità di finanziatori attraverso il Piano di Zona</li> <li>• Servizi sociali comunali, coinvolti in attività di screening e sensibilizzazione, oltre che per trovare sinergie operative con i servizi di assistenza domiciliare già attivi o attivabili (es. trasporti, servizio igiene, pasti a domicilio);</li> <li>• Associazioni volontariato per la gestione dei Caffè Alzheimer, locali e nazionali</li> </ul>
Modalità di finanziamento e investimenti necessari	La Rete è finanziata annualmente dall'Azienda ULSS, cui si aggiungono finanziamenti legati a opportunità contingenti derivanti da progetti regionali, nazionali o europei a tema Alzheimer e demenze.
Presenza di una componente tecnologica	In collaborazione con Faber è in fase di sviluppo un modello di hybrid care, da finanziare con il contributo delle famiglie, per sperimentare interventi al domicilio in remoto (es. gestione di alcune terapie) grazie al supporto tecnologico.
Presenza di un cruscotto di indicatori di monitoraggio e valutazione ed eventuali risultati raggiunti	<p>La rete ha un sistema di misurazione della performance. Il cruscotto misura elementi relativi a tre aree: quadro comportamentale, décalage di farmaci, distress familiare.</p> <p>A livello individuale, i dati raccolti riguardano sia l'anziano (prestazioni erogate, quadro clinico e funzionale), che la famiglia (questionario family strain, scala Zarit). L'efficacia degli interventi viene misurata in modo individualizzato e personalizzato.</p> <p>Un recente studio che ha seguito per 5 anni soggetti inseriti nella Rete dimostra come solo il 5% di chi è in questo circuito entra poi in struttura.</p>

## 6. Il fattore critico personale: stato dell'arte, implicazioni di policy e gestionali

*di Elisabetta Notarnicola*

### 6.1. Il personale e le specificità del comparto socio-sanitario: multi-professionalità, esternalizzazioni e assenza di una identità settoriale

Il tema del personale nel settore socio-sanitario è iper-complesso e merita una trattazione approfondita ed esaustiva. In questa sede ci limiteremo a passare in rassegna per macro-punti quelle che sono alcune caratteristiche che connotano il settore e che in questo momento storico sono centrali sia rispetto ai trend che stiamo vivendo, sia rispetto al discorso collettivo che si sta sviluppando sul tema personale e settore anziani. È innegabile, infatti, che da alcuni mesi la “crisi del personale” aleggi nel settore e sia stata motivo di ripresa di discussioni che sono storiche (ovvero valide e presenti da decenni) ma ancora irrisolte.

Tra le diverse specificità del settore anziani in Italia (ma non solo, questo tema è valido, infatti, anche a livello internazionale) quella della **multi-professionalità** è certamente centrale. A differenza di altri comparti di welfare per i quali è possibile e relativamente semplice identificare la o le (poche) professioni di riferimento intorno alle quali ruotano i progetti assistenziali, questo è estremamente difficile nel settore LTC. In un contesto in cui i bisogni sono altamente diversificati e si tende sempre più ad andare verso proposte di presa in carico che includano a 360° aspetti diversi della vita dell'anziano e della sua famiglia, quale deve essere il professionista di riferimento? Sicuramente più di uno e sicuramente alle diverse specialità mediche si affiancano con rilevanza paritetica se non maggiore le discipline infermieristiche, le diverse tipologie di terapie (fisioterapisti, terapeuti occupazionali, etc.), di presa in carico psicologica, ma anche di professionisti del sociale (animatori, educatori etc.). Volendosi spingere fino ai temi della Silver e Longevity Economy entrano in gioco anche architetti, specialisti in ambito cultura e spettacolo, etc... se questi possono sembrare esempi “estremi”, rimanendo nel perimetro più stretto della LTC il tema rimane valido: il punto di riferimento di anziani e famiglie non può essere uno solo. Questo

porta diversi elementi di criticità. Semplificando al massimo, lato famiglia e anziani, invece che essere rincuorante in quanto arricchente, rischia di essere spiazzante: le famiglie chiedono un punto di riferimento chiaro e univoco e la mancanza nel sistema di un professionista della presa in carico multi-dimensionale fa sì che il livello di complessità che devono gestire direttamente sia molto alto. Anche nei professionisti questo genera elementi di complessità, perché implica la necessità di lavoro in équipe e con meccanismi di coordinamento ben rodati, mantra dell'integrazione socio-sanitaria. Questo fa sì che si debbano pensare percorsi formativi specifici per i professionisti che si avvicinano al settore anziani: uno psicologo neo-laureato è pronto per lavorare in équipe in RSA? E un infermiere? Un logopedista? Anche i migliori professionisti sul piano tecnico necessitano di formazione e tempo di apprendimento per poter operare al meglio in un contesto multi-professionale ad alta complessità e su queste competenze servono investimenti individuali e dei percorsi di studio. Inoltre, la multi-professionalità è critica da gestire per chi ha la responsabilità dei servizi. Essere manager in contesti brain – intensive dove la gestione dei professionisti è centrale è molto complesso (Lega, 2011), ma esserlo in contesti multi-professionali lo è ancora di più. Si dovrà tenere conto di diverse culture ed etiche professionali; di diverse skills e necessità; di diversi approcci all'anziano. La gestione diventa quindi la ricerca di un equilibrio sottile e delicato. Infine, la multi-professionalità aggiunge livelli di complessità anche nel sistema: quale deve essere lo skill mix ottimale e a cui tendere? Come definire gli standard assistenziali minimi? Come valorizzare nel modo corretto il contributo delle diverse professionalità nelle tariffe e schemi di remunerazione dei servizi? Tutte queste domande si scontrano con l'esigenza da un lato, di definire delle regole e degli standard statici e predeterminati, dall'altro con la logica della presa in carico adattabile e su misura rispetto alle esigenze individuali, anche adattando professionalità differenziate.

Il secondo macro-tema che è caratterizzante per il settore LTC in Italia è quello delle **esternalizzazioni dei servizi**. Nel tempo una buona parte dei servizi accessori e di supporto (mensa, pulizie, etc..) ma anche dei servizi assistenziali sono stati gestiti tramite esternalizzazioni a operatori specializzati in questo. La scelta di aziende e gestori è dipesa in parte da elementi strategici e di approccio al settore, ma anche (se non soprattutto) dalla ricerca di contenere i costi in senso assoluto e di ridurre al massimo la componente fissa di questi. La scelta dell'esternalizzazione ad altri ha quindi illuso di poter rendere flessibile (o variabile) un fattore produttivo che in un contesto di servizi alla persona variabile non potrebbe essere, ovvero il personale. Di fatto ci si è riusciti scaricando a terra (sui singoli lavoratori) i rischi di questa operazione e snaturando quella che dovrebbe essere una leva strategica e non un oggetto di contrattazione. Nel tempo questo meccanismo delle esternalizzazioni ha indebolito i servizi, agendo

negativamente sull'acquisizione di competenze, sulla creazione di culture aziendali e di servizio, sull'affezione e l'appetibilità del settore LTC per lavoratori e professionisti. Per i profili professionali più alti si è fatto ampio ricorso al meccanismo della libera professione che sottende logiche diverse, ma produce effetti simili alla esternalizzazione tramite terzi soggetti in termini di disaffezione e allocazione dei rischi tra datore di lavoro e lavoratore.

Il terzo macro-tema è quindi profondamente connesso al secondo ma anche al primo: in un contesto in cui la multi-professionalità genera ricchezza ma anche complessità e dove si è preferito gestire il fattore personale come un fattore di costo da controllare piuttosto che un fattore critico di funzionamento del servizio, non stranisce il fatto che non si sia ancora costituito un sentimento di identità settoriale o una sorta di rappresentatività del corpus professionale di settore. Il mondo anziani (o LTC) viene spesso visto come un **ripiego o un settore di transito** prima di approdare in mondi meglio percepiti e stimati (come la sanità, prima tra tutte). Esistono chiaramente eccezioni, e il periodo pandemico ha portato alla luce anche casi di grande dedizione e affezione, ma guardando alla situazione media del settore emerge un quadro di lavoratori non soddisfatti e in attesa di ricollocarsi in altri contesti.

È evidente che tutte queste tematiche contribuiscono ad aggravare la crisi del settore determinata dalla carenza strutturale di professionisti (infermieri, medici e altri operatori) nel nostro Paese. Se i professionisti sono pochi e il settore LTC è scarsamente attrattivo perché iper-complesso, in cerca di un baricentro professionale, scarsamente competitivo sul tema della valorizzazione delle risorse umane e senza una chiara identità, rischia di crearsi un circolo vizioso per cui i professionisti disponibili sono pochi in assoluto, sempre meno per il settore e quindi con un settore sempre più debole.

È certamente arrivato il tempo di dedicare tempo ed energie a comprendere lo stato dell'arte ed a immaginare strategie che agiscano su più livelli: individuale, di servizio, di sistema di welfare, di modelli di formazione e di politiche del lavoro. Nei paragrafi che seguono si cerca di mettere a fuoco dati ed esperienze dei gestori per avviare il dibattito.

## **6.2. Alcuni numeri circa le professioni assistenziali nel settore LTC in Italia**

Rispetto al settore LTC e ai suoi lavoratori è possibile ricostruire il quadro facendo riferimento ad alcune fonti molto recenti, che riassumono diversi dati a livello nazionale. Le fonti più recenti e qui utilizzate sono il rapporto di Amnesty International 2021 sul lavoro nel settore anziani in tempo di Covid-19 e il Rapporto del Network Non Autosufficienza 2021. Oltre a dati originali, a loro volta queste fonti fanno riferimento ad altre che portano dati nazionali: la prima usa dati CGIL e ISS e la seconda dati ISTAT. Per brevità e potendo consultare liberamente le fonti citate, di seguito si riprendono le evidenze principali.

Il rapporto Amnesty International (2021) traccia un identikit dei lavoratori del settore LTC in Italia, post Covid-19, dandoci anche preziose informazioni di confronto con il panorama internazionale. Ecco alcune informazioni molto rilevanti:

- 85% delle persone che lavorano nel settore sono donne e il 12% hanno un background migratorio. La vulgata comune vorrebbe questa percentuale molto più alta, mentre invece la stragrande maggioranza dei lavoratori sono di cittadinanza italiana.
- Gli stipendi nel settore sono sensibilmente più bassi rispetto a quelli del settore sanitario pubblico: se il compenso orario medio negli ospedali pubblici in Italia è di circa 15€, nel settore socio-sanitario e socio-assistenziale scende a circa 11 € (per personale socio-sanitario e socio-assistenziale).
- I lavoratori/trici con contratti esterni presso cooperative nel settore potrebbero ammontare a 380.000, arrivando in alcune strutture a toccare quota 75% del totale.

Questa profilatura coincide con quanto raccontato nel paragrafo di apertura e fornisce dei dati interessanti di posizionamento strategico del settore rispetto al tema. La questione della scarsità o numerosità dei professionisti è poi ugualmente strategica. Il dato di partenza da cui iniziare a riflettere è quello che confronta gli standard italiani con benchmark internazionali. Infatti, secondo OCSE (2020) il dato medio italiano è di 2 operatori/trici (senza entrare nel merito della tipologia) ogni 100 over65. La media dell'area OCSE è però oltre il doppio, essendo di 5 operatori/trici ogni 100 over65. In questo contesto, si innesta poi l'ulteriore carenza esplosa tra il 2020 e il 2021: FNOPI (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche) denuncia l'assenza di 60.000 infermieri solo nel comparto LTC. Se aggiungiamo anche le carenze di medici e OSS, il quadro è ben più compromesso. L'Italia è quindi rappresentata come un Paese in cui i lavoratori dedicati al settore sono pochi e che sta risentendo più di altri della crisi delle professioni assistenziali degli anni '20.

Pelliccia (2019) ha poi elaborato i dati rispetto al mix delle diverse figure professionali attualmente impegnate nei servizi per anziani nelle varie regioni. Ne emerge il seguente quadro:

- La figura più diffusa è l'OSS (52,4%), seguita da “altri addetti all'assistenza alla persona” e dagli infermieri (16,5%). Guardando al mix dei diversi professionisti a livello nazionale, prevale la macro-area definita intermedia (psicologi, OSS, educatori e la voce residuale “altri addetti assistenza persona”) che da sola copre il 75,4% dei lavoratori, a riprova

della natura intermedia dei servizi residenziali per anziani. Le figure sanitarie in senso stretto pesano per il 22% e quelle socio-assistenziali vere e proprie per il 2,5%.

- In termini di numero di operatori il dato medio nazionale per i servizi residenziali per anziani (RSA) è di 0,51 addetti per posto, con la maggior parte delle regioni si colloca nella fascia tra 0,45 e 0,55. A livello nazionale, quasi un quarto del personale dei presidi è assorbito dalle attività di supporto (23,2%), mentre le attività dirette sull'ospite coinvolgono il 76,8% dell'organico.

Questi dati confermano il tema della multi-professionalità ma aprono anche il discorso a riflessioni sulla intensità assistenziale promossa in alcuni servizi.

### **6.3. 2021: l'esplosione della crisi del personale**

Una discussione recente, ma con radici lunghe nel passato, è quindi quella riguardante la scarsità (in termini numerici) di personale assistenziale e sanitario, in particolare rispetto al profilo degli infermieri. Come già detto, la tematica, ovvero la difficoltà a reperire ed assumere un numero adeguato di professionisti (potendo anche valutare la professionalità e le competenze acquisite) non è originale del 2021, ma ha trovato nuova enfasi in virtù di alcuni fenomeni che si sono trovati in concomitanza negli ultimi mesi, ad esempio:

- a. L'onda lunga delle assunzioni straordinarie in sanità, che hanno attirato risorse dagli altri comparti;
- b. Una carenza strutturale di professionisti formati, in virtù del modello universitario e di formazione professionale italiano;
- c. Il pensionamento nel 2021 di alcune coorti anagrafiche significative in termini numerici;
- d. Il rallentamento dei flussi di lavoratori da numerosi Paesi europei ed extra europei dovuto a Covid-19 e alla congiuntura economica negativa;
- e. Il carico emotivo e nervoso gestito dai lavoratori in servizio durante la prima e seconda ondata e che ha determinato richieste di permessi, esenzioni e cambiamenti nei percorsi di carriera.

Tutti questi elementi, innestati su una situazione strutturale come quella descritta nei paragrafi 6.1 e 6.2, hanno generato una combinazione esplosiva. Rispetto al personale (ed in particolare alle figure di infermieri e di altri professionisti dell'assistenza) il settore LTC italiano è estremamente debole perché parte da una situazione in cui i professionisti sono pochi (in funzione dello standard), con condizioni contrattuali non competitive se paragonati ad altri comparti, spesso scarsamente motivati, oggi provati dal lungo periodo pandemico e senza

il ricambio in termini di nuove leve necessario. Alcuni episodi aneddotici registrati nella seconda metà del 2021 raccontano di strutture residenziali per anziani che, a fronte di pensionamenti o licenziamenti, non sono riuscite a sostituire infermieri o altro personale assistenziale e hanno dovuto ridurre i posti gestiti e gli ospiti accolti per poter rispettare gli standard di accreditamento. In altri casi sono state le stesse istituzioni preposte (le Regioni) a concedere deroghe al rispetto degli standard per consentire di gestire situazioni oggettive di carenza di operatori. Contemporaneamente c'è stata una corsa all'avvio di corsi di formazione professionali per aumentare il numero di OSS e compensare così la carenza di personale. In molti casi questi non sono stati però una soluzione perché o hanno attratto pochi partecipanti, o partecipanti non motivati che molto velocemente hanno poi abbandonato le posizioni lavorative acquisite.

### 6.3.1 *L'esperienza di OLTC, esiti di una survey*

In modo molto trasversale in tutto il Paese ci si trova quindi con una diffusa crisi del personale del socio-sanitario. Questo tema è stato l'oggetto di una attività di ricerca realizzata tramite una survey ai gestori che partecipano all'Osservatorio LTC. La survey è stata somministrata nei mesi di settembre – ottobre 2021 e ha ottenuto le risposte di 16 grandi gestori<sup>1</sup>. Obiettivo della survey era triplice: verificare l'entità della crisi del personale, verificare quelle che sono percepite come cause scatenanti di questa crisi e i relativi impatti sui servizi, indagare le strategie messe in atto per contenere la crisi.

Tutti i rispondenti hanno confermato, che a ottobre 2021 il personale era considerato un “problema” all'interno della propria organizzazione.

A richiesta di specificare quale fosse l'elemento di criticità riscontrato rispetto al personale le indicazioni sono state le seguenti (Tabella 6.1):

- Nel 94% dei rispondenti si dice che il personale è problematico in virtù della carenza strutturale di professionisti (ovvero scarsa o assente disponibilità di candidati o risorse).
- Nel 56% dei casi si dice che critica è anche la motivazione del personale che in funzione di condizioni contrattuali e livello di retribuzione.
- Nel 38% dei casi si dice che anche il burn out è un elemento di criticità.

---

<sup>1</sup> Gli stessi ricercatori in un altro contesto di ricerca (percorso formativo rivolto a professionisti del socio-sanitario) hanno svolto una analisi simile basata su questionario su un gruppo di altri 18 enti gestori (diversi da quelli partecipanti a OLTC). Gli esiti sono coerenti con quelli qui presentati. Questo porta a confermare che nonostante il campione sia piccolo è comunque rappresentativo di quanto sta accadendo nel settore.

**Tabella 6.1. Quali sono gli elementi di criticità nella gestione del personale? Survey 2021**

Quali sono gli elementi di criticità nella gestione del personale?	% del campione
Carenza strutturale del personale (ovvero scarsa disponibilità nel mercato)	94%
Scarsa motivazione del personale legato alla retribuzione e condizioni contrattuali	56%
Burn out del personale assistenziale	38%
Licenziamenti inattesi	25%
Pensionamenti	25%
Scarso senso di appartenenza all'organizzazione in cui operano	19%
Scarsa preparazione del personale in entrata e scarso aggiornamento delle competenze	19%
Scarsa motivazione del personale rispetto alle mansioni svolte	13%
Carenza / mancanza di candidature per la vostra organizzazione	13%
Richieste di permessi ed esoneri	6%

Questi primi elementi ci confermano due cose: la prima riguarda il tema della disponibilità / carenza numerica; il secondo però ci dice che non è solo questo e che tra il personale disponibile ci sono comunque delle questioni critiche. Se da un lato reperire professionisti è complicato non bisogna dimenticarsi della gestione e del benessere di chi è già nel sistema. Questo impatta, infatti, oltre che sui singoli individui anche sulla qualità dei servizi e indirettamente sulla reperibilità di nuove risorse perché incide sulle percezioni di soddisfazione del lavoro nel settore.

Altre tematiche sono state citate con una frequenza inferiore:

- Il tema dei licenziamenti e dei pensionamenti precoci che hanno drenato unità di personale dal settore è stato indicato come critico nel 25% dei casi.
- Il tema dello scarso senso di appartenenza verso l'organizzazione così come il livello di competenze e preparazione sono stati indicati dal 20%.
- La scarsa motivazione al lavoro solo dal 13%.

Queste considerazioni valgono nel caso degli infermieri, dei medici di struttura e degli OSS, anche se rispetto a questi ultimi solo il 10% dei rispondenti ha indicato di vivere una situazione critica. Rispetto ai servizi maggiormente toccati invece viene indicato il servizio residenziale (90% dei rispondenti) oltre a servizi diurni o domiciliari (solo il 10% dei rispondenti).

Rispetto alle stesse tematiche è stato chiesto anche quanto questi fenomeni oltre che presenti (come visto nella Tabella 6.1) fossero ritenuti critici rispetto alla situazione vissuta a ottobre 2021. Si intendeva in questo indagare

l'intensità del fenomeno e il livello di “gravità” (se possibile chiamarla tale) della situazione. Le evidenze confermano quanto già detto ovvero:

- La carenza strutturale di personale ha ottenuto un punteggio medio di 9,50 su 10 rispetto a quanto è ritenuto grave in questo momento.
- La scarsa motivazione del personale rispetto a retribuzione e contratti ha ottenuto un punteggio di 7.
- Tutte le altre opzioni punteggi inferiori a 6 su 10.

Questi dati rispecchiano la situazione reale: il tema della scarsità numerica è trasversale e vale in tutte le zone del paese e tutti i servizi. Gli altri fenomeni invece sono interconnessi con le specifiche scelte gestionali degli operatori, le differenze tra modelli di gestione e forme giuridiche e differenze nelle politiche del personale. Questo non vuol dire che non siano fenomeni meno rilevanti: non sono però univoci e hanno specificità e differenze notevoli da gestore a gestore.

### *6.3.2 Analisi della carenza strutturale di personale*

Concentrandoci ora solo sulla problematica della carenza di personale si è chiesto ai gestori quali fossero le percentuali di professionisti mancanti riscontrate a ottobre 2021. La risposta è variabile ma dà il segnale trasversale di una carenza rilevante:

- Per gli infermieri si parla in media di una assenza del 26% di professionisti *full time equivalent* (FTE) ma con picchi di gestori che segnalano di essere alla ricerca del 50% degli infermieri.
- Per i medici di struttura si parla del 18% di carenza in media con picchi del 40% di assenza.
- Per gli OSS il dato è del 13% dei professionisti FTE mancanti, con picchi del 30% di assenza.

I rispondenti confermano che queste percentuali sono tali dalla primavera 2020 (quindi da oltre 18 mesi) e che certamente Covid-19 ha acuito la problematica preesistente.

Rispetto alle ragioni individuate come alla base della carenza strutturale di personale due fenomeni sono emersi come più significativi ovvero:

- La scarsa numerosità di professionisti formati e disponibili a operare nel settore anche in funzione di una scarsità di medici e infermieri in senso assoluto (si veda più sopra paragrafo 6.2). I gestori raccontano di offerte di assunzioni andate deserte o con un numero scarsissimo di candidati che impedisce di fare una vera selezione.

- La concomitante attrattività del settore sanitario pubblico (SSN), dato che sono stati recentemente indetti concorsi o riaperte graduatorie per infermieri e medici.

Il secondo tema qui citato è cruciale e apre la porta a considerazioni più ampie sull'attrattività del settore, come anche emerge dai punteggi assegnati ad altre regioni (Tabella 6.2). In un momento in cui gli operatori sono pochi, entra in gioco l'attrattività dell'offerta di lavoro e quella del settore socio-sanitario risulta "perdente" in molti confronti e per diverse ragioni. Entrano infatti in gioco: il tema contrattuale e retributivo, il prestigio percepito, la qualità del lavoro percepito, il benessere individuale percepito. Lavorare nel comparto anziani, sia per infermieri che per i medici non è conveniente economicamente perché in sanità (sia pubblica che privata) possono ambire a retribuzioni e garanzie migliori. È percepito come meno qualificante e meno complesso, altamente usurante e a basso valore aggiunto. È quindi percepita come scelta di serie "B" di fronte all'alternativa di impiego in ambito ospedaliero o in servizi di sanità territoriale.

**Tabella 6.2. Quali sono le ragioni che hanno portato a carenza del personale? Survey 2021**

Rilevanza dei diversi fenomeni nel determinare la carenza del personale, da 0 a 10 (molto rilevante).	Media
Carenza strutturale di offerta (non ci sono abbastanza operatori nel mercato)	8,73
Concorsi pubblici indetti per l'assunzione di personale assistenziale	8,43
Scarsa attrattività dei servizi socio-sanitari rispetto alla filiera sanitaria	7,40
Incapacità dei provider del settore di esprimere una domanda appropriata	5,57
Inadeguatezza dei contratti proposti per tutele e retribuzione rispetto alle aspettative dei lavoratori	5,50
Scarsa attrattività dell'Italia per lavoratori esteri	4,50
Vaccinazioni obbligatorie e Green Pass	2,50

### 6.3.3 Strategie attuate

L'ultima parte del questionario chiedeva con domanda aperta di descrivere in che modo i diversi gestori stessero cercando di far fronte alla scarsità di personale. Le strategie dichiarate possono essere riassunte in quattro diversi approcci:

1. Una possibile strategia è quella della ricerca di personale assunto da paesi esteri. Diminuito l'afflusso da alcuni paesi europei, oggi si cerca di stringere accordi direttamente con consolati esteri costruendo alleanze strategiche concentrate in alcune aree geografiche. Sono stati citati paesi dell'area dell'ex-Jugoslavia, del nord Africa e del centro America. Si cercano paesi che propongono profili con percorsi formativi affini a quanto

erogato in Italia o che per pongono limitate barriere culturali e sociali rispetto al trasferimento per motivi lavorativi. È bene ricordare che questa è stata una delle strategie che ha permesso di posticipare questa crisi fino ad oggi (nonostante la percentuale di personale straniero sia più bassa di quanto si possa immaginare, vedi sopra) ma che il fenomeno ha cambiato completamente connotazione nel 2020 sia per la tipologia di aspettative e attese dei lavoratori, sia rispetto ai paesi e soggetti con cui si stringono alleanze.

2. Una seconda strategia riguarda un maggior ricorso ad intermediari quali agenzie di lavoro o simili. In questo caso si punta sulla capacità di questi soggetti di intercettare candidati per conto del settore. Questa viene vista come una strategia temporanea, finalizzata a gestire situazioni contingenti o per garantire il rispetto degli standard. Rispetto ai temi trattati in questo capitolo, ed in particolare a quello dell'esternalizzazioni, questa strategia rischia di avere un impatto più negativo che positivo spostando l'orizzonte di analisi al medio periodo e di fatto non è risolutiva del problema perché non incide sul problema di partenza.
3. Una terza opzione è quella di lavorare sull'attrattività delle offerte di lavoro, sia in termini di offerta in senso stretto (retribuzione, tutele contrattuali e benefit) sia rispetto all'attrattività della posizione e del contesto organizzativo. In questo caso si cerca di agire sulle caratteristiche del settore, investendo su due tematiche già indicate più sopra come critiche. Si tratta di capire però rispetto a chi e cosa viene aumentata questa attrattività. Rispetto al settore sanitario che anche vive il tema della carenza di personale? Rispetto a concorrenti del settore LTC? Se non diventa una strategia collettiva e condivisa si rischia così di innescare una lotta al rialzo che potenzialmente va a depauperare risorse del settore, distruggendo valore invece che creandolo.
4. Altro approccio è quello di puntare sull'offerta formativa in-house in modo da formare il proprio personale e poi trattenerlo. Questo oggi è stato interpretato in due direzioni: rispetto a OSS e simili, facendo diventare le strutture per anziani e i loro gestori soggetti formatori che si collocano direttamente sul mercato per offrire non solo il lavoro ma anche la formazione professionale; rispetto a infermieri e medici l'investimento è stato fatto invece sui tirocini universitari, investendo su accordi e collaborazioni stabili che possano diffondere una cultura del settore.

Ognuna di queste strategie è legittima e porta a risultati nel breve o medio periodo. Si tratta di capire però in che modo queste incidono sul settore nel suo complesso e anche sul futuro delle professioni e dei servizi. In sintesi, si possono attuare strategie che:

- Non risolvono il problema della carenza numerica per il sistema, ma puntano a risolverlo per il singolo servizio / gestore, attirando professionisti da altri setting.
- Cercano di risolvere alla radice il tema della carenza numerica agendo sui percorsi formativi, ma daranno riscontro solo nel medio periodo e lasciano nel frattempo i servizi e i gestori senza soluzione.
- Cercano di ribaltare o aggirare il problema non basandosi sulla ricerca a tutti i costi di un professionista in più, ma puntando sulla rimodulazione dell'offerta assistenziale e del mix multi-professionale.

Tra tutte, le strategie dell'ultimo tipo sono quelle che possono produrre maggior valore per il sistema e contribuire a risolvere la tematica personale nel medio-lungo periodo. Sono però anche più difficili da attuare perché si basano su una logica di settore e non di singolo operatore e devono essere sostenute da un alto livello di collaborazione tra enti e aziende.

Le evidenze internazionali confermano che il numero di operatori e di ore previste dagli standard italiani sono bassi (Guaita, 2021) per cui certamente si dovrà investire e trovare modalità per aumentarne il numero<sup>2</sup>. Questo però non deve farci dimenticare che oltre a più operatori ci servono operatori meglio e più formati ma anche operatori che siano pronti a gestire modelli di servizio diversi dal passato e a modificare la classica impostazione vigente soprattutto nei servizi residenziali. Alcune evidenze sul panorama italiano già esistono<sup>3</sup> (Barsanti, 2021) e Covid-19 ha contribuito a rendere visibile questo tema anche agli occhi di chi gestisce (si pensi ai casi di innovazione riguardanti la formazione del personale citati in questo stesso Rapporto, Capitolo 5). Per questo parliamo di ripensare i modelli di servizio: non è possibile pensare semplicemente di aggiungere unità di personale fino a che sarà necessario, questa è una corsa utopistica alla ricerca di un professionista in più che non può che essere dannosa. Si deve

---

<sup>2</sup> “Nel 2015, in un’analisi del sistema *Compare* delle Nursing Homes appartenenti al programma Medicare statunitense, la Commissione federale determinava per ogni assistito lo standard in grado di assicurare la qualità della cura, individuandolo in 2,8 ore al giorno di Nurse Aids (corrispondente a interventi di Asa o Oss) e in 1,3 ore al giorno di personale sanitario professionale (rapporto di 0,82). In uno studio più recente sui dati di grandi catene gestionali americane di diversa natura, veniva riportato uno standard reale verificato medio di 1.369 minuti, 3,2 ore a residente, con un rapporto di 0,64, riferito solo e strettamente al personale di assistenza diretta, Nurses e Nurse Aides” (Guaita, 2021).

<sup>3</sup> “Uno studio su 28 Rsa ha analizzato i fattori che possono influenzare la soddisfazione e il coinvolgimento sul lavoro degli infermieri. I principali determinanti fanno riferimento ai seguenti aspetti: le opportunità di formazione, la collaborazione con i colleghi, il supporto del supervisor e la possibilità di prendere decisioni. Nondimeno, il già citato studio sulla Regione Toscana ha concluso che le Rsa di miglior qualità ed efficienza sono quelle che investono maggiormente sulla formazione degli operatori” (Barsanti, 2021).

pensare ad un nuovo equilibrio ed a dare una nuova connotazione al settore LTC e ai suoi professionisti.

#### **6.4. Piste di lavoro e possibili soluzioni**

Gli elementi fin qui discussi e il dibattito avviato in seno all'Osservatorio LTC ci portano a chiudere questo Capitolo passando in rassegna tre possibili strade per il futuro, con i diversi pro e conto e tenendo conto di quanto compreso sulle strategie già adottate dai gestori (vedi paragrafo precedente).

##### *6.4.1 Aumentare il numero degli operatori disponibili*

È innegabile che, nonostante tutto, si dovrà anche lavorare per fare del settore assistenziale un possibile settore volano di crescita e occupazionale. Per aumentare il numero dei professionisti si dovrà lavorare su diversi temi:

- Il percorso formativo (universitario e professionale) deve essere maggiormente ed esplicitamente orientato al comparto anziani. Questo sia per migliorare la diffusione di competenze specifiche e specialistiche ma anche per preparare al meglio i professionisti dandogli gli strumenti e competenze per operare in un settore complesso.
- Le modalità di recruitment: il settore è spezzato tra aziende di natura pubblica e privata che hanno modelli, logiche e processi di recruitment molto diversi. È necessario attivare una riflessione su questo tema e definire percorsi di selezione che siano efficaci e precisi nel selezionare profili di valore, potendo fare offerte lavorative percepite altrettanto valide.
- La leva contrattuale e retributiva non è l'unica ma certamente ha un grande rilievo. L'esistenza di tantissimi contratti utilizzati nel settore e la differenza di proposte di carriera e di retribuzione, rende le aziende del settore LTC deboli. Nel medio periodo diventano lesivi per il sistema.

Qualunque sia di questi aspetti quello centrale, è evidente che il singolo gestore può ben poco da solo e devono essere attivate dinamiche collaborative e di condivisione delle scelte e delle politiche. Inoltre, puntare su un aumento dei lavoratori disponibili è qualcosa di attivabile nel medio periodo, certamente non nel breve.

##### *6.4.2 Modificare il mix di figure professionali*

Si è detto sopra che il settore è caratterizzato da multi-professionalità ma anche che il sistema a tariffe o simili, semplifica talmente tanto l'offerta da far passare in secondo piano il lavoro fatto con e sui singoli professionisti. Se il tema critico

è la carenza di certi profili, e questi non sono quelli core per il servizio, possiamo rivedere il modo in cui servizi funzionano (come mix del personale e investimenti fatti sulle singole professioni). La razionalizzazione e sistematizzazione del lavoro in équipe può portare a identificare professionisti altri (per profilo) che possano partecipare ai servizi, ridefinendo l'equilibrio numerico operatore-anziano. Per poter fare questo serve un lavoro di concertazione e condivisione con i direttorati regionali (o gli uffici di competenza) ma potenzialmente può dare dei risultati già in breve periodo.

#### *6.4.3 Rimodulazione dei servizi*

Andando ad agire sui mix professionali necessariamente si rimettono in discussione anche i modelli di servizio stessi. Ancora prima di altre strategie, una riflessione sul “cosa” si sta facendo, con chi e per chi è sempre (dall'esperienza diretta) bene e consente di non dare per scontato che si debba continuare a perpetuare modelli di servizio immutati e sulla base degli standard amministrativi – normativi. Si è già discusso in altri Capitoli (2, 3 e 4) delle diverse ragioni per cui è il momento di ripensare il sistema di offerta LTC e la crisi del personale si aggiunge a queste.

#### *6.4.4 Un gioco di squadra*

Qualsiasi sia la strategia scelta la portata è tale da non essere possibile e fattibile per un gestore singolo o un singolo servizio. Queste strade sono percorribili a due condizioni: se agite a livello di sistema, dai gestori e policy makers all'uni-sono, ma anche se agite con il personale stesso, lavorando allo stesso tempo anche sulla qualità e sulla soddisfazione dei lavoratori del settore LTC.

### **Bibliografia**

Amnesty International, 2021, *Messi a tacere e inascoltati in piena pandemia*, report di ricerca, <https://www.amnesty.org/en/documents/eur30/4875/2021/it/>

Arlotti M., Parma A., Ranci C., 2020, *Residenze per anziani e carenza di personale. Un'ulteriore emergenza nell'emergenza pandemica*, Welforum, 30 dicembre 2020.

Barsanti S., 2021, *I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito*, in (a cura di) NNA - Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto 2020/2021*. Punto di non ritorno. Maggioli.

Guaita A., 2021, I servizi residenziali (I). Guardare indietro per andare avanti, in (a cura di) NNA - Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno. Maggioli.

Lega, F., 2011, Management dell'azienda brain-intensive: schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali. EGEA.

OCSE, 2020, Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly, <https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>

Pelliccia L., 2019, Presidi residenziali per anziani: quali figure professionali operano nelle varie Regioni?, in [www.luoghicura.it](http://www.luoghicura.it), 12 dicembre.

## 7. Criticità e opportunità nel settore LTC italiano: proposte di innovazione per gestori dei servizi e regolatori del sistema

*di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo*

Il presente Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS SDA Bocconi offre una fotografia aggiornata del settore LTC in Italia rispetto a cinque macro-tematiche, descritte nei paragrafi seguenti: a) il quadro di sintesi dei bisogni e del tasso di copertura dei medesimi tramite welfare pubblico; b) la disponibilità e l'utilizzo di dati riguardo il bisogno espresso e l'offerta di servizi, le caratteristiche e domande delle famiglie, i gestori attivi e i loro servizi; c) lo stato dell'arte delle iniziative di cambiamento da parte dei gestori di servizi; d) le carenze di personale; e) alcune proposte strategiche per policy maker e per gestori.

### 7.1 La LTC in Italia: sintesi dei dati disponibili e della fotografia del settore

I nuovi dati ISTAT sintetizzati nel Capitolo 1 confermano l'aumento del numero e della complessità del profilo della popolazione anziana, ribadendo la generale diffusione di patologie croniche, di condizioni di multi-morbidità e difficoltà di accesso ai servizi. Alcune emergenze risultano nei dati aggiornati particolarmente critiche, e riguardano:

- *una profonda iniquità Nord-Sud* nel Paese: nel Meridione gli anziani stanno peggio in termini di salute, hanno meno servizi, sono redditualmente e patrimonialmente più poveri, hanno meno reti sociali. I trend sono, inoltre, in peggioramento;
- *una crescente iniquità sociale*: il ruolo del livello di reddito e di istruzione nel determinare l'incidenza di non autosufficienza e accesso a servizi assistenziali per anziani è determinante e i dati 2019 lo mostrano ancora più chiaramente che in passato;

- *l'entità del fenomeno non autosufficienza*: la nuova rilevazione ISTAT mostra una diffusione delle condizioni di non autosufficienza ancora più grande che in passato, perché finalmente considera nei criteri di inclusione della rilevazione dei dati anche i disturbi mentali e le demenze, come da tempo era evocato dai criteri geriatrici riconosciuti. In precedenza vi era, invece, un focus esclusivo sulla non autosufficienza fisica e funzionale, che offriva una vista parziale del fenomeno. Con i nuovi criteri adottati nella rilevazione, la prevalenza delle condizioni di non autosufficienza è pari al 28,4% della popolazione over65, per un totale di 3,8 milioni di persone (ovvero poco più del 6% degli italiani);
- *le scarse capacità di copertura del bisogno del welfare pubblico*: il calcolo più preciso della prevalenza delle condizioni di LTC fa scendere il tasso di copertura del bisogno al 7,2% considerando i servizi residenziali socio sanitari; al 0,7% considerando i centri e i servizi diurni; l'ADI copre il 22% del bisogno con una intensità media per assistito che continua a essere modesta (15 accessi/anno per assistito, al punto di dover escludere il concetto di presa in carico). Anche volendo generosamente considerare tutti i servizi come capaci di una presa in carico o di una copertura reale del bisogno, il welfare pubblico non arriva al 30% degli anziani in condizioni di LTC.

Sappiamo che la componente pubblica rappresenta una quota relativamente modesta dei servizi per la LTC, in cui la parte prevalente è rappresentata dal mercato informale della cura e dal *caring* diretto da parte delle famiglie, che va letto congiuntamente al basso tasso di occupazione femminile nazionale (causa o effetto?). Sintetizziamo quindi qui e nel Capitolo 2 le dinamiche nel modello di cura maggioritario, ovvero quello informale. Il dato aggiornato al 2020 delle badanti è 1,094 milioni, comprendendo sia quelle regolari che irregolari. Il 2020 ha visto il tentativo di regolazione del fenomeno tramite gli interventi di sostegno all'economia conseguenti Covid-19 che, però, sul target badanti non ha offerto i risultati sperati, in quanto le richieste sono state molto meno del budget che era stato messo a disposizione. Alcune ricerche riferite al 2020 (si veda il Capitolo 2) mostrano un cambiamento nel profilo badanti:

- vogliono restare in Italia per sempre (o almeno a lungo termine);
- la maggior parte è in Italia da >15 anni, confermando con i fatti le intenzioni;
- la maggior parte è convivente con l'anziano servito, costretta ad adottare lo stile di vita dell'assistito, soffrendo pertanto di un forte isolamento sociale e di scarsa vivacità esistenziale e professionale;
- si sono fermati gli arrivi dall'America Latina a favore di altre provenienze;

- denotano una attitudine forte verso la tecnologia, almeno rispetto i *personal device*, anche correlata alla necessità di mantenere legami con il paese d'origine e di gestire la socialità essendo confinati in casa insieme all'anziano;
- si percepiscono professionalmente preparate anche se non hanno ricevuto alcuna formazione specifica;
- durante Covid-19, 1 su 4 è stata disoccupata per lunghi periodi, le cause sono diverse: il cresciuto turn-over degli anziani, la protezione da contatti esterni, la maggiore presenza di potenziali *caregiver* familiari in casa grazie allo smart working.

L'immaginario collettivo della badante che "sacrifica alcuni anni della sua vita per tornare in patria mettendosi al servizio di una o più famiglie" non è quindi veritiera. Si sta stratificando pertanto una potenziale nuova questione sociale, che riguarda oltre un milione di persone, ovvero come gestire l'uscita dal mercato del lavoro di tutte queste persone man mano che invecchiano e perdono appetibilità sul mercato della cura.

Rispetto alle opinioni delle famiglie, il Rapporto (Capitolo 2) presenta una survey su come queste tematizzano la condizione di non autosufficienza. Le famiglie si dichiarano disponibili ad attivare comportamenti preventivi per i propri anziani e ad organizzarsi in anticipo per prefigurare le condizioni abitative e di servizio necessarie. Purtroppo, non trovano un luogo istituzionale dedicato e strutturato per offrire consulenze o servizi, per prevenire e organizzarsi per tempo per possibili situazioni di non autosufficienza. Gli unici punti di riferimento che percepiscono come utili sono gli operatori del contesto sanitario in senso stretto (non il settore socio-sanitario, che non conoscono) e il passaparola. Non hanno alcuna familiarità e non riconoscono i gestori dei servizi socio-sanitari come possibili interlocutori o punti informativi.

Venendo ai gestori dei servizi, anche per loro Covid-19 ha esasperato molte criticità del settore LTC. In particolare l'esercizio 2020 è risultato estremamente critico e sfidante per le perdite di fatturato, a causa della rilevante riduzione del tasso di saturazione, per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio (perdita di ricavi e aumento dei costi), per il reclutamento e la gestione del personale (difficoltà di reperimento e significativo aumento delle retribuzioni, soprattutto per infermieri e medici), continuo cambiamento delle regole amministrative e operative da parte delle Regioni e delle AUSL, richieste rendicontative e controlli molto intensi con metriche e procedure nuove. I gestori hanno attivato strategie specifiche e distinte, spesso orientate a ridurre il proprio spettro di azione (riduzione posti letto attivi, contenimento dell'eterogeneità dei servizi, meno spazio all'innovazione). Le Regioni hanno reagito con politiche di ristori ex post che, seppur frequentemente significative sul piano finanziario, sono state

attivate tardivamente, in modo contingente e negoziale. Esse non hanno sostenuto in itinere il processo di gestione della LTC durante le ondate più gravi di Covid-19, lasciando spesso i gestori nell'incertezza di contesto, senza chiari indirizzi finanziari e con significative contraddizioni di sistema da gestire. Inoltre, sono state, seppur consistenti, prive di un approccio strategico prospettico, ma solo orientate a un contributo riparatorio ex post.

## **7.2 Un commento circa la disponibilità e l'utilizzo di dati a supporto delle politiche pubbliche e delle strategie dei gestori**

La ricchezza, la completezza e la tempestività di un sistema informativo dedicato a una politica pubblica sono driver decisivi per una azione del regolatore basata su evidenze, capace di definire obiettivi, perimetro di azione e sostenibilità degli interventi. Nel caso del settore LTC occorrono informazioni robuste: a) sulla dinamica dei bisogni e sulle esigenze delle famiglie; b) sull'offerta finanziata dal settore pubblico; c) sul mercato privato informale e formale; d) sui tassi di copertura, sull'efficacia e sull'equità di sistema. Il sistema informativo riferito al settore LTC dovrebbe essere utile e indirizzare contestualmente, seppur con metriche, linguaggi e format specifici, il regolatore e finanziatore pubblico, gli erogatori, le famiglie.

Esistono molti dati sul tema in Italia, come dimostra il presente Rapporto. Purtroppo, sono legati a fonti e semantiche diverse e non esiste alcun attore pubblico che le raccolga tutte e le organizzi per i diversi stakeholder (policy maker, provider e famiglie) in modo utile e sistematico. Nel Rapporto emergono nuovi dati circa le dimensioni del fenomeno della non autosufficienza e che indicano che l'iniquità geografica e sociale è crescente: questo non compare in alcun radar delle politiche pubbliche riferite agli anziani e che quindi appare fuori dall'agenda di policy del Paese. Uno dei motivi è riscontrabile nell'assenza di un soggetto istituzionale unitariamente responsabile delle politiche di LTC in Italia, divise tra INPS, Ministero del Lavoro, SSN, Regioni, Enti Locali. Non è ragionevolmente sperabile, anche se rimane auspicabile, che la regia del tema venga nel breve periodo assegnata unitariamente a uno di questi attori istituzionali o a uno nuovo attivato ad hoc. Una innovazione realistica sarebbe invece quella di assegnare a uno degli enti indicati almeno la costruzione dell'osservatorio nazionale ufficiale sul settore, capace di concentrare tutti i dati, di produrre o di commissionare quelli mancanti, di analizzarli, organizzarli e metterli a disposizione di tutti gli attori, per iniziare a generare più consapevolezza diffusa sui problemi del settore LTC e per provare a inserirli nell'agenda. Potrebbe essere uno degli obiettivi facilmente finanziabili con le risorse per la digitalizzazione previste dal PNRR sia nella Missione 5, sia nella Missione 6, anche perché sarebbe una scelta di governance del settore, più che di impegno finanziario ri-

levante. In prima battuta sarebbe sufficiente produrre un rapporto on line annuale con l'analisi delle criticità da offrire alla fruizione e discussione di tutti gli stakeholder. In questo senso, con i contenuti presentati in questo Rapporto vogliamo essere da stimolo alle istituzioni pubbliche, portando il tema della necessità di operare sulla base di dati e offrendo alcune prime sistematizzazioni.

### 7.3 Le innovazioni dei provider

Tra i gestori che partecipano ai lavori dell'Osservatorio LTC sono stati individuati 4 cantieri di innovazione. Essi rappresentano dei segnali interessanti e incoraggianti di risposta alla necessità di cambiamento del sistema. Le principali innovazioni riguardano i seguenti aspetti:

- Consolidare le competenze e le capacità di gestione delle organizzazioni gestrici di servizi di LTC. Sono progetti di innovazione in cui i gestori stanno lavorando sul tema della formazione dei dipendenti, sull'identificazione e consolidamento della cultura aziendale, sul rafforzamento dei sistemi informativi per sostenere i processi di gestione. Sono tutti segnali di innovazione nella direzione di una maggiore managerializzazione del sistema, anche in risposta alle criticità gestionali sottolineate dalla crisi Covid-19.
- Aumentare gli spazi per servizi digitalizzati, come ad esempio app per ospiti e parenti (*front service*) o cartelle cliniche digitalizzate per efficientare il monitoraggio dei processi erogativi e sostenere la qualità della cura (*back office*).
- Aumentare la diversificazione e specializzazione dei servizi, dedicando più spazi e *capacity* al tema dell'Alzheimer e del decadimento cognitivo, potenziando gli interventi domiciliari e rafforzando reti tra diversi soggetti territoriali che a vario titolo presidiano queste patologie.
- Continuare la riflessione e i tentativi pilota di diversificare i modelli di servizio esistenti, iniziando a sviluppare nuovi e diversi servizi per la LTC (senior living, cure domiciliare rafforzate, servizi di *counselling* alla famiglia, ecc.), di norma nella quota di mercato relativa ai servizi a pagamento.

Questi sono segnali incoraggianti dal lato degli erogatori. Le criticità risiedono nel fatto che le innovazioni sono spesso solo dei piccoli esperimenti pilota che non conducono quasi mai a sviluppi su scala aziendale o industriale. Ovviamente sono stati frenati da Covid-19 e dalla carenza di personale, ma l'ostacolo più importante rimane ancora la cultura imprenditoriale del settore, saldamente ancorata ai servizi tradizionali a finanziamento pubblico.

## 7.4 Gap tra domanda e offerta di personale sanitario e medico nel settore LTC

La nota e diffusa carenza di personale delle professioni sanitarie, OSS e medici nel welfare sanitario e socio-sanitario italiano tocca più duramente il comparto socio-sanitario e le RSA, come è esperienza comune in quasi tutti i paesi sviluppati. L'arena competitiva per le risorse umane (come discusso nel Capitolo 6) ha evidenziato che i professionisti tra pubblico e privato preferiscono il primo, tra ospedale e servizi socio-sanitari preferiscono l'ospedale, tra città e campagna, preferiscono la città. Tutti queste mappe decisionali sfavoriscono sempre le RSA che sono prevalentemente private e in zone decentrate. A questa carenza hanno corrisposto poi politiche dei regolatori che negli ultimi periodi aspiravano ad incrementare ulteriormente gli standard di personale, in risposta alla negativa campagna mediatica riferita alle RSA del periodo Covid-19 (che potremmo sintetizzare come "più sanità nelle RSA"). L'oggettiva carenza di personale ha impedito alle Regioni ad andare davvero in questa direzione, al di là di qualche narrazione politica e timido aggiustamento di standard. Il tono del dibattito pubblico ha però impedito anche l'operazione opposta, ovvero vedere le Regioni sostenere gli erogatori a fronte delle oggettive carenze di personale, allentando qualche lettura burocratica a scarso valore assistenziale di alcuni standard di personale, oppure permettendo skill mix differenti tra infermieri e OSS.

Il settore, essendo prevalentemente fatto da piccoli erogatori sparsi sul territorio, ha reagito con deboli o nulli meccanismi di coordinamento tra provider, avvenuti in ordine sparso. Questo ha aumentato la competizione nel mercato socio-sanitario per le risorse umane agita solo sulle offerte contrattuali e retributive, con l'effetto di aver incrementato di fatto il costo orario, senza ovviamente spostare di un millimetro la disponibilità di personale per il settore. Questo tipo di strategia, talvolta anche molto tardiva rispetto alla problematica, conferma che il comparto ha difficoltà nella gestione strategica del personale, sia dal punto di vista del reclutamento, che delle politiche di formazione e sviluppo, capaci di aumentare il tasso di fedeltà dei dipendenti e la capacità innovativa di implementare modelli che possano aumentare la produttività nei servizi *core*, intermedi, di supporto o amministrativi. La debole capacità di attivare politiche strategiche del personale è causa e sintomo della debolezza competitiva del settore rispetto ad esempio all'ospedale nell'attrarre personale.

## 7.5 Politiche pubbliche e strategie dei gestori per sostenere le innovazioni del settore

Il PNRR rappresenta la sintesi delle principali politiche pubbliche del governo italiano attualmente in cima all'agenda politica e che quindi hanno la più alta probabilità attuativa (anche perché accompagnate da rilevanti risorse, seppur

limitate ai soli investimenti in conto capitale). Nonostante ciò, il PNRR non presenta una diagnosi organica del settore LTC e propone alcune misure frammentate nelle diverse linee di intervento (Misura 5, per le politiche sociali comunali, Misura 6 -SSN- con diverse iniziative) e nei loro micro-silos di innovazione. In particolare, si istituiscono 600 Centrali operative territoriali che dovrebbero accompagnare il case management e l'invio degli anziani fragili ai diversi setting. Non si investe, invece, nulla nei servizi residenziali e nella loro innovazione, nonostante il pesante ritardo del Sud Italia nel settore, né nei servizi domiciliari, limitandosi a finanziare un aumento dell'ADI ponendo a target il 10% degli anziani. Inoltre, non si specifica se debba trattarsi di anziani non autosufficienti o anziani in dimissione dall'ospedale cronici da stabilizzare, ma senza rilevanti bisogni socio-sanitari, o quale altro profilo. Inoltre, il PNRR genera un enorme fabbisogno aggiuntivo di personale delle professioni sanitarie per popolare i nuovi setting della sanità territoriali previsti (Case della Comunità, che dovrebbero avere tra 20.000/30.000 infermieri di famiglia e comunità dedicate), che spiazzerà da questo punto di vista ancora di più il comparto delle RSA.

Che cosa invece suggeriscono le evidenze di questo rapporto al policy-maker? Ecco alcune possibili linee di azione e priorità di intervento.

- Identificare un luogo istituzionale (fisico o virtuale) capace di fare una diagnosi organica e sistematica del settore LTC per definire un insieme di misure coordinate e sistemiche i cui gli obiettivi siano chiari e realistici rispetto alle risorse disponibili (siano esse finanziarie, umane, di *capacity* erogativa). Questo potrebbe anche essere il frutto di un coordinamento inter-istituzionale.
- Definire il perimetro di gioco della LTC, che deve considerare sia i servizi finanziati dal welfare pubblico, sia quelli pagati dalle famiglie, che il lavoro di cura garantito dalle famiglie stesse, dovendo programmare politiche ragionevoli e sensate capaci di impattare armoniosamente sulle tre tipologie di intervento citate. A titolo d'esempio, si impone la necessità di discutere la vocazione dell'ADI. Se su 3,8 milioni di anziani non autosufficienti, 300.000 (circa) sono ospiti di strutture residenziali e i restanti 3,5 milioni sono a casa, di norma assistiti da badanti o familiari, è più utile utilizzare le poche ore di ADI disponibili all'anno per anziano, per formare, sostenere o consigliare i caregiver attivi invece di erogare 16 ore di prestazioni in un anno. Questo è un esempio sulla necessità di politiche trasversali che incrocino tutti gli ambiti della LTC.
- Sgombrare il campo da una visione idealistica e retorica della cura al domicilio. I dati attuali mostrano una scarsissima capacità di presa in carico di ADI ed è impensabile pensare che, nonostante PNRR, siano possibili investimenti tali da cambiare completamente il paradigma dei servizi pubblici al domicilio, almeno nel breve-medio periodo.

- I limiti della capacità di prendere in carico al domicilio potrebbero essere superati stimolando la nascita di più strutturati servizi professionali per le famiglie. Esiste una domanda di 3,5 milioni di potenziali utenti, esiste già un numero altissimo di badanti al lavoro: manca invece lo sviluppo di adeguati format di servizi, la capacità di tradurre il bisogno in domanda e una piattaforma di incontro tra domanda e offerta. Non avendo il welfare pubblico risorse proprie sufficienti per la LTC, può e deve concentrare alcune delle poche risorse di cui dispone per incentivare la nascita di un mercato di servizi professionali per le famiglie.
- La strutturale carenza di professionisti necessari per il settore ha una prospettiva di lungo periodo che ovviamente, crescendo la prevalenza della non autosufficienza, renderà i servizi esistenti sempre più parziali nelle loro capacità ed escluderà sempre più anziani. Per gestire la domanda non soddisfatta di personale è inoltre urgente agire immediatamente sugli standard assistenziali regolati, introducendo nuovi modelli di servizio e rivedendo lo skill mix obbligatorio tra diverse figure professionali. Sul lato dell'offerta occorre trovare modi per trasformare in modo formale il ruolo delle badanti (puntando sulla loro professionalità che, seppur con percorsi esclusivamente esperienziali, hanno accumulato) e integrarle nel sistema, in modo che possono essere immediatamente disponibili con ruoli specifici e coordinati rispetto agli altri servizi esistenti.

Che cosa suggeriscono invece le evidenze di questo rapporto ai gestori dei servizi?

- I gestori dovrebbero chiedersi innanzitutto perché circa due terzi delle famiglie escluse dal perimetro del welfare pubblico non si rivolgano a loro per avere informazioni, consigli e servizi (si veda Capitolo 2). Essi sono percepiti prevalentemente come erogatori per conto delle PA regionali e locali e non come player del comparto in grado di offrire risposte a 360° e di qualità. Lo spazio di mercato disponibile è potenzialmente vasto. Comporta, ovviamente come tutti i nuovi mercati, investimenti e assunzione di rischi imprenditoriali con ritorni economici a medio periodo, a secondo dell'innovatività del servizio, ma consentirebbe di espandere la capacità di risposta del sistema. Non si tratta di trovare nuovi spazi di business finì a loro stessi, ma di imprimere una logica di collaborazione tra pubblico e privato in cui le risorse delle famiglie sono utilizzate e orientate in servizi di qualità e coordinati con gli interventi di welfare pubblico. Questo consentirebbe di avere un miglioramento sia rispetto alle performance degli operatori del settore, che rispetto a quelle del welfare pubblico, che rispetto alle risposte ottenute dalle famiglie.

- Le interessanti innovazioni pilota attivate nel settore difficilmente diventano linee di servizi rilevanti, capaci di avere ampia visibilità nel mercato e di contribuire alla sostenibilità dell'azienda. Da un lato, probabilmente le emergenze vissute nella gestione ordinaria dei servizi distolgono energia e investimenti. Dall'altro, la carenza di personale che si sta vivendo, spiazza i servizi più innovativi, dovendo dare priorità, nell'allocazione del personale disponibile, a quelli tradizionali. Questo conferma implicitamente alle organizzazioni stesse e all'ambiente esterno che le aree di innovazione sono secondarie e non prioritarie. Per fare un esempio: come se nel settore dell'automobile le migliori energie andassero ancora per progettare, produrre e commercializzare automobili con combustione fossile, indicando che l'elettrico è solo un micro-esperimento pilota, di scarso significato. È evidente che la percezione del cliente oggi è invece che l'elettrico sia il futuro, proprio perché le migliori energie di progettazione, produzione e commercializzazione sono lì allocate. Questo paradosso andrà risolto, se si vuole che le linee di innovazione diventino stabili e producano cambiamento.
- La difficoltà ad attrarre personale ha spinto molti erogatori a riflettere sul proprio *employer brand*, ovvero la propria forza di attrazione delle migliori risorse umane disponibili nel mercato. Nell'emergenza si è forzatamente compreso la necessità di investire sulla propria identità e cultura organizzativa per creare valore per il personale, e sulla necessità di rafforzarla internamente (per trattenere chi già c'è) e comunicarla esternamente (per risultare attrattivi). Questo non può essere un mero esercizio retorico, ma deve rappresentare il frutto di una precisa strategia sulle e per le persone, in termini di formazione, sviluppo, capacità di dare significato al ruolo professionale esercitato. Si tratta di un approccio che deve essere stabile e di lungo periodo, e non una soluzione contingente riferita a problemi percepiti oggi come urgenti.
- In assenza di politiche robuste per il settore LTC da parte del policy maker nazionale e regionale, gli erogatori devono attivare profonde e rilevanti strategie di rete. Esse servono a produrre comportamenti sistemici, concordati dal basso, anche in assenza di indirizzi o guida da parte del regolatore. Citiamo due esempi: l'assenza di personale e la necessità di innovare i servizi nell'area a pagamento delle famiglie. Rispetto alla carenza del personale, il muoversi in ordine sparso dei gestori non può che determinare una competizione tra loro per le scarse risorse umane disponibili, con un conseguente aumento delle retribuzioni a danno dei pochi gestori capaci di attrarli. Un gioco di rete potrebbe portare a molteplici iniziative virtuose. Ad esempio, avviare una collaborazione sistematica con l'università finanziando corsi aggiuntivi per le professioni

sanitarie, suddividendo i costi tra più strutture con il vincolo di esperienze di tirocini nella rete stessa. Oppure, una campagna di marketing o una piattaforma di incontro domanda e offerta, condivisa tra più strutture è sicuramente più efficace che piccole iniziative locali di commercializzazione, che non hanno certo la forza iniziale di trasformare bisogni in domanda. Si tratta di innovare alcune mappe cognitive, osservando gli altri provider non solo come potenziali concorrenti, ma anche come potenziali partner con cui attivare molteplici processi favorevoli per il settore e quindi anche per i singoli provider. Anche questa è una prospettiva di lavoro di medio-lungo periodo.

Il settore LTC ha dimensioni davvero rilevanti in Italia, come nel resto dei paesi sviluppati, e una lista di carenze profonde e critiche. Esse preoccupano, ma rappresentano anche grandi opportunità di innovazione e di generazione di valore sia per il policy maker, sia per i provider. Non si tratta di fare tutto subito o di aspettare la grande riforma di sistema. All'opposto si tratta di identificare poche precise priorità, che qui sono state delineate, sia per i regolatori, sia per gli erogatori. Ci sono prospettive interessanti di lavoro capaci di produrre benessere collettivo, maggiore capitale istituzionale per il policy maker e prospettive di innovazione e di crescita per gli erogatori.

## Gli Autori

**Giovanni Fosti** è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. Presso SDA Bocconi è stato Direttore di numerosi master per il management pubblico (EMMAP, dal 2009 al 2013; EMMEL, dal 2008 al 2010 e MMP, dal 2006 al 2009). Le principali aree di ricerca sono: i processi di innovazione nei sistemi di welfare; public governance, assetti istituzionali e forme di gestione nei servizi sociali e socio sanitari; strategia e service management; network di programmazione e offerta dei servizi. È autore di numerosi saggi e articoli e contribuisce stabilmente al Rapporto OASI. L'ultimo libro pubblicato, nel 2019, è "Il valore pubblico delle Aziende Casa: logiche di public management per il settore dell'ERP".

**Francesco Longo** è Professore Associato del Dipartimento di Scienze sociali e politiche presso l'Università Bocconi. Presso SDA Bocconi, è ricercatore del CER GAS Bocconi (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale), di cui è stato Direttore dal 2006 al 2012. È direttore di OASI, l'Osservatorio del CER GAS SDA Bocconi sul settore e le aziende sanitarie. Le sue ricerche si concentrano su sette filoni chiave: assetti istituzionali e governance dei sistemi e dei settori pubblici; strategia delle aziende e delle reti di pubblico interesse; organizzazione e gestione del personale nelle aziende pubbliche; management delle aziende sanitarie; management dei servizi sociali e socio-sanitari e delle cure primarie; disegno e valutazione delle politiche pubbliche in prospettiva attuativa; e change management nelle aziende e nei settori pubblici. I suoi lavori sono stati pubblicati su journal importanti quali Health Care Management Review, Health Policy, Mecosan, Rivista Trimestrale AGENAS e Azienda Pubblica. È membro di numerose commissioni nazionali, comitati scientifici e consigli di amministrazione di importanti aziende ed enti nazionali.

**Elisabetta Notarnicola** è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. Coordina

l'area Social Policy and Social Innovation del CERGAS Bocconi e l'Osservatorio Long Term Care. Presso CERGAS e SDA Bocconi ha partecipato a progetti di ricerca concernenti i temi della programmazione locale delle politiche sociali, del coordinamento e integrazione tra settore socio-sanitario e sanitario, dei servizi per la non autosufficienza e della innovazione nei servizi sociali, con attenzione alle tematiche di progettazione dei servizi e di applicazione delle teorie di sharing economy ed economia collaborativa. La sua attività di ricerca include anche l'area di bilancio pubblico. È autrice di un libro sulle politiche e i servizi per gli anziani non autosufficienti in Europa («Il welfare e la Long Term Care in Europa», Egea 2014). Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, al Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche) e al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care.

**Eleonora Perobelli** è Junior Lecturer di Government, Health e Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, fa parte dell'area di ricerca Social Policy and Social Innovation e dell'Osservatorio Long Term Care presso CERGAS SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca riguardano il tema della programmazione locale delle politiche sociali, dell'integrazione tra settore socio-sanitario e sanitario e della progettazione di servizi. Presso SDA Bocconi ha partecipato a diverse iniziative di ricerca e formazione con riferimento al settore socio-sanitario e sociale, sui temi della progettazione dei servizi, management delle reti, integrazione socio-sanitaria, monitoraggio di interventi pubblici. Coordina i corsi di formazione executive per i manager delle Aziende Casa. Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI ed è autrice dei White Paper OCAP 1/2019 “L'innovazione digitale nei servizi di Welfare” e 2/2019 “Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi”. Attualmente è PhD Candidate in Management & Innovation presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – sede di Milano.

**Andrea Rotolo** è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, dove ha coordinato importanti attività di ricerca in ambito nazionale e internazionale. È coordinatore del Master of International Healthcare Management, Economics and Policy curative che hanno coinvolto i più importanti attori del sistema sanitario e socio-sanitario italiano, collaborando con aziende sanitarie e operanti nel settore welfare sia in ambito pubblico, sia in ambito privato, Regioni, Comuni e industria farmaceutica. Ha anche il ruolo di «professore a contratto» dell'Università Bocconi, come docente del corso di Economia e Management delle Amministrazioni pubbliche. I suoi interessi di ricerca e le pubblicazioni scientifiche si concentrano attorno ai temi del management sanitario, in particolare il management strategico, il performance management e l'organizzazione, integrazione e innovazione

dei servizi sanitari e servizi socio-sanitari. È autore di articoli su riviste nazionali e internazionali come *Public Management Review*, *BMC Health Services Research*, *Mecosan* e *Welfare Oggi*. Ha anche contribuito al Rapporto OASI sullo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale, al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care e al Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche).



Il 4° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care riparte nel 2021 là dove si era chiuso nel 2020: Covid-19 ha offerto un grande punto di ripartenza per il settore, ma il cambiamento auspicato è da costruire attraverso dei "cantieri di lavoro".

Il Rapporto indaga quindi i "cantieri aperti" attraverso tre diverse macro-tematiche: la lettura dei dati e delle caratteristiche della popolazione di riferimento, integrando le fonti ufficiali con una analisi sulle percezioni delle famiglie in modo da dare voce ai diretti destinatari; la mappatura di iniziative di innovazione nate dal basso, dai gestori, aventi obiettivo di rafforzare le organizzazioni, promuovere nuovi modelli di servizio, introdurre nuove tecnologie oltre alla progettazione di soluzioni per la demenza e l'Alzheimer; le condizioni organizzative per il cambiamento con un focus particolare sul tema del personale.

In questo modo il Rapporto indaga esperienze concrete di cambiamento ponendosi la domanda di come portare questi "cantieri" dal livello locale al settore Long Term Care a livello nazionale.

***Giovanni Fosti** è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management.*

***Elisabetta Notarnicola** è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management e coordinatore dell'Area Social Policy and Social Innovation del Cergas.*

***Eleonora Perobelli** è Junior Lecturer, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management e ricercatrice nell'Area Social Policy and Social Innovation del Cergas.*