

Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia

3° Rapporto Osservatorio Long Term Care



biblioteca dell'economia d'azienda

Copyright © 2021 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

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

Prima edizione: febbraio 2021

ISBN volume 978-88-238-4683-8

ISBN ebook 978-88-238-8116-7

Indice

Prefazione. Pensare al futuro del settore Long Term Care nell'anno del Covid-19: il contributo dell'Osservatorio Long Term Care di <i>Massimo Minaudo</i>	9
---	---

1. Introduzione: 2020, l'anno delle Residenze Sanitarie Assistenziali? di <i>Elisabetta Notarnicola e Giovanni Fosti</i>	13
1.1. Un Rapporto sul futuro del settore oltre l'emergenza: l'importanza di guardare avanti	13
1.2. Note di metodo e di lavoro	15
1.3. Un Network sempre più ampio e il ruolo dei gestori nella gestione dell'emergenza	16
1.4. Il Rapporto in sintesi	18

Parte I

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

2. Il settore socio-sanitario: bisogno, utenza in carico e gestori dei servizi di <i>Eleonora Perobelli ed Elisabetta Notarnicola</i>	23
2.1. Il settore della Long Term Care in Italia: offerta di servizi pubblici e fotografia aggiornata della copertura del bisogno	23
2.1.1 <i>Il sistema pubblico socio-sanitario e sociale italiano: bisogni, servizi, utenti in carico</i>	24
2.1.2 <i>Stima della copertura del bisogno</i>	31
2.2. Il mondo della cura informale	32
2.3. Il posizionamento dei grandi player del settore	36
2.3.1 <i>Includere la prospettiva dei gestori per conoscere il settore</i>	36
2.3.2 <i>Il profilo del settore: la fotografia del Network Key Providers</i>	37

2.4. Conclusioni	46
Bibliografia	47
3. Il rapporto tra gli anziani e i servizi esistenti dal punto di vista delle famiglie di <i>Elisabetta Notarnicola</i> ed <i>Eleonora Perobelli</i>	51
3.1. La prospettiva delle famiglie per completare il racconto del settore	51
3.2. La relazione tra anziani, famiglie e servizi	52
3.2.1 <i>Obiettivo e metodo dell'indagine condotta con</i> <i>LaCasadiRiposo.it</i>	52
3.2.2 <i>Il profilo dei rispondenti</i>	54
3.3. Il rapporto tra anziani, famiglie e RSA	56
3.3.1 <i>Modalità di ingresso in struttura e fattori guida nella scelta</i>	57
3.3.2 <i>L'organizzazione dell'assistenza prima dell'ingresso in RSA</i>	62
3.4. La gestione dell'anziano al domicilio	66
3.4.1 <i>Anziano al domicilio in lista di attesa per l'ingresso in RSA</i>	66
3.4.2 <i>Anziano al domicilio che non intende andare in RSA</i>	69
3.5. Conclusioni: quali elementi di conoscenza emergono dalle famiglie? Cosa trovano nel settore? Che cosa manca e che cosa si aspettano dai gestori?	73
Bibliografia	75

Parte II

Il settore socio-sanitario e Covid-19: dati sull'impatto e sull'eredità che lascia per la gestione del settore

4. L'impatto di Covid-19 sul settore LTC e il ruolo delle policy: evidenze dall'Italia e dall'estero di <i>Eleonora Perobelli</i> , <i>Sara Berloto</i> , <i>Elisabetta Notarnicola</i> e <i>Andrea Rotolo</i>	79
4.1. L'impatto di Covid-19 sul settore LTC italiano	80
4.1.1 <i>I numeri del contagio</i>	80
4.1.2 <i>La risposta delle Regioni di fronte a Covid-19</i>	85
4.2. L'impatto di Covid-19 sul settore LTC all'estero	91
4.2.1 <i>La mortalità in RSA: prime evidenze e punti di attenzione nella comparazione internazionale</i>	92
4.2.2 <i>Il ruolo delle policy per spiegare le differenze nella mortalità tra i Paesi</i>	96
4.3. Che cosa possiamo imparare dagli impatti dell'emergenza e dalle buone pratiche estere per migliorare la gestione della pandemia e del settore?	98
Bibliografia	101
Appendice	103

5. L'impatto di Covid-19 sul settore LTC nella prospettiva dei gestori e delle famiglie	105
di <i>Sara Berloto e Andrea Rotolo</i>	
5.1. Il ruolo e le difficoltà dei gestori nell'emergenza Covid-19	106
5.1.1 <i>Gli impatti di Covid-19 tra i gestori</i>	107
5.1.2 <i>Governare l'incertezza: le aree di lavoro identificate dai gestori</i>	109
5.2. L'impatto di Covid-19 sulla percezione delle famiglie rispetto al settore	112
5.3. Governare l'emergenza: in che direzione stanno andando i provider per ripartire? Quale legame rispetto a ciò che è emerso dall'indagine con le famiglie?	114
6. Il settore a un bivio: sfide aperte per il settore pubblico e per i gestori	
di <i>Andrea Rotolo, Elisabetta Notarnicola e Francesco Longo</i>	117
6.1. Il sistema dei servizi per la Long Term Care e le sfide non più rinviabili	117
6.2. Sfide aperte a livello di sistema	119
6.3. Sfide aperte nella gestione del rapporto con le famiglie nei servizi	124
6.4. Alcune conclusioni per affrontare le sfide aperte	126
7. Quali orizzonti per il settore socio-sanitario dopo Covid-19?	
di <i>Eleonora Perobelli, Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola</i>	129
7.1. Conoscere il settore per guidarne il futuro	129
Gli Autori	135

Prefazione

Pensare al futuro del settore Long Term Care nell'anno del Covid-19: il contributo dell'Osservatorio Long Term Care

di *Massimo Minaudo**

La terza 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, prende vita nell'anno in cui la gestione dei servizi socio-sanitari (e sanitari) ha vissuto l'esperienza completamente inaspettata di gestione di una pandemia. Il mondo dei gestori dei servizi per anziani è stato profondamente toccato da questi eventi, che hanno visto le case di riposo, residenze per anziani, RSA, o in qualsiasi modo le si voglia chiamare, protagoniste loro malgrado della lotta al virus e anche del dibattito mediatico.

In un anno come questo, chi ha partecipato ai lavori dell'Osservatorio si è profondamente interrogato sul contributo che si poteva (e doveva) portare al settore in questione. L'obiettivo negli anni era stato di proporre un luogo di raccolta dati e confronto attivo su evidenze e numeri, sia per comprendere il presente del settore ma, soprattutto, per aiutare gli operatori a rappresentare il prossimo futuro e comprendere come approcciarlo. Ci siamo interrogati se avesse senso proseguire su questa strada anche nel 2020 e su come farlo non volendo "appesantire" i gestori dei servizi con raccolte dati e discussioni fuori tempo data la loro quotidianità stravolta dalla gestione del virus, ma allo stesso tempo non volendo concentrare le riflessioni solo su Covid-19 dato che la certezza di tutti è questa sia solo una fase della nostra storia, impegnativa ma

* Country Manager Italy, Essity Italy

passaggera. La soluzione individuata dal gruppo di lavoro è stata quella di rimanere saldi nella caratteristica peculiare dell'Osservatorio e del Rapporto che ne deriva, ovvero quella di basare le analisi sull'ascolto continuo e profondo della voce diretta delle aziende protagoniste del settore, i gestori dei servizi per anziani che partecipano al nostro Network dal 2015 e che ancora una volta vogliamo ringraziare. Si è scelto quindi di parlare dell'impatto di Covid-19 tramite le testimonianze dirette degli operatori con la volontà, non tanto di fare una diagnosi di cosa sia accaduto nel corso della prima e seconda ondata italiana della pandemia per stilare una pagella di buoni e cattivi nella gestione del virus (attività che non crediamo essere di valore perché non ci aiuta a superare i problemi), quanto piuttosto per interrogarci su cosa rimane al settore socio-sanitario dopo un anno di gestione emergenziale sia in termini di opportunità (se ce ne sono) che di sfide per il futuro.

Il Rapporto è quindi centrato (come nelle precedenti edizioni) sulla presentazione di dati sistemici che ne rappresentano le caratteristiche fondamentali e le peculiarità. Siamo ripartiti dalla fotografia del settore per comprendere come le sue caratteristiche intrinseche abbiano condizionato gli eventi 2020, per poi raccontare quanto accaduto in termini di impatto di Covid-19 abbracciando la consueta prospettiva di gestori dei servizi. Sono presentati quindi i (pochi) dati esistenti, analizzate le politiche regionali che hanno impattato sui servizi e discusse delle lezioni internazionali in ambito di gestione delle strutture residenziali per anziani. Si è dato poi spazio e voce all'esperienza dei gestori che attraverso una survey e dei focus group hanno portato la loro esperienza diretta rispetto a quanto hanno vissuto e a come si stanno preparando per il prossimo futuro. A questa prospettiva è stata aggiunta nel 2020 quella (inedita per questo Rapporto) delle famiglie. Tramite la collaborazione con il portale *LaCasadiRiposo.it*, che anche voglio ringraziare, sono state raggiunte diverse centinaia di famiglie di anziani che hanno avuto rapporti con il settore socio-sanitario, servizi residenziali o domiciliari. È stato possibile così per la prima volta discutere il valore dei servizi oggi esistenti tramite le loro esperienze dirette e fornire ai gestori la restituzione sistematizzata delle loro percezioni circa i possibili elementi di miglioramento per il settore. In un anno in cui l'impostazione tradizionale del mondo anziani è stata messa a dura prova, avere la possibilità di ripensarla in modo coerente e collaborativo con le famiglie diventa di importanza cruciale per non ripetere gli errori del passato e indirizzarsi verso innovazioni che siano veramente "utili" a chi ne ha bisogno.

Leggendo i capitoli del Rapporto emerge con chiarezza come il 2020 e l'esperienza Covid-19 abbiano segnato il settore per anziani in modo indelebile. A chiusura di anno ci si chiede se questo trend sarà l'occasione per promuovere nuovi interventi e se invece rimarrà come un fardello ad incrinare le sorti dei servizi nel prossimo futuro. Le sfide che si pongono, richiamate in

chiusura di questo Rapporto, sono molteplici e complesse. L'auspicio è che vengano colte in modo positivo. L'Osservatorio Long Term Care già da questa edizione e nelle prossime darà il suo contributo in questo senso, coerentemente con la sua mission orientata al futuro e all'innovazione.

1. Introduzione: 2020, l'anno delle Residenze Sanitarie Assistenziali?

di *Elisabetta Notarnicola e Giovanni Fosti*

1.1 Un Rapporto sul futuro del settore oltre l'emergenza: l'importanza di guardare avanti

La terza edizione del Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care del CER-GAS Università Bocconi doveva essere dedicata al tema del rapporto tra famiglie e operatori dei servizi, ospitando un lavoro di ricerca orientato ad approfondire la relazione tra questi e la capacità dei servizi di rispondere alle necessità assistenziali e di gestione della vita quotidiana e familiare. L'obiettivo concordato con i membri dell'Osservatorio era quello di individuare gli elementi di valore già presenti nel sistema dei servizi esistenti, e quelli da rafforzare nel prossimo futuro tramite l'innovazione di servizi, e di farlo tramite l'esperienza diretta di utenti e operatori. Forti delle evidenze prodotte dai primi due Rapporti dell'Osservatorio (2018 e 2019) si volevano passare in rassegna le macro-tipologie di servizi oggi esistenti nei diversi contesti regionali per indagare il posizionamento strategico dei gestori, nel presente e alla luce delle linee di innovazione future. Si voleva insomma contribuire a rafforzare le evidenze e le piste di lavoro rispetto all'evoluzione dei servizi per anziani nel nostro Paese, con l'ambizione di individuare i trend e le tendenze che li domineranno.

A inizio 2020, la pandemia da Covid-19, ha determinato una brusca sterzata nella quotidianità dei cittadini italiani, europei, del mondo e non ha risparmiato il settore Long Term Care (LTC). Nel pieno della pandemia il settore anziani è stato colpito duramente dal contagio e dagli effetti della malattia sulle condizioni cliniche di utenti e professionisti, sul funzionamento dei servizi, sulla sopravvivenza e sulla reputazione delle aziende che operano nel settore, oggetto oltre che delle attenzioni del virus anche di quelle della stampa e (con un tempismo inaspettato) della politica.

Il settore anziani ha vissuto un periodo duro in cui la gestione dell'emergenza quotidiana e la prospettiva di breve periodo scandita dall'aggiornamento delle regole da seguire e proiezione dell'evolversi della pandemia, hanno fatto da padrone. Per tutta la primavera si è vissuto nel qui ed ora. Per questi motivi parlare di futuro dei servizi sembrava fuori tempo (e fuori luogo) e l'impegno dei manager del settore era tutto sul gestire giorno per giorno le situazioni emergenti. Man mano che le settimane passavano e le implicazioni di Covid-19 diventavano sempre più chiare si è iniziato a fare strada tra gli addetti ai lavori un duplice pensiero. Da un lato la consapevolezza che la crisi 2020 nel settore anziani non fosse solo da imputare a Covid-19, ma che piuttosto questo avesse trovato un terreno fertile (fertilissimo) in alcune pre-condizioni che da diverso tempo sono state identificate come fattori ostativi l'innovazione e lo sviluppo del settore LTC in Italia. Dall'altro la voglia di pensare ad un "domani" diverso, un futuro prossimo post Covid-19 in cui rilanciare il settore LTC sia nei servizi offerti alle famiglie, sia nel valore prodotto per le comunità di riferimento. Quell'idea iniziale che aveva avviato i lavori della terza edizione di questo Osservatorio è tornata quindi ad avere degli elementi di interesse alla luce di Covid-19. Cosa ci ha insegnato questa pandemia sul settore e sui servizi? Quali lezioni possiamo trarre rispetto agli elementi di valore generati dal settore e alle innovazioni che si rendono a questo punto necessarie? Quali sono le percezioni delle famiglie, prima e dopo Covid-19, e cosa si aspettano dai servizi?

Queste domande hanno quindi trovato spazio nelle attività di ricerca dell'Osservatorio e vedono una sintesi delle risposte conseguenti alle attività di ricerca in questo Rapporto. Si è voluti partire da una **diagnosi ragionata del settore** (cfr *Parte 1. Il settore socio-sanitario: dati istituzionali; dati dei gestori; esperienza diretta delle famiglie*) funzionale a metterne in luce le specificità e ad evidenziare come queste abbiano giocato un ruolo nella crisi Covid-19. Allo stesso tempo in questa parte si discute delle percezioni delle famiglie e del loro rapporto con strutture residenziali e servizi domiciliari per comprendere quali siano già oggi gli elementi funzionanti e quali da migliorare. Nella seconda parte (cfr *Parte 2. Il settore socio-sanitario e Covid-19: dati sull'impatto e sull'eredità che lascia per la gestione del settore*) si è invece approfondito **l'impatto vero e proprio di Covid-19**, sulle attività aziendali, sulle politiche pubbliche per la non autosufficienza e sulle percezioni delle famiglie. Non abbiamo voluto solamente svolgere una diagnosi ma lavorare anche su **attività concrete per superare questa crisi** coinvolgendo i gestori membri dell'Osservatorio nella discussione di scenari per il futuro e nell'identificazione delle strategie che dovranno essere messe in atto.

Due riflessioni sono ancora necessarie rispetto a Covid-19 e settore LTC. La grande crisi che si è vissuta nel 2020 è sicuramente eccezionale ma non deve lasciare i gestori dei servizi e i policy makers impreparati di fronte ad altre possibili crisi. Si è trattato in questo caso di una emergenza sanitaria ma di fatto è stato un lungo (e doloroso) stress test del nostro sistema socio-sanitario, messo

alle strette da un eccesso di domanda e carenza di offerta. Il settore LTC sta inesorabilmente andando incontro ad un futuro di questo tipo e dovrà ben attrezzarsi per non farsi trovare impreparato. Nel 2020 si è arrivati a parlare a livello nazionale di RSA, diffondendo anche nell'opinione pubblica una nuova conoscenza e consapevolezza circa questo settore. Se inizialmente questo è accaduto sulla scia di scandali e polemiche si lavora ora affinché il 2020 diventi l'anno delle RSA, ovvero l'anno in cui il tema anziani trova finalmente uno spazio nel dibattito per avviare (finalmente) una sana discussione circa il suo futuro.

1.2 Note di metodo e di lavoro

Come anche in passato l'Osservatorio e il Rapporto annuale vogliono offrire un punto di riferimento a tutti gli studiosi e interessati al settore LTC in Italia, presentando sia dati originali e raccolti appositamente per rispondere alle domande di ricerca, ma anche sistematizzando evidenze e dati proposti da altre fonti di ricerca, amministrative e istituzionali.

Con questa prospettiva, il Rapporto anche nel 2020 si pone questi obiettivi:

- Fornire una fotografia aggiornata delle caratteristiche del settore e dei fenomeni in corso, proponendo per il 2020 una lettura basata sui dati più aggiornati esistenti circa il fabbisogno, i servizi, i soggetti coinvolti e le risorse in gioco nel settore LTC.
- Portare la prospettiva delle famiglie tramite la presentazione di una survey estesa a livello nazionale e centrata sul tema delle esperienze di fruizione di servizi.
- Indagare il possibile impatto della pandemia Covid-19 sul settore e sui servizi, al fine di portare alla luce le implicazioni di medio e lungo periodo.
- Portare il punto di vista dei gestori dei servizi rispetto al loro vissuto durante la prima e la seconda ondata della crisi Covid-19 e identificare gli spazi di innovazione necessari.

Rispetto al metodo adottato si è cercato di bilanciare la sistematizzazione di dati descrittivi del settore (come già presentati nella 1° e 2° edizione del Rapporto) con dati di prima mano raccolti tramite survey a famiglie di utenti e di gestori dei servizi. Rispetto ai dati "fotografia" del settore e degli effetti di Covid-19 si è cercato di superare la frammentazione tipica del settore LTC sforzandosi di mettere a sistema tutte le fonti informative oggi esistenti nel panorama nazionale. Questo da un lato, ha fatto sì che siano state fatte convergere fonti informative diverse e in parte già esistenti anche con la finalità di produrre una conoscenza che sia il più possibile sistematica e sinergica tra studi svolti anche da

soggetti e prospettive diverse. Dall'altro implica che non tutte le fonti informative utilizzate siano perfettamente sovrapponibili in quanto i dati possono essere riferiti a anni diversi o oggetti parzialmente sovrapponibili. Rispetto al tema Covid-19 è importante sottolineare poi come nella prima e seconda ondata (fino a dicembre 2020) la raccolta dati riferita a malati anziani e a quanto accaduto nel settore LTC sia stata assolutamente lacunosa (se non assente) da parte delle istituzioni nazionali e regionali. Non sono infatti disponibili a oggi dati completi su quanto sia accaduto in termini di gestione della crisi, contagiati, guariti e deceduti. Alla sistematizzazione dei dati è stata accostata una attività di ricerca relativa alle politiche regionali in modo da poter analizzare a livello di policy pubbliche quali siano state le priorità perseguite.

È importante specificare che le analisi qui presentate sono aggiornate a dicembre 2020, momento in cui si scrive e si manda in stampa questo Rapporto. Tutte le considerazioni sono quindi esemplificative dell'impatto Covid-19 fino a questo momento, quando (purtroppo) gli esperti parlano di una terza ondata per il prossimo 2021.

1.3 Un Network sempre più ampio e il ruolo dei gestori nella gestione dell'emergenza

Come per l'edizione 2019, oltre a essere espressione delle attività di ricerca condotte nell'ambito dell'Osservatorio, questo Rapporto è anche il luogo privilegiato di presentazione dei risultati del confronto operato nell'ambito del Network dei Keyprovider parte dell'Osservatorio Long Term Care CERGAS SDA Bocconi¹. I protagonisti del Network sono i più grandi soggetti gestori per dimensioni e per rilevanza operanti nel settore LTC, pubblici, privati for profit e non profit (Figura 1.1) che hanno partecipato nel corso del 2020 alle attività di analisi e ricerca dell'Osservatorio, agendo da *discussant* delle evidenze prodotte ma anche prestandosi in prima persona per la raccolta dati. Il prezioso lavoro di confronto svolto con i soggetti è stato fondamentale per la realizzazione di questo Rapporto e per lo sviluppo di tutte le riflessioni qui presentate.

¹ Gli autori desiderano ringraziare i rappresentanti delle aziende che nel tempo hanno preso parte ai lavori di ricerca per il loro prezioso contributo nel corso dei diversi momenti di confronto.

Figura 1.1 Aziende partecipanti ai lavori di ricerca (2020)

Asp Città di Bologna	Korian Segesta
ISRAA Treviso	KOS - Anni Azzurri
IPAV	iSenior SpA
Asp Progetto Persona	Punto Service
Asp Golgi Radaelli	Consorzio Colibri
Fondazione Casa Cardinale Maffi	Aurora Domus Cooperativa Sociale
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	Cooperativa Pro.Ges
Fondazione Fratelli Paolo e Tito Moina	Cooperativa Società Dolce
Fondazione Maddalena Grassi	Cooperativa Domus Assistenza
Fondazione Opera San Camillo	Gruppo SPES
Fondazione Pia Opera Ciccarelli	Gruppo Zaffiro
Fondazione Sacra Famiglia ONLUS	

Questo assume un valore maggiore anche alla luce della particolarità dell'anno appena vissuto. Come si illustrerà nei capitoli seguenti il settore socio-sanitario si è trovato solo a combattere contro Covid-19 per lo meno per tutta la prima fase dell'epidemia. Questo non sarebbe stato possibile se non grazie alla competenza e tenacia dei gestori dei servizi che si sono trovati protagonisti (anche loro malgrado) di una emergenza che non avrebbe dovuto vederli tali. I gestori, sia pubblici che privati, hanno dimostrato ancora una volta di essere un nodo fondamentale della rete LTC e le loro esperienze dirette sono di alto valore aggiunto. È bene precisare a questo punto che, sebbene gli aderenti al Network siano quelli rappresentati in Figura 1.1, la partecipazione alle diverse attività di ricerca è stata a geometria variabile per cui il totale dei rispondenti riportato per le varie attività di ricerca presentate nei Capitoli che seguono potrà variare.

Infine, le prospettive portate in questa edizione sono ulteriormente arricchite dagli spunti e dalle riflessioni maturate dal confronto con gruppi di ricerca esperti di LTC da ogni parte del mondo riuniti nell'*International Long Term Care Policy Network* (ILPN)². Il Network coinvolge la comunità scientifica internazionale legata ai temi di policy per il settore LTC e si è fatto promotore fin dall'inizio della pandemia di un lavoro di sistematizzazione degli accadimenti in corso a livello globale, pubblicando e aggiornando costantemente le evidenze emerse in ottica di trasferire buone pratiche tra paesi e di mantenere alta l'attenzione su quanto stesse accadendo nelle strutture residenziali.

L'Osservatorio Long Term Care ha aderito fin dal principio, stilando report di aggiornamento circa la situazione italiana³ e rafforzando la visibilità internazionale dei propri lavori.

² Più informazioni al link: <https://www.ilpnetwork.org/>

³ Ad esempio: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/09/LTC-COVID19-situation-in-Italy-31-July-2020.pdf>

1.4 Il Rapporto in sintesi

Il Rapporto si divide in due parti. Una prima parte è dedicata ad analisi e considerazioni legate al settore LTC nel suo complesso ed in particolare al rapporto tra le caratteristiche dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni delle famiglie. La seconda parte è invece dedicata ad analizzare quanto accaduto nel periodo 2020 in seguito all'epidemia Covid-19 e propone alcune considerazioni sugli impatti di medio e lungo periodo.

Il Capitolo 2, *Il settore socio-sanitario: bisogno, utenza in carico e gestori dei servizi*, presenta, in continuità con le edizioni precedenti del Rapporto, una carrellata ragionata e commentata di dati sul settore LTC riguardanti la stima del fabbisogno, la rete di offerta accreditata, il mondo della cura informale e le caratteristiche dei gestori. Attraverso la sistematizzazione di dati amministrativi e statistici di varie fonti si cerca in questo Capitolo di fornire una fotografia aggiornata (al 2016) del settore in modo da avere a disposizione una base di evidenze per la discussione.

Il Capitolo 3, *Il rapporto tra gli anziani e i servizi esistenti dal punto di vista delle famiglie*, presenta gli esiti dell'attività di ricerca svolta in collaborazione con *LaCasadiRiposo.it* che ha visto la somministrazione di una survey online ad un campione rappresentativo di famiglie che hanno avuto esperienza diretta di fruizione di servizi socio-sanitari per anziani. Le evidenze presentate riguardano la disamina dell'esperienza delle famiglie e delle loro percezioni rispetto ai servizi (principalmente residenziali) in modo da comprendere quali siano gli elementi di valore oggi apprezzati nel settore LTC e quali quelli da potenziare.

Il Capitolo 4, *L'impatto di Covid-19 sul settore LTC e il ruolo delle policy: evidenze dall'Italia e dall'estero*, introduce le analisi riguardanti il periodo di gestione della pandemia presentando i dati dell'impatto di quest'ultima sul settore LTC in termini di diffusione e contagio ma soprattutto dell'impatto sul funzionamento dei servizi residenziali per anziani, anche attraverso l'analisi delle politiche promosse in nove regioni italiane. Il Capitolo propone una analisi critica di quali siano stati i punti di forza e di debolezza della gestione nei primi mesi 2020, proponendo delle lezioni manageriali per i gestori di RSA e discutendo anche buone prassi internazionali.

Il Capitolo 5, *L'impatto di Covid-19 sul settore LTC nella prospettiva dei gestori e delle famiglie*, riporta invece i risultati di ricerca condotti da questo Osservatorio con il Network di gestori e con un campione di famiglie rispetto alla loro esperienza diretta di gestione dell'emergenza sanitaria. Il Capitolo porta l'esperienza diretta dei gestori e presenta le soluzioni da loro attivate nel periodo di emergenza. Discute inoltre quelli che i gestori ritengono saranno gli impatti aziendali e manageriali di medio periodo.

Il Capitolo 6, *Il settore a un bivio: sfide aperte per il settore pubblico e per i gestori*, propone la discussione di otto sfide per il sistema LTC e quattro sfide

per i servizi e le famiglie che si pongono a partire da quanto osservato nel periodo Covid-19 e che determineranno il futuro del settore. A queste sfide corrispondono altrettante necessarie iniziative di policy che dovranno essere promosse nel prossimo futuro.

Il Capitolo 7 ripercorre le evidenze presentate nei capitoli precedenti e ne sintetizza le conclusioni.

Parte I

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

2. Il settore socio-sanitario: bisogno, utenza in carico e gestori dei servizi

di Eleonora Perobelli ed Elisabetta Notarnicola

Ricostruire una rappresentazione esaustiva del settore LTC italiano è un esercizio estremamente complesso, in quanto le fonti informative di riferimento sono frammentate tra attori e livelli di governo differenti. Inoltre, non sono disponibili dati certi rispetto ad alcuni elementi fondamentali, in primis il fabbisogno nella popolazione e il reale dimensionamento dell'offerta dei servizi. L'ambizione di questo Capitolo è di ricomporre i dati ufficiali disponibili a fine 2020 per fornire una fotografia aggiornata all'ultima data disponibile dello stato dell'arte del settore, fornendo una visione sistematica che guardi alle diverse tipologie di servizio, includendo la sfera pubblica e privata, oltre che formale e informale. A questo fine, il paragrafo 2.1 aggiorna la mappatura circa i dati di offerta pubblica di servizi, utenza in carico e fabbisogno tra la popolazione. Il numero 2.2 approfondisce il mondo della cura informale, unico vero pilastro per le famiglie per la gestione dell'anziano al domicilio, con alcune considerazioni su quanto avvenuto durante il periodo Covid-19. Segue il paragrafo 2.3, che completa la rappresentazione del settore portando la prospettiva dei gestori dei servizi, che come si vedrà riceve tuttora un'attenzione marginale nelle fonti ufficiali. Infine, il paragrafo 2.4 tira le fila dei principali punti di attenzione emersi nel Capitolo.

2.1 Il settore della Long Term Care in Italia: offerta di servizi pubblici e fotografia aggiornata della copertura del bisogno

Fin dalla sua prima edizione, il presente Rapporto si propone di aggiornare i principali dati che permettono di ricostruire la fotografia del settore LTC per anziani non autosufficienti attraverso:

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

Nell'edizione 2019 era stata fornita una fotografia parziale riferita all'anno 2016, poiché al momento della stesura del Rapporto, ISTAT non aveva ancora aggiornato le indagini relative ai Presidi Socio-Sanitari e agli Ospiti dei Presidi Socio-Sanitari per l'anno in esame. Queste ultime sono ora¹ disponibili, pertanto la scelta operata dagli autori è di presentare il quadro completo e cronologicamente allineato delle fonti per l'anno 2016, ultimo pubblicato. Si segnala ancora una volta che l'indagine ISTAT sulle limitazioni funzionali, fondamentale per la ricostruzione del dato di fabbisogno nella popolazione, rimane ferma a una pubblicazione del 2015 con dati riferiti al 2013. Inoltre, scontiamo quattro anni di scarto tra i dati di inquadramento del settore che commentiamo e il periodo storico cui si riferiscono, un differenziale enorme che si inserisce in un quadro generale di gravi ritardi nella pubblicazione di statistiche ufficiali. L'assenza di un sistema informativo unitario, dinamico e aggiornato per il settore è tra i fattori che hanno reso e rendono tuttora più complessa la gestione dell'emergenza Covid-19 nelle strutture (*cf*r Capitolo 4), e la cui revisione dovrebbe essere tra le priorità di agenda dei *policy maker* per permettere una migliore capacità di governo della LTC.

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).

2.1.1 Il sistema pubblico socio-sanitario e sociale italiano: bisogni, servizi, utenti in carico

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

¹ Al momento in cui si scrive ovvero Dicembre 2020.

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 del bisogno

Con questa definizione si comprendono le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con limitazioni funzionali secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF). Tali limitazioni riguardano specifiche dimensioni, individuate come segue: la costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); le limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola). Per semplicità, nel testo si parlerà di “Anziani non autosufficienti”. Per un approfondimento, è possibile consultare il Capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016.

Stima del bisogno potenziale

La stima della popolazione anziana non autosufficiente (Tabella 2.1) deriva, per ciascuno dei quattro anni considerati, dalla 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. Per il 2016 (stima più recente), il numero di anziani non autosufficienti

è pari a 2.907.438 individui². È opportuno specificare che il valore riportato potrebbe essere una stima per difetto, in quanto l'indagine ISTAT utilizzata consente di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale³.

Non essendo in possesso di dati aggiornati relativi all'incidenza della diffusione di limitazioni funzionali tra over65 che vivono in famiglia, l'aumento registrato nel bacino stimato di bisogno è ascrivibile a un puro effetto demografico collegato all'aumento della popolazione anziana negli anni e che determina un aumento della stima riportata⁴. Il rapido evolvere dei trend demografici di invecchiamento della popolazione è un fenomeno ormai strutturale: le proiezioni ISTAT più recenti⁵ segnalano che nel 2037 il numero di over65 residenti in Italia saranno 4,5 milioni in più rispetto al 2017, a fronte di un calo complessivo della popolazione di 600.000 residenti, che deriverà da una forte contrazione della popolazione nelle fasce di età più giovani e di quella in età lavorativa. A questo si aggiungono due ordini di considerazioni:

- I cambiamenti nella struttura socio-demografica della popolazione e nelle reti familiari, uniti alle crescenti dinamiche di fragilità legata all'aumento degli anziani soli (Fosti e Perobelli, 2019) possono avere conseguenze esplosive sulla tenuta di un sistema di welfare ancora fortemente legato a un'impostazione di tipo "familistica" della cura e assistenza. Inoltre, ISTAT (2020)⁶ ci segnala che attualmente ci sono cinque anziani per ogni neonato: uno squilibrio strutturale che aggiunge un ulteriore elemento di insostenibilità al nostro attuale sistema di welfare;
- L'aumento dell'età media della popolazione porta con sé un incremento della diffusione di patologie croniche e/o degenerative, che sono rilevate solo parzialmente nella stima ISTAT sulle limitazioni funzionali. Inoltre, quest'ultima si riferisce all'anno 2013: è possibile che negli anni l'incidenza delle limitazioni funzionali tra gli anziani sia aumentata e coinvolga quindi una maggiore quota della popolazione.

Questa riflessione è particolarmente centrale in quanto ci restituisce un quadro in cui, anche in un contesto di stabilità della capacità pubblica di offerta, il bisogno è destinato a crescere in maniera inarrestabile, ponendo quesiti sulla sostenibilità complessiva del sistema.

² Per l'anno 2016 è cambiata la base di calcolo della popolazione over65 di riferimento, in quanto si ritiene che la popolazione residente all'1 gennaio dell'anno successivo a quello oggetto di analisi costituisca un bacino più accurato.

³ Essendo focalizzata soprattutto sulle limitazioni funzionali fisiche.

⁴ Il numero di anziani ospiti di strutture residenziali è diminuito tra 2015 e 2016, si veda paragrafo dedicato agli utenti in carico.

⁵ Fonte: Elaborazioni OASI CERGAS SDA Bocconi su proiezioni demografiche ISTAT.

⁶ Istat (2020). Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni: la popolazione.

Tabella 2.1 Anziani (over 65) con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale (anni 2013-2016)

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

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

La Tabella 2.2 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta agli anziani non autosufficienti. Essa 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 2.3. Dalla Tabella 2.2 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 sotto, all'incremento di posti disponibili nel segmento di offerta residenziale.

Tabella 2.2 La capacità produttiva del sistema pubblico residenziale e semiresidenziale, 2013-2016.

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

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

La Tabella 2.3 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. Rispetto a quanto riportato nella precedente edizione del Rapporto, in cui non era disponibile l'indagine aggiornata sui presidi socio-sanitari, lo scenario è cambiato come segue:

- La disponibilità di posti letto in strutture residenziali di afferenza socio-sanitaria è aumentata del 5,6%;
- La disponibilità di posti letto in strutture residenziali di afferenza sociale è diminuita del 5,8%.

ISTAT non specifica le ragioni che hanno portato a una variazione quasi speculare tra i posti letto ad afferenza socio-sanitaria e quelli sociali, impedendo un commento nel merito di questo fenomeno.

Infine, si richiama l'importanza dell'offerta domiciliare (ADI) socio-sanitaria nel sostenere la capacità produttiva complessiva del settore LTC (Tabella 2.3). Con riferimento ad ADI, se da un lato il dato che segnala l'aumento dell'offerta a pazienti over65 nel tempo è incoraggiante, dall'altro gli stessi dati mostrano che le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno sono state 16 (con ampia variabilità regionale, si veda Capitolo 2 del 2° Rapporto OLTC per approfondimenti), 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.

Tabella 2.3. Capacità produttiva per tipo di servizio erogato, 2013-2016.

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.

*ore erogate

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

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

La Tabella 2.4 riporta il dato circa gli utenti complessivamente in carico ai servizi; mentre nella successiva Tabella 2.5 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. Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia (Tabella 2.5) per un'analisi più approfondita.

Tabella 2.4. Numero annuo di utenti in carico alla rete di offerta, anni 2013-2016.

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

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016, 2019) 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.

Tabella 2.5. Utenti in carico per tipologia di servizio, anni 2013-2016

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

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016) 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.

Nel complesso, tra il 2015 e il 2016 il numero di utenti anziani complessivamente in carico ai servizi sociali è drasticamente diminuito, registrando un calo complessivo dell'12%, dovuto principalmente a un calo degli utenti in carico a servizi di tipo semi-residenziale/a ciclo diurno erogati da Enti Locali (-24,19%). Di converso, il numero di anziani complessivamente in carico ai servizi socio-sanitari è aumentato di 18,2 punti percentuali, essenzialmente per l'aumento degli utenti in carico a servizi di ADI (+ 27,35%), per cui valgono le considerazioni espresse in precedenza in termini di intensità assistenziale della "presa in carico" di questo intervento. Sempre con riferimento all'area domiciliare, le prestazioni SAD sono diminuite del 6,98%. Rispetto all'anno precedente, si rileva come nel 2016 gli anziani in carico a servizi residenziali siano diminuiti dello 0,45% nel caso del socio-sanitario e del 6% nelle residenze ad afferenza sociale. Se quest'ultimo dato è coerente con il calo complessivo dei posti letto disponibili in nelle unità di offerta sociali (Tabella 2.3), stupisce il dato sulle residenze socio-sanitarie, che hanno aumentato i posti letto del 6%. Ancora una volta, l'assenza di dati interpretativi condivisi da parte di ISTAT limita la nostra capacità di commento e comprensione di questo fenomeno. Non avendo notizie di particolari investimenti riferiti all'espansione della rete dei servizi per quel periodo, si potrebbe ipotizzare in questo caso un miglioramento della base dati utilizzata da ISTAT, che non risulta avere una copertura totale in tutte le Regioni rispetto ai dati raccolti.

2.1.2 Stima della copertura del bisogno

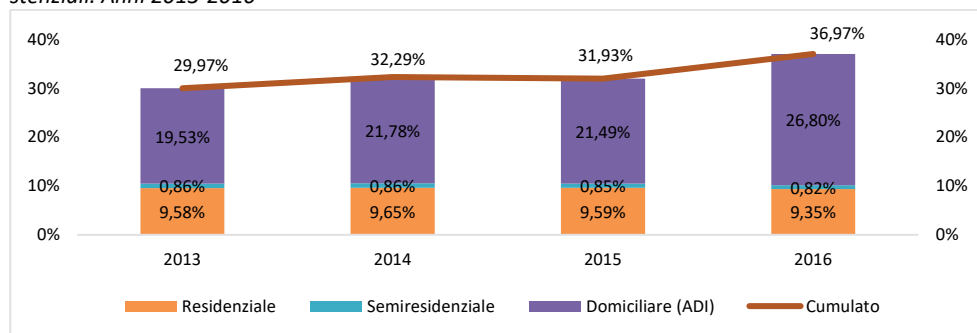
Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si riporta il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti per il solo anno 2016, ottenuto come rapporto tra 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 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). La Tabella 2.6 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. La Figura 2.1 propone questa prospettiva per l'andamento della copertura dei servizi ad afferenza socio-sanitaria, ad evidenziare l'eterogeneità della capacità di risposta tra i vari setting che vanno a determinare il tasso di copertura cumulato.

La Figura 2.1 propone questa prospettiva per l'andamento della copertura dei servizi ad afferenza socio-sanitaria, ad evidenziare l'eterogeneità della capacità di risposta tra i vari setting che vanno a determinare il tasso di copertura cumulato. Più nel dettaglio, si nota una copertura maggiore sul lato domiciliarietà per la forte incidenza dell'utenza in carico ADI, a fronte di una risposta molto minore sul fronte semiresidenziale.

Tabella 2.6. Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti. Anno 2016

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi sociali
2.907.438	Residenziale	285.268	9,35%	0,46%
	Semiresidenziale	294.063	0,82%	9,29%
	Domiciliare (ADI e SAD)	911.102	26,80%	4,54%
2.907.438	Totale	1.490.433	36,97%	14,28%

Figura 2.1. Copertura del bisogno dei servizi ad afferenza socio-sanitaria, dettaglio per setting assistenziali. Anni 2013-2016



L'aumento nel tempo della copertura complessiva del bisogno tramite servizi socio-sanitari per anziani non autosufficienti è trainato dall'aumento della copertura tramite ADI, per cui valgono le considerazioni precedentemente espresse.

2.2 Il mondo della cura informale

In assenza di altre soluzioni assistenziali e di vere e proprie filiere di presa in carico istituzionalizzate e capillari sul territorio, le famiglie hanno ideato una soluzione fai da te per la LTC degli anziani, portando alla nascita di uno dei più grandi e rilevanti settori del nostro paese, ovvero quello del “badantato”. Secondo i dati INPS più recenti⁷, nell'anno 2019 i lavoratori domestici contribuenti regolari all'Inps sono stati 848.987 (-1,8% sul 2018): per la maggioranza si tratta di colf (52%), mentre le badanti rappresentano il restante 48%, ovvero 407.422 persone. Un recente studio di Domina⁸ sui lavoratori domestici regolari riporta come a fronte di una ricchezza prodotta dalla totalità di questi lavoratori pari a 18,8 miliardi di valore aggiunto, nel 2017 le famiglie italiane hanno speso 7 miliardi di euro per la retribuzione dei lavoratori domestici (comprende stipendio, contributi, TFR). Ciò significa che, mediamente, ogni lavoratore domestico ha percepito circa 6.500 euro annui netti, con variabilità legata alle ore lavorate e del tipo di servizio. A questo proposito, ragionando sulla spesa mensile e annua per le famiglie si osserva che il costo mensile un contratto regolare di 54 ore di assistenza di badante convivente, a tempo pieno, per l'assistenza di una persona non autosufficiente, livello CS⁹, costa 1.495 euro, ovvero oltre 17.000 euro annui. Questa cifra comprende contributi, ferie, tredicesima mensilità, TFR e gestione lavoratore. Non sono invece inclusi i giorni di riposo festivo, indennità di vitto e alloggio per il periodo di ferie, giorni corrispondenti

⁷ INPS, 2020, Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno 2019

⁸ Domina, 2019, 1° Rapporto Annuale sul lavoro domestico.

⁹ Dati www.assistere.net

ai riposi settimanali, riposo domenicale e scatti di anzianità. Per ovvie ragioni il contratto irregolare risulta meno costoso per le famiglie, in questo caso potrebbe aggirarsi tra gli 800 e i 900 euro mensili, anche se non sono disponibili stime ufficiali.

Sulla base di queste stime e di altri lavori esistenti rispetto al numero delle badanti in Italia, proponiamo una stima aggiornata delle badanti attive nell'anno 2019. Per calcolarlo, adottiamo il metodo proposto da Pasquinelli e Rusmini¹⁰, aggiornandolo all'anno 2019 (Tabella 2.7), seguendo gli ultimi dati messi a disposizione da INPS.

Tabella 2.7. Stima delle badanti presenti in Italia, anno 2019

	Anno 2019
Numero delle badanti regolari	407.422
Numero delle badanti irregolari	611.133
Numero totale delle badanti presenti nel territorio nazionale	1.018.555

Seguendo il metodo proposto, le badanti in Italia nel 2019 erano quindi oltre un milione, di cui il 60% irregolari: un numero enorme di lavoratori, che va a tutti gli effetti a costituire uno dei maggiori mercati del lavoro del nostro Paese (basti pensare che l'intero personale dipendente del SSN conta 605.192 unità, dati Annuario Statistico 2019).

Dalla Tabella 2.8 è possibile evincere come mediamente in Italia siano presenti 14,34 badanti ogni 100 cittadini over75, che salgono a 43,6 ogni 100 cittadini over75 non autosufficienti. Le badanti sono più presenti nelle regioni del Nord, nonostante siano i contesti territoriali in cui i servizi pubblici per la presa in carico della non autosufficienza siano più diffusi¹¹, ma risultano molto presenti anche nelle regioni centrali (si veda in particolare il Lazio) e in Sardegna, che nel contesto del Sud Italia e Isole si configura come un *outlier*. La Figura 2.2 fornisce una rappresentazione visiva della diffusione del fenomeno del badantato in Italia, che risulta molto eterogeneo e le cui determinanti risultano tuttora di difficile interpretazione per via della scarsa quantità e qualità di informazioni relative a questo mondo oggi a disposizione.

Anche il rapporto Domina (Domina, 2020¹²) propone una stima delle badanti e colf irregolari con distribuzione territoriale tra Regioni. Si trova in questa fonte una stima del tasso di irregolarità pari al 58,3% che porta la stima di badanti e colf irregolari a circa 1 milione e 200 mila unità con massima distribuzione in Sardegna, Lazio, Umbria, Toscana e Liguria (> 18 unità ogni 1.000 abitanti).

¹⁰ Si veda 1° Rapporto OLTC per approfondimenti metodologici.

¹¹ Per approfondimenti, Capitolo 5 Rapporto OASI 2019.

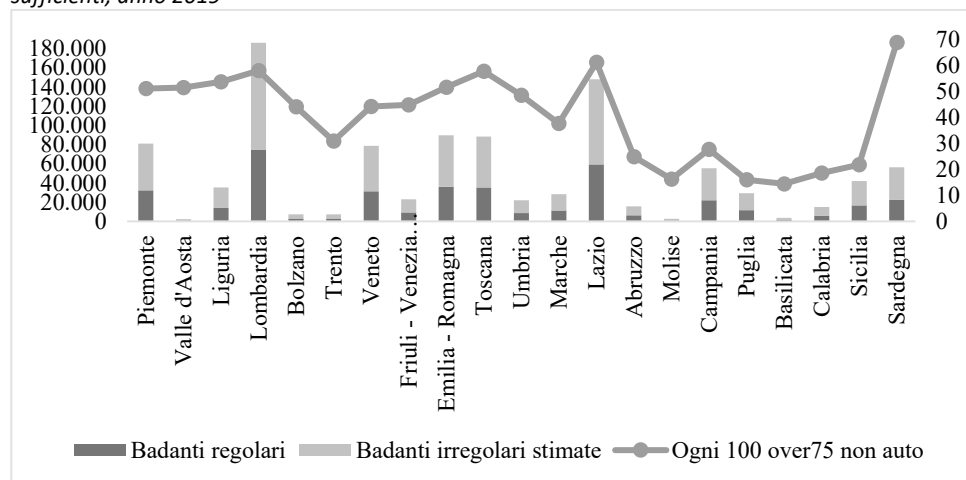
¹² Disponibile online sul sito dell'Osservatorio Lavoro Domestico <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/rapporto-annuale>

Tabella 2.8. Stima del numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75 autosufficienti e non, anno 2019.

Regione	Badanti regolari	Badanti irregolari stimate	Totale badanti regolari + irregolari	Ogni 100 over75 non auto	Ogni 100 over75 auto
Piemonte	32.469	48.704	81.173	51,0	13,76
Valle d'Aosta	863	1.294	2.157	51,4	13,87
Liguria	14.137	21.205	35.342	53,6	14,46
Lombardia	74.413	111.620	186.034	57,9	15,64
Provincia Autonoma di Bolzano	2.991	4.486	7.477	44,0	13,37
Provincia Autonoma Trento	2.991	4.486	7.477	30,8	12,10
Veneto	31.488	47.231	78.719	44,2	13,43
Friuli-Venezia Giulia	9.226	13.839	23.065	44,8	13,61
Emilia-Romagna	35.925	53.888	89.813	51,5	15,66
Toscana	35.360	53.041	88.401	57,7	17,54
Umbria	8.767	13.150	21.917	48,4	18,01
Marche	11.402	17.103	28.506	37,6	13,99
Lazio	59.276	88.914	148.191	61,1	22,72
Abruzzo	6.301	9.451	15.751	24,8	9,75
Molise	994	1.491	2.485	16,2	6,37
Campania	22.118	33.177	55.294	27,6	10,87
Puglia	11.793	17.690	29.483	15,9	6,72
Basilicata	1.495	2.242	3.737	14,4	5,67
Calabria	6.034	9.051	15.084	18,5	7,28
Sicilia	16.791	25.186	41.977	21,8	8,11
Sardegna	22.589	33.884	56.474	68,7	29,01
Italia	407.422	611.133	1.018.555	43,6	14,34

Lo stesso Osservatorio (Domina, 2020b) ha prodotto alcune statistiche interessanti rispetto al periodo Covid-19 e al lavoro di badanti e colf. Contrariamente alle aspettative, nel periodo Febbraio – Giugno 2020 si è osservato un incremento nelle unità di lavoratori regolari (+18.344 tra colf e badanti) con un picco nel mese di marzo.

Figura 2.2. Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, anno 2019



Questo riflette la tempistica dell'entrata in vigore delle misure a sostegno delle famiglie adottate a livello nazionale anche se l'impatto potenziale di queste ultime poteva essere ben maggiore. Nello stesso rapporto¹³ si menzionano le principali difficoltà registrate dalle famiglie nel periodo Covid-19 (*cf* in questo Rapporto al Capitolo 4) quali ad esempio: la gestione dei rapporti interpersonali, le difficoltà economiche, la gestione dei rapporti di lavoro non regolari.

Parlando di organizzazione delle famiglie non bisogna tuttavia dimenticare il loro ruolo attivo di *caregiver*. Un recente rapporto ISTAT¹⁴ ricorda che sono 2.827.000 le persone di 18-64 anni che in Italia si occupano di familiari malati, disabili o anziani e che più di un terzo delle persone nella stessa fascia di età ha compiti e responsabilità di coordinamento della cura di un familiare. I dati confermano anche per il 2018 che si tratta prevalentemente di donne per le quali questa condizione ha impattato sulle scelte lavorative. In modo ancora più spiccato che in altri paesi UE28 le donne hanno modificato la loro scelta di accedere al mondo del lavoro oppure la loro attività: ad esempio oltre il 50% ha dovuto assentarsi per oltre un mese nel corso di un anno lavorativi per compiti di cura e il 39% richiede in modo continuativo permessi per lo stesso motivo.

¹³ Disponibile online al link: <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/nuovo-dossier-il-lavoro-domestico-e-l'emergenza-covid-9>

¹⁴ ISTAT, 2020, Conciliazione tra lavoro e famiglia, anno 2018

2.3 Il posizionamento dei grandi player del settore

Per completare il quadro descrittivo del settore socio-sanitario è indispensabile includere la prospettiva dei gestori dei servizi, che sconta storicamente un'attenzione marginale nei dati ufficiali. Questi ultimi tendono infatti a dare una rappresentazione prevalentemente centrata sul sistema pubblico e sull'offerta assistenziale in maniera indistinta rispetto al profilo dei soggetti produttori ed erogatori. Il punto di vista dei gestori è tuttavia molto utile per indagare il funzionamento del settore e le dinamiche di innovazione e cambiamento, perché consente di indossare gli occhiali della prospettiva interna ai servizi, interrogandosi sulle modalità di erogazione della LTC e ricostruendo le caratteristiche del settore a partire dal basso. Essendo poi gli enti gestori l'unità del sistema più vicina alle famiglie, sono anche i primi chiamati a rispondere ai cambiamenti delle loro esigenze e bisogni e del contesto (cfr Capitolo 3 e Capitolo 5), dovendosi adattare in modo rapido ai mutamenti in corso per continuare ad operare in modo soddisfacente.

2.3.1 Includere la prospettiva dei gestori per conoscere il settore

Quando parliamo di gestori intendiamo tutti i soggetti, di qualsiasi natura giuridica e forma organizzativa, che operano nel settore LTC gestendo un qualsiasi tipo di servizio. Per una rappresentazione esaustiva del settore dal punto di vista dei *provider*, si rimanda al Capitolo 3, edizione 2018 del Rapporto, che si è occupato di ricostruire l'anatomia dei gestori di servizi LTC per anziani non autosufficienti, sistematizzando le fonti disponibili. In questa sede, si segnala che attualmente – sempre a causa dell'assenza di un sistema informativo integrato – manca una valutazione univoca circa il numero di *provider* che operano sul territorio nazionale e delle strutture gestite. Nel report sulle strutture per anziani contenuto nell'Annuario delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno per l'anno 2019¹⁵, si riporta – tra gli altri – il dato relativo al numero di strutture residenziali “che accolgono anziani non autosufficienti” al 31/12/2018, pari a 4.629, in linea con la stima fornita da Osservatorio SPI CGIL di circa 4.000 strutture, riportata nel Capitolo 3 edizione 2018 del Rapporto. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) tramite l'Osservatorio Demenze parla di 3.417 strutture residenziali rivolte a soggetti con demenza¹⁶, che si ritiene tuttavia possa sotto-rappresentare strutture che non rappresentano una chiara vocazione alla presa in carico di questa patologia. L'Annuario Statistico del SSN per l'anno 2017 (dato più aggiornato) parla di 3.365 strutture residenziali pubbliche e private accreditate (intese come Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette,

¹⁵ Ministero dell'Interno, 2020, Annuario delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno per l'anno 2019.

¹⁶ Mappa dei servizi per persone con demenza, ISS. <https://demenze.iss.it/mappaservizi/>

Hospice, altre strutture residenziali) per anziani, senza specificare se non auto-sufficienti e senza includere le strutture autorizzate ma non accreditate (quindi che operano in regime di completa solvenza). Si noti come da un lato non ci sia una convergenza tra le diverse rappresentazioni sulla numerosità delle strutture sul territorio; e dall'altro come nessun Ente Pubblico si occupi di fornire una stima sulla quantità di soggetti erogatori che gestiscono queste strutture. L'assenza di una rappresentazione chiara e organica del settore (ad esempio, a livello di Ministero della Salute) è tra i fattori che ad oggi impedisce di mappare il contagio nelle RSA, come si approfondirà nel Capitolo 4.

2.3.2 Il profilo del settore: la fotografia del Network Key Providers

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 questionari¹⁷ e dati aziendali da 18 grandi player del settore tra quelli partecipanti al *Network Key Providers* dell'Osservatorio Long Term Care (*cf*r Capitolo 1), 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 settore¹⁸.

Caratteristiche descrittive

I grandi *player* presentano diverse forme giuridiche (Figura 2.3):

- 6 cooperative;
- 4 Aziende pubbliche di servizi alle persone (ASP);
- 4 sono gruppi privati for profit;
- 4 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 18 aziende, la maggioranza (Figura 2.4) opera nel Nord Italia, alcune operano nel Centro Italia, tre sono presenti anche nel Sud, mentre solo una opera attualmente nelle Isole. Questo dato è coerente rispetto al fatto che nel Centro e Sud Italia siano meno diffusi servizi per anziani (i dati ISTAT, infatti, mostrano un livello di diffusione inferiore alla media nazionale)

¹⁷ Il questionario è stato diffuso online a giugno 2020 alle 20 aziende individuate come *key players* del settore. All'indagine hanno risposto 18 Enti.

¹⁸ Le aziende rispondenti al questionario delle edizioni 2018, 2019 e 2020 sono in parte differenti: tuttavia, si ritiene che le due rilevazioni possano essere lette in maniera congiunta in virtù del fatto che le Aziende partecipanti al Network Keyprovider hanno caratteristiche omogenee e comparabili.

e che siano presenti prevalentemente gestori di singole strutture e piccolissime dimensioni e di conseguenza un numero esiguo di grandi *player*.

Il fatturato 2019 complessivo dei partecipanti al Network¹⁹ è pari a €1.573.652.450.

Figura 2.3. Natura giuridica dei grandi players, anno 2020

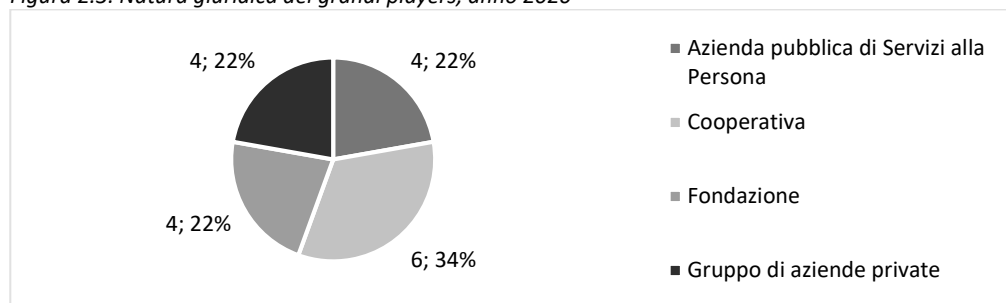
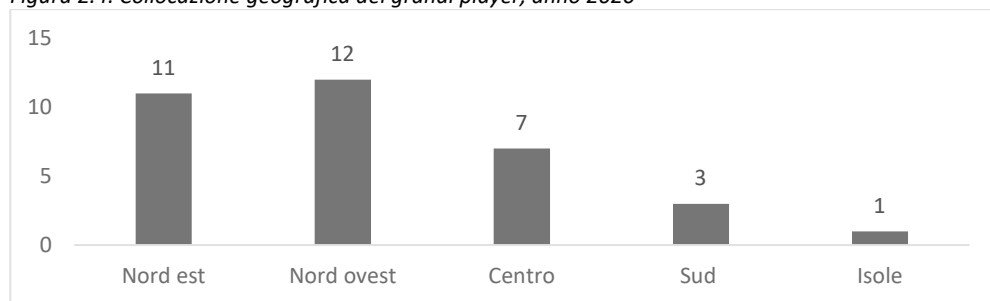


Figura 2.4. Collocazione geografica dei grandi player, anno 2020

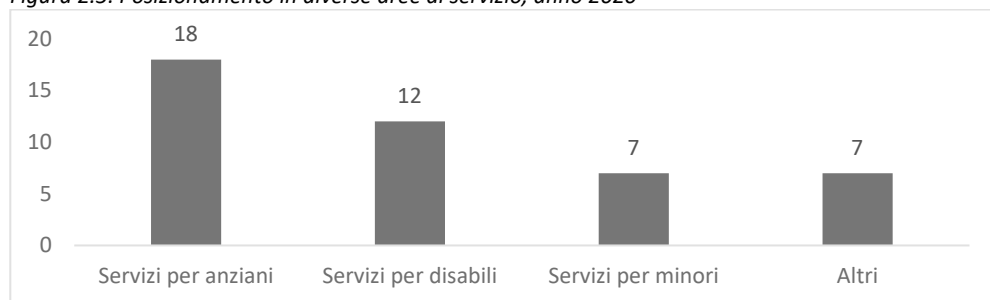


Portafoglio di servizi e composizione del fatturato

I grandi *player* mostrano attività articolate e trasversali a più aree di business (Figura 2.5) 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, la maggioranza (12) anche nell'area disabilità, andando così a ricomporre i più classici servizi per la LTC ed evidenziando le sinergie tra i due comparti. Altri (7) 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 contrasto alla povertà e emarginazione tra gli adulti e nuclei psichiatrici.

¹⁹ Dato riferito a 15 aziende su 18.

Figura 2.5. Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2020

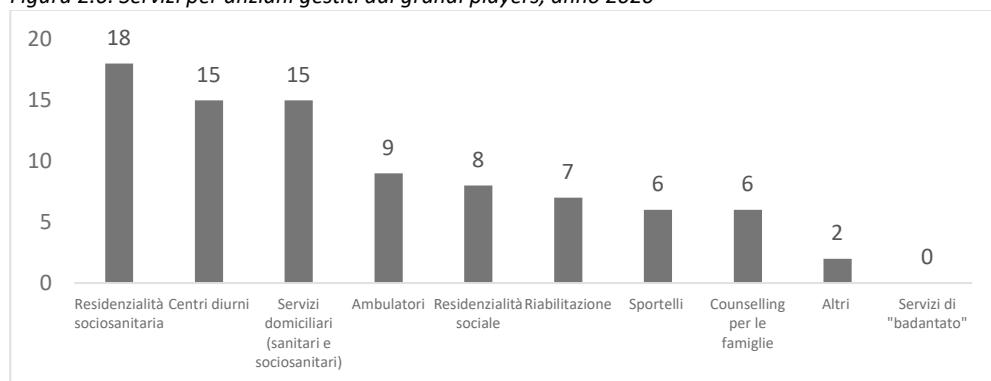


Guardando ai servizi (Figura 2.6) specificatamente destinati all'area anziani, emerge una grande varietà che segnala ancora una volta il tentativo di ricomporre filiere assistenziali (Figura 2.7). Se da un lato tutti i grandi *player* gestiscono strutture socio-sanitarie per anziani, è interessante osservare quali altri servizi sono presenti in abbinamento a queste:

- La maggioranza dei *player*, 15, abbinano alla gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie un'offerta di servizi diurni e domiciliari, andando a comporre la filiera socio-sanitaria completa sui tre *setting* più tipici e presenti in tutti i contesti regionali;
- Otto di loro 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. 4 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);
- Rispettivamente sei e sei (sono diversi tra loro) dei grandi *player* 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. 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;

- In continuità con l'edizione 2019, 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 2.6. Servizi per anziani gestiti dai grandi *players*, anno 2020



Dai dati sui 18 grandi *player* del settore 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. Interessante notare come in cinque casi su sei la filiera “per famiglia” (Figura 2.7) venga offerta da aziende che gestiscono la totalità della filiera LTC tradizionale, a sottolineare un'attenzione delle aziende a guidare anziani e famiglie nel passaggio tra *setting* assistenziali a intensità crescente. Questo segnala uno spostamento del settore verso servizi fino ad oggi considerati ancillari, che invece iniziano ad assumere una connotazione e forma propria.

Per quanto concerne il fatturato (Figura 2.8) i grandi *player* presentano comportamenti molto differenziati: se tutti gestiscono strutture residenziali per anziani, il fatturato derivante da queste attività si assesta su una media del 50% sul totale, in costante decrescita (55% nel 2019, 69% nel 2018), con un valore minimo del 16% sul totale e un massimo del 99%. Il fatturato derivante da altre attività dedicate ad anziani è mediamente intorno al 4%, anche in netta diminuzione rispetto agli scorsi anni (7% nell'edizione 2019, 6% nel 18) – con un picco del 17%.

Figura 2.7. Presenza di filiera di servizi, anno 2020

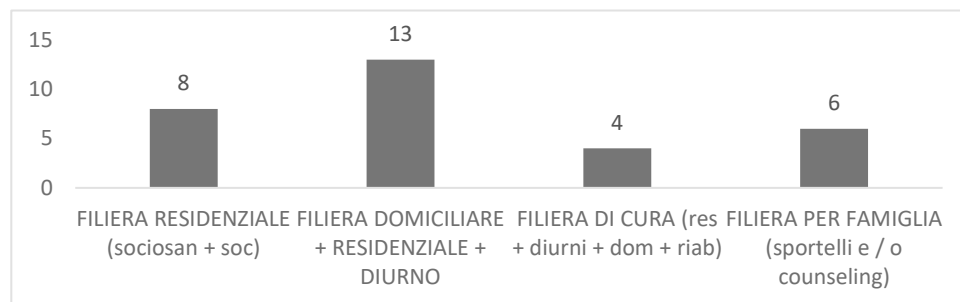
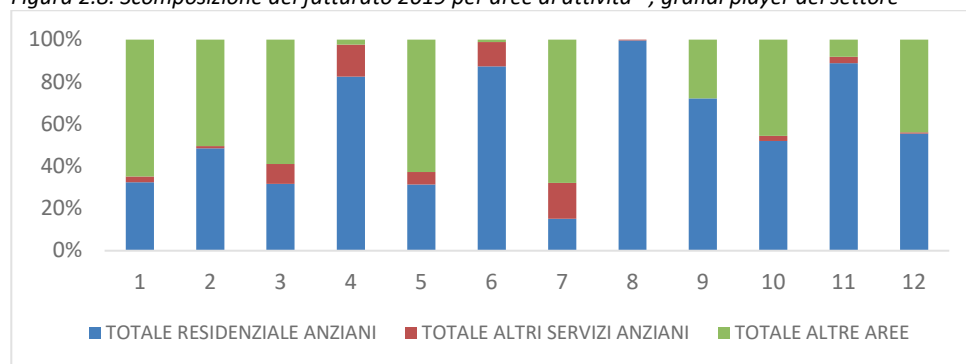


Figura 2.8. Scomposizione del fatturato 2019 per aree di attività²⁰, grandi player del settore



Il fatturato derivante da altre aree (servizi non dedicati ad anziani) è mediamente pari al 46% ma raggiunge in un caso anche il 67%, in crescita rispetto alla scorsa edizione, in cui si attestava in media al 38% (25% nel 2018). La residenzialità per anziani mantiene quindi il primato in termini di area di dimensioni maggiori, 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.

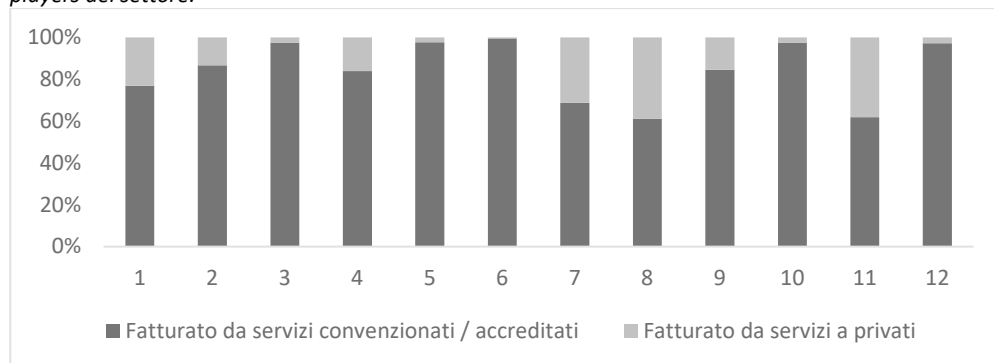
²⁰ Dato fornito da 12 rispondenti.

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 una quota sempre minore del bisogno potenziale, sia con riferimento ai bisogni delle famiglie sempre più differenziati per cluster sociali e alla ricerca di personalizzazione. 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 2.9 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2019 per attività socio-sanitaria tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico e servizi a mercato privato: in media l’84% del fatturato deriva dalla prima tipologia e il 16% dalla seconda. In quattro casi la quota da privati supera il 20% (23,31,38, 39%). Il dato è sostanzialmente allineato alla rilevazione 2019, dove il dato era 85% e 15% rispettivamente. In generale, i grandi *player* confermano ancora un posizionamento prevalentemente centrato su servizi a budget pubblico, con limitate aperture verso il mercato.

Con riferimento ai servizi residenziali per anziani, che come visto (Figura 2.8) pesano per il 50% del 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 2.10).

Figura 2.9. Scomposizione del fatturato 2019 per attività verso pubblico o verso privati²¹, grandi *players* del settore.

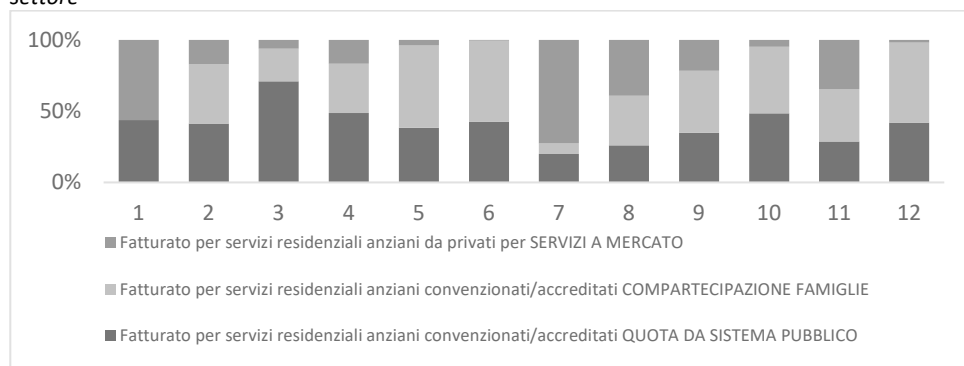


²¹ Dato fornito da 12 aziende

Mediamente la compartecipazione rileva per il 37% del fatturato per servizi residenziali per anziani (mentre la quota corrisposta direttamente dal pubblico vale il 41% circa in media). Anche in questo caso si osservano situazioni molto differenziate che dipendono dalle *policy* 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 il 60% del fatturato venga corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie.

Figura 2.10. Scomposizione del fatturato 2019 per servizi residenziali per anziani²², grandi players del settore



Complessivamente i dati sul posizionamento strategico, sulla composizione dell'offerta e del fatturato ci segnalano che anche nel caso dei grandi *player* il settore rimane centrato sull'offerta di tipo residenziale socio-sanitaria e inquadrata nel regime pubblico di accreditamento/convenzionamento. Queste aziende mostrano tuttavia le prime aperture sia rispetto altra offerta di servizi (collocandosi in una logica di filiera e andando a costruire ponti verso altri *setting* assistenziali), sia rispetto ad un inizio di posizionamento nel mercato privato.

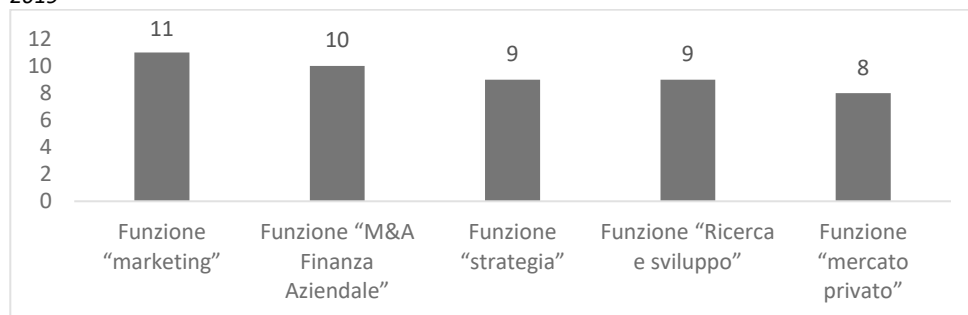
Processi di frammentazione e ricomposizione nel settore: fusioni, acquisizioni o cessioni aziendali

Tra gli elementi indagati nel questionario rivolto ai grandi *key provider* erano presenti 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,

²² Dato fornito da 12 rispondenti.

sia in termini di interventi di ridefinizione dei portafogli dei servizi, che di cambiamenti nei perimetri aziendali e societari.

Figura 2.11. Presenza delle funzioni strategiche nell'organigramma aziendale, grandi player²³, anno 2019



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 piccoli²⁴, 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 2.11) è interessante osservare come nove si siano dotate di una funzione ricerca e sviluppo (a segnalare l'attività di rinnovamento sulla propria offerta e servizi), e ben dieci di una funzione di *Mergers & Acquisitions*, ovvero finanza aziendale (a segnalare la rilevanza delle operazioni straordinarie nel settore). In otto si sono dotati di una funzione dedicata al mercato privato, dato in significativo aumento rispetto alle rilevazioni precedenti, a segnalare un livello crescente di attenzione verso questa parte di mercato.

Successivamente, si è indagato il tema delle operazioni straordinarie nel settore. Negli ultimi anni sono state attivate numerose operazioni di rimodulazione aziendale (Tabella 2.9), che hanno visto alcuni *player* su più tipologie di operazioni²⁵. Otto su 15 grandi *player* hanno effettuato operazioni straordinarie nel biennio 2018-2019, prevalentemente acquisizioni (6). Nel 2020-2022, 9 *player*

²³ Dato fornito da 13 aziende

²⁴ Si veda Capitolo 3 del Primo Rapporto OLTC

²⁵ 3 aziende hanno avviato più di un'operazione straordinaria, motivo per cui esiste un differenziale tra "player coinvolti" e somma del numero di operazioni straordinarie.

su 15 saranno coinvolti in operazioni straordinarie, con una prevalenza di acquisizioni (8). 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 2.9. Numero di operazioni straordinarie effettuate nel 2018-2018 e prospettiche per il 2019-2021 dai grandi player del settore²⁶

	2018-2019	2020-2022
Players coinvolti in operazioni straordinarie (su 15)	8	9
Coinvolti in fusione	3	2
Coinvolti in cessione	2	4
Coinvolti in acquisizione	6	8

Guardando alle operazioni di acquisizione e cessione di singole strutture per anziani (Tabella 2.10), ovvero quelle operazioni più dinamiche che non necessariamente implicano un ridisegno aziendale, osserviamo come 10 aziende su 15 siano state parte attiva di acquisizioni (o nuove aperture) per un totale di 33 strutture. Meno frequenti le situazioni in cui i grandi *player* hanno ceduto o chiuso strutture (3 *player* su 15). Le acquisizioni/aperture si sono concentrate prevalentemente nel Nord Italia (Tabella 2.11), in linea con l'attuale distribuzione territoriale dei servizi per anziani.

Tabella 2.10. Aperture/Acquisizioni e Chiusure/Cessioni di strutture per anziani, grandi player²⁷, anni 2018-2020

	Apertura / acquisizione di nuove strutture per anziani. 2018-2020	Chiusura / cessione di nuove strutture per anziani. 2017- 2019
Player coinvolti	10	3
Numero operazioni (totale)	33	13

Tabella 2.11. Distribuzione territoriale delle nuove aperture 2018-2020, grandi player

Distribuzione aperture/acquisizioni 2018-2020	
Nel Nord Est	3
Nel Nord Ovest	7
Nel Centro	2
Nel Sud	2
Nelle Isole	0

²⁶ A questa domanda hanno risposto 15 delle 18 aziende contattate.

²⁷ A questa domanda hanno risposto 15 delle 18 aziende contattate.

2.4 Conclusioni

I dati presentati in questo Capitolo fanno riferimento al periodo 2016-2018 e forniscono la rappresentazione più aggiornata possibile del settore Long Term Care in Italia, sia rispetto alla capacità dei servizi di rispondere tramite la rete pubblica e accreditata, che rispetto alle risposte private attivabili. Riportando le riflessioni a quel periodo è quindi possibile ribadire, come già fatto nelle edizioni precedenti di questo Rapporto, alcune considerazioni conclusive che riassumiamo:

- Il sistema oggi esistente non è sufficiente per dare una risposta adeguata alle famiglie e agli anziani non autosufficienti;
- Il sistema è concentrato sulla risposta residenziale e conferma uno scarso investimento sui servizi semiresidenziali e domiciliari;
- I dati da un anno all'altro sono piuttosto statici, presentano piccole variazioni imputabili a variazioni nella base statistica piuttosto che a reali modifiche della rete di offerta. Anche questo è segnale di scarso investimento nel settore, che si conferma nel tempo;
- Il ruolo delle famiglie e delle badanti è confermato come centrale. I dati di periodo confermano questa tendenza (seppure con una lieve diminuzione dell'attività di collaboratori familiari) e portano per l'ennesima volta all'attenzione collettiva il tema della organizzazione privata della cura, oggi esclusa da qualsiasi policy e programmazione di medio (o anche breve) periodo;
- Il mondo dei gestori conferma le sue caratteristiche principali, mostrando segnali di sempre maggiore strutturazione e organizzazione aziendale.

In estrema sintesi si potrebbe concludere che il settore LTC conferma nel tempo le sue caratteristiche e non è stato oggetto di particolari cambiamenti negli anni fino al 2018. Questa "staticità" di sistema deve essere però letta in controtuce rispetto ai cambiamenti invece in corso nella struttura e caratteristiche della popolazione di riferimento e nel comportamento dei singoli gestori. Rimarrà da capire nel prossimo futuro se il periodo Covid-19, che come si discuterà nei Capitoli 4, 5 e 6 di questo Rapporto ha inciso profondamente sulle caratteristiche e funzionamento del settore, avrà nel medio periodo un impatto duraturo sul mondo LTC oppure no.

Bibliografia

Berloto, S., Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E, Rotolo A., 2019, La rete dei servizi e le connessioni tra settore sociosanitario e ospedaliero: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti? Rapporto Oasi 2019, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.

Domina, 2020, 1° Rapporto Annuale sul Lavoro Domestico, Analisi, Statistiche, Trend Nazionali e Locali. Disponibile online: <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/rapporto-annuale>

Domina, 2020, Il lavoro domestico e l'emergenza COVID-19. Disponibile online: <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/nuovo-dossier-il-lavoro-domestico-e-l'emergenza-covid-9>

Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A., 2016, Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi, Rapporto Oasi 2016, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A., Rotolo A., 2017, Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti, Rapporto Oasi 2017, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E, Rotolo A., 2018, Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: mappatura della rete, del bisogno e percorsi tra sociale, sociosanitario e ospedale, Rapporto Oasi 2018, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.

Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), 2018, L'innovazione e il cambiamento nel settore LTC. 1° Rapporto Osservatorio sulla Long Term Care. Milano: Egea.

Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), 2019, Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy. 2° Rapporto Osservatorio sulla Long Term Care. Milano: Egea.

Fosti, G. Perobelli, E., 2019, Il mondo del Welfare locale e il fabbisogno di cambiamento e innovazione. In Notarnicola, E., Berloto, S., Fosti, G., Perobelli, E., Ricciuti, E. Il cambiamento nel welfare locale. Lezioni per il riposizionamento dei servizi pubblici. Egea, Milano.

Gori, C., Rusmini, G., 2015, La rete dei servizi sotto pressione, in: Network Non Autosufficienza (a cura di), V Rapporto sulla Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Bologna.

INPS, 2020, Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno di riferimento 2019.

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

ISTAT, 2020, Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni: la popolazione. Disponibile online: <https://www.istat.it/it/archivio/251655>

ISTAT, 2020, Conciliazione tra lavoro e famiglia anno 2019i8. Disponibile online: <https://www.istat.it/it/files//2019/11/Report-Conciliazione-lavoro-e-famiglia.pdf>

ISTAT, 2019, Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2016, disponibile online <https://www.istat.it/it/archivio/225648>

ISTAT, 2014, Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>

ISTAT, 2015, Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi+-+21%2Fflug%2F2015+-+Testo+integrale.pdf

Ministero della Salute, 2015, Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2012, disponibile online http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2370_allegato.pdf

Ministero della Salute, 2016, Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2013, disponibile online: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2536

Ministero della Salute, 2019, Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN - Anno 2016,

disponibile online: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2859_allegato.pdf

Ministero dell'Interno, 2020, Annuario delle Statistiche ufficiali del Ministero dell'Interno - Edizione 2019, disponibile online: http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Annuario_delle_statistiche_ufficiali_del_ministero_dell_interno_edizione_2019-7747851.htm

Perobelli, E., Notarnicola, E., 2018, Il settore sociosanitario: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato, in: Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), 2018, L'innovazione e il cambiamento nel settore LTC. 1° Rapporto 2018 Osservatorio sulla Long Term Care. Egea: Milano.

3. Il rapporto tra gli anziani e i servizi esistenti dal punto di vista delle famiglie *di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli*

3.1 La prospettiva delle famiglie per completare il racconto del settore

Si è già discusso, e si discuterà anche nei Capitoli a seguire, dell'importanza di analizzare il settore LTC sulla base di dati ed evidenze empiriche (possibilmente aggiornati) per indirizzare le politiche pubbliche e le scelte dei gestori in modo coerente con i bisogni e le aspettative di anziani e famiglie. Se in senso generale i dati sulla LTC scarseggiano, possiamo invece rimarcare che quelli che indagano il bisogno delle famiglie in modo sistemico, sistematico e con copertura nazionale, siano completamente assenti, eccezion fatta probabilmente per qualche indagine di mercato promossa da operatori del settore a scopi di marketing che non è però resa pubblica. La mancanza di elementi chiari e codificati sui bisogni e sulle attitudini e preferenze degli anziani condiziona il funzionamento del settore e soprattutto le politiche che lo ispirano. Sappiamo che il mondo anziani è uno dei più in rapida evoluzione sociale, economica ed epidemiologica (si veda ad esempio il Capitolo 2 del Rapporto 2019), in funzione di un contesto che vede modelli famigliari, scelte individuali e stato di salute diversificarsi e allontanarsi moltissimo da quelli che hanno ispirato nel secondo dopo guerra il nostro sistema di Welfare e che ancora lo determinano. Allo stesso tempo sappiamo però anche che il mondo dei servizi alla persona, e quindi della LTC, deve essere ispirato nella sua gestione e funzionamento ai principi del *service management*, che incentrano la loro logica manageriale sul tema della creazione di valore per i fruitori dei servizi stessi. Questo valore è proprio determinato dalla coerenza tra bisogni espressi dai fruitori e caratteristiche dei servizi, che devono combaciare al massimo per offrire la migliore esperienza possibile ad anziani e famiglie.

Siamo di fronte allora ad un corto circuito. Se la conoscenza diffusa dei bisogni è scarsa e i servizi oggi esistenti sono ispirati a modelli sociali ormai superati, come possiamo aspettarci che esprimano il maggior valore possibile per chi li utilizza? Ovviamente se questa logica è applicabile a livello di sistema complessivo, esistono come sempre le eccezioni, date in questo caso dall'esistenza di gestori che da tempo hanno cercato di orientare la loro azione verso la comprensione del bisogno. A livello aggregato di settore rimane invece purtroppo valido quanto detto. Da qui nasce l'esigenza di raccogliere il più possibile in modo strutturato il punto di vista degli anziani e delle famiglie in modo da comprendere come si posizionino i servizi oggi e come potrebbero migliorare domani nella loro offerta. Ci si è rivolti alle famiglie e non solo agli anziani perché si vuole discutere il tema assistenziale a 360°, dal momento in cui emerge un bisogno di informazione e presa in carico fino a quello dell'erogazione dell'assistenza vera e propria.

3.2 La relazione tra anziani, famiglie e servizi

3.2.1 Obiettivo e metodo dell'indagine condotta con *LaCasadiRiposo.it*¹

Al fine di perseguire gli obiettivi descritti in introduzione è stata condotta una attività di ricerca progettata di concerto con il portale *LaCasadiRiposo.it* e basata su un questionario online da diffondere ad anziani non autosufficienti e alle loro famiglie. La struttura del questionario è stata progettata per indagare la percezione, il rapporto e le richieste verso i servizi da parte di anziani e famiglie che si trovano a gestire una situazione di non autosufficienza. Si è scelto quindi di selezionare un campione ampio e rappresentativo di rispondenti che avessero avuto esperienza diretta con i servizi, proprio perché non si volevano raccogliere informazioni circa i bisogni in modo astratto ma in stretta relazione tra questi e i servizi oggi esistenti. La collaborazione con il portale *LaCasadiRiposo.it* è stata quindi fondamentale e fruttuosa nel raggiungere questa tipologia. Il portale offre, infatti, un servizio di incontro da domanda e offerta di servizi residenziali e domiciliari per anziani, supportando i familiari nell'individuare la soluzione più adatta alle loro necessità sulla base di diversi criteri. Gli utenti che si rivolgono al portale sono dunque soggetti che per certo:

- Sono coinvolti nella cura di una persona non autosufficiente;
- Stanno valutando l'utilizzo di servizi socio-sanitari con un orientamento verso quelli di tipo residenziale (RSA) o domiciliare;
- Hanno una conoscenza almeno di base del settore, conoscendo le tipologie di servizi e di assistenza offerte.

¹ Gli autori ringraziano il dott. Lorenzo Gallori per il prezioso contributo e il supporto fornito

Il portale ha poi copertura nazionale e per sua natura, essendo una piattaforma digitale, consente un contatto costante e preciso con i rispondenti potenziali che sono raggiungibili in modo efficace via e-mail e presentano un grado di alfabetizzazione digitale adeguato a partecipare ad una survey online.

Il questionario è stato co-progettato con i gestori della piattaforma ed è stato articolato sulla base di quattro possibili profili di rispondenti, coerentemente con le caratteristiche degli utenti della piattaforma stessa, ovvero:

1. Rispondente che ha individuato (grazie al portale o per altri mezzi) una struttura residenziale per il proprio caro che attualmente vi risiede. Si tratta quindi di una situazione in cui il nucleo familiare di riferimento ha ritenuto che la tipologia residenziale fosse coerente con i loro bisogni e la cui esperienza di fruizione del servizio è ancora in corso;
2. Rispondente che ha individuato (grazie al portale o per altri mezzi) una struttura residenziale per il proprio caro che è però attualmente in lista di attesa. Si tratta di una situazione simile al caso 1 ma per la quale l'esperienza di fruizione del servizio non è ancora cominciata;
3. Rispondente che ha valutato la soluzione residenziale come non adeguata ai propri bisogni e ha invece optato il mantenimento dell'anziano al domicilio.
4. Rispondente che si è rivolto al servizio offerto da LaCasadiRiposo.it per il proprio caro, che però nel frattempo è deceduto. In questo caso si chiedeva quale fosse stato il mix di servizi attivato prima del decesso e di conseguenza ricondotto ad una delle tipologie precedenti.

Tramite queste quattro fattispecie, per ognuna delle quali corrisponde un'articolazione diversa di questionario, è stato possibile cogliere prospettive ed esperienze di fruizione dei servizi LTC diverse, spaziando dall'opzione di residenzialità alla domiciliarità e specificando anche il momento della risposta rispetto alla fruizione dei servizi stessi. La struttura di base del questionario rimane però la stessa per i quattro profili, essendo l'obiettivo di fondo uguale per ognuno di questi, ovvero comprendere la relazione tra bisogni e servizi. Le circa 30 domande proposte si articolano in quattro sezioni:

1. Anagrafica, utile per comprendere le caratteristiche del rispondente, soprattutto quando identificato anche come caregiver principale dell'anziano. Oltre a questo, si indaga anche la composizione e struttura del nucleo familiare e la modalità di utilizzo del portale.
2. Aspettative e relazione con i servizi. In questa sezione le domande puntano a ricostruire il momento e modalità in cui il bisogno di rivolgersi a servizi è sorto, indagando quale fosse la situazione e le istanze iniziali. A seconda dei diversi profili le domande volgono poi a capire come si è arrivati alla

scelta (o non scelta) del servizio specifico da attivare, con quali aspettative ed esperienza di fruizione (se avvenuta o in corso). Sono state poi inserite delle domande riguardanti l'esperienza diretta nei servizi in modo da capire quali elementi fossero riconosciuti dalle famiglie come di valore.

3. Caregiving informale e formale. In questa sezione, nei casi in cui emerge anche una attività parallela di caregiving, se ne indaga la natura, il contenuto e le modalità con cui questo avviene.
4. Impatto di Covid-19. Nell'ultima sezione, sono state inserite alcune domande riguardanti specificatamente il periodo 2020 di Covid-19 per capire se e come queste avesse influito sulle scelte e sulle esperienze di fruizione dei servizi.

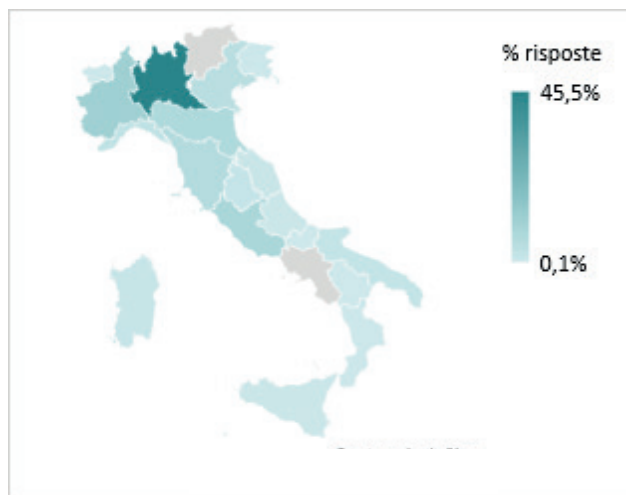
Coerentemente con la struttura di questo Rapporto l'ultima sezione verrà presentata nel Capitolo 5 (*cfr.*). Di seguito si presentano invece le evidenze relative alle prime tre sezioni.

3.2.2 Il profilo dei rispondenti

Complessivamente sono state registrate 1.275 risposte, di cui 963 (il 76%) valide. Una risposta è stata considerata valida solo quando la sezione "Anagrafica" risultava completa, così da identificare l'attuale situazione dell'anziano tra le quattro alternative possibili. Il tasso di risposta calcolato sui "click totali"² è pari al 48,6%. La numerosità dei soggetti coinvolti nell'indagine e il tasso di risposta sono entrambi consistenti, a segnalare l'interesse delle famiglie a cogliere questa occasione per far sentire la propria voce rispetto alle esigenze legate alla gestione della non autosufficienza. La Figura 3.1 illustra la distribuzione geografica dei rispondenti: hanno partecipato persone dalla quasi totalità delle Regioni italiane (all'appello mancano Trentino-Alto Adige e Campania), con una maggiore prevalenza nel Nord-Italia e in particolare in Lombardia, dove si sono concentrate il 45,5% delle risposte, coerentemente con la distribuzione della popolazione italiana ma anche degli utilizzatori del portale e la diffusione di servizi socio-sanitari.

² Sono i soggetti che hanno effettivamente aperto la survey online.

Figura 3.1. Distribuzione geografica dei rispondenti



Il profilo del rispondente “medio” è molto chiaro e ricalca il profilo del *caregiver* familiare delineato nella prima edizione del Rapporto³, in quanto si tratta di:

- Donna (70%)
- Di età compresa tra i 50-65 anni (51% dei casi)
- Figlia dell’anziano (77%)
- Che si identifica come il *caregiver* informale prevalente (73%)
- Occupata full- o part-time (rispettivamente 29% e 12%).

Il questionario conferma l’ipotesi che attualmente l’onere della cura sia prevalentemente spostato sulle donne, con importanti conseguenze sulle scelte lavorative (come già rilevato da ISTAT, 2019). Infatti, confrontando la condizione occupazionale tra rispondenti uomini e donne emerge una sostanziale differenza nell’impiego part-time, che tra le donne come visto riguarda il 12% delle rispondenti; percentuale che scende al 4% tra gli uomini. Le occupate full-time (29%) sono invece in linea con gli uomini (31%).

Coerentemente con il target rispondenti che, ricordiamo, sono soggetti che si sono rivolti ad un servizio di ricerca di servizi socio-sanitari per anziani ed in modo particolare RSA, il 51% delle risposte si concentra su familiari di donne anziane over85; seguito da un 26% nella fascia 80-85 anni, a rimarcare come le RSA siano un *setting* in cui si entra nella fase terminale della propria

³ Capitolo 2, Primo Rapporto OLTC

vita⁴ (cfr Capitolo 4). Infine, la distribuzione tra le quattro casistiche considerate è ben equilibrata. Il campione si è infatti distribuito come segue:

1. Anziano in RSA: 31%
2. Anziano al domicilio che non intende entrare in RSA: 26%
3. Anziano deceduto: 24%
4. Anziano al domicilio in lista di attesa per RSA: 19%

Nel caso di anziano deceduto (3), al rispondente era richiesto di indicare la situazione della persona antecedente la morte scegliendo tra le altre tre: a seconda dell'alternativa individuata veniva ricondotto alle domande pertinenti. Ai fini di una rappresentazione coerente dei dati, i paragrafi seguenti si concentreranno su due cluster: l'anziano che ha vissuto una esperienza in struttura e l'anziano al domicilio (comprendendo anche chi è in lista di attesa). Questo tipo di rappresentazione è utile per mettere a fuoco le percezioni delle famiglie nei due *setting* più diffusi per la LTC (formale e non): le RSA e il domicilio.

3.3 Il rapporto tra anziani, famiglie e RSA

Ai rispondenti in questa casistica sono state sottoposti quesiti riconducibili a due macro-aree di interesse:

- Le modalità e i canali di ingresso in struttura (per indagare il percorso assistenziale degli anziani che ha esitato in RSA) e le motivazioni che guidano la scelta del servizio e della struttura (per decodificare gli elementi di valore maggiormente cercati dalle famiglie);
- L'organizzazione dell'assistenza prima dell'ingresso in RSA, al fine di cogliere informazioni sulle modalità operative con cui si sostanzia il *caregiving*, il ricorso alla cura informale e/o l'attivazione di altri servizi pubblici e/o privati.

Il totale del campione incluso è pari a 358 individui, dato che comprende sia anziani attualmente in RSA (245) che soggetti deceduti mentre in struttura (113). Per ogni elaborazione verrà indicato il numero di rispondenti di riferimento, escludendo i casi in cui la risposta non è stata fornita. Di seguito verranno esposte le evidenze per entrambe le aree di indagine, privilegiando una schematizzazione delle casistiche prevalenti che sono emerse.

⁴ La restante parte si distribuisce tra 65-70 anni (3,2%), 70-75 (5,2%), 75-80 (8,1%), Preferisco non rispondere (7,6%).

3.3.1 Modalità di ingresso in struttura e fattori guida nella scelta

In quasi due casi su tre, l'anziano per cui si risponde è inserito in struttura da oltre sei mesi (Figura 3.2). L'ingresso in RSA è avvenuto prevalentemente (Figura 3.3) dopo molti mesi o anni di non autosufficienza (63%); in quasi un quarto dei casi (23%) l'anziano è diventato gravemente non autosufficiente dopo un evento acuto che ha portato all'immediata istituzionalizzazione.

Rispetto al tempo trascorso in lista di attesa (Figura 3.4), la situazione appare polarizzata tra chi è immediatamente entrato in struttura (36%) e chi invece è rimasto in lista per oltre un mese (39%).

Figura 3.2. Tempo di permanenza in RSA. n=344

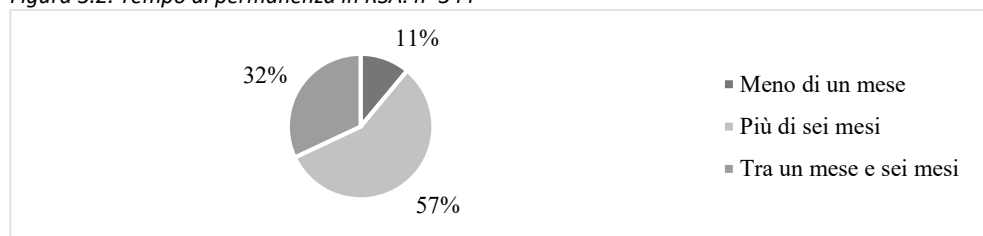
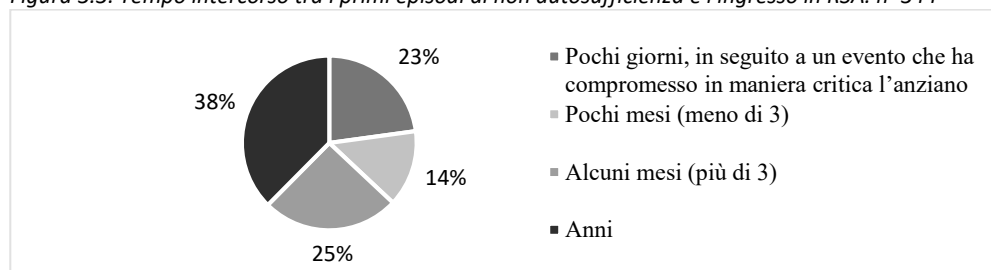


Figura 3.3. Tempo intercorso tra i primi episodi di non autosufficienza e l'ingresso in RSA. n=344



Per approfondire i percorsi di ingresso in RSA sono stati incrociati i dati il tempo intercorso tra l'insorgenza della non autosufficienza e il tempo trascorso in RSA (Tabella 3.1). Da questi dati si nota come in RSA si entri prevalentemente in due modalità: da un lato, "saltando" la lista di attesa in seguito a un evento acuto che ha compromesso fortemente l'anziano; dall'altro lato, dopo anni di non autosufficienza e dopo aver trascorso oltre un mese in lista di attesa.

Figura 3.4. Tempo trascorso in lista di attesa. n=346

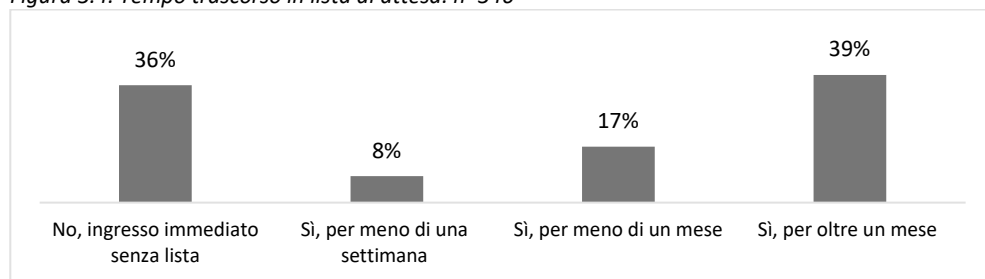


Tabella 3.1. La polarizzazione negli ingressi in RSA. n=346

		Tempo trascorso in lista di attesa			
		Ingresso immediato	Meno di una settimana	Meno di un mese	Oltre un mese
Tempo trascorso dai primi episodi di N.A. a ingresso in RSA	Pochi giorni, in seguito a un evento acuto	33%	32%	19%	13%
	Meno di 3 mesi	16%	21%	17%	10%
	3 mesi – 1 anno	25%	18%	35%	23%
	Oltre un anno	26%	29%	29%	55%
Totale		100%	100%	100%	100%

In quest'ultimo caso, immaginiamo che di fronte a una situazione di aumento della fragilità dell'anziano al domicilio, le famiglie iniziano ad attrezzarsi per il collocamento in RSA anticipando il momento in cui immaginano che la situazione non sarà più sostenibile (cfr *infra*).

Rispetto alle modalità con cui si è arrivati alla scelta del servizio, le risposte si concentrano prevalentemente su due casistiche⁵: l'iniziativa spontanea del nucleo familiare (45%) o su suggerimento del personale ospedaliero in seguito a un evento acuto che ha portato all'ospedalizzazione dell'anziano (31%). Segue il ruolo del medico di medicina generale (18%), il consiglio da parte di persone fidate / care (10%), l'iniziativa spontanea dell'anziano (8%) e il confronto con l'azienda sanitaria o altro interlocutore del SSN (8%). Infine, il 13% delle persone ha selezionato l'opzione "Altro", in cui sono state indicate altre possibilità prevalentemente riconducibili ai servizi sociali o all'incapacità di gestione dell'anziano a domicilio. A questo proposito colpiscono le risposte legate al ruolo delle badanti, ne riportiamo una particolarmente evocativa e ricorrente: "Non riesco più a gestire mia mamma a casa con l'aiuto di due ba-

⁵ Domanda a risposta multipla, pertanto la somma delle casistiche supera il 100.

danti". Le famiglie ci confermano quanto già emerso dalle risposte precedenti rispetto alla polarità tra ingresso in RSA dopo anni di non autosufficienza o dopo un episodio acuto, che spinge lo specialista ospedaliero a suggerire l'ingresso in struttura. A questo si aggiungono due tasselli che validano le ipotesi avanzate in questo Rapporto e da alcuni osservatori del settore: le famiglie ricorrono alla struttura solo quando non ci sono alternative, in particolare quando il pilastro dell'assistenza domiciliare – le badanti – non risulta più essere adeguato o sufficiente.

Il passaggio successivo del questionario chiedeva ai rispondenti di ordinare in maniera crescente i fattori che guidano la scelta del servizio residenziale, ossia le ragioni che portano le famiglie a selezionare le RSA rispetto ad altri *setting* assistenziali. Il ranking che ne è risultato è riportato di seguito⁶, si precisa che per questo e i ranking successivi, sono riportati le alternative nell'ordine di importanza con cui sono state rappresentate dai rispondenti. L'ordine nel ranking è calcolato sulla base della distribuzione delle alternative per posizione: 1=alternativa che più di tutte è stata collocata al primo posto dai rispondenti; 8= alternativa che più di tutte è stata collocata all'ultimo posto.

1. Condizione sanitaria dell'anziano e necessità di cure
2. Assistenza quotidiana nella gestione della persona (cura, igiene, pasti)
3. Assistenza quotidiana nella gestione della casa
4. Necessità di terapie quali fisioterapia o simili
5. Distanza dal nucleo familiare di origine o problemi legati al trasporto
6. Isolamento dell'anziano e necessità di monitoraggio
7. Rischio di cadute o eventi avversi al domicilio
8. Incapacità di gestire l'anziano al domicilio (perché troppo fragile, per incompatibilità con la propria vita professionale/personale, ecc.)

Con questa risposta le famiglie dimostrano di riconoscere la vocazione prevalentemente clinica delle RSA, identificandole come il luogo più adeguato dove assicurare all'anziano una presa in carico sanitaria. Questo fattore va a confermare di uno spostamento della vocazione del servizio rispetto a come era stato inizialmente concepito, con una progressiva riduzione della componente socio-sanitaria a favore di quella puramente sanitaria, come descritto nel Capitolo 4. A ulteriore conferma di questo elemento, si ricorda che oltre la metà degli anziani congiunti dei rispondenti sono donne over85 e che in numerosi casi segnalano che l'ingresso in struttura avviene sostanzialmente quando la gestione al domicilio non è più possibile (per evento acuto o per aggravamento della condizione dell'anziano). Seguono necessità legate alla dimensione organizza-

⁶ n=308.

tiva della cura, in termini da un lato di gestione della persona e della casa, e dall'altro di somministrazione di terapie.

Una volta scelto il *setting* assistenziale, diventa importante capire come avviene la scelta della struttura specifica in cui inserire l'anziano – specie considerando il contesto frammentato e poco organico dell'offerta oggi presente nella maggior parte dei territori (*cf*r Capitolo 2). Per i gestori di servizi, questa risposta è utile per capire quali sono i fattori critici di successo per le famiglie e, pertanto, le dimensioni su cui concentrare la comunicazione del valore prodotto. Anche in questo caso è stato chiesto ai rispondenti di ordinare i *driver* di scelta per importanza⁷. L'ordine nel ranking è calcolato sulla base della distribuzione delle alternative per posizione: 1=alternativa che più di tutte è stata collocata al primo posto dai rispondenti; 8= alternativa che più di tutte è stata collocata all'ultimo posto.

1. Qualità dell'assistenza sanitaria
2. Sicurezza e protezione dell'anziano
3. Flessibilità e personalizzazione del servizio
4. Orientamento e ricomposizione delle informazioni (guida sui soggetti istituzionali da sentire, i servizi esistenti, i luoghi, ...)
5. Consulenza e progettazione del piano assistenziale
6. Rapporto qualità prezzo
7. Altro
8. Non avevo elementi specifici

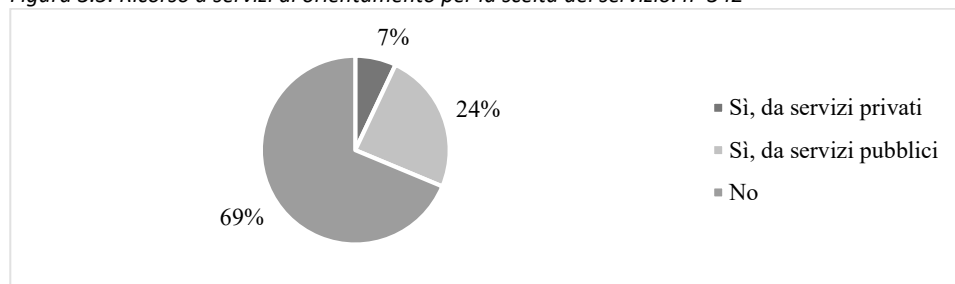
L'indicazione delle famiglie offre numerosi spunti di riflessione. In primo luogo, coerentemente con la vocazione riconosciuta del servizio, l'elemento prioritario cercato nella struttura è la qualità dell'assistenza sanitaria, lasciando immaginare che questa sia un elemento di valore cruciale per chi sceglie un servizio e rispetto al quale ci si aspetta particolare attenzione da parte dei gestori. Segue un'esigenza di protezione e sicurezza dell'anziano, che è ormai ad uno stadio di forte fragilità, suscitando apprensione nei familiari. Il terzo, quarto e quinto punto possono essere analizzati congiuntamente poiché sono interconnessi e in forte discontinuità con l'impostazione classica dell'offerta pubblica: le famiglie chiedono di poter costruire un'offerta assistenziale sartoriale, calata sui bisogni dell'anziano e una capacità di ricomposizione e orientamento tra i servizi esistenti, il tutto accompagnato da un'attività di consulenza e progettazione del piano individuale. In altre parole, le famiglie cercano un servizio, che è molto diverso dall'approccio prestazionale tipico del settore pubblico, che pone l'attenzione aziendale solo ai processi interni, dimenticando la vista sull'utente e le sue esigenze. Un ulteriore elemento di interesse è come il rap-

⁷ n=308.

porto qualità prezzo sia solo al sesto posto di questa classifica: non sembra quindi essere questo l'elemento prioritario che determina la scelta delle famiglie scardinando la convinzione che il driver di costo sia uno dei maggiormente determinanti nella scelta.

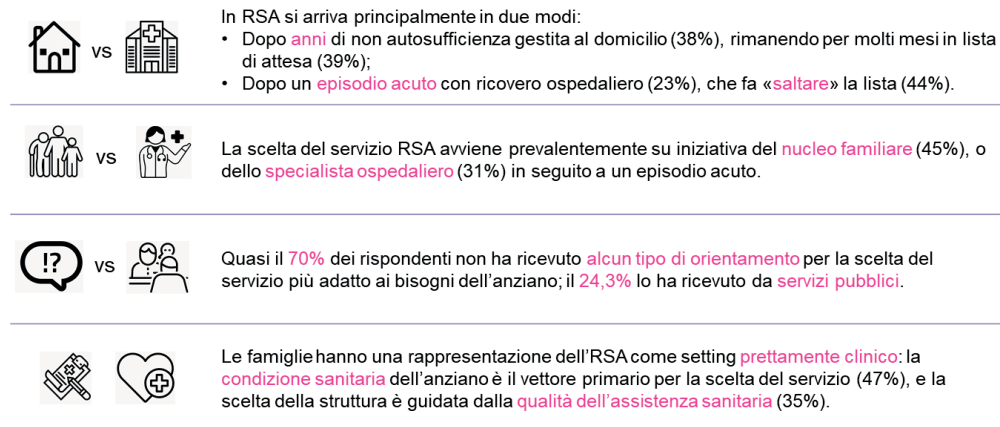
L'esigenza di orientamento emerge in maniera ancora più netta guardando alla Figura 3.5, in cui è illustrata la risposta alla domanda "Ha ricevuto servizi di orientamento/sostegno per la ricerca del servizio più adatto ai bisogni dell'anziano?". Quasi il 70% dei rispondenti non ha ricevuto alcun servizio, a conferma dell'impostazione frammentata della LTC, che ad oggi non vede la presenza di un attore di riferimento in grado di tenere la regia dei percorsi individuali. La restante distribuzione vede la prevalenza del ricorso a servizi pubblici (24%) mentre il privato copre solo una quota residuale (7%). Se da un lato questa risposta è drammatica, specie per la solitudine in cui lascia le famiglie nella gestione della non autosufficienza, dall'altro lato ci restituisce il grande spazio di mercato che esiste per offrire soluzioni di accompagnamento, anche considerato che – come precedentemente illustrato – è un elemento che le famiglie cercano in modo primario nei servizi.

Figura 3.5. Ricorso a servizi di orientamento per la scelta del servizio. n=342



La Figura 3.6 propone una sintesi dei principali elementi emersi da questa sezione.

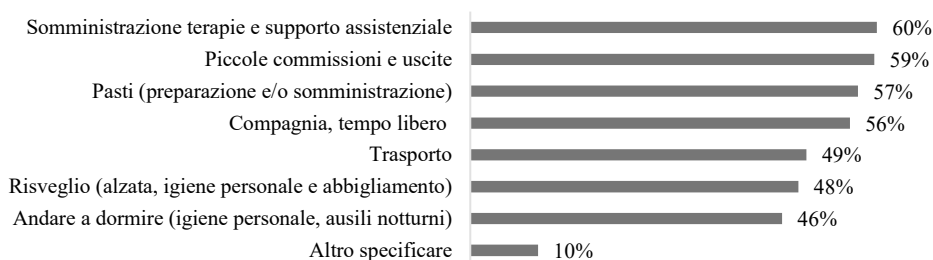
Figura 3.6. Sintesi della sezione: come si arriva in RSA? Quali sono i driver della scelta?



3.3.2 L'organizzazione dell'assistenza prima dell'ingresso in RSA

La seconda parte del questionario è stata dedicata all'indagine delle soluzioni organizzative adottate dalle famiglie nel periodo precedente all'ingresso in struttura, con tre affondi: il *caregiving* familiare, il ricorso a collaboratori domestici e l'attivazione di servizi pubblici e/o privati a sostituzione o complemento del servizio residenziale.

Con riferimento al *caregiver* familiare, il primo dato emerso in maniera netta è come la quasi totalità dei rispondenti (70%) si sia identificato in questo ruolo. La Figura 3.7 illustra le attività in cui era coinvolto il *caregiver* familiare prima dell'ingresso in struttura. Dai risultati si evince come fosse una sorta di factotum, supportando l'anziano in tutte le attività della quotidianità: somministrazione terapie (60%); pasti (57%), igiene personale (48%); compagnia e tempo libero (56%) trasporto e commissioni (49%).

Figura 3.7. Attività in cui è coinvolto in caregiver familiare⁸. n=309

⁸ La domanda è stata sottoposta solo a coloro che avevano indicato di essere caregiver familiari e dava la possibilità di selezionare più alternative.

L'assenza di un sistema di assistenza domiciliare adeguato (*cfr* Capitolo 2) conferma il ruolo centrale giocato dalle famiglie nella gestione dell'anziano al domicilio. Allo stesso tempo, valgono le riflessioni già esplicitate in altri passaggi del Rapporto circa l'insostenibilità di un welfare familistico, viste le recenti tendenze demografiche; oltre a una riflessione più generale sull'onere di cura imposto ai familiari a discapito di altre modalità di gestione del proprio tempo libero o del lavoro.

L'assistenza al domicilio risulta comunque distribuita tra più soggetti (Tabella 3.2): nel 63% dei casi è gestita nella rete familiare; mentre in oltre un terzo (35%) con il supporto di una o più collaboratori domestici. Per i soggetti che hanno indicato che le figure prevalentemente coinvolte sono familiari o una rete di familiari o amici, nel 58% dei casi si tratta del figlio/a, seguito dal partner (13%) e da altre casistiche residuali (un 29% distribuito tra fratello/sorella, nipote, genitore).

Tra chi ha indicato la presenza di familiari supportati da badanti o solamente le badanti, nel 90% dei casi il collaboratore domestico viene per più di cinque giorni a settimana (Figura 3.8). La presenza media giornaliera è di oltre 5 ore (Figura 3.9) per il 72% dei casi in questa fattispecie.

Tabella 3.2. I soggetti coinvolti nell'assistenza all'anziano. n=300

Un familiare	53%
Una rete di familiari o di amici	10%
Una rete di familiare e una o più collaboratori domestici/badante	19%
Una o più collaboratori domestici/badante	16%
Nessuno	2%

Figura 3.8. Numero di giorni a settimana in cui la badante supporta l'anziano. n=99

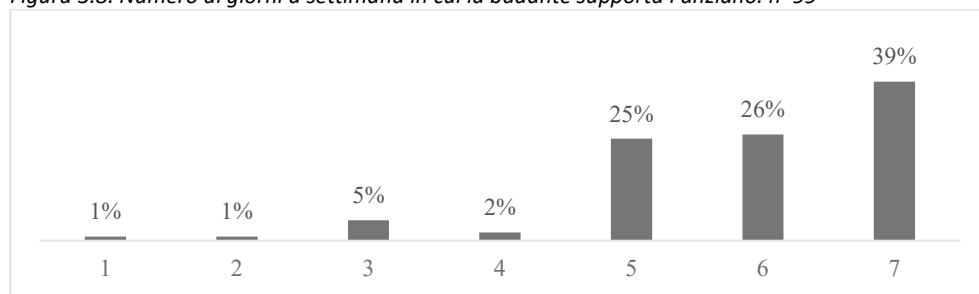
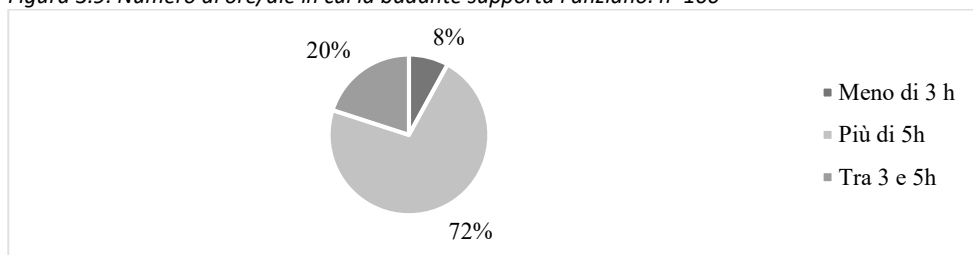


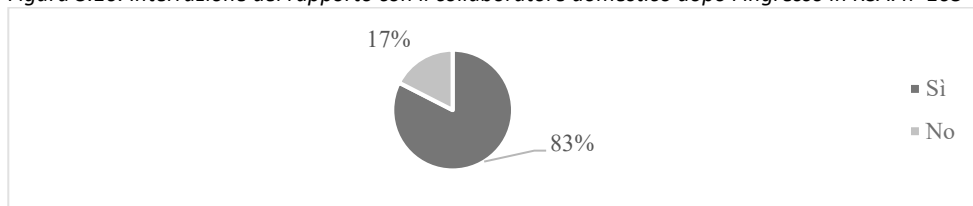
Figura 3.9. Numero di ore/die in cui la badante supporta l'anziano. n=100



Il ruolo del collaboratore domestico/badante si caratterizza per una forte presenza nella quotidianità dell'anziano, ribadendo quanto più volte osservato circa quanto rappresenti la soluzione più estesa e intensa per il domicilio. A questo proposito, si segnala che nel 48% dei casi chi ha indicato di usufruire di badante per oltre 5 ore al giorno ha dichiarato anche che la condizione di non autosufficienza era stata gestita al domicilio per anni prima dell'ingresso in RSA. Chiudiamo la riflessione sulla cura informale riportando l'andamento delle risposte alla domanda in cui abbiamo chiesto se, ora che l'anziano in RSA, le famiglie hanno interrotto o meno il rapporto di collaborazione con il collaboratore domestico. Come si evince dalla Figura 3.10, quasi un quinto delle famiglie (17%) hanno mantenuto attiva la collaborazione: probabilmente per garantire compagnia all'anziano in RSA o per approvvigionamenti di alcuni beni "dall'esterno", aprendo a un ulteriore ruolo giocato dalle badanti nel nostro sistema.

L'ultima domanda di questa sezione mirava ad esplorare il ricorso delle famiglie a interventi, servizi di afferenza sociale, socio-sanitaria, erogati in regime pubblico e/o privato per sostenere la gestione a domicilio dell'anziano. Dalla Figura 3.11 si evince chiaramente come prima dell'inserimento in struttura, gli anziani beneficiassero prevalentemente di Indennità di Accompagnamento erogata da INPS (32%), seguito da assistenza domiciliare attivata privatamente dalle famiglie (10%). Il 27% non risultava destinatario di alcun servizio (pubblico o privato). Ancora una volta, notiamo come prima della soluzione residenziale il ventaglio di offerte disponibili raggiungono un numero esiguo di anziani (*cf* Capitolo 2): l'impressione leggendo questo dato in relazione a quelli precedenti è che finché regge la rete dell'organizzazione familiare (anche tramite badante) si preferisca non attivare alcun servizio.

Figura 3.10. Interruzione del rapporto con il collaboratore domestico dopo l'ingresso in RSA. n=103⁹



Stupisce ancora una volta come l'intervento più diffuso rimanga l'Indennità di Accompagnamento, che come rilevato da alcuni osservatori (es. Network Non Autosufficienza) rischia spesso di essere il mezzo con cui vengono finanziati non solo eventuali servizi di cura, quanto anche soluzioni informali nel mercato nero (es. badante irregolare, cfr Capitolo 2). La Figura 3.12 ripercorre le principali evidenze esposte nella sezione.

Figura 3.11. Servizi pubblici e/o privati attivati prima dell'ingresso in RSA (risposta multipla). n=358

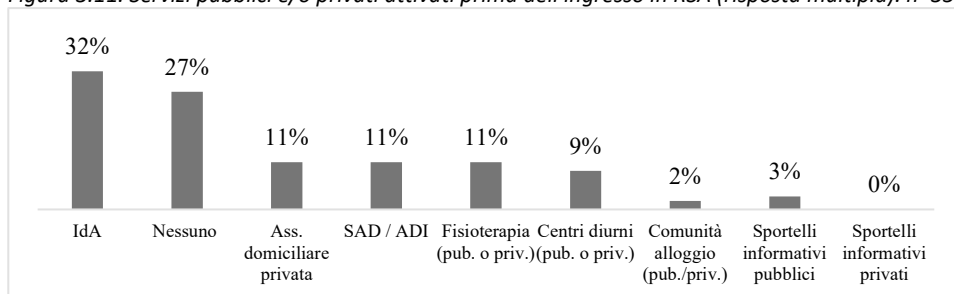


Figura 3.12. Sintesi della sezione: l'organizzazione dell'assistenza prima dell'ingresso in RSA



Prima dell'inserimento in RSA, il caregiver familiare supportava l'anziano in **tutte le attività della quotidianità**: somministrazione terapie (60%); pasti (57%), igiene personale (48%); compagnia e tempo libero (56%) trasporto e commissioni (49%).



Quasi il **30% degli anziani** aveva una **badante** prima dell'ingresso in RSA, presente 5-7 giorni a settimana per oltre 5 ore al giorno (72%).
Il **17,5% delle famiglie ha mantenuto** la collaborazione anche dopo l'ingresso in RSA. Maggiore la presenza della badante, maggiore il tempo trascorso in lista di attesa.



Prima dell'inserimento in struttura, gli anziani beneficiavano prevalentemente di **IdA** (32%), seguito da assistenza domiciliare privata (10%). Il **27% non risultava beneficiario** di alcun servizio (pubblico o privato).

⁹ La domanda è stata sottoposta solo a chi ha indicato la presenza di una badante/collaboratore domestico prima dell'ingresso in RSA.

3.4 La gestione dell'anziano al domicilio

Due sono le casistiche di anziano al domicilio indagate tramite il questionario: anziani e famiglie in lista di attesa per l'ingresso in struttura che utilizzano il servizio domiciliare come sostitutivo o si sono organizzate in autonomia per la cura; anziani e famiglie che hanno scelto di non entrare in struttura e quindi hanno attivato servizi alternativi o si sono organizzate per garantire sostegno all'anziano. Nel primo caso, le evidenze emerse sono in larga misura coerenti con quanto descritto per gli anziani attualmente in RSA: per questo motivo, nel paragrafo successivo verranno esposti sinteticamente gli elementi di continuità, lasciando maggiore spazio a quelli differenziali. Seguirà la trattazione della casistica di chi è a casa e ha scelto di non andare in RSA, pur essendosi rivolto al servizio di ricerca della stessa.

3.4.1 Anziano al domicilio in lista di attesa per l'ingresso in RSA

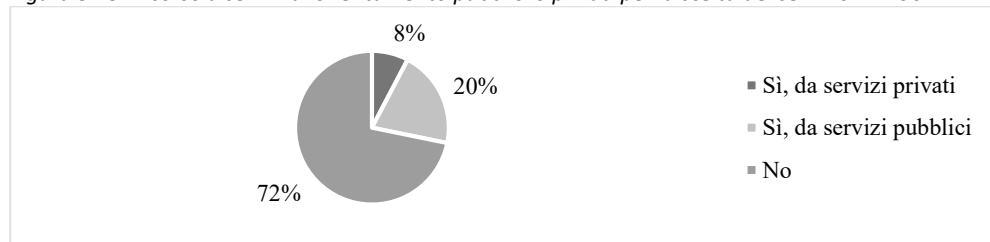
Il campione incluso in questa casistica è pari a 169 anziani (di cui 17 deceduti). I quesiti sottoposti erano gli stessi della casistica precedente, al netto delle valutazioni circa l'esperienza in struttura (es. tempo di permanenza in RSA, cessazione del rapporto con il collaboratore domestico), opportunamente adattate alle specificità del caso.

Il 78% è in lista di attesa da oltre un mese, nel 36% dei casi con una situazione di non autosufficienza presente da anni, a conferma di quanto precedentemente rilevato rispetto ad anziani in lista di attesa da molto tempo con una situazione di fragilità di lungo corso. Anche in questo caso, la scelta di rivolgersi a una RSA deriva per la maggior parte dei casi deriva da un'iniziativa spontanea del nucleo familiare (60%), seguita dal parere del medico di medicina generale (19%) o di uno specialista ospedaliero in seguito a un episodio acuto che ha compromesso l'anziano (17%). Quest'ultimo dato colpisce particolarmente, in quanto ci racconta di situazioni in cui l'anziano ha già avuto esperienze di ricovero critiche con suggerimento dello specialista di rivolgersi ad una struttura residenziale. Ciò nondimeno, l'anziano è al domicilio senza, come si vedrà, forme di presa in carico estensive: un fenomeno osservato nel Capitolo 5 del Rapporto OASI 2018 (Fosti et al., 2018), in cui si sottolinea come il 72% dei ricoveri di over85 esiti con dimissione al domicilio senza alcun tipo di presa in carico. Inoltre, guardando ai ricoveri ripetuti e alla loro sequenza osserviamo che il 75% è rappresentato da ricoveri che si susseguono dopo continue dimissioni al domicilio. Questo ci racconta di un sistema territoriale poco presente e troppo poco collegato alla rete ospedaliera (*cf* Capitolo 4).

A questo si aggiunge il fatto che il 72% dei rispondenti non ha ricevuto alcun servizio di orientamento per identificare la soluzione assistenziale più

adatta ai bisogni dell'anziano (Figura 3.13). Tra chi lo ha ricevuto prevale il pubblico (20%), con un marginale 8% di ricorso a servizi privati, a sottolineare lo spazio di mercato che si potrebbe esplorare.

Figura 3.13. Ricorso a servizi di orientamento pubblici o privati per la scelta del servizio. n=156



Quali sono stati quindi i *driver* di scelta del servizio residenziale, in assenza di orientamento? Anche in questo caso, le famiglie hanno ordinato in maniera crescente i fattori più rilevanti nella scelta convergendo sul seguente ranking¹⁰. L'ordine nel ranking è calcolato sulla base della distribuzione delle alternative per posizione: 1=alternativa che più di tutte è stata collocata al primo posto dai rispondenti; 8= alternativa che più di tutte è stata collocata all'ultimo posto.

1. Assistenza quotidiana nella gestione della persona (cura, igiene, pasti, ..)
2. Condizione sanitaria dell'anziano e necessità di cure
3. Assistenza quotidiana nella gestione della casa
4. Necessità di terapie quali fisioterapia o simili
5. Distanza dal nucleo familiare di origine o problemi legati al trasporto
6. Isolamento dell'anziano e necessità di monitoraggio
7. Rischio di cadute o eventi avversi al domicilio
8. Incapacità di gestire l'anziano al domicilio (perché troppo fragile, per incompatibilità con la propria vita professionale/personale, ecc.)

Rimane pertanto un'attenzione alla dimensione di organizzazione della cura, con una prevalenza legata alla gestione della persona, seguita dalle condizioni sanitarie dell'anziano: è plausibile immaginare che per le famiglie con anziano al domicilio la gestione complessiva della *quotidianità* dell'anziano prevarichi la dimensione sanitaria in virtù del bilanciamento con ritmi e impegni del *care-giver*.

La scelta della struttura cui fare domanda di inserimento dell'anziano segue l'ordine seguente:

¹⁰ n=169.

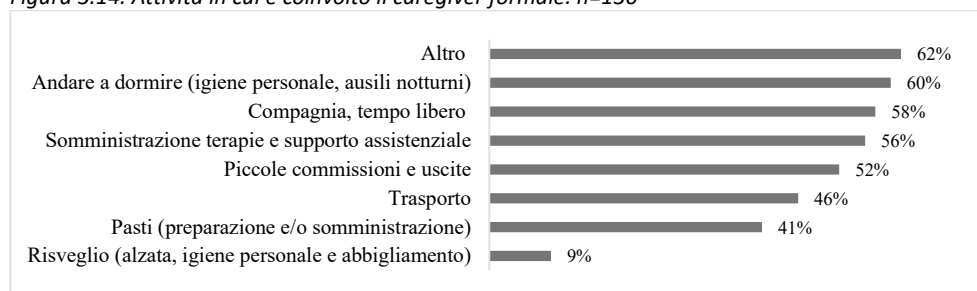
1. Qualità dell'assistenza sanitaria
2. Rapporto qualità prezzo
3. Sicurezza e protezione per l'anziano
4. Orientamento e ricomposizione delle informazioni (guida sui soggetti istituzionali da sentire, i servizi esistenti, i luoghi, ...)
5. Consulenza e progettazione del piano assistenziale
6. Flessibilità e personalizzazione del servizio
7. Altro
8. Non avevo elementi specifici

L'ordine di priorità si discosta da quanto presentato per le famiglie che già stanno vivendo esperienza di RSA (sezione precedente) per un fattore: il rapporto qualità prezzo passa dal sesto al secondo posto in ordine di rilevanza. Una possibile interpretazione può essere legata al fatto che, essendo in molti di questi casi ancora nella possibilità di gestire l'anziano al domicilio con le proprie forze, per le famiglie il fattore prezzo pesa maggiormente nella definizione della scelta. Anche per questa casistica emerge in maniera forte la richiesta di orientamento, consulenza e flessibilità per la progettazione del piano assistenziale più adeguato.

Per quanto concerne la dimensione organizzativa dell'assistenza, il 77% dei rispondenti si definisce *caregiver* informale dell'anziano e risulta coinvolto in tutte le attività della vita quotidiana dell'anziano (Figura 3.14).

Il 30% degli anziani ha un collaboratore domestico/badante, che nel 95% dei casi supporta l'anziano per più di cinque giorni a settimana e per più di cinque ore al giorno (76%). Si conferma la riflessione precedente sul ruolo centrale della badante nell'organizzazione della cura domestica: gli anziani che segnalano una presenza più intensa della badante sono anche quelli in lista di attesa da più tempo (62%).

Figura 3.14. Attività in cui è coinvolto il caregiver formale. n=130¹¹



¹¹ La domanda è stata sottoposta solo a chi ha indicato di essere il caregiver informale. Domanda a risposta multipla

Infine, tra i servizi attivati per sostenere la permanenza al domicilio, anche in questo caso l'unico intervento diffuso a sostegno degli anziani risulta l'Indennità di Accompagnamento (55%); seguono ADI (10%), assistenza domiciliare privata (7%) e SAD (5%). L'11% degli anziani in questa casistica non beneficia di alcun servizio pubblico o privato: l'organizzazione dell'assistenza ruota attorno all'impegno del *caregiver* familiare e al ricorso a uno o più collaboratori domestici.

3.4.2 Anziano al domicilio che non intende andare in RSA

Ai rispondenti in questa casistica sono state sottoposti quesiti riconducibili a due macro-aree di interesse:

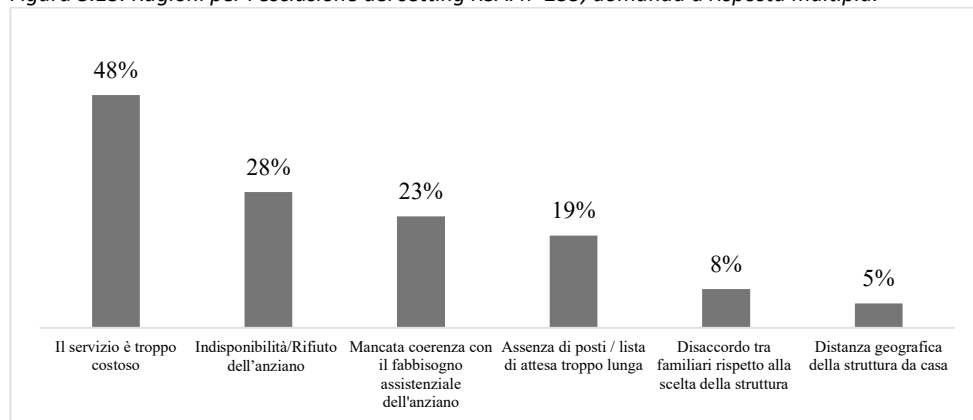
- Le ragioni che hanno portato ad escludere le RSA come setting assistenziale e gli elementi di valore cercati nei servizi di LTC, per indagare i fattori che ostacolano (e, di converso, facilitano) il ricorso alla struttura;
- L'organizzazione dell'assistenza, al fine di cogliere informazioni sulle modalità operative con cui si sostanzia il *caregiving*, il ricorso alla cura informale e/o l'attivazione di altri servizi pubblici e/o privati.

Il totale del campione incluso è pari a 255 individui, dato che comprende sia anziani attualmente al domicilio (211) che soggetti deceduti nella propria abitazione (44). Per ogni elaborazione verrà indicato il numero di rispondenti di riferimento, escludendo i casi in cui la risposta non è stata fornita. Di seguito verranno esposte le evidenze per entrambe le aree di indagine, privilegiando una schematizzazione delle casistiche prevalenti che sono emerse.

Le ragioni che portano ad escludere le RSA e gli elementi di valore cercati nei servizi

Il target di rispondenti al questionario era costituito da anziani e famiglie che si sono rivolti ai servizi di *LaCasadiRiposo.it*, che si occupa di far incontrare domanda e offerta di RSA. Qual è quindi la ragione che ha portato a cambiare idea rispetto alla scelta di inserimento in struttura? In primis, la percezione che il servizio fosse troppo costoso (Figura 3.15): il dato è coerente con quanto emerso per gli anziani in lista di attesa, in cui è stato indicato che il rapporto qualità prezzo è il secondo elemento più rilevante nella selezione della struttura; mentre è in discontinuità rispetto a chi è già in RSA (cfr paragrafo 3.3).

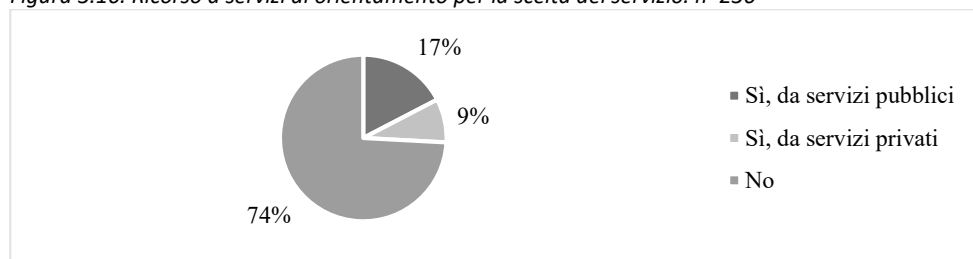
Figura 3.15. Ragioni per l'esclusione del setting RSA. n=255, domanda a risposta multipla.



L'impressione è che nel momento in cui non ci sono più alternative e l'anziano risulta ingestibile al domicilio, l'attenzione al prezzo sia meno preponderante; mentre quando la rete della cura familiare e tramite badante riesce a garantire assistenza, questo fattore pesa molto di più. Oppure, che dopo l'esperienza fattiva di inserimento in RSA la famiglia riesca ad apprezzare anche altri fattori rispetto a quello economico che viene quindi declassato. Il fattore economico non è l'unico: il rifiuto dell'anziano è stato indicato da quasi un terzo dei rispondenti, seguito dalla mancata coerenza tra l'impostazione del servizio e il fabbisogno dell'anziano (23%). Pesano anche i tempi di attesa per l'ingresso (19%), che come visto precedentemente possono durare anche molti mesi (cfr Figura 3.4 e *supra*), il disaccordo tra familiari (8%) e la distanza geografica da casa (5%).

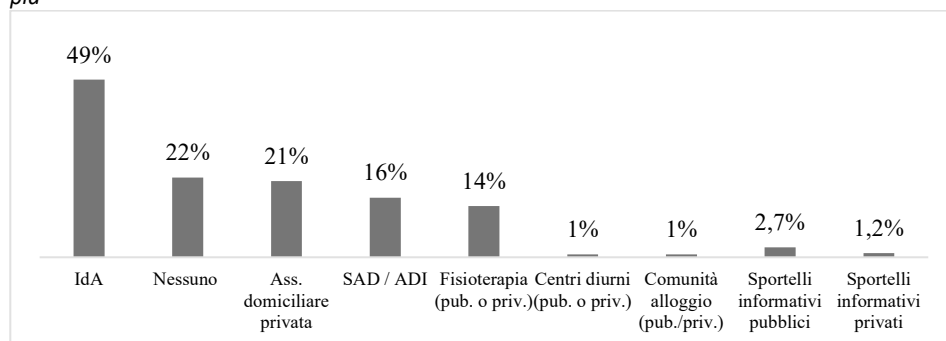
Anche a questo cluster di rispondenti è stato chiesto se sono stati accompagnati da servizi pubblici o privati nella scelta del servizio più coerente con il profilo di bisogno dell'anziano (Figura 3.16): una maggioranza schiacciante (74%) non ha ricevuto alcun supporto, il 17% da servizi pubblici e il 9% da servizi privati. L'assenza di questo tipo di servizio è tra gli elementi costanti per tutte e tre le casistiche esaminate, a sottolineare il vuoto di offerta attuale su questa partita.

Figura 3.16. Ricorso a servizi di orientamento per la scelta del servizio. n=236



Con riferimento ai servizi attivati per il sostegno della permanenza al domicilio, la Figura 3.17 mostra ancora una volta come l'unico intervento riconosciuto e diffuso sia l'Indennità di Accompagnamento (49%), seguito da assistenza domiciliare privata (21%) o pubblica (16%). Uno su cinque non riceve alcun tipo di intervento o servizio.

Figura 3.17. Servizi pubblici e/o privati attivati per la permanenza al domicilio. n=255, risposta multipla



Rimane come negli altri casi una polarizzazione tra soggetti che non beneficiano di alcun servizio (per scelta, per difficoltà nell'accesso, ecc...) e soggetti che ricevono Indennità di Accompagnamento. Per completare questa riflessione, abbiamo chiesto di ordinare in una classifica le aree di necessità nella gestione dell'anziano che hanno maggiormente indirizzato le famiglie nella scelta di uno o più tra i servizi di cui l'anziano beneficia attualmente. L'esito è il seguente¹². L'ordine nel ranking è calcolato sulla base della distribuzione delle alternative per posizione: 1=alternativa che più di tutte è stata collocata al primo posto dai rispondenti; 9= alternativa che più di tutte è stata collocata all'ultimo posto.

1. Assistenza quotidiana nella gestione della persona (cura, igiene, pasti, ..)
2. Condizione sanitaria dell'anziano e necessità di cure
3. Assistenza quotidiana nella gestione della casa
4. Necessità di terapie quali fisioterapia o simili
5. Distanza dal nucleo familiare di origine o problemi legati al trasporto
6. Isolamento dell'anziano e necessità di monitoraggio
7. Rischio di cadute o eventi avversi al domicilio
8. Insostenibilità della gestione dell'anziano da parte della famiglia (perché troppo fragile, per incompatibilità con la propria vita professionale/personale, ecc.)

¹² n=255

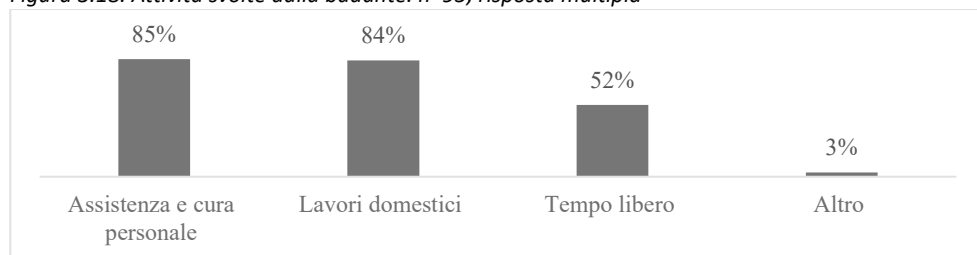
9. Emersione di conflitti o disaccordo tra familiari nella gestione dell'anziano (questioni economiche, stress, ...)

Come nelle casistiche precedentemente analizzate, prevale una dimensione organizzativa della cura: in questo senso, è plausibile pensare che l'Indennità di Accompagnamento rappresenti un mezzo con cui finanziare soluzioni che vanno in questa direzione, in primis un collaboratore domestico.

L'organizzazione dell'assistenza

Con riferimento a possibili modalità di utilizzo dell'IdA, il 46% dei rispondenti ha dichiarato di avere un collaboratore domestico/badante, che nel 64% dei casi presta assistenza 5-7 giorni a settimana e per più di cinque ore al giorno. Le attività in cui è coinvolta la badante sono illustrate nella Figura 3.18 e danno la misura della centralità del suo ruolo nell'assistenza: in quasi tutti i casi si occupano di assistenza e cura persona (con dubbi sulla professionalità e competenza in merito, *cf* Capitolo 2 Rapporto 2018) e di lavori domestici (84%). Sono inoltre un punto di riferimento importante (52%) per la compagnia e il tempo libero.

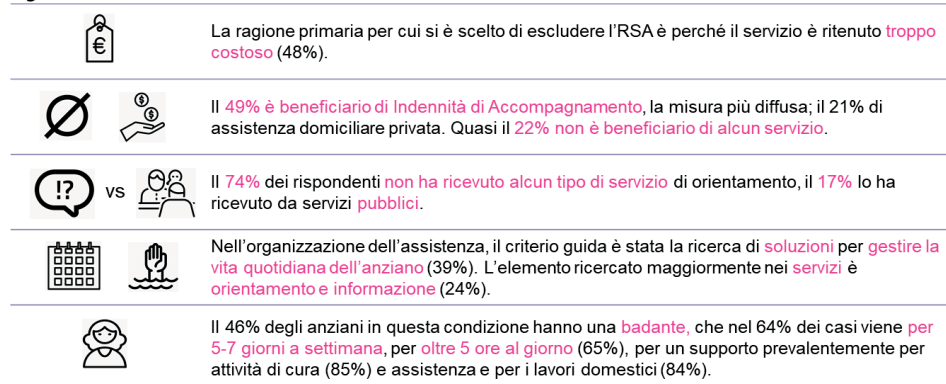
Figura 3.18. Attività svolte dalla badante. n=95, risposta multipla



Rimane centrale il ruolo del *caregiver* familiare, presente nel 65% dei casi e coinvolto nella totalità delle attività quotidiane: somministrazione di terapie (52%) e di pasti (53%), risveglio (50%), compagnia (48%). Possiamo concludere che anche in questa casistica la cura si concentra attorno al *caregiver* familiare o alla badante, con sporadiche aggiunte di interventi e servizi.

La Figura 3.19 sintetizza le principali evidenze emerse in questa sezione.

Figura 3.19. Sintesi della casistica: anziano al domicilio che non intende entrare in RSA.



3.5 Conclusioni: quali elementi di conoscenza emergono dalle famiglie? Cosa trovano nel settore? Che cosa manca e che cosa si aspettano dai gestori?

Gli esiti della survey presentata in questo Capitolo sostanziano alcuni elementi già discussi da tempo nel settore, fornendo ora una base di evidenze per poterli confermare. Mettono però anche in luce aspetti parzialmente o totalmente nuovi nel rapporto tra servizi e famiglie.

Un primo elemento che emerge da più risposte riguarda la tempistica della scelta del servizio residenziale e si collega con l’estensione della rete di offerta oggi esistente. Questa coincide con il bisogno di rispondere ad una situazione particolarmente complessa o emergenziale che la famiglia reputa di non poter più gestire in autonomia. Si conferma l’ipotesi che le famiglie (e/o gli anziani direttamente) preferiscano mantenere il domicilio come luogo della cura fino a quando questo non diventa insostenibile (per una o più ragioni). Si innescava quindi un meccanismo di pura alternanza tra domicilio e RSA senza soluzione di continuità e senza alternative facendo emergere un vuoto nella rete di offerta. Se esistessero (e fossero ben diffusi) servizi intermedi per modalità assistenziali ed intensità si eviterebbe di identificare la RSA come luogo di ultima istanza per la gestione di casi complessi e allo stesso tempo si alleggerirebbe il carico di cura al domicilio. Emblematico è che nel caso di lista di attesa le famiglie riportino per la maggioranza di non aver attivato altri servizi intermedi e di non conoscerli.

Questo è profondamente connesso con la vocazione principale che le famiglie identificano per la RSA, ovvero quella di alta intensità assistenziale con vocazione sanitaria specialistica. Questa è molto diversa dalla mission (teorica) di questo servizio che invece porta con sé delle componenti di socialità, vita di comunità e benessere individuale. Le famiglie identificano invece le RSA come “ospedali per anziani” e su questa base le valutano. Impressionante è il fatto che ai primissimi posti tra gli elementi di valore riconosciuti dalle fa-

miglie per questo servizio ci sia proprio la qualità dell'assistenza sanitaria erogata. Questo elemento è determinante nel garantire una coerenza tra aspettative delle famiglie e degli anziani e contenuto dell'offerta proposta dai gestori.

Questo tema porta alla luce anche quello del *counselling* e della necessità di informazione ed orientamento. Il questionario fa emergere due elementi: il fatto che le famiglie arrivano ai servizi senza aver fruito una vera e propria funzione di *counselling* e sulla base di indicazioni di professionisti ospedalieri o di passaparola (in entrambi i casi quindi al di fuori dalla rete dei soggetti preposti alla presa in carico); il fatto che il bisogno di ricomposizione, orientamento e ascolto delle necessità venga riconosciuto e indicato dalle famiglie come qualcosa rispetto alla quale desidererebbero un intervento. Se si lavorasse maggiormente su questi aspetti sarebbe più facile diffondere la presenza di servizi intermedi, centrati quindi su necessità oggi non ascoltate. Sarebbe inoltre possibile veicolare una corretta rappresentazione del contenuto dei servizi residenziali e domiciliari in modo da favorire un allineamento rispetto alle esigenze delle famiglie. Questo sarebbe funzionale in una duplice direzione: ricevendo le informazioni dalle famiglie e riportandole ai servizi e viceversa, in modo da lavorare sull'allineamento tra caratteristiche dell'offerta e bisogni.

Emerge poi supportato dalle evidenze che il domicilio, con il ruolo portante di badanti e *caregiver* famigliari, continua ad essere luogo di cura privilegiato. È però isolato da qualsiasi altro *setting* e non supportato adeguatamente, mentre un bisogno espresso dalle famiglie è quello di essere aiutati nella gestione quotidiana e nell'organizzazione delle attività.

Nel complesso la *survey* ci ricorda alcuni bisogni essenziali espressi dalle famiglie, che devono determinare il contenuto dei servizi socio-sanitari nella direzione di identificare servizi che precedano la soluzione residenziale e iniziative orientate al *counselling*. Rispetto ai primi, le famiglie hanno esplicitato la necessità di *setting* orientati a profili fragili, che possano sostituire la badante in un contesto di comunità e al di fuori del proprio domicilio. Una ulteriore richiesta è quella di avere flessibilità e accompagnamento nelle diverse fasi dalla fragilità alla non autosufficienza. Le RSA vengono individuate dalle famiglie come luoghi a cui affidare i bisogni prettamente sanitari per cui questi servizi "intermedi" dovrebbero esplicitare chiaramente una vocazione diversa, per rispondere alle situazioni precedenti il ricorso alla residenzialità. A questo si aggiunge il tema dell'accompagnamento delle famiglie rispetto ai percorsi di presa in carico e cura. Questi elementi sono emersi più volte nelle discussioni relative al futuro del settore LTC, anche in edizioni precedenti di questo Rapporto. Le evidenze qui presentate aggiungono alle riflessioni degli addetti ai lavori anche la conferma empirica tramite il questionario alle famiglie. Non resta che cogliere questi segnali e metterli in pratica.

Bibliografia

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2018). Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: mappatura della rete, del bisogno e percorsi tra sociale, sociosanitario e ospedale. In CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano: Egea.

Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), (2018). L'innovazione e il cambiamento nel settore LTC. 1° Rapporto Osservatorio sulla Long Term Care. Milano: Egea.

ISTAT (2019), Conciliazione tra lavoro e famiglia. Anno 2018. Disponibile al link: <https://www.istat.it/it/files//2019/11/Report-Conciliazione-lavoro-e-famiglia.pdf>

Parte II

Il settore socio-sanitario e Covid-19: dati sull'impatto e sull'eredità che lascia per la gestione del settore

4. L'impatto di Covid-19 sul settore LTC e il ruolo delle policy: evidenze dall'Italia e dall'estero

di Eleonora Perobelli, Sara Berloto, Elisabetta Notarnicola e Andrea Rotolo

Al momento in cui si scrive¹, il totale dei casi contagiati da Coronavirus nel mondo sono pari a 92.383.934, di cui 2.319.036 in Italia (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center), collocando il nostro Paese all'ottavo posto nel mondo per diffusione del virus. Le persone attualmente positive in Italia sono 564.774, i deceduti 80.326. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS)² riporta i dettagli sui casi più gravi e sui decessi. In base a questi dati, il profilo relativo ai pazienti deceduti con tampone positivo riporta queste caratteristiche: hanno un'età media di 80 anni, un'età mediana di 82 anni (più alta di oltre 30 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione, pari a 48 anni), sono in prevalenza uomini (57,6%), e nel 66,2% dei casi presentavano tre o più patologie preesistenti al virus. Il 95% dei casi analizzati dall'ISS aveva più di 60 anni: il tasso di letalità per le fasce di età incluse negli over60 è infatti significativamente maggiore rispetto a quelle più giovani: per i 60-69enni è pari al 3%; per i 70-79enni al 10,2%; per gli 80-89enni al 19,8%; per gli ultra 90enni 24,9%³. I decessi si concentrano quindi tra uomini molto anziani pluripatologici.

Complessivamente la pandemia ha causato un aumento anomalo della mortalità in Italia, soprattutto nei mesi di picco della prima ondata (marzo e aprile). Lo rileva ISTAT (2020) nel rapporto che confronta i dati sui decessi in tutti i Comuni italiani dal 1° gennaio al 30 settembre 2020 con quelli riferiti alla media degli anni 2015-2019 per lo stesso periodo. I dati sono riferiti alla totalità

¹ 14 gennaio 2020

² Dati del portale Epicentro aggiornati al 16 dicembre 2020.

³ Istituto Superiore di Sanità, Sorveglianza Integrata Covid-19 in Italia, aggiornamento al 5 gennaio 2021.

dei decessi, che pertanto colgono sia quelli “diretti” da positività al coronavirus che “indiretti” (ad esempio, a causa del rallentamento dell’attività ospedaliera ordinaria), e sono molto chiari nel dare una misura di quanto accaduto: nel 2020 sono morte 527.888 persone, contro le 484.435 registrate in media dal 2015 al 2019 negli stessi nove mesi (un aumento dell’8,9%). Solo tra marzo e aprile 2020 ci sono stati circa 48mila decessi in più rispetto alla media degli anni precedenti, il 60% dei quali attribuiti ufficialmente al Coronavirus.

I numeri forniti da ISTAT in questa rilevazione relativa alla popolazione generale sono fondamentali per ricostruire che cosa è successo nei primi mesi della pandemia, durante i quali è opinione condivisa che i numeri ufficiali su contagi e decessi riportati nel bollettino quotidiano della Protezione Civile fossero sottostimati, per almeno due ragioni. Da un lato, la numerosità dei decessi avvenuti in casa senza la possibilità di tampone per accertare la positività al virus; dall’altro lato, i molteplici focolai accertati tra ospiti e personale di RSA, i grandi assenti delle attività di screening della prima fase.

A partire da queste premesse, il presente Capitolo mira a ricostruire l’impatto del Covid-19 nei servizi socio-sanitari per anziani (con un focus sulle RSA) che, per loro natura, ospitano o hanno in carico la popolazione più vulnerabile di fronte alla potenza letale del virus, con un’attenzione particolare al ruolo giocato dalle policy pubbliche nel contenere il contagio e nell’attivare prontamente soluzioni a tutela di ospiti delle strutture e del personale ivi operante.

Il paragrafo 4.1 ripercorre i (pochi) dati disponibili sul contagio nel settore LTC italiano – in particolare nelle RSA – e presenta le principali iniziative di policy adottate per il settore da nove regioni nella prima e nella seconda ondata; il paragrafo 4.2 illustra l’impatto del virus nelle RSA all’estero e alcune buone pratiche di policy internazionali che hanno contribuito a contenere il contagio in altri paesi. Infine, il 4.3 approfondisce i principali apprendimenti per il settore alla luce di quanto accaduto in questi mesi e dalle esperienze internazionali presentate.

4.1 L’impatto di Covid-19 sul settore LTC italiano

4.1.1 I numeri del contagio

Gli impatti di Covid-19 sulla popolazione anziana erano in qualche modo “prevedibili” dall’esperienza cinese (Zhou et al. 2020) conseguentemente alle caratteristiche e alla sintomatologia del virus (Liu et al. 2020), che determinano un maggiore profilo di rischio per le persone anziane. Quello che non ci si poteva aspettare era invece l’effetto sulla popolazione italiana, i cui tassi di letalità e mortalità sono risultati essere ben superiori alle aspettative, in particolare in alcuni contesti geografici. È tuttavia fondamentale ricordare che le evidenze circa mortalità e letalità sono fortemente influenzate dalle modalità con cui i diversi

Paesi conteggiano i decessi, anche in relazione al numero di tamponi effettuati e alla casistica accertata (Comas-Herrera et al., 2020a), elemento che verrà approfondito nel paragrafo 4.2.

Prima di entrare nel merito dei numeri del contagio avvenuto nel settore, è doveroso fare alcune premesse. In primo luogo, già prima dell'arrivo di Covid-19 le RSA ospitavano anziani con profili clinici fortemente compromessi, con incidenze di grave decadimento cognitivo fino al 70% (Notarnicola et al., 2020) che esponevano gli ospiti a mortalità medie molto elevate, con picchi durante i mesi influenzali e i mesi estivi anche in periodi ordinari. Le RSA accolgono quindi anziani particolarmente esposti al rischio di complicanze dal virus. Inoltre, nella prima ondata non è stato garantito alle strutture l'accesso prioritario ai DPI – contrariamente a quanto accaduto per gli ospedali – e in molte regioni le RSA non erano nelle condizioni di fare tamponi a personale e ospiti. I gestori si sono trovati quindi intrappolati tra un'utenza estremamente vulnerabile e l'impossibilità di avere contezza dell'effettiva presenza del virus nelle strutture: questi e altri elementi di complessità legati alla gestione manageriale dell'emergenza verranno approfonditi nel Capitolo 5.

Nel mese di marzo, già nel pieno della prima ondata dell'emergenza, la cronaca ha iniziato a puntare il faro su quanto stesse avvenendo all'interno delle strutture residenziali per anziani. Un numero crescente di articoli segnalava come alcune RSA nelle Regioni maggiormente colpite (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Trentino-Alto-Adige) e non solo (ad esempio venivano citate anche Marche, Sicilia) avessero registrato picchi di mortalità tra i propri ospiti, raggiungendo anche livelli doppi rispetto allo stesso mese in anni precedenti⁴. La crescente richiesta dell'opinione pubblica di elementi informativi ufficiali circa la diffusione del virus nelle strutture ha portato all'avvio di una raccolta dati a livello nazionale promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (“Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie”), il cui report finale è stato pubblicato il 17 giugno 2020, con dati di riferimento aggiornati al 5 maggio. Complessivamente le strutture rispondenti sono state 1.356 (circa il 40% delle RSA che accolgono soggetti con demenza presenti sul territorio italiano, il bacino di riferimento scelto da ISS⁵), che al 1° febbraio 2020 ospitavano un numero complessivo di 97.521 pazienti, con una media di 72 residenti e di 74,8 posti letto per struttura. Prima di questa Survey nazionale, non era stata resa pubblica alcuna fonte ufficiale circa l'andamento

⁴ Ad esempio, alcuni articoli dalla stampa nazionale di quel periodo:

- <https://www.giornaledibrescia.it/storie/coronavirus-il-punto/indagine-sulle-rsa-i-morti-per-influenza-15-volte-i-covid-1.3471180>

- <https://www.lastampa.it/torino/2020/04/24/news/coronavirus-la-strage-nelle-rsa-in-piemonte-660-morti-in-piu-rispetto-al-2019-1.38757759>

- https://www.ansa.it/trentino/notizie/2020/04/03/coronavirus-altri-17-morti-in-trentino-204-nuovi-con-tagi_bd98b1e0-e10b-4830-92a9-b7ef4840aa25.html

- <https://it.reuters.com/article/idITKBN21611V>

⁵ Cfr Capitolo 2 per approfondimenti sulle diverse stime del numero di RSA operanti nel territorio nazionale.

del contagio nelle strutture per anziani; dopo di questa, nessuna altra raccolta dati è stata avviata.

I dati presentati in questo report confermano l'ipotesi che l'impatto della prima ondata dell'emergenza Covid-19 nel contesto socio-sanitario sia stata sottostimata. Nel periodo intercorso tra il 1° febbraio e il 5 maggio 2020, tra i residenti nelle strutture per anziani si è registrato mediamente un tasso di mortalità del 9,1%. La percentuale maggiore di decessi è stata riportata in Lombardia (41,4%) e in Veneto (18,1%). Tra i 9.154 soggetti deceduti, solo 680 (il 7,4%) erano risultati positivi al tampone per Covid-19, mentre 3.092 (il 33,8%) avevano presentato sintomi simil-influenzali. ISS stesso suggerisce di considerare congiuntamente i decessi di soggetti accertati positivi e con sintomi simil-influenzali per stimare il tasso di mortalità complessivo legato al virus nelle strutture, che risulta quindi pari a 3,1% (sale fino al 6,5% in Lombardia). La stessa indagine conferma che nello stesso periodo, 5.292 persone residenti nelle strutture rispondenti sono state ospedalizzate (il 5,4% degli ospiti). Il 18,2% degli ospedalizzati era costituito da pazienti con riscontro positivo da tampone, il 38,2% aveva sintomi simil-influenzali (Tabella 4.1): il 56,4% dei pazienti ospedalizzati era pertanto accertato positivo o con sintomi simil-influenzali. Mettendo in relazione la cifra in valore assoluto e il dato sulla mortalità precedentemente esposto, si evidenzia come la grande maggioranza dei casi Covid-19 più gravi siano stati gestiti in struttura, senza il ricorso al ricovero ospedaliero. Questo non significa che questi pazienti avrebbero dovuto ricevere assistenza ospedaliera a tutti i costi: vista l'impossibilità o il divieto di procedere al trasferimento verso gli ospedali esistente in alcune Regioni, si sarebbe dovuto sollecitare la protezione massima delle strutture affinché rimanessero ambienti Covid-19 free. Inoltre, questi dati vanno letti con la consapevolezza che le Regioni hanno dato indicazioni operative circa le modalità di somministrazione dei tamponi e più in generale sulla gestione dell'emergenza con tempistiche differenziate, come si discuterà ampiamente nel paragrafo seguente.

Tabella 4.1. Residenti ospedalizzati, totali, positivi e con sintomi simil-influenzali, per Regione

Regione	Totale decessi	Covid-19 positivi, N (%)	Con sintomi, N (%)	Tasso mortalità Covid-19, %	Tasso mortalità sintomi, %
Piemonte	1658	161 (9,7)	410 (24,7)	0,9	2,4
Lombardia	3793	281 (7,4)	1807 (47,6)	1	6,5
PA Bolzano	28	3 (10,7)	10 (35,7)	0,7	2,4
PA Trento	99	33 (33,3)	45 (45,5)	2,7	3,7
Veneto	1136	38 (3,3)	180 (15,8)	0,2	1
Friuli - Venezia Giulia	222	6 (2,7)	41 (18,5)	0,2	1,1
Liguria	136	20 (14,7)	34 (25)	1,3	2,2
Emilia - Romagna	639	81 (12,7)	265 (41,5)	1	3,2
Toscana	640	36 (5,6)	154 (24,1)	0,4	1,6
Umbria	38	0 (0)	11 (28,9)	0	1,5
Marche	160	13 (8,1)	59 (36,9)	0,9	4,3
Lazio	158	1 (0,6)	28 (17,7)	0	0,6
Abruzzo	47	1 (2,1)	0 (0)	0,2	0
Molise	24	0 (0)	2 (8,3)	0	0,9
Campania	50	6 (12)	13 (26)	0,9	2
Puglia	111	0 (0)	4 (3,6)	0	0,2
Calabria	75	0 (0)	1 (1,3)	0	0,1
Sicilia	73	0 (0)	11 (15,1)	0	1
Sardegna	67	0 (0)	17 (25,4)	0	2,8
Totale	9154	680 (7,4)	3092 (33,8)	0,7	3,1

Fonte: ISS, Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie.

Come per la popolazione generale, un indicatore utile per ricostruire quanto accaduto durante la prima ondata è rappresentato dall'analisi dei dati sull'eccesso di mortalità nelle RSA, inteso come la differenza tra la mortalità registrata nel 2020 e quella di periodi comparabili negli anni precedenti. Attualmente non sono disponibili evidenze nazionali a riguardo, mentre a livello locale si segnala il lavoro pubblicato da ATS Milano Città Metropolitana a giugno 2020. In questo report l'azienda ha confrontato i decessi avvenuti tra il 1° gennaio e il 30 aprile 2020 e la media degli stessi mesi tra il 2016 e il 2019 in 152 RSA per un totale di 18.531 anziani assistiti (Tabella 4.2). Nel periodo di riferimento tra il 2016 e il 2019 nelle strutture erano morte in media poco meno di mille persone, mentre quest'anno i decessi sono stati 3.657, 2.666 in più (+ 118%), a rimarcare ancora una volta un chiaro impatto della pandemia tra gli ospiti delle RSA.

Tabella 4.2. Distribuzione dei decessi in RSA osservati e del rapporto osservati attesi (anni 2016-2019 vs 2020). ATS Milano

	1° gennaio – 30 aprile	Marzo	Aprile	1° marzo – 30 aprile
Reference (2016-2019)	2.180	529	462	991
2020	4.754	1.504	2.513	3.657
Differenza	2.574	975	1.691	2.666
Rapporto osservati/attesi	2,18	2,84	4,66	3,69
Differenza %	118%	184%	366%	269%

Fonte: ATS Milano Città Metropolitana, Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia Covid-19 nei residenti delle RSA.

Con l'arrivo della seconda ondata nell'autunno 2020, il settore LTC ha fatto dei passi in avanti nel contenere e monitorare il contagio delle strutture. In primo luogo, ora alle RSA è garantito il rifornimento di DPI e la possibilità di fare tamponi, assicurando il monitoraggio degli ospiti e l'inclusione nel bollettino nazionale dei casi rilevati. Secondariamente, si rileva positivamente il fatto che, sempre tramite la rilevazione di Epicentro, l'ISS chiarisce la provenienza dei pazienti positivi ricoverati e successivamente deceduti.

Nonostante i progressi, ad oggi l'Italia rimane l'unico grande paese europeo (*cf* paragrafo 4.2) che ancora non dispone di dati certi e ufficiali circa l'andamento dei contagi e dei decessi nelle strutture per anziani, poiché i dati ufficiali della Protezione Civile e del Ministero della Salute continuano a non offrire il dettaglio su quanto accade all'interno delle strutture, lasciando un grave vulnus nel sistema conoscitivo circa la diffusione del virus nelle strutture socio-sanitarie nella seconda ondata. Inoltre, la clusterizzazione dei *setting* di provenienza per i deceduti in ospedale è molto ampia. Nell'aggiornamento dello scorso 4 dicembre⁶, si sottolinea infatti come la maggior parte dei pazienti deceduti positivi al virus provenisse dal proprio domicilio (53,3%); il 22,9% - quasi un quarto - da strutture residenziali socio-sanitarie o socio-assistenziali (definite da ISS "RSA, casa di riposo, hospice, reparti o strutture di lungo degenza"); il 18,6% da un altro ospedale e il 5,2% da altre strutture non specificate.

Il sistema rimane quindi incapace di mappare in maniera sistematica e complessiva l'andamento della diffusione del virus nelle strutture socio-sanitarie. Questo può essere interpretato come il segnale che, dopo mesi, ancora non si sia compresa la centralità della rete socio-sanitaria nella gestione dell'emergenza.

⁶ Dato non aggiornato nella rilevazione del 16 dicembre 2020.

4.1.2 La risposta delle Regioni di fronte a Covid-19

Oltre ai (pochi) numeri dell'impatto della pandemia sul settore socio-sanitario e sulle strutture residenziali per anziani già esposti precedentemente, un altro elemento cruciale per analizzare quanto accaduto è dato dall'analisi delle principali policy adottate dai contesti regionali per gestire l'emergenza nelle sue diverse fasi. Questo considerando che è a livello regionale che ricade la competenza maggiore sulla gestione dei servizi del settore⁷.

Il presente paragrafo si prefigge l'obiettivo di esporre sinteticamente e in chiave comparata quanto è stato adottato in termini di policy per la gestione Covid-19 nei servizi per anziani da nove Regioni scelte con il duplice criterio (i) della numerosità dei casi Covid-19 diagnosticati da inizio emergenza sanitaria, selezionando i contesti territoriali con oltre 5.000 casi accertati al 15 giugno 2020⁸, e (ii) della capillarità della diffusione di strutture socio-sanitarie per anziani nel proprio territorio (Berloto et al. in Rapporto OASI 2019). Le nove Regioni rispondenti a questi criteri sono risultate: Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Toscana, Veneto.

Per evitare errate generalizzazioni tra i diversi periodi che hanno caratterizzato l'emergenza sanitaria da febbraio 2020 e che hanno assunto mano a mano caratteristiche peculiari specifiche, i risultati di questa indagine sulle misure adottate per la LTC saranno presentati con una tripartizione temporale così suddivisa: policy adottate durante la Fase 1 dell'emergenza (fine febbraio – 3 maggio 2020), policy poste in essere nella Fase 2 dell'emergenza (4 maggio - 3 giugno 2020), misure adottate per gestire la seconda ondata e il nuovo aumento dei contagi (settembre - novembre 2020). Il periodo giugno-settembre non è trattato separatamente poiché le evidenze riscontrate per questo periodo sono assimilabili a quanto verrà posto in evidenza per la Fase 2. Allo stesso tempo, al fine di condurre un'analisi strutturata e comparabile, i provvedimenti adottati sono stati classificati e analizzati tenendo conto di cinque distinte dimensioni:

1. **Misure per la gestione dei servizi**, analizzando tutto ciò che ha riguardato la gestione Covid-19 all'interno delle strutture residenziali per anziani;
2. **Misure di raccordo tra settore sanitario e socio-sanitario**, analizzando se e come siano state predisposte delle modalità di integrazione tra rete ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria nell'ambito Covid-19;
3. **Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi**, con particolare riferimento a modalità di screening e individuazione dei casi sospetti, misure di sicurezza in struttura, gestione di nuovi accessi, dimissioni, ecc.;

⁷ Articolo 117, comma 3: https://www.senato.it/1025?sezione=136&articolo_numero_articolo=117

⁸ Dati reperibili alla pagina: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>.

4. **Misure rivolte al personale del settore socio-sanitario**, rispetto a gestione di casi sospetti e certi di Covid-19 ma anche per quanto riguarda formazione, procedure e protocolli adottati per la messa in sicurezza di tutto il personale delle strutture, ecc.;
5. **Misure di revisione dei servizi**, per verificare se nel periodo di riferimento sono stati rivisti ad esempio gli standard assistenziali, le modalità di tariffazione, ecc.

Complessivamente sono stati analizzati 22 documenti⁹ (dettagli in *Appendice*). L'obiettivo di questa sezione è di definire quali siano stati i principali domini di azione regionale, ossia quali indicazioni, regolamenti e disposizioni abbiano catalizzato l'attenzione del legislatore e delle relative aziende sanitarie nei confronti delle strutture socio-sanitarie, e quindi nei confronti dei gestori di tali strutture, degli ospiti ivi presenti e del personale socio-sanitario. Per farlo, si propone una messa a sistema delle principali evidenze emerse nei tre periodi considerati, che permetterà di trarre qualche considerazione complessiva in termini di principali risposte messe in campo nel settore per fronteggiare la crisi.

Policy regionali nella Fase 1 dell'emergenza (fine febbraio – 3 maggio)

Dallo scoppio dell'emergenza a metà-fine febbraio 2020, i primi interventi adottati dalle nove Regioni analizzate mostrano una tendenza convergente: la scelta di tutti i contesti considerati di gestire l'emergenza primariamente con un focus sulla filiera ospedaliera e, solo in un secondo tempo e a tempi diversificati, di aprire alla definizione di misure differenziate e specifiche per il settore socio-sanitario. Analizzando le decisioni adottate nelle prime settimane (e fino a metà marzo), non figurano infatti diciture dedicate specificatamente al settore socio-sanitario. Questa tendenza può essersi verificata per diverse ragioni: le crisi pandemiche, in virtù della loro natura e della dirompenza con cui hanno luogo, catalizzano la gestione nelle strutture ospedaliere; allo stesso modo, il riconoscimento della necessità di definire regole specifiche deriva dagli effetti della letalità del virus su tale settore. Ciò nondimeno, la fragilità della popolazione anziana in questa emergenza avrebbe richiesto un intervento immediato, come discusso nei paragrafi precedenti.

Nella prima fase dell'emergenza, i diversi legislatori hanno focalizzato i loro interventi sul contenimento dell'emergenza esplosa; solo dopo circa tre settimane rispetto alle misure prese nel settore sanitario, alcune Regioni hanno cominciato a spostare l'attenzione sulla promulgazione di atti di indirizzo e indicazioni specifiche per la gestione dell'emergenza nelle strutture residenziali per

⁹ L'analisi ha riguardato nello specifico: atti, ordinanze, linee guida, raccomandazioni, regolamenti.

anziani. È possibile che questo iniziale “ritardo” nella disciplina del settore abbia avuto ripercussioni e parzialmente inficiato l’efficacia delle successive misure per il settore nei confronti del quale, nel frattempo, si è accesa un’attenzione mediatica considerevole, soprattutto in alcune Regioni.

La Tabella 4.3 dettaglia, per ognuna delle nove Regioni analizzate, le dimensioni nelle quali l’interventismo legislativo si è concentrato nella prima fase. Si ricorda che in questo primo momento di analisi il periodo di riferimento è quello intercorso tra lo scoppio dell’emergenza (fine febbraio) e il 3 maggio, data che ha simbolicamente decretato la fine della prima Fase del periodo emergenziale.

Tabella 4.3. La risposta regionale in Fase 1 in sintesi

Fase 1					
	Misure per la gestione dei servizi	Misure di raccordo tra settore sanitario e socio-sanitario	Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Misure rivolte al personale del settore socio-sanitario	Misure di revisione dei servizi
	✓		✓	✓	
Liguria	✓		✓	✓	
Lombardia	✓		✓	✓	
Marche	✓				
PA Trento	✓				
Piemonte	✓		✓	✓	
RER	✓		✓	✓	
Toscana	✓		✓	✓	
Veneto	✓		✓	✓	

Di cosa si sono occupate primariamente le nove Regioni considerate, con riferimento al settore socio-sanitario, nella Fase 1 dell’emergenza? La Tabella 4.3 sembra offrirci un quadro abbastanza chiaro rispetto alle cinque dimensioni di indagine: le Regioni hanno preso decisioni per gestire i servizi, attuando misure ad hoc per la gestione dei casi positivi all’interno delle strutture e per la messa in sicurezza e tutela degli ospiti tutti, e fornendo indicazioni per la gestione del personale operante nel settore socio-sanitario. Allo stesso modo, le Regioni sono risultate inattive in merito all’adozione di misure di raccordo tra settore sanitario e socio-sanitario, che come già sottolineato sono stati sin dal principio considerati come due binari separati, e alle misure per la disciplina di revisione dei servizi (revisione degli standard assistenziali, ecc.).

Più nel dettaglio, per quanto concerne ciò di cui queste misure si sono occupate operativamente, è possibile tracciare alcuni tratti comuni. Primo, le

Regioni si sono nell'insieme orientate a disporre la chiusura dei servizi (da intendersi come cessazione delle attività e limitazione fisica degli accessi) all'interno delle strutture residenziali e non solo (es. chiusura dei centri diurni e altri servizi affini) e adottato delle misure restrittive e di monitoraggio per il contenimento degli ingressi in struttura (da estendersi estesi anche ai familiari e agli affetti degli ospiti) per contenere fisicamente il potenziale propagarsi del virus.

Secondo, indicazioni più o meno dettagliate sono state fornite sugli obblighi e sulle modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e sulle procedure di sicurezza da seguire per la messa in sicurezza degli spazi della struttura. Questo è stato fatto nella maggior parte dei casi indicando solamente i vincoli di obbligatorietà ma ponendo scarsa attenzione alle modalità operative di implementazione. Una eccezione da rilevare è il caso della Regione Marche, che ha emanato delle vere e proprie linee guida operative pensate per le RSA. Sempre su questo stesso aspetto, è possibile rilevare che alcuni contesti regionali (Toscana e Liguria) hanno attivato delle *task-force* dedicate alla gestione dei casi Covid-19 in modo da presidiare quanto avvenisse nelle singole strutture. In alcune Regioni (Lazio, Lombardia, Piemonte) sono stati previsti anche requisiti strutturali e operativi per la creazione di nuclei o centri Covid-19 per la gestione di ospiti sintomatici o accertati. Rispetto all'assistenza domiciliare si sono riscontrati atteggiamenti opposti con Regioni che hanno bloccato il servizio e gli accessi al domicilio ed altre che invece li hanno incentivati.

Terzo, rispetto alle misure per la gestione degli ospiti e dei casi in struttura, si riscontra un certo grado di omogeneità tra le azioni intraprese dalle singole Regioni. È da segnalare a questo proposito che all'avvio dei percorsi di *screening* è seguito l'accesso ai tamponi come pratica preventiva solo in chiusura di Fase 1.

Quarto, in merito al personale socio-sanitario, si rileva che le Regioni si sono orientate principalmente a dare indicazioni molto operative e perentorie sull'utilizzo dei DPI senza dare invece spazio ai temi di formazione e di preparazione alla gestione dell'emergenza. Rispetto a questo si registra una variabilità tra indicazioni più generiche fornite al personale della struttura (e.g. Piemonte) e casi in cui le indicazioni sono state fornite in modo dettagliato per le singole figure professionali (e.g. Toscana). Il tema della formazione del personale assistenziale e non delle strutture per anziani ancora una volta è stato demandato al livello locale e gestito dalle singole strutture o in raccordo con le aziende sanitarie.

Policy regionali nella Fase 2 dell'emergenza (4 maggio – 3 giugno)

Nella Fase 2 del periodo emergenziale, l'analisi condotta sulle stesse nove Regioni italiane mostra innanzitutto che vi è stata una transizione dalla fase di

contenimento del picco dell'emergenza ad una più decelerata di ripensamento dei meccanismi di prevenzione e di graduale ritorno al funzionamento dei servizi nell'era pre-Covid-19. Questo cambio di prospettiva, che come è possibile intuire ha delle ripercussioni dirette sul tipo di decisioni implementate dalle diverse Regioni, è il motivo per cui questa tripartizione temporale viene proposta. In aggiunta, per aiutare al tempo stesso un confronto con gli altri momenti dell'emergenza, l'analisi di questo segmento riguarderà le stesse dimensioni presentate in precedenza.

Per quanto riguarda il settore socio-sanitario, quello che è possibile rimarcare è che il tema ha avuto un risalto davvero notevole, mediaticamente e non solo, almeno dalla metà del periodo analizzato previamente. Questo tipo di esposizione ha fatto pensare, e forse sperare, che nella fase successiva il settore avrebbe trovato più spazio di azione da parte delle Regioni. Speranze che sono state disattese, considerato che le indicazioni espresse in merito hanno continuato ad essere poche e che le misure adottate a partire dal mese di maggio sono state concepite in continuità con quanto disciplinato nel periodo precedente senza promuovere azioni preventive rispetto a ondate future o azioni riparative rispetto a quanto accaduto. La Tabella 4.4, infatti, riporta in sintesi il dettaglio delle azioni poste in essere dalle nove Regioni nella cosiddetta Fase 2. Se accostassimo questa tabella alla precedente (Tabella 4.3), risulterebbe evidente che non si sono registrati dei cambi di rotta dirompenti tra i due momenti: la gestione dei servizi, la regolazione e la disciplina dei casi positivi in struttura e le misure per la messa in sicurezza del personale socio-sanitario rimangono gli assi portanti dell'azione regionale.

Analizzando più specificatamente il contenuto delle diverse direttive adottate, è possibile dettagliare qualche considerazione ulteriore. Il principale cambiamento presente e ricorrente è l'indicazione di un ritorno alla "normalità pre-emergenziale" tra cui figurano regolamenti per la riapertura di taluni servizi (diurno, domiciliare ove sospeso), la ripresa delle visite, purché ancora contingentate, in struttura. Riaperture e ripristino sempre all'insegna della massima sicurezza e della ferrea prevenzione di qualsiasi caso di positività. Taluni limitati contesti hanno voluto recepire l'esperienza emergenziale appena trascorsa attraverso un percorso di revisione e riconfigurazione dei modelli di presa in carico in struttura, coniugando altri servizi sanitari e sociali nella logica di promuovere un'ottica integrata dei servizi per gli anziani (Regione Lazio). La gestione dei casi positivi in struttura è rimasta una priorità da disciplinare: alle regole introdotte in Fase 1 diversi contesti hanno fatto eco allineandosi agli standard di riferimento forniti dall'ISS¹⁰.

¹⁰ <https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+5+REV+2+%281%29.pdf/24759e93-69f7-2c38-902f-7962df52fc35?t=1590500751072>

Tabella 4.4. La risposta regionale in Fase 2 in sintesi

Fase 2					
	Misure per la gestione dei servizi	Misure di raccordo tra settore sanitario e socio-sanitario	Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Misure rivolte al personale del settore socio-sanitario	Misure di revisione dei servizi
Lazio			✓	✓	✓
Liguria			✓	✓	✓
Lombardia	✓				
Marche	✓		✓	✓	✓
PA Trento	✓		✓	✓	
Piemonte	✓		✓	✓	
RER	✓		✓	✓	✓
Toscana	✓		✓		
Veneto	✓		✓	✓	

Rispetto alle procedure interne da avviare nei servizi, alcune Regioni (Piemonte e Lombardia) hanno demandato il tema alla responsabilità delle singole strutture e aziende, chiamate a individuare figure ad hoc responsabili per la definizione di procedure proprie. Interessante è il caso della Regione Veneto, la quale ha previsto che ogni singola ULSS procedesse a valutazione dello stato delle strutture per anziani del territorio, identificando criteri e procedure ad hoc per la riapertura da gestire in modo progressivo e differenziato per ogni distretto. Il tema del personale ha invece riscontrato un'eco maggiore che in Fase 1, soprattutto con riferimento al tema della formazione. Alcune Regioni (ad esempio Veneto e P.A. di Trento) hanno fornito indicazioni specifiche rispetto alla formazione del personale socio-sanitario, equiparandolo al personale sanitario e rendendo obbligatori contenuti e numero di ore. Altre (come ad esempio la Lombardia) hanno invece assegnato la responsabilità della formazione alle singole strutture prevedendo in seconda battuta che le aziende sanitarie potessero diventare promotrici di iniziative. Oltre alla formazione, numerose indicazioni sono state date rispetto al corretto utilizzo di DPI e alle procedure interne di individuazione dei casi sospetti tra il personale, in continuità con la Fase 1.

Policy regionali nella Seconda ondata

Dopo un apparente “ritorno alla normalità” dei mesi estivi, in Italia come nel resto del mondo il numero dei casi positivi da SARS-COV-2 è tornato ad aumentare. Per il nostro Paese, la cosiddetta seconda ondata è iniziata a partire dal 20 settembre 2020 e ha investito, come la prima, la popolazione più anziana

e fragile (*cf. supra*). In questo contesto, cosa è cambiato per le policy adottate delle diverse Regioni?

Sempre prendendo in considerazione le stesse nove (Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Toscana, Veneto) analizzate per la Fase 1 e la Fase 2 dell'emergenza, è possibile scandire un ulteriore momento di analisi. Quanto emerge da una nuova e ulteriore ricognizione è che, diversamente dalle precedenti due fasi in cui si è dovuto dare risposta ad un'emergenza inattesa e quindi dettare le regole operative per la gestione delle contingenze, in questo ulteriore prolungamento le Regioni hanno essenzialmente continuato a promuovere quelle indicazioni ormai già fornite a velocità più o meno intensa da inizio pandemia. Inoltre, accanto alle misure per la gestione dell'emergenza e per il contenimento dei contagi figurano anche le attivazioni e gli incontri delle diverse *task-force*, dove attivate, per le strutture residenziali e semi-residenziali socio-sanitarie (Puglia, P.A. di Trento), che hanno suddiviso compiti di supporto professionale a favore dei responsabili sanitari e gestionali delle RSA. Piano di interventi strutturati e piani dettagliati delle misure sono stati invece attivati per promuovere una strategia di attuazione estesa in alcuni contesti regionali (Veneto, Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana) configurandosi, ad esempio, in un "Protocollo d'Intesa tra le unità di crisi della regione, le prefetture e la città metropolitana" (Regione Veneto). E ancora, attraverso l'elaborazione di un "Piano di contrasto alla diffusione di Covid-19 all'interno delle strutture residenziali per anziani e disabili", coadiuvato dall'istituzione nell'ambito di ciascuna Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) di una task force inter-istituzionale comprensiva delle Aziende Sanitarie del territorio (Regione Emilia-Romagna).

4.2 L'impatto di Covid-19 sul settore LTC all'estero

Come anticipato, la popolazione anziana è la più esposta alla letalità del virus in Italia e non solo: dopo l'esperienza dei primi mesi di pandemia, la comunità scientifica ha quantificato il rischio di mortalità da Covid-19 a livello internazionale, calcolando che ogni 1.000 anziani over75 infettati, 116 potrebbero morire (Mallapati, 2020). Gli stessi studi sottolineano come l'età sia di gran lunga il fattore predittivo più forte del rischio di morte per le persone contagiate dal virus.

Allo stato attuale non esistono rilevazioni sistematiche circa i numeri del contagio nei servizi di LTC a livello internazionale, mentre sono disponibili lavori sull'andamento della mortalità degli ospiti di strutture residenziali in alcuni Paesi e sulle azioni di policy intraprese dai governi per contenere il contagio nelle stesse. Seguendo le evidenze rese pubbliche, questa sezione espone in prima battuta i dati internazionali sulla mortalità tra gli ospiti delle strutture, esplicitando

i punti di attenzione da considerare nel leggere in maniera comparata le evidenze, e si si chiude illustrando le iniziative di policy promosse da alcuni Paesi per comprendere il ruolo che queste hanno giocato per contenere l'emergenza nelle RSA.

4.2.1 La mortalità in RSA: prime evidenze e punti di attenzione nella comparazione internazionale

Come nel caso italiano, anche all'estero sono stati registrati alti tassi di contagio e di mortalità all'interno delle RSA: l'International Long Term Care Policy Network (ILPN) ha raccolto le evidenze disponibili sulla mortalità nelle strutture in ventuno paesi distribuiti su quattro continenti (Comas-Herrera et al., 2020a) (Tabella 4.5) e sulle principali misure di policy adottate per contrastare il contagio e la diffusione del virus nelle strutture.

Prima di entrare nel merito dei dati sui decessi, si sottolinea che serve essere estremamente cauti nella comparazione internazionale diretta di questi dati per almeno quattro ragioni (Berloto et al., 2020):

1. La definizione e l'inquadramento giuridico di “*nursing home*” variano di Paese in Paese, portando potenzialmente a includere servizi assistenziali diversi e quindi una quota maggiore di decessi.
2. Solo un numero contenuto di paesi ha reso pubblici i dati ufficiali circa la mortalità da Covid-19 nelle RSA (e l'Italia non rientra tra questi per i motivi esplicitati nel paragrafo 4.1).
3. Molti paesi non specificano quanti tra i decessi avvenuti in ospedale siano riferiti a pazienti provenienti da RSA. I dati inglesi, per esempio, dimostrano come questo dettaglio possa restituire un potenziale informativo molto alto e che verrà discusso nella seconda parte del paragrafo: nel caso specifico, i decessi in RSA sono il 30% del totale, i decessi di pazienti di RSA è il 45%.
4. Ciascun Paese ha adottato politiche di screening differenziate e, soprattutto, diverse modalità per registrare i decessi (nella popolazione e, di conseguenza, nelle strutture).

Con riferimento specifico all'ultimo punto, i governi hanno adottato tre approcci principali per quantificare i decessi da Covid-19, che possono includere:

- Solo i soggetti *accertati*, ossia che sono risultati positivi al tampone (prima o dopo la morte). È il caso, tra gli altri, di Italia, Germania, Norvegia e Corea del Sud. Questa modalità coglie in maniera accurata i decessi causati dal virus, tuttavia rischia di restituire un valore sotto-stimato in quanto pochi paesi (OECD, 2020) sono in grado di testare

tutti coloro che presentano sintomi, elemento che ha pesato soprattutto nella prima ondata e che presenta notevoli complessità organizzative, come visto nella seconda in Italia. Inoltre, in molti Paesi – tra cui l'Italia – i tamponi nelle RSA sono stati fatti solo in una fase avanzata dell'epidemia, lasciando fuori dai radar i decessi precedenti.

- Soggetti *accertati e sospetti*, questi ultimi identificati sulla base dei sintomi presentati. Questa modalità di calcolo è attualmente adottata da Belgio, Canada, Francia, Irlanda. Il vantaggio è di restituire un dato che non risente del *bias* legato alla diffusione dei tamponi, il rischio è di compiere un'errata attribuzione dei decessi al virus.
- Morti "*aggiuntive*", comparando i decessi del periodo pandemico con quelli del periodo equivalente degli anni precedenti, utilizzato a livello sistematico soltanto nel Regno Unito. Questo approccio è tra quelli considerati più solidi (The Health Foundation, 2020) per capire l'effettivo impatto del virus sulla popolazione, poiché include anche i decessi indirettamente legati a Covid-19 (*cf* paragrafo 4.1).

La Tabella 4.5 riporta una panoramica dei decessi legati a Covid-19 tra la popolazione dei paesi analizzati e nelle RSA, specificando la metodologia di calcolo dei decessi utilizzata. Laddove la cella è vuota, significa che il dato non è disponibile.

Ad oggi, un numero crescente di Paesi ha iniziato a pubblicare regolarmente dati ufficiali sui morti accertati sia all'interno delle strutture che riferite a ospiti di RSA (fino a maggio lo facevano unicamente Francia e Regno Unito). Sebbene non sia appropriato fare comparazioni dirette tra Paesi per i motivi precedentemente esposti, si noti come la quota di decessi da Covid-19 tra i residenti di RSA (deceduti in struttura o in ospedale) sul totale registrato nella popolazione vari dall'8% di Hong Kong all'80% del Canada. In media, tra i 20 Paesi che hanno indicato la quota di decessi di ospiti di RSA la media degli stessi è del 46%, rafforzando la convinzione che le strutture fossero e siano tuttora il *setting* da presidiare con più attenzione per contenere quanto più possibile i decessi tra la popolazione.

Per alcuni Paesi è stato possibile recuperare il numero di ospiti (o posti letto) delle RSA, che incrociato ai decessi di ospiti delle strutture restituisce la quota di ospiti scomparsa a causa del Covid-19 (Tabella 4.6). Da questa analisi emerge una grande eterogeneità: si passa dal valore minimo della Corea del Sud, dove è deceduto per Covid-19 lo 0,01% del totale degli ospiti di RSA al 5% del Regno Unito e il 6,18% della Spagna. La Germania e l'Austria hanno contenuto i decessi entro il 0,5% del totale dei residenti: il prossimo paragrafo approfondisce alcuni tra i fattori che possono aver portato a questo risultato.

Tabella 4.5. Decessi da Covid-19 nel mondo: totale registrato, modalità di misurazione, quota avvenuta in RSA, quota legata a pazienti di RSA¹¹.

Paese	Aggiornato al	Modalità di misurazione dei decessi A: accertati S: sospetti	Totale decessi da Covid-19	Numero di decessi di residenti di RSA legate a Covid-19	Numero di decessi in RSA legati a Covid-19	Quota di decessi di ospiti di RSA in % del totale morti Covid-19	Quota di decessi in RSA in % sul totale dei morti Covid-19
Australia	11/10/2020	A	898	677		75%	
Austria	17/07/2020	A	771	276		36%	
Belgio	11/10/2020	A+S	10.175	6.249	4.892	61%	48%
Canada	01/10/2020	A+S	9.319	7.411		80%	
Corea del Sud	07/09/2020	A	336	27	0	8%	0%
Danimarca	06/10/2020	A	663	232		35%	
Finlandia	09/10/2020	A	346		145		42%
Francia	08/10/2020	A+S	32.365	14.955	10.785	46%	33%
Galles (Regno Unito)	18/09/2020	A+S	2.575	745	707	29%	27%
Germania	11/10/2020	A	9.615	3.752		39%	
Giordania	28/09/2020	A	9	0	0	0%	0%
Hong Kong	28/09/2020	A	150	30	0	29%	0%
Inghilterra (Regno Unito)	18/09/2020	A+S	49.982	22.287	14.850	45%	30%
Irlanda del Nord (UK)	25/09/2020	A+S	900	437	356	49%	40%
Israele	08/10/2020	A	202	704		39%	
Norvegia	12/10/2020	A	276		145		53%
Nuova Zelanda	10/10/2020	A+S	25		16		64%
Regno Unito (tot)	25/09/2020	A+S	57.693	25.466	17.879	47%	46%
Singapore	11/10/2020	A	27	3	0	11%	
Slovenia	29/09/2020	A	149	121	78	81%	
Spagna	07/10/2020	A+S	32.929	20.649		63%	30%
Svezia	05/10/2020	A+S	5.863	2.714	2.646	46%	45%
Ungheria	27/08/2020	A	421	142		23%	
Scozia (Regno Unito)	13/09/2020	A+S	4.236	1.997	1.966	47%	46%
Stati Uniti	27/09/2020	A+S	199.509	82.105		41%	

¹¹ Fonte: tradotto da Comas-Herrera et al., 2020a.

Come anticipato, avere a disposizione i dati riferiti alla quota di pazienti di RSA deceduti in struttura o in ospedale può fare la differenza nel comprendere le diverse strategie messe in campo per contenere il virus. La Figura 4.1 mostra i risultati di questo tipo di analisi per i Paesi che pubblicano dati a riguardo. Questa vista permette di mettere a fuoco molto bene il valore di avere sistemi informativi in grado di tracciare in maniera puntuale gli ospiti: in Scozia e Svezia la differenza tra i due tipi di rilevazione è di un punto percentuale, in Spagna è del 33%. Tornando al caso italiano, ad oggi sappiamo solo quanti tra i decessi in ospedale erano riferiti a pazienti provenienti da strutture residenziali socio-sanitarie (23%), mentre non siamo in grado di ricostruire il numero di decessi avvenuti direttamente nelle strutture.

Tabella 4.6. Quota di pazienti di RSA deceduti a causa di Covid-19 (accertati e sospetti)¹²

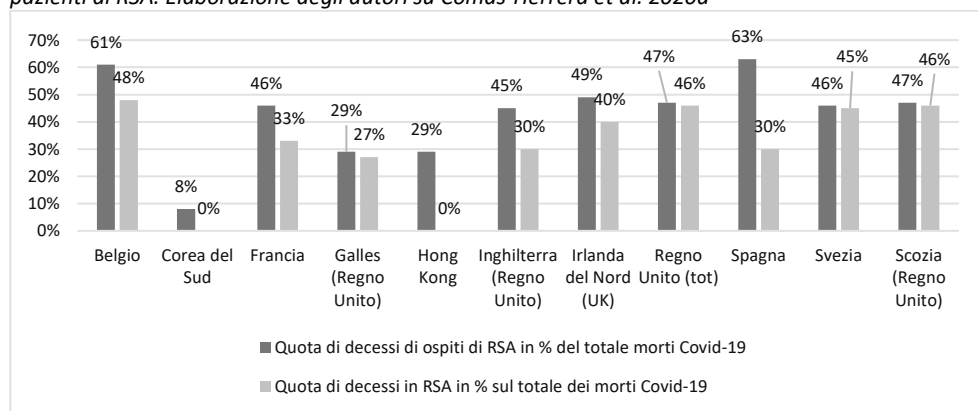
Paese	Aggiornato al	Quota di deceduti da Covid-19 sul totale ospiti RSA (%)
Australia	11/10/2020	0,32%
Austria	17/07/2020	0,40%
Belgio	11/10/2020	0,50%
Canada	01/10/2020	1,74%
Corea del Sud	07/09/2020	0,01%
Danimarca	06/10/2020	0,58%
Finlandia	09/10/2020	0,29%
Francia	08/10/2020	2,47%
Galles (Regno Unito)	18/09/2020	3,13%
Germania	11/10/2020	0,46%
Hong Kong	28/09/2020	0,04%
Inghilterra (Regno Unito)	18/09/2020	5,24%
Irlanda del Nord (UK)	25/09/2020	2,93%
Israele	08/10/2020	1,56%
Norvegia	12/10/2020	0,02%
Nuova Zelanda	10/10/2020	0,04%
Regno Unito (tot)	25/09/2020	5,09%
Singapore	11/10/2020	0,02%
Slovenia	29/09/2020	0,53%
Spagna	07/10/2020	6,18%
Svezia	05/10/2020	3,30%
Ungheria	27/08/2020	0,26%
Scozia (Regno Unito)	13/09/2020	5,55%
Stati Uniti	27/09/2020	4,24%

Sappiamo inoltre dai dati della survey ISS (*cf*r paragrafo 4.1) che incrociando i dati sui decessi in struttura e sulle ospedalizzazioni è ragionevole pensare che alcune strutture siano diventati dei piccoli reparti Covid-19, in cui sono stati curati alcuni tra i casi più compromessi. Questa (dis)organizzazione, unita all'impossibilità di trasformare il layout degli spazi per garantire l'isolamento dei pazienti è uno tra i fattori che ha reso più critica la gestione del virus nelle

¹² Fonte: tradotto da Comas-Herrera et al., 2020a.

nostre strutture (*cfr* Capitolo 5). Pertanto, considerate queste premesse e i ritardi nella fornitura di DPI e di tamponi della prima ondata, ci aspettiamo che la quota di soggetti fragili deceduta in Italia nelle strutture sia drammaticamente più alta.

Figura 4.1. Distribuzione dei decessi di pazienti in RSA sul totale, diviso per decessi in struttura vs di pazienti di RSA. Elaborazione degli autori su Comas-Herrera et al. 2020a



Si rimanda al report ILPN¹³ per approfondimenti dei singoli Paesi su questi temi.

4.2.2 Il ruolo delle policy per spiegare le differenze nella mortalità tra i Paesi

Se da un lato, come visto, la popolazione delle RSA è stata molto esposta alla letalità del virus in quanto anziana e fragile, è altrettanto vero che la quota di residenti nelle strutture deceduta è eterogena tra paesi (Tabella 4.4). Queste differenze suggeriscono che avere alti tassi di letalità nelle strutture non era inevitabile e che l'introduzione di misure di prevenzione e contrasto alla diffusione dell'infezione avrebbero potuto fare la differenza. A questo proposito, da un'analisi comparativa delle misure avanzate da diversi Paesi per contenere il virus (Comas-Herrera et al., 2020b) emergono alcuni spunti su quali modalità di gestione si sono rivelate più efficaci, anche in relazione a quanto avvenuto in Italia.

Un primo tema riguarda l'**isolamento** dei pazienti: la capacità di isolare gli ospiti fin dalla prima emersione dei sintomi, prevedendo l'ospedalizzazione o il collocamento in strutture Covid-dedicate, ha garantito la permanenza in ambienti Covid-19 free per gli anziani. A titolo di esempio, la Corea del Sud ha

¹³ Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, Arling G and Fernández J-L (2020a) *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence*. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 October.







deciso fin dall'avvento della pandemia di ospedalizzare immediatamente o di portare in centri dedicati tutti gli ospiti Covid-19 positivi, mantenendo le strutture residenziali “Covid-19 free” (Kim, 2020). I dati esposti nella Figura 4.1 confermano la bontà di questa scelta: il Paese non ha registrato alcun decesso all'interno delle strutture perché ha isolato in tempo i positivi, e nel complesso registra i tassi tra i più bassi di decessi di ospiti delle strutture sul totale dei decessi nella popolazione. Un altro esempio a noi più vicino è quello dell'Austria, in cui la quota di residenti di RSA deceduta è limitata al 0,4%: pur avendo un sistema di governance frammentato per la LTC, fin dall'inizio della pandemia sono state istituite una *task force* nazionale e una per ogni Regione che includeva rappresentanti del mondo sanitario, socio-sanitario e del terzo settore. L'obiettivo delle *task force* è di garantire un coordinamento tra i diversi attori della filiera e un passaggio fluido tra i diversi *setting*, isolando i positivi dagli altri ospiti per limitare la creazione di focolai.

Un secondo elemento che sembra possa aver fatto la differenza nel limitare la diffusione incontrollata del contagio sono le politiche di **screening** dei residenti: in Austria è stata disposta fin dall'inizio della pandemia una politica di tracciamento sistematico tra tutti gli ospiti e il personale delle RSA, oltre che dei soggetti dimessi dall'ospedale verso le RSA. In Germania, una volta accertato un caso di positività, la struttura è stata obbligata a testare tutti gli ospiti e il personale, e a ripetere l'operazione ciclicamente per monitorare eventuali nuovi casi. In Belgio, dove è stata registrata la scomparsa del 5% degli ospiti di RSA, la somministrazione (tardiva) dei tamponi ha fatto emergere che il 73% del personale e il 69% degli ospiti era positivo e asintomatico, a conferma del ruolo giocato da questi ultimi nel diffondere il contagio nelle strutture (Arons et al., 2020).

Il terzo e ultimo elemento differenziale nelle policy adottate all'estero riguarda le politiche di **finanziamento** a sostegno del settore per l'assunzione di personale aggiuntivo e per garantire la sostenibilità economico finanziaria del sistema. In Germania e in Olanda sono stati stanziati fondi per rimborsare le perdite dovute alla pandemia e i costi aggiuntivi sostenuti (es. per l'approvvigionamento di DPI). In Austria è stato istituito un pool nazionale di operatori assistenziali da mettere a disposizione delle strutture per sopperire ad eventuali contrazioni o esigenze di personale. Inoltre, le retribuzioni di questi operatori sono finanziate direttamente dalle regioni (e non dalle strutture).

Non siamo ancora in grado di dire in che misura abbiano fatto effettivamente la differenza le diverse iniziative legislative a sostegno del settore LTC per limitare i danni causati dalla pandemia. Ciò nondimeno, dal confronto con l'esperienza italiana (Figura 4.2) si nota come l'azione tardiva e frammentata del nostro sistema è sicuramente lontana dalle buone pratiche di alcuni Paesi.

Figura 4.2. Iniziative di policy per contenere l'impatto di Covid-19: il confronto tra Italia e alcune buone pratiche internazionali

	Italia	Altri Paesi
Isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilità di isolare nelle strutture; • Assenza di coordinamento con il mondo sanitario 	 <ul style="list-style-type: none"> • Luoghi per isolamento casi positivi; • Immediato ingresso in ospedale. • Nessun decesso in Corea del Sud; Germania valori contenuti: policy
Screening 	<ul style="list-style-type: none"> • Dato non disponibile; • Ritardo nella fornitura dei DPI • Ridotto screening del personale nella prima fase 	 <ul style="list-style-type: none"> • Screening massivo al personale e ai pazienti dall'inizio; In Belgio emerge forte ruolo asintomatici tra i positivi (73% staff, 69% ospiti)
Finanziamenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di misure nazionali • Le Regioni si sono mosse a macchia di leopardo • Critica la sostenibilità delle strutture 	 <ul style="list-style-type: none"> • Finanziamenti pubblici per l'aumento di personale e per garantire la sostenibilità economica del settore

4.3 Che cosa possiamo imparare dagli impatti dell'emergenza e dalle buone pratiche estere per migliorare la gestione della pandemia e del settore?

I mesi trascorsi in emergenza Covid-19 hanno visto il settore LTC italiano vivere momenti di grande difficoltà. Questo è testimoniato dai dati discussi in questo Capitolo ma anche dalla esperienza diretta riportata dai gestori che verrà presentata nel Capitolo 5. L'analisi delle iniziative regionali e il confronto con quanto accaduto in altri Paesi europei e del mondo porta poi alla luce come ci sia stata una sorta di "opportunità mancata" da parte delle istituzioni pubbliche responsabili della governance del settore per mettere in sicurezza il comparto socio-sanitario durante la pandemia e supportare i gestori nei loro sforzi per contenerne gli effetti. Prima di riassumere quali sono stati i principali elementi di criticità emersi nella gestione della crisi sanitaria, sembra opportuno fare due considerazioni di ordine generale che hanno implicazioni sia rispetto alla crisi sanitaria che, più in generale rispetto al funzionamento del settore.

Il primo tema riguarda l'assenza di dati e di sistemi informativi che siano in grado di raccogliere elementi precisi e puntuali di quanto accade nel settore. Il confronto internazionale rende evidente l'inadeguatezza dello sforzo italiano in questo senso mostrando come, ancora oggi a gennaio 2021, non siano stati raccolti dati relativi agli effetti della pandemia nei servizi per anziani né elementi di dettagli sull'andamento dei contagi per questo target di popolazione. Allargando l'osservazione al settore in generale, al di fuori del periodo di pandemia, le considerazioni rimangono comunque valide. Come mostrato nel Capitolo 2, i sistemi informativi a livello nazionale sono ancora carenti, non aggiornati e mancanti di informazioni circa i servizi. Questo elemento è dirimente in quanto inficia profondamente la possibilità di definire delle politiche pubbliche che siano efficaci e, soprattutto, ben tarate rispetto alle necessità del settore e dei cittadini.

La seconda riflessione riguarda la posizione che le politiche dedicate al settore socio-sanitario anziani occupano nell'agenda politica nazionale e regionale. L'analisi proposta rende evidente come le questioni relative ai servizi per anziani siano state considerate come secondarie. Anche in questo caso quanto avvenuto in periodo Covid-19 è emblematico di quanto avviene da anni: il tema anziani, destinato a diventare una priorità (o problema) sociale nel prossimo e imminente futuro non ha mai occupato una posizione prioritaria nell'agenda politica e, dolorosamente, le conseguenze sono emerse nel periodo di pandemia.

Andando invece ad analizzare gli elementi di criticità legati alla gestione operativa di Covid-19 rispetto alle RSA, l'analisi condotta unitamente alle evidenze raccolte da fonti istituzionali quali ISS, evidenziano alcuni temi centrali.

Il primo, strettamente contingente rispetto a Covid-19 è stato quello dell'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale e di materiali sanitari e non, necessari per la prevenzione dei contagi. La mancanza di materiali, prima, e di coordinamento e organizzazione nel loro utilizzo, poi, ha inficiato le strategie messe in atto dalle singole strutture. Questo ha dimostrato ancora una volta quanto sia importante che i gestori del settore facciano riferimento a politiche di gestione degli approvvigionamenti (in generale, non solo di DPI per l'emergenza Covid-19) ben strutturate e non improvvisate rispetto a necessità contingenti. Questo è tanto più vero quanto più sono piccole le dimensioni delle aziende di cui stiamo parlando, per le quali potrebbe essere opportuno iniziare a valutare i benefici di centrali di acquisto o di accordi e partnership interni al settore in modo da garantire un potere di mercato adeguato.

Un secondo aspetto riguarda gli *screening* e il monitoraggio dei casi sospetti nelle strutture per anziani, tra gli ospiti e il personale. L'assenza di test e di investimenti fatti sulla gestione dei casi ha portato a sottovalutare situazioni rischiose che velocemente sono sfuggite al controllo. Questo è riconducibile al tema più generale della prevenzione e del monitoraggio dei dati di salute degli ospiti delle strutture. Lavorare in raccordo con la rete sanitaria ad un monitoraggio costante delle condizioni cliniche degli ospiti è di fondamentale importanza anche dopo la pandemia visto anche il profilo clinico degli ospiti anziani, sempre più complesso.

Il terzo tema che emerge riguarda il personale in una duplice accezione: in termini adeguatezza rispetto ai fabbisogni, in termini di numerosità e di competenze. La pandemia ha fatto emergere in modo chiaro la carenza di disponibilità di operatori assistenziali qualificati: non appena il sistema sanitario ha aumentato la richiesta di tali professionalità queste si sono trasferite molto rapidamente dal settore socio-sanitario lasciando in quest'ultimo un vuoto. Questa dinamica dipende anche dal fatto che l'inquadramento contrattuale è oggi particolarmente critico per gli operatori assistenziali del settore anziani, cosa che ha giocato un ruolo fondamentale nella possibilità che questi ultimi preferissero il settore sanitario (pubblico). Rispetto alle competenze disponibili, la

pandemia ha presentato e in alcuni casi rafforzato la necessità di portare competenze cliniche nelle RSA. Se si spera che una situazione simile sia lontana dal riproporsi, bisogna comunque tenere in considerazione che l'attuale offerta assistenziale delle strutture già necessita di professionalità a vocazione sempre più sanitaria e sempre meno sociale. Anche gli standard e il mix proposto dai gestori dovrebbero allinearsi in questo senso, promuovendo la nascita nel Paese di un corpus professionale dedicato al mondo anziani e altamente specializzato.

Si è già evidenziato come il tema della tempestività delle policy pubbliche sia stato dirimente per cui ci si limita a ribadire che in momenti di emergenza è necessaria una azione condivisa e coordinata. L'iniziativa di singole strutture, gestori o territori, sebbene meritevole, non può sostituire la messa in atto di interventi sistemici e coordinati.

Gli esempi portati dai Paesi stranieri oggetto di studio mostra che, laddove questi elementi di criticità sono stati gestiti, gli impatti della emergenza sanitaria sul settore LTC e sugli anziani sono stati più contenuti. Allo stesso tempo è necessario considerare questi aspetti anche approcciandosi alla definizione di quanto dovrà avvenire nel prossimo futuro per sostenere il settore. Di questo si discuterà in modo più approfondito nel Capitolo 6.

Bibliografia

Arlotti M., Ranci C. (2020). Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese?, Politecnico di Milano, Laboratorio di Politica Sociale online.

Arons, M. M., Hatfield, K. M., Reddy, S. C., Kimball, A., James, A., Jacobs, J. R., et al. (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England journal of medicine*.

ATS Milano Città Metropolitana, 2020, Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia Covid-19 nei residenti delle RSA. Disponibile al link: <https://www.ats-milano.it/portale/Epidemiologia/Valutazione-della-rete-dei-servizi/Report>

Berloto, S., Comas-Herrera, A., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A., 2020, *Morti da Covid-19 nelle Rsa: tutto quello che non sappiamo*, Lavoce.info

Berloto S., Notarnicola E. (2019). La prospettiva dei policy makers: quali temi e innovazioni stanno promuovendo le Regioni? in (a cura di) Notarnicola E., Fosti G., 2019, *Il Futuro del settore LTC: prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Egea: Milano.

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Disponibile al link: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Ultimo accesso: 14 gennaio.

Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, Arling G and Fernández J-L (2020a) *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence*. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 October.

Comas-Herrera A, Ashcroft E and Lorenz-Dant K. (2020b) *International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings*. Report in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 11 May 2020.

Kim, H (2020) *The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it*. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 7 May 2020.

Istat (2020). *Decessi per il complesso delle cause. Periodo gennaio - settembre 2020*.

Istituto Superiore di Sanità, *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia, aggiornamento al 4 dicembre*. Disponibile al link: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_2_dicembre.pdf. Ultimo accesso il 10 dicembre

Istituto Superiore di Sanità, 2020, *Survey sul contagio da COVID-19 nelle RSA. Report finale*. Disponibile al link: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>

Liu K., Chen Y., Lin R., Han K. (2020). Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *Journal of Infection*.

Mallapati, S., 2020, The coronavirus is most deadly if you are older and male — new data reveal the risks, *Nature* 585, pp. 16-17. Disponibile al link: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02483-2>

The Health Foundation, 2020, Disponibile al link: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/understanding-excess-mortality-the-fairest-way-to-make-international-comparisons>

OECD, 2020, *Testing for COVID-19: A way to lift confinement restrictions*. Disponibile al link: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=129_129658-162d71r66u&title=Testing-for-COVID-19-A-way-to-lift-confinement-restrictions

Zhou F., Yu T., Du R., Fan G., Liu Y., Liu Z., Guan L. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*.

Appendice

Regione	Nome atto
Lazio	Ordinanza n. Z00008 13/03/2020: sospensione dell'attività dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari per persone anziane non autosufficienti
Lazio	Comunicazione 28/03/2020: manifestazione disponibilità allestimento RSA per pazienti covid-19 positivi.
Lazio	Ordinanza n. Z00034 (18/04/2020): gestione dell'emergenza nelle strutture
Lombardia	Decreto n. 3353 (15/03/2020)
Lombardia	Delibera n. XI/3018 (30/03/2020): dettagli riguardo alla gestione della struttura
Lombardia	Protocollo sanitario regionale RSA -RSD (20/04/2020)
Liguria	Ordinanza n. 20 del 16/04/2020
Liguria	27/03/2020 Linee Guida per il Covid in RSA: piano di prevenzione e intervento per pazienti positivi e ospiti della struttura
Liguria	Prot. 7802 del 24/03/2020: direttiva riguardante gli operatori sanitari
Marche	Circolare del Servizio Sanità n. 2567 del 27/02/2020
Marche	Determina n. 162 del Direttore Generale ASUR del 03/04/2020
PA Trento	9/03/2020: Circolare per la gestione dell'emergenza coronavirus
PA Trento	Determinazione n. 100 del 1/04/2020: istituzione Task Force RSA
Piemonte	Protocollo di Intesa Regione – AIOP
Piemonte	Protocollo di intesa RSA (30/03/2020): programma di monitoraggio nelle strutture
Piemonte	Indicazioni operative per la gestione nelle strutture socio sanitarie (7/03/2020)
Emilia - Romagna	Ordinanza n.29 dell'8/03/2020: sospensione dell'attività dei centri semiresidenziali per anziani.
Emilia - Romagna	Scheda interventi regionali RSA
Toscana	Disposizioni generali emergenza Coronavirus per RSA e Strutture Socio Sanitarie Residenziali - revisione 3 (17/04/2020)
Veneto	Protocollo n.109224 6/03/2020
Veneto	Prot. 141750 (1/04/2020): Piano per pazienti sintomatici da assistere a domicilio e per gli anziani nelle case di riposo.
Veneto	Comunicazione n.441: iter di formazione di 400 operatori sociosanitari

5. L'impatto di Covid-19 sul settore LTC nella prospettiva dei gestori e delle famiglie di Sara Berloto e Andrea Rotolo

L'emergenza sanitaria che ha investito l'Italia e il resto del mondo ha avuto e sta continuando ad avere ripercussioni importanti per tantissimi settori. Come già posto in evidenza nel Capitolo 4, l'impatto che il Covid-19 ha avuto sin dalle sue prime fasi sul settore socio-sanitario è stato a dir poco dirompente. Al fine di comprendere e mettere in fila quanto accaduto, sono stati esposti i (pochi) numeri del contagio disponibili, le principali disposizioni regionali introdotte dalle diverse Regioni per reagire all'emergenza, nonché le principali evidenze e buone pratiche adottate per il settore LTC all'estero. Attraverso queste tre viste è stato possibile tracciare alcune prime considerazioni sugli impatti concreti dell'emergenza ad oggi. Obiettivo di questo Capitolo è di completare l'analisi dell'impatto di Covid-19 sul settore LTC attraverso due prospettive specifiche, in coerenza con le considerazioni esposte nelle pagine precedenti: da un lato quella dei gestori e, dall'altro, quella delle famiglie. Nei paragrafi che seguono, verrà esposta un'indagine svolta tra i provider del Network OLTC per comprendere quanto accaduto durante la fase più critica dell'emergenza sanitaria all'interno delle strutture e decodificare quali siano state le maggiori criticità riscontrate e i principali strumenti adottati per cercare di governare gli effetti della pandemia. Segue la restituzione delle evidenze circa l'impatto della pandemia nella percezione delle famiglie che hanno partecipato all'indagine condotta con *LaCasadiRiposo.it* (cfr Capitolo 3) e un paragrafo conclusivo che tira le fila delle principali suggestioni emerse dai due questionari. Al momento in cui si scrive, l'emergenza è ancora lontana dal potersi definire conclusa e le evidenze raccolte dai gestori si fermano a luglio 2020: per questo motivo, le considerazioni esposte devono essere lette tenendo presente il quadro aggiornato alla fine dell'autunno 2020 (cfr Capitolo 4).

5.1 Il ruolo e le difficoltà dei gestori nell'emergenza Covid-19

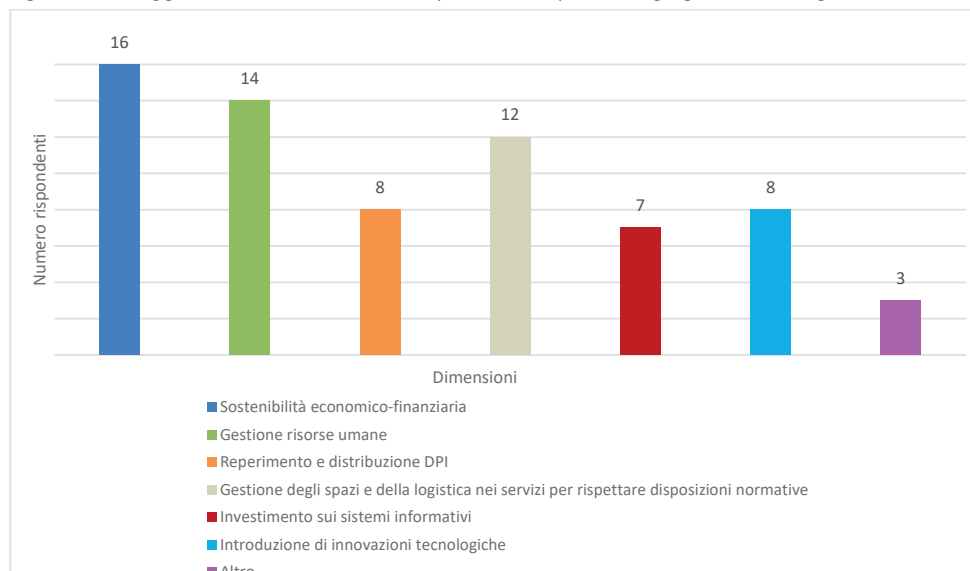
Con l'obiettivo di raccogliere quante più informazioni possibili sul momento peculiare che gli enti gestori sono stati chiamati ad affrontare nel 2020 e nel quadro dell'Osservatorio CER GAS sulla Long Term Care, è stata promossa una Survey dal titolo "L'innovazione dei servizi socio-sanitari dopo il Covid-19", inviata a tutti i partecipanti del network OLTC¹. Il presente e i successivi paragrafi illustreranno in sintesi le evidenze emerse da detta Survey – a cui hanno risposto 16 fra i maggiori player del settore. Il questionario somministrato è stato suddiviso nei seguenti blocchi logici per coglierne in maniera strutturata gli aspetti di maggiore cambiamento:

1. **Principali criticità** affrontate dopo la prima ondata della pandemia e contestualmente azioni promosse dal governo regionale per contenere l'emergenza;
2. **Gli impatti** di Covid-19 su una serie di variabili: domanda dei servizi, offerta dei servizi, variazione dei bisogni espressi da parte del target di riferimento;
3. **Prospettive** future e innovazione: gli oggetti di lavoro per i prossimi 6-12 mesi e il sistema di alleanze con cui raggiungerli.

Per quanto riguarda le principali criticità affrontate dalle diverse aziende nel periodo compreso tra metà giugno e metà luglio, spiccano due tematiche tra tutte: i) la sostenibilità economico-finanziaria e ii) la gestione delle risorse umane. Come si evince dalla Figura 5.1 questi sono i due segmenti che di gran lunga hanno catalizzato l'attenzione dei gestori in questa seconda fase dell'emergenza. La sostenibilità economico-finanziaria è stata segnalata dalla totalità dei rispondenti e si è contraddistinta più specificatamente nella riduzione del numero dei posti letto saturabili, da mancate entrate causate dalla sospensione o chiusura di taluni servizi (a fronte di costi aggiuntivi per il reperimento di DPI), da complesse trattative con regioni ed enti locali per l'adozione di misure straordinarie. La gestione delle risorse umane, invece, ha rappresentato un nodo critico importante per quasi tutte le aziende interpellate (14 su 16 rispondenti) a seguito di un "esodo" delle figure socio-sanitarie verso aziende sanitarie locali e ospedali, e ha determinato da parte di talune strutture il ricorso ad agenzie di somministrazione del lavoro per reperire il personale mancante. Oltre a questa carenza di personale, le aziende hanno dovuto garantire adeguate attività di formazione e aggiornamento ai dipendenti al fine di permettere a tutte le figure professionali coinvolte di rispettare tutte le norme igienico-sanitarie previste, compreso il corretto utilizzo dei DPI, e di poter reggere carichi di lavoro e stress legati alla situazione d'emergenza.

¹ La Survey è stata somministrata ai diversi enti gestori durante i mesi di luglio, agosto, settembre 2020 tramite piattaforma online.

Figura 5.1. Maggiori criticità riscontrate nel periodo compreso tra giugno e metà luglio 2020



Seguono la tematica della gestione degli spazi per il rispetto delle norme di sicurezza (12 rispondenti su 16), il reperimento dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e l'introduzione di innovazioni tecnologiche (questi ultimi entrambi selezionati da 8 rispondenti su 16).

5.1.1 Gli impatti di Covid-19 tra i gestori

Oltre alle principali criticità riscontrate dagli enti gestori durante i mesi dell'emergenza, un altro aspetto di indagine è stato quello degli impatti registrati su altre variabili: la domanda dei servizi da parte dell'utenza, l'offerta di servizi delle aziende, gli impatti sui bisogni espressi dal target di riferimento. Queste diverse variabili sono state identificate in quanto elementi cardine del settore la cui variabilità e alterazione nei mesi dell'emergenza possono rilevarsi particolarmente significativi per la ricostruzione di quanto accaduto. Per completezza d'informazione, i 16 rispondenti al questionario erogano principalmente servizi di tipo residenziale (28%), a cui seguono i servizi semi-residenziali (26%), servizi di tipo domiciliare (21%) e altri servizi (ambulatoriali, riabilitativi ecc.). Inoltre, per poter cogliere appieno questo tipo di variazioni, l'arco temporale in questo caso considerato è stato più ampio: i risultati qui esposti fanno quindi riferimento al periodo trascorso da febbraio a luglio 2020.

In termini di principali impatti sulla domanda dei servizi, i player di settore hanno evidenziato con enfasi alcuni aspetti differenziati per servizio, sintetizzati nella Tabella 5.1. Da questa mappatura emerge che, con riferimento ai

servizi residenziali, il principale impatto ha riguardato una diminuzione della saturazione dei posti letto in struttura – con grado di variabilità dal 50% al 90% dei posti occupati in meno – dovuto alla sospensione degli ingressi prevista durante l'emergenza e al decesso degli ospiti già presenti. Un altro aspetto sottolineato da diversi attori riguarda un calo nelle liste d'attesa dovuto al timore dei familiari dei potenziali ospiti collegato alla possibilità di non rivedere per molte settimane ai propri cari. Questo fenomeno è stato segnalato principalmente dagli attori presenti nei contesti più colpiti dall'epidemia e dove le misure adottate sono state particolarmente restrittive e stringenti.

Tabella 5.1. Principali impatti sulla domanda dei servizi: una sintesi

Servizi residenziali	Servizi semi-residenziali	Servizi domiciliari	Altri servizi
Tasso di saturazione inferiore tra il 50% e il 90% causa blocco nuovi ingressi	Tasso saturazione inferiore al 50%	Riduzione degli interventi fino al 30% in meno rispetto ai livelli pre Covid-19, anche per gli interventi indispensabili e indifferibili	Grave abbattimento della domanda, anche a causa della riduzione degli interventi della rete ospedaliera (e.g. ortopedia)
Riduzione delle liste d'attesa per paura dei familiari nei confronti del ricovero (specialmente nelle regioni più colpite e.g. Lombardia)	Richiesta diminuita circa del 30% alla riapertura del servizio, in alcuni casi le famiglie hanno trovato delle soluzioni alternative grazie allo <i>smart working</i>	Dopo sospensione o flessione durante i mesi di <i>lockdown</i> , trend di ripresa da maggio in poi	Chiusura o riduzione gamma dei servizi offerti, recente ripartenza graduale
Carenza del personale socio-sanitario alla riapertura del servizio	Carenza del personale socio-sanitario alla riapertura del servizio		Alti costi per gestione del triage o distanziamento
	Chiusura durante l'emergenza sanitaria e recente riapertura parziale in base al contesto regionale di riferimento		

Per i servizi semi-residenziali – che in molti contesti sono stati sospesi nel periodo più critico della pandemia – un ulteriore impatto si è continuato a registrare anche alla riapertura del servizio: cali di diversa intensità sono stati registrati diffusamente anche a seguito di soluzioni alternative auto-organizzate dalle famiglie (agevolate, ad esempio, dalla maggiore presenza in casa dovuta allo *smart working*), che consentivano di mantenere l'anziano al domicilio, confermando l'idea che l'RSA sia considerato come l'ultima alternativa possibile in caso di situazioni critiche (cfr Capitolo 3).

I servizi domiciliari sono stati anch'essi colpiti duramente dalle misure di contenimento adottate soprattutto nei mesi di marzo e aprile 2020, che ne hanno impedito o in ogni caso contingentato la sfera di azione; questo segmento ha tuttavia registrato una ripartenza graduale a partire dal mese di maggio.

Gli altri servizi (ambulatoriali, riabilitativi ecc.) hanno vissuto un considerevole abbattimento della domanda e, a partire dalla graduale ripresa e riapertura, sono stati sottoposti a riconfigurazioni e rimodulazioni di diversa entità.

Dal lato dell'offerta dei servizi, la rilevazione dei principali cambiamenti registrati al portafoglio dei servizi delle diverse aziende ha messo in luce i seguenti accadimenti:

- Difficoltà nell'intercettare nuovi utenti e di riportare la domanda ai livelli pre-emergenziali;
- Riduzione della saturazione dei servizi residenziali e semi-residenziali, con conseguente riduzione dei ricavi;
- Provvedimenti strutturali onerosi a carico dell'ente (messa in sicurezza degli spazi per il rispetto della normativa e per la tutela di tutti gli ospiti in struttura);
- Nuove forme di comunicazione tra gli ospiti e il proprio nucleo familiare: ad esempio, l'utilizzo di sistemi di videochiamata per i parenti;
- Riorganizzazione dei servizi interni alle RSA, con interruzione delle attività di gruppo e delle attività ludico-ricreative.

Oltre alla domanda e offerta dei servizi, un'altra variabile di indagine ha riguardato gli (eventuali) impatti della pandemia sui bisogni espressi dal target di riferimento e sul modo in cui questi vengono presentati ai gestori. Prendendo sempre come riferimento il target anziani, al momento della rilevazione le evidenze più citate a riguardo non hanno messo in luce il sorgere di nuovi bisogni di cura o assistenza specifici. Al riguardo, sono stati invece citati la non variazione nelle disponibilità economiche delle famiglie, una immutata fiducia nel settore socio-sanitario (coerente con quanto rappresentato dalle famiglie, *cf* paragrafo 5.2) e, come già espresso, un maggior carico di assistenza demandato alle famiglie a seguito del blocco degli ingressi in RSA.

5.1.2 Governare l'incertezza: le aree di lavoro identificate dai gestori

Nel questionario somministrato ai diversi player, oltre a considerazioni sul momento contingente, sono state proposte questioni in prospettiva su un arco temporale proiettato ai successivi 6-12 mesi. In particolare, si è cercato di elaborare scenari circa il prossimo futuro, chiedendo di esplicitare su quali cambiamenti le aziende intendono lavorare anche alla luce di quanto successo nell'ultimo anno.

Gli oggetti di lavoro per i prossimi 6-12 mesi e le modalità per concretizzarli

La Figura 5.2 sintetizza i principali cambiamenti che le aziende pensano di o intendono implementare sulla loro offerta di servizi e le modalità di attuazione con cui perseguirli. Tra le diverse tipologie riportate nel questionario, gli oggetti di lavoro più selezionati sono stati i) la variazione della capacità produttiva e ii) lo sviluppo di nuovi servizi. Meno gestori segnalano invece i cambiamenti volti all'introduzione di innovazioni tecnologiche o al rinnovamento dei servizi esistenti.

Figura 5.2. Gli oggetti di lavoro dei prossimi 6-12 mesi in sintesi

Cambiamenti	Esemplificazione dei cambiamenti	Come?
Variazione della capacità produttiva	Interventi su layout , in particolare per garantire isolamento	Sinergie forti col settore pubblico e con altri competitor; ripensare mission aziendali ; risorse finanziarie ; competenze professionali e tecnologiche
Sviluppo di nuovi servizi	Soluzioni abitative leggere, servizi ambulatoriali, servizi domiciliari, implementazione di tecnologie	Nuove forme organizzative che impongano maggiore formazione; implementazione di tecnologie ; risorse finanziarie
Innovazioni tecnologiche nei servizi esistenti	Telemedicina , interazione digitale in tempo reale con i familiari, strumenti per attività di stimolazione guidate, cartella clinica elettronica	Tecnologia ; organizzazione più flessibile; formazione ed accompagnamento delle risorse coinvolte
Rinnovamento dei servizi esistenti	Maggior flessibilità e utilizzo di soluzioni tecnologiche innovative	Formazione ed accompagnamento dei processi; nuove forme organizzative

Oltre alle diverse tipologie su cui le aziende intendono puntare l'attenzione, il questionario ha richiesto ai rispondenti di dettagliare - in forma libera e per tipologia selezionata - le iniziative concrete che vorrebbero realizzare. Tra i diversi esempi dettagliati, solo a titolo esemplificativo, possono essere citate l'introduzione di innovazioni tecnologiche quali la telemedicina e la creazione di (nuovi) e potenziati portali per gestire in tempo reale l'interazione con gli ospiti/pazienti e con i familiari. E ancora, l'adozione di strumenti avanzati per l'attività di riabilitazione fisica e cognitiva e l'introduzione massiccia della cartella clinica elettronica.

Le condizioni di cui ogni azienda necessita per agire il cambiamento individuate nel questionario fanno perno soprattutto sull'importanza di creare sinergie forti tra diversi attori (pubblico-privato o tra diversi competitor di settore), ripensare sia alle forme organizzative (revisione dei processi interni), sia alla formazione e al consolidamento delle competenze professionali interne. Si pensi, per esempio, alla formazione necessaria per l'utilizzo efficace delle innovazioni tecnologiche implementate. Inoltre, un altro ingrediente di successo per promuovere il cambiamento è identificato in un nuovo e più flessibile approccio per gestire le risorse finanziarie.

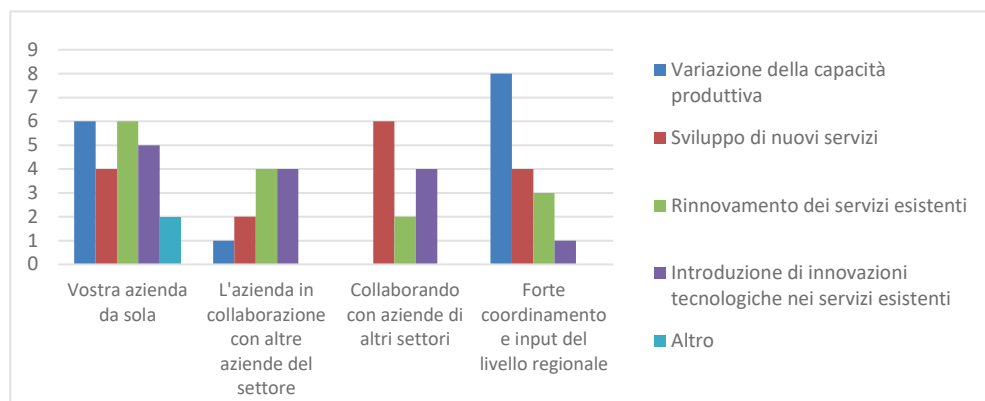
Gli attori e il sistema di alleanze con cui raggiungerlo

Gli attori o il sistema di alleanze attraverso cui è possibile dar seguito alle diverse tipologie di cambiamento identificate in precedenza dalle diverse aziende, possono configurarsi come segue:

- Singola azienda da sola (pertanto, senza attivare alcun sistema di alleanze);
- Azienda in collaborazione con altri player del settore;
- Azienda in collaborazione con player di altri settori;
- Forte coordinamento e input del governo regionale.

La Figura 5.3 riporta i diversi mix che sono stati selezionati dai rispondenti alla Survey per tipologia di alleanza. Come si evince dal grafico, le alternative selezionate variano in base alla tipologia di cambiamento indicata. Ad esempio, per quanto concerne cambiamenti afferenti alla variazione della capacità produttiva questi non possono prescindere da un forte coordinamento e ruolo del livello regionale e da ingaggio della sola azienda che intende promuovere tale cambiamento.

Figura 5.3. I principali attori dell'innovazione per tipologia di cambiamento



Se da un lato il “che cosa” cambiare e il “come” registrano una convergenza tra i gestori, lo stesso non si può dire rispetto al “con chi” lavorare per traguardare i cambiamenti all’orizzonte. Questo può essere spiegato da un lato, dalla diversa natura dei cambiamenti auspicati che necessitano quindi di reti diverse tra loro; dall’altro da una maggiore fatica a ragionare in termini di rete in un settore tradizionalmente caratterizzato da frammentazione di soggetti e competenze e da una sempre maggiore competizione.

5.2. L'impatto di Covid-19 sulla percezione delle famiglie rispetto al settore

La prospettiva delle famiglie e la loro percezione di ciò che è accaduto durante l'emergenza sanitaria Covid-19 sono state intercettate con una sezione dedicata nel questionario condotto in collaborazione con *LaCasadiRiposo.it* presentato nel Capitolo 3 di questo Rapporto. Tale questionario, seppur avesse come scopo primario rilevare la percezione delle famiglie rispetto ai servizi per anziani a prescindere dall'emergenza sanitaria, è stato diffuso nei mesi della pandemia, motivo per cui si è ritenuto utile inserire alcuni quesiti mirati circa gli impatti che questa ha manifestato sin dalle sue prime fasi per familiari di persone anziane non autosufficienti. Come si ricorderà, il questionario promosso dal nostro gruppo di ricerca tramite *LaCasadiRiposo.it* ha indagato quattro casistiche distinte: (i) anziano in struttura RSA, (ii) anziano in lista di attesa per entrare in RSA, (iii) anziano al domicilio e non interessato ad entrare in RSA, (iv) anziano deceduto (in quest'ultimo caso il questionario ha indagato la situazione dell'anziano precedente al decesso). Di riflesso, la prospettiva delle famiglie che verrà qui presentata tiene conto di queste diverse tipologie con la sola eccezione della quarta prospettiva.

Con riferimento alle famiglie rispondenti per il caso di un anziano che si trovava già in struttura residenziale (RSA) nel momento in cui l'epidemia è esplosa, i familiari hanno segnalato² che il principale cambiamento registrato rispetto alla loro esperienza di *caregiver* ha riguardato l'impossibilità di effettuare visite e di aver qualsiasi tipo di contatto diretto con il proprio caro (casistica selezionata dal 63% dei rispondenti, ovvero 225 su un totale di 358 rispondenti nell'ambito della casistica "anziano in struttura RSA"). Il 44% degli stessi rispondenti ha segnalato come cambiamento registrato l'utilizzo della tecnologia per continuare a mantenere una qualche forma contatto, anche se a distanza. L'impiego di tablet e strumenti tecnologici, infatti, come si evince da numerose esperienze riportate a titolo di esempio, ha rappresentato per tanti casi l'unica possibilità di mantenere una comunicazione diretta con il familiare e ospite in struttura. Allo stesso modo, il 31% dei familiari dichiara di aver ricevuto da parte della struttura informazioni specifiche riguardo al piano di prevenzione Covid-19 e su come la struttura si fosse organizzata (quali protocolli specifici adottati, quali misure di sicurezza, quale riorganizzazione degli spazi, quali modifiche delle attività ecc.) per gestire l'emergenza. Percentuali ben più contenute sono state invece registrate dai rispondenti con riferimento alla ricezione di maggiori informazioni sulle condizioni di salute dell'anziano (16%), e a comunicazioni in merito a variazioni del piano assistenziale dell'utente (10%). Per testare eventuali cambiamenti nella fiducia dei rispondenti sul settore è stato chiesto se

² Domanda a risposta multipla, per questo motivo la somma delle percentuali presentate di seguito eccede il 100%.

alla luce degli accadimenti emersi con Covid-19 hanno messo in dubbio la scelta di inserire l'anziano in RSA: il 61% dei rispondenti³ ha affermato che la pandemia non ha fatto loro cambiare idea circa la scelta dell'inserimento in struttura, in linea con quanto segnalato dai gestori (*cf* paragrafo 5.1) circa il permanere della fiducia delle famiglie. Il restante 39% si distribuisce equamente tra chi non ha una posizione in merito (18,5%) e chi invece se potesse cambierebbe la scelta del setting assistenziale per l'anziano (18,5%).

Per quanto concerne la casistica dell'anziano in lista di attesa per RSA, i familiari nella maggior parte dei casi (72%) mappati dal questionario⁴ non hanno valutato di voler essere esclusi dalla lista di attesa alla luce degli accadimenti legati alla pandemia. Ciò non di meno, quasi un quarto dei rispondenti (il 23%) dichiarano di aver rimosso il proprio familiare dalla lista di attesa RSA o di stare concretamente valutando di farlo. Tale fenomeno può essere in qualche misura attribuito all'impossibilità da parte di familiari, come di tutti, di prevedere con proiezioni realistiche la durata dell'emergenza e della situazione contingente; oltre all'aumento già citato della disponibilità di cura al domicilio delle famiglie grazie allo *smart working*.






I familiari che hanno gestito durante l'emergenza la casistica dell'anziano al domicilio che non intende procedere con inserimento in RSA (255 rispondenti in totale afferenti a questa tipologia) hanno invece continuato a mantenere con una certa regolarità le visite e a garantire il supporto al loro familiare (28%). In questo quadro, anche il collaboratore domestico/badante dell'anziano ha continuato a visitare e assistere l'anziano (24%). Impatti maggiori, invece, hanno riguardato i servizi di cui l'anziano al domicilio che non intende andare in RSA beneficiava tra le mura domestiche prima della pandemia: le prestazioni clinico/assistenziali, la consegna dei pasti al domicilio, i servizi di socialità sono servizi che hanno subito un certo grado di arresto. I lavori domestici (18%), le attività di supporto per l'igiene personale (19%) e la consegna farmaci e dispositivi (pannolini ecc., 21%) hanno continuato ad essere forniti da familiari e parti terze a beneficio dell'anziano. Infine, è stato chiesto alle famiglie se gli anziani hanno beneficiato di alcuni tra i molteplici servizi attivati durante l'emergenza Covid-19 per sostenere le persone più fragili durante la pandemia: la grande maggioranza (65%) ha dichiarato di non aver beneficiato di alcun servizio "nuovo" attivato durante la pandemia.

La Figura 5.4 sintetizza le principali evidenze emerse dall'indagine condotta tra le famiglie circa la gestione degli anziani non autosufficienti durante l'emergenza Covid-19.

³ n=256 per questa risposta.

⁴ 169 in totale, a questa domanda hanno risposto in 130.

Figura 5.4. L'emergenza Covid-19 e la percezione delle famiglie. Sintesi

		Casistica
		<p>Durante Covid-19 si è fatto largo ricorso (44%) alle nuove tecnologie per rimanere in contatto con gli anziani.</p> <p>Il 61% dei rispondenti dichiara che l'emergenza in atto non ha fatto loro cambiare opinione sull'inserimento dell'anziano in RSA.</p>
		<p>Durante l'emergenza Covid, le famiglie sembrano non aver avuto criticità nel continuare ad assistere l'anziano (anche tramite badante). Sono rimasti attivi i servizi legati ai lavori domestici (18%), igiene personale (19%) e consegna farmaci (21%).</p>
		<p>La grande maggioranza (65%) degli anziani non ha usufruito di nuovi servizi durante l'emergenza Covid-19.</p>

5.3 Governare l'emergenza: in che direzione stanno andando i provider per ripartire? Quale legame rispetto a ciò che è emerso dall'indagine con le famiglie?

L'indagine condotta sugli impatti della pandemia da Covid-19 sui servizi del settore LTC (Paragrafi 5.1 e 5.2) ha messo in evidenza alcuni elementi rispetto ai quali sarà necessario individuare al più presto un piano di azione e alcune prospettive di sviluppo futuro. L'obiettivo dovrebbe quindi essere duplice: in primo luogo, garantire nel breve-medio periodo la sopravvivenza del settore e dei gestori di servizi. In particolare, questi ultimi hanno accusato un forte impatto dal punto di vista economico come effetto delle restrizioni e delle conseguenze dell'emergenza Coronavirus. Secondariamente, la pandemia ha accelerato il diffondersi della consapevolezza di dover proporre alle famiglie nuovi modelli di servizio e di modalità di risposta ai loro bisogni.

Nello specifico, dalla lettura trasversale delle evidenze presentate in questo Capitolo, è possibile individuare quattro tematiche principali su cui è necessario mettersi al lavoro quanto prima, temperando la prospettiva più contingente (breve-medio periodo) e la prospettiva più strategica (medio-lungo periodo):

1. Compensare i gestori da un punto di vista economico (breve-medio periodo);
2. Affrontare il nodo delle risorse umane per il settore LTC (breve-medio periodo);
3. Ripensare i modelli di servizio (medio-lungo periodo);
4. Individuare le modalità più efficaci per innescare l'innovazione nel settore (medio-lungo periodo).

La sostenibilità economico-finanziaria dei provider di servizi del settore LTC è stata messa in crisi dalla pandemia da Covid-19. Prima di febbraio 2020 i gestori

segnalavano già come l'equilibrio dei conti fosse sempre precario, a causa del mancato aggiornamento delle tariffe e degli standard da parte dei legislatori regionali e anche a causa della difficoltà di innovare e proporre nuovi servizi in grado di essere percepiti come di valore da parte delle famiglie. La chiusura o sospensione di alcuni servizi (semi-residenziali, domiciliari), così come il blocco dei nuovi ingressi nei servizi residenziali si è tradotto in buchi di bilancio difficili da riassorbire, considerando anche l'aumento dei costi che la gestione dell'emergenza ha determinato. Poche Regioni finora si sono mosse per individuare misure compensative, talvolta laddove sono state previste sono comunque state giudicate insufficienti. È bene però rimarcare come stiamo descrivendo oggi una situazione realmente critica, dove le conseguenze immediate potrebbero essere una minore capacità di presa in carico da parte del sistema, che vedrebbe ridotta la possibilità di operare di una parte (da quantificare) di erogatori dei servizi.

Il secondo aspetto relativamente urgente è quello della gestione delle risorse umane del settore, ossia uno dei fattori produttivi fondamentali affinché sia assicurata la continuità della presa in carico delle persone anziane e, al tempo stesso, la qualità appropriata dei servizi. L'emergenza Covid-19 ha mostrato con chiarezza che gli operatori del settore LTC sono chiamati a lavorare in condizioni difficili senza vedere un adeguato riconoscimento dei propri sforzi. Anni di compressione salariale che ha toccato quasi tutte le figure impiegate nei servizi socio-sanitari, si traducono in un abbandono immediato non appena si aprono opportunità in altri campi (ad esempio, nel settore sanitario) caratterizzate da un migliore salario, migliori condizioni contrattuali e, probabilmente, un miglior riconoscimento della propria professionalità. Il settore ha urgente bisogno di investire nella professionalizzazione e nello sviluppo e valorizzazione delle competenze adeguate a gestire l'attuale e il futuro assetto dei servizi per la LTC. Già nel breve-medio periodo è opportuno interrogarsi su quali meccanismi è possibile attivare affinché i gestori recuperino la carenza di personale sofferta negli ultimi mesi, ma è altrettanto rilevante mettere in atto politiche che guardino anche al futuro e alla valorizzazione e mantenimento delle professionalità richieste per i servizi dedicati alle persone anziane.

Sul versante dei servizi, si è detto come i gestori non abbiano al momento percepito un cambio di atteggiamento, né un calo di fiducia nel settore da parte delle famiglie. Tuttavia, preme evidenziare che le conseguenze dell'emergenza Covid-19 in questa prospettiva saranno riscontrabili più probabilmente a partire dai prossimi mesi. I dati del questionario rivolte alle famiglie lo evidenziano, ad esempio con una percentuale ancora limitata di persone che avevano deciso (al momento della rilevazione) di rinunciare alla lista d'attesa per entrare in struttura. Un'altra conferma che la Survey sugli impatti del Covid-19 per le famiglie ha fornito, riguarda la centralità del ruolo delle famiglie stesse per la cura e assistenza degli anziani: anche durante i mesi più acuti della pandemia, soprattutto nei casi di persona non autosufficiente al domicilio hanno dovuto farsi

carico di buona parte dell'attività di caregiving, che risulta quindi essere stata ancora più intensa nel corso di questo 2020.

Non bisogna comunque trascurare come la pandemia in atto abbia già ridefinito (e continuerà a farlo) le abitudini e le modalità di conciliazione della vita lavorativa e della vita familiare per molte persone, in modo più o meno stabile. Ecco perché i provider dei servizi indicano comunque tra le priorità dei prossimi mesi quella di avviare una riflessione sul rinnovamento e adattamento del portafoglio dell'offerta. L'evoluzione delle dinamiche della domanda genererà dunque la necessità di variare la capacità produttiva dei servizi esistenti e, al tempo stesso, di affiancare nuove soluzioni a quelle già conosciute. Le nuove tipologie di servizio, come ci hanno insegnato i mesi da febbraio 2020 in avanti, dovranno sempre di più essere caratterizzate dalla capacità di adattamento e flessibilità. Inoltre, una delle leve che più viene richiamata per favorire una nuova impostazione del portafoglio di offerta è la tecnologia. Quest'ultima ha rivestito un ruolo di primo piano nel garantire la continuità di alcuni aspetti dei servizi esistenti (la comunicazione con i familiari per gli ospiti delle residenze per anziani, il monitoraggio a distanza e la telemedicina per le persone prese in carico al domicilio, ecc.), dimostrando in modo concreto le sue potenzialità. In futuro non si potrà prescindere da questo fattore, soprattutto perché non solo l'attitudine dei gestori è cambiata, ma anche perché le aspettative delle famiglie si sono modificate. L'investimento in tecnologia non è però solo un investimento in strumenti, ma deve essere anche un investimento in competenze che li supportino.

Per quanto riguarda le modalità di realizzazione di questi necessari cambiamenti, si sottolinea infine come i primi due aspetti, da affrontare non appena possibile, non possano prescindere dall'intervento da parte dei policy maker. Per quanto riguarda invece gli aspetti che si riferiscono all'innovazione dei modelli di servizio, il ruolo dei policy maker può essere meno centrale e più orientato alla creazione delle condizioni in grado di facilitare i cambiamenti della rete di offerta (anche solo rimuovendo gli ostacoli esistenti) e nell'incentivare le collaborazioni tra organizzazioni ed Enti anche al di fuori dei perimetri più tradizionali.

6. Il settore a un bivio: sfide aperte per il settore pubblico e per i gestori

di Andrea Rotolo, Elisabetta Notarnicola e Francesco Longo

Questo Capitolo propone alcune riflessioni conclusive rispetto al futuro del settore LTC alla luce delle sue criticità “storiche” e di quelle “più recenti” emerse nel periodo di gestione della pandemia Covid-19. Le riflessioni di seguito presentate sono frutto delle riflessioni degli autori e del lavoro di ricerca dell’Osservatorio Long Term Care. Sono state però anche condivise con il Network di gestori dei servizi per anziani che partecipano ai lavori dell’Osservatorio e beneficiano quindi anche della discussione con gli addetti ai lavori che hanno portato il loro punto di vista “interno” al settore.

6.1 Il sistema dei servizi per la Long Term Care e le sfide non più rinviabili

La configurazione del settore socio-sanitario e dei servizi per la Long Term Care presenta alcune caratteristiche strutturali che sono state mappate in questa e nelle precedenti edizioni del Rapporto dell’Osservatorio Long Term Care. Come visto nel Capitolo 2 (*cfr*), si conferma anche per il 2020 il consolidamento della fotografia del sistema di offerta e della sua capacità di dare risposta ai potenziali bisogni dei cittadini. Da questo punto di vista permane una bassa copertura dei fabbisogni stimati, sia attraverso il sistema dei servizi finanziati da risorse pubbliche, sia considerando anche la quota – pur sempre marginale – di servizi offerti sul mercato out-of-pocket.

Accanto alla limitata capacità di ampliare la platea di beneficiari dei servizi pubblici e privati, nonché l’eterogeneità del portafoglio di offerta, si osservano inoltre due peculiarità che influenzano il settore LTC nel suo complesso: l’elevata frammentazione tra i nodi della rete dei servizi socio-sanitari e l’incertezza sul ruolo e sulla mission del settore socio-sanitario nel più ampio scenario del sistema di welfare (*cfr* Capitolo 4). Quest’ultima caratteristica è acuita dalla

maggior attenzione che tradizionalmente è stata dedicata alla rete sanitaria da parte dei policy maker, che più volte sono intervenuti in maniera strutturata e organica con l'obiettivo di garantire una coerenza sistemica e un adeguamento dei servizi sanitari su tutto il territorio italiano, senza però riuscire ad impattare in questa direzione nel comparto socio-sanitario.

Non si può purtroppo affermare infatti altrettanto per il sistema socio-sanitario e, in particolare, per il sistema della Long Term Care. Manca ancora ad oggi una focalizzazione chiara da parte dei policy maker su quali siano le principali criticità e, di conseguenza, le possibili soluzioni per far evolvere e innovare il settore coerentemente con l'evoluzione dello scenario e dei bisogni dei cittadini. Tra le criticità principali che permangono e che mettono alla prova la sostenibilità dei provider di servizi, vi è innanzitutto lo scollamento tra l'evoluzione dei bisogni e delle caratteristiche dell'utenza dei servizi attuali e gli standard e le tariffe che vengono riconosciute. Questo elemento incide in modo rilevante sulla capacità di gestione e valorizzazione delle risorse produttive, a cominciare dal personale che opera e che rende possibile l'erogazione dei servizi socioassistenziali e socio-sanitari, a cominciare dalle strutture residenziali fino ai servizi di tipo domiciliare.

Osservando poi il settore LTC da una prospettiva diversa, quella delle famiglie e delle persone che esprimono bisogni di assistenza e cura, emerge con chiarezza come queste abbiano una visione "emergenziale" (e quindi molto parziale) del settore, individuando le RSA come "salvagenti" da utilizzare solo nel momento di estremo bisogno. Significativo è infatti che l'elemento di maggior valore riconosciuto dalle famiglie sia quello dell'assistenza sanitaria (anche ad alta specializzazione) erogato nelle strutture residenziali, riportando solo alle ultime posizioni gli elementi che dovrebbero distinguere una residenza per anziani (legati agli aspetti sociali e di comunità). La componente di valutazione legata al costo per le famiglie rimane poi di primaria importanza quando si chiede di esprimere il livello di soddisfazione rispetto all'assistenza. Anche in questo caso il settore socio-sanitario sembra emergere come profondamente connesso a quello sanitario, interpretato dalle famiglie come il "fratello minore" dell'ospedale.

Come ampiamente richiamato in apertura di questo Capitolo, tutte le caratteristiche fin qui descritte non sono però una novità per gli addetti ai lavori e per gli osservatori. Sono ormai elementi che si sono sedimentati nel corso degli ultimi anni e già rappresentavano l'urgenza di un ripensamento del sistema Long Term Care nel passato più o meno recente. Il 2020 (e la pandemia da Covid-19) hanno messo in una prospettiva ancor diversa gli elementi di criticità preesistenti, in alcuni casi aggravando le difficoltà gestionali e di tenuta dei provider, in altri casi ponendo nuovi ostacoli alla fruizione dei servizi da parte delle famiglie italiane, aggiungendo anche alcuni elementi di crisi strutturale che stanno attraversando le aziende del settore dal nord al sud del Paese. Il risultato

netto è che oggi siamo in grado di affermare che le sfide che il settore deve affrontare non sono più rinviabili: se fino a febbraio 2020 il sistema continuava a funzionare in un equilibrio precario, sopravvivendo alle situazioni contingenti venute a crearsi nei vari contesti regionali, nel corso 2020 questo difficile equilibrio è stato spezzato dagli effetti della pandemia portando il settore vicino ad una crisi profonda. La sostenibilità economico-finanziaria dei gestori dei servizi è stata messa a dura prova, se non addirittura compromessa. I servizi e i setting assistenziali si sono dimostrati in molti casi non in grado di adattarsi alle mutate esigenze che le contingenze imponevano. Il rapporto degli utenti e delle famiglie con il sistema di offerta si è modificato in relazione alle restrizioni imposte, ma rischia di avere effetti anche nel medio-lungo periodo, cambiando aspettative ed esigenze manifestate dai cittadini.

Le sfide che affronta oggi il settore Long Term Care e che richiedono strategie e soluzioni riguardano principalmente due ambiti: il livello più ampio che guarda al settore e al sistema nel suo complesso e il livello che invece riguarda la gestione del rapporto con le famiglie nei servizi.

6.2 Sfide aperte a livello di sistema

Se ci si pone in un'ottica di sistema, è possibile individuare otto sfide che i policy maker sono chiamati ad affrontare nell'immediato futuro:

1. La sostenibilità economica delle aziende operanti nel settore Long-Term Care;
2. La mission della rete socio-sanitaria;
3. La revisione degli standard assistenziali dei servizi e delle tariffe riconosciute;
4. Il raccordo tra la rete residenziale (oggi risposta prelevante nella maggior parte dei contesti) e gli altri servizi per anziani;
5. Il raccordo tra la rete socio-sanitaria e quella sanitaria (rete ospedaliera e rete dei servizi territoriali);
6. Il raccordo tra la rete pubblica il mercato privato;
7. La gestione e valorizzazione del personale (in termini di politiche aziendali e di costruzione di competenze);
8. La revisione dei sistemi informativi e di conoscenza delle dinamiche di bisogno, domanda e offerta.

La sostenibilità economica

Le otto sfide sopra richiamate non sono presentate in ordine di importanza, anche perché ciascuno degli otto punti impatta in modo diretto o indiretto sugli

altri. Tuttavia, il tema della sostenibilità economica delle aziende che costituiscono oggi il sistema LTC italiano risulta essere in molti casi e per molti operatori il più urgente da affrontare, innanzitutto per garantire la continuità del funzionamento della rete dei servizi. Ancor prima della pandemia da Covid-19, osservavamo (ad esempio nella Prima e Seconda edizione di questo Rapporto) che il modello di finanziamento della rete di servizi pubblici accreditati basato su tariffe e giornate erogate non rappresentava un sistema efficiente, efficace ed equo per gestire la flessibilità dei servizi, né per importi finanziati né per modalità di implementazione. In altre parole, le modalità di riconoscimento delle attività fatte dai gestori, spesso oltre gli standard regionali fissati, non consentono di trovare margini per adattare l'offerta sulla base di esigenze specifiche dell'utenza o imposte dai cambiamenti del contesto (come è diventato evidente nel momento in cui l'emergenza Coronavirus si è diffusa in Italia). Inoltre, tale rigidità non incentiva l'innovazione delle modalità di risposta alle esigenze dei cittadini non autosufficienti o fragili e delle rispettive famiglie. Infine, il valore economico riconosciuto alle prestazioni dovrebbe essere in generale adeguato rispetto al valore offerto, sia in termini di reale intensità assistenziale, sia per le caratteristiche della presa in carico che i gestori sono in grado di offrire. Per fare questo sarebbe necessario che il regolatore pubblico individuasse modalità di remunerazione dei costi variabili legati alle singole prestazioni erogate, ma si occupasse anche di coprire i costi fissi necessari per garantire l'operatività delle strutture anche in momenti di grande variabilità e incertezza oltre che per sostenere gli investimenti.

La mission della rete socio-sanitaria

L'esempio più emblematico di come oggi vi sia un disallineamento tra la *mission* dichiarata e la *mission* implicita dei servizi per la Long Term Care è quello dei servizi residenziali, come emerso anche nel Capitolo 3 (*cf.*). In questo caso, infatti, la vocazione effettiva dei servizi residenziali per anziani (molto orientata ormai al fine vita e ai casi di multi-morbilità) non corrisponde con gli obiettivi dichiarati e in parte ancora presenti nell'immaginario dei policy maker e della parte di popolazione che non è direttamente o indirettamente coinvolta da questo tipo di servizio (socialità e vita di comunità dell'anziano). All'interno della maggior parte delle RSA (o strutture equivalenti) si trovano oggi per lo più pazienti che richiedono un'elevata intensità assistenziale e sono in grado di svolgere attività molto limitate. La *mission* dichiarata (anche nella normativa vigente) descrive una realtà non coincidente, nella quale le dimensioni di socialità e di luogo di accoglienza per persone ancora parzialmente autonome sono ancora pressoché prevalenti. Esiste dunque una distanza tra ciò che le istituzioni si rappresentano e ciò che le famiglie chiedono (e trovano) nei servizi, non solo

quello residenziale. I due livelli devono essere chiariti per allineare mission ed erogazione di servizi e prestazioni coerenti con la finalità esplicitata.

La revisione degli standard assistenziali

Finché non sarà chiarita la mission della rete socio-sanitaria, appare evidente come l'attuale vocazione dei servizi permanga in contrapposizione con gli standard formali fissati dal regolatore pubblico nell'ambito dell'accreditamento. Le regole di funzionamento dei servizi non risultano coerenti con la loro operatività e si verifica in molti casi uno scollamento tra le aspettative dei sistemi regionali (fissate tramite gli standard minimi) e le esigenze assistenziali manifestate dagli utenti dei servizi. Considerando l'esempio delle strutture residenziali per anziani, in tutti i contesti regionali gli standard assistenziali erogati dai gestori dei servizi sono nettamente superiori ai minimi stabiliti e riconosciuti attraverso le tariffe a causa della già citata maggiore complessità delle condizioni della maggior parte degli ospiti delle strutture. Coerentemente con la necessità di garantire la sostenibilità economica delle aziende operanti nel settore, non è più possibile rinviare una riflessione sulla revisione degli standard assistenziali e delle tariffe che vengono corrisposte in modo da ritrovare una coerenza oggi mancante.

Il raccordo tra la rete residenziale e gli altri servizi per gli anziani

I dati sulla struttura dell'offerta attuale di servizi per la LTC evidenziano come nei fatti la *setting* residenziale sia oggi quello che garantisce una più ampia presa in carico della popolazione anziana caratterizzata da non autosufficienza, considerando sia la numerosità dell'utenza, sia l'intensità assistenziale garantita (*cf* Capitolo 2). Spesso questo tipo di strutture risultano però scollegate dagli altri servizi della filiera, pubblici o privati. Le strutture residenziali non possono continuare ad essere «isole» sconnesse dalla rete dei servizi per anziani e dovrebbero diventare un elemento strutturalmente integrato. Il periodo Covid-19 ha evidenziato in modo estremo tutti i limiti dell'operare in tale condizione di isolamento (*cf* Capitolo 4). In alcuni casi, i gestori più avveduti già attivano meccanismi di coordinamento con altri *setting* (ricercando efficacia ed efficienza) che devono però essere resi visibili e valorizzati in percorsi di presa in carico ben strutturati che accompagnino le persone anziane in tutta l'evoluzione delle loro esigenze, dove la struttura residenziale potrebbe rappresentare (nella maggior parte dei casi) solo l'ultimo livello di presa in carico. I bisogni dei singoli utenti, tuttavia, sono mutevoli e si dovrebbero concepire sempre più percorsi bi-direzionali, e non solamente orientati a gestire la necessità di aumentare l'intensità assisten-

ziale. Quest'idea di percorsi di presa in carico bi-direzionali può essere resa possibile solo da un'integrazione profonda tra tutti i nodi della rete dei servizi, socio-sanitari, sociali e sanitari.

Il raccordo tra la rete socio-sanitaria e la rete sanitaria

Se da un lato è auspicabile un maggiore coordinamento all'interno della stessa rete di servizi socio-sanitari per anziani, non ci si dovrebbe limitare a una visione limitata a quel perimetro. L'efficacia della presa in carico, infatti, si gioca spesso nei passaggi e nelle transizioni che le persone anziane e le rispettive famiglie affrontano dai servizi della rete sanitaria a quelli della rete socio-sanitaria, e viceversa. Si fa dunque riferimento alla necessità di investire in un maggior coordinamento ad esempio tra ospedale, MMG e gli altri servizi della filiera per anziani, dalle strutture residenziali ai servizi domiciliari, come ADI e SAD. Questa area di lavoro non solo implica l'individuazione puntuale di come le diverse tipologie di bisogni sanitari e clinici dovrebbero essere gestiti nei *setting* e dalle professionalità più appropriate, ma anche come questi debbano integrare le competenze e i profili professionali più adatti per fornire il supporto socioassistenziale delle persone prese in carico. È bene infine sottolineare che spesso oggi le strutture residenziali per anziani sostituiscono la rete sanitaria (*cf*r Capitolo 3), senza che questo sia reso visibile e sia coordinato con interventi specialistici o di altra natura: più o meno implicitamente si chiede alle RSA di farsi carico dei bisogni sanitari, senza che però il sistema le metta nelle condizioni per poterlo farlo efficacemente (competenze, tecnologie, altre risorse).

Il raccordo tra la rete pubblica e il mercato privato

Fino a oggi la frammentazione del settore Long Term Care è stata evidente anche nella netta separazione tra i servizi finanziati tramite risorse pubbliche (quindi erogati da aziende del settore pubblico o da gestori privati di servizi accreditati) e quelli invece del mercato privato in senso stretto, cioè quei servizi che richiedono per intero il pagamento da parte delle famiglie (*spesa out of pocket*). Questi due sistemi hanno operato fino ad oggi a "compartimenti stagni". L'esito netto è che la separazione tra servizi pubblici e servizi privati ostacola la possibilità che gli utenti ottengano risposte ai loro bisogni in modo completo e integrato, oltre al fatto che il sistema privato sia rimasto una nicchia, appannaggio di pochi che possono spendere le cifre oggi richieste. Inoltre, affinché la connessione tra i due mondi sia possibile, è richiesto oggi uno sforzo di ricomposizione che ricade in capo pressoché totalmente alle famiglie, costrette a individuare in autonomia le modalità per orientarsi nella frammentazione dei servizi tra pubblico e privato. Se osservata invece dalla prospettiva delle aziende ero-

gatrici di servizi, questa separazione inibisce i meccanismi di crescita e di sostenibilità perché di fatto si pongono le barriere a una delle possibili direttrici di sviluppo di nuovi mercati.

La gestione e valorizzazione del personale

Il personale all'interno del settore dei servizi per la LTC rappresenta il fattore produttivo più strategico, poiché dall'attività e dal ruolo degli operatori deriva buona parte del contenuto dei servizi stessi, incentrati sul rapporto diretto non solo con gli utenti, ma anche con i familiari della persona anziana. È inevitabile sottolineare come la valorizzazione del personale sia una delle strategie più importanti per aumentare il valore e la qualità dei servizi offerti agli utenti. Nel corso degli ultimi anni le aziende del settore hanno operato spesso scelte relative all'esternalizzazione dell'attività di assistenza, dando precedenza a considerazioni relative alla sostenibilità, dando spesso maggiore rilievo a queste piuttosto che a scelte impattanti qualità e appropriatezza. Al tempo stesso, all'interno di molti setting assistenziali si assiste a un alto turnover del personale, sicuramente un indice della difficoltà degli operatori nel trovare condizioni e percorsi di sviluppo in grado di soddisfare le proprie aspettative e le proprie prospettive di crescita. L'alto turnover si traduce per le aziende nell'impossibilità di prevedere investimenti duraturi sulla professionalità e sulle competenze, creando un circolo vizioso per cui lavorare all'interno del settore LTC difficilmente viene percepito come un obiettivo di medio-lungo periodo dagli operatori. Il corto circuito è inoltre alimentato dal contesto normativo, poiché le tipologie di professionalità richieste oggi all'interno dei diversi setting assistenziali dagli standard esistenti non sempre sono coerenti con attività effettivamente erogate. È innegabile un ripensamento complessivo sul tema del personale del settore socio-sanitario per interrompere questi circoli viziosi.

La revisione dei sistemi informativi

Una delle criticità principali che il nostro sistema presenta è l'assenza di dati aggiornati, affidabili e omogenei in grado di restituire la conoscenza completa del settore LTC (e, più in generale, del settore socio-sanitario). Questo continua ad emergere in modo doloroso durante la gestione dell'epidemia Covid-19, durante la quale sono completamente assenti dati rispetto a quanto stia accadendo nel comparto anziani. Servono dati in grado di descrivere l'attuale sistema di offerta e dell'utenza in carico ai servizi, ma soprattutto è necessario investire in sistemi informativi e conoscitivi che permettano di stimare l'entità della domanda di servizi e dei bisogni potenziali, non ancora raggiunti. Solo impostando un'attività strutturata di misurazione e rilevazione orientata a queste finalità sarà possibile comprendere la capacità del sistema di rispondere ai bisogni dei

cittadini. Oggi la conseguenza più diretta dell'assenza di sistemi informativi e conoscitivi sul sistema LTC e sul mondo socio-sanitario è che il settore è quasi sempre collocato ai margini della programmazione delle politiche pubbliche, senza che se ne percepisca la rilevanza e urgenza. L'attività di pianificazione e di elaborazione delle policy non può essere efficace finché si basa su dati non affidabili e incompleti.

6.3 Sfide aperte nella gestione del rapporto con le famiglie nei servizi

Focalizzandosi sulla dimensione relativa alla gestione e innovazione dei servizi, si evidenziano di seguito quattro possibili aree di lavoro e riflessione per i gestori:

1. Le modalità di lettura dei bisogni delle famiglie
2. La rapidità di risposta e adattamento ai bisogni delle famiglie
3. La gestione del rapporto e la comunicazione con le famiglie
4. L'offerta complessiva dei servizi e adattamento delle strategie aziendali

Si tratta di quattro tematiche individuate sulla base della diagnosi delle criticità dell'attuale sistema di servizi, sulle quali si gioca l'effettiva possibilità per i gestori e per il settore LTC di innovare ed evolvere verso la capacità di rispondere ancor meglio ai bisogni delle persone anziane e delle rispettive famiglie.

La modalità di lettura dei bisogni delle famiglie

Si intende in particolare lo sviluppo (o il miglioramento) della capacità da parte dei provider di leggere e comprendere i fabbisogni e le richieste di anziani e delle loro famiglie. Complice un livello di domanda che è stato fino a oggi sempre piuttosto elevato, l'incentivo a investire in strumenti e attività di conoscenza dei bisogni del target di riferimento è stato limitato. Motivo per il quale, all'interno del settore LTC, è raro che si ricorra ad analisi o ricerche di mercato per approfondire quali siano le esigenze degli utenti attuali o potenziali dei servizi, un elemento che è anche alla base della possibilità di sviluppare nuovi modelli di servizio e nuovi business model. Non si potrà dare ancora a lungo per scontato quali siano gli elementi prioritari ricercati dalle famiglie. Questi dovranno essere gli elementi di partenza per stimolare il settore verso il futuro.

La rapidità di risposta e adattamento ai bisogni delle famiglie

Un altro elemento che caratterizza i bisogni e le esigenze odierne delle persone anziane e delle loro famiglie è quella di poter usufruire di risposte adattabili ai cambiamenti che possono presentarsi nel corso del tempo. Storicamente i servizi

per la Long Term Care sono stati improntati alla standardizzazione e, di conseguenza, a un certo grado di rigidità. Oggi queste peculiarità risultano anacronistiche considerando la sempre maggiore eterogeneità e complessità dei bisogni di cura e assistenza, ma anche la velocità e frequenza con cui questi stessi bisogni si modificano nel tempo. Il portafoglio di servizi dei provider dovrebbe quindi convergere verso soluzioni sempre più progettate per rispondere a criteri di flessibilità, adattamento e tempestività delle risposte. Per farlo in termini operativi serve innanzitutto individuare e rimuovere gli attuali elementi di rigidità, cercando poi di immaginare nuove forme di organizzazione e revisionando gli attuali processi di erogazione, sfruttando le innovazioni esistenti (come, ad esempio, la leva tecnologica) per definire nuove proposte di valore.

La gestione del rapporto e la comunicazione con le famiglie

Nell'evoluzione e innovazione del settore LTC un punto di attenzione dovrebbe essere dedicato al tema del rafforzamento del rapporto con gli utenti, con le loro famiglie e, più in generale, con i cittadini. Negli ultimi anni (e ancor di più negli ultimi mesi a causa delle conseguenze dell'emergenza Coronavirus), il settore ha visto un lento ma costante allontanamento dal rapporto privilegiato con le famiglie instaurato nel passato. Per recuperarlo, bisognerà tornare a investire sulla capacità di descrivere il ruolo e il valore dei servizi per la Long Term Care all'interno di un quadro più ampio di tutela del benessere e della tenuta del sistema italiano, caratterizzato da una società destinata ad avere una quota sempre maggiore di popolazione anziana. Questa sfida si gioca su due piani che si intersecano. Il primo, è quello della comunicazione con le famiglie dell'utenza già in carico ai servizi. Le restrizioni imposte dalla gestione della pandemia da Covid-19 hanno ricordato quanto sia importante la possibilità di avere comunicazioni costanti e continue tra persone anziane e loro familiari (o *caregiver*), nonché tra persone che si occupano dell'assistenza e della salute degli utenti e le famiglie di questi ultimi. Bisogna non solo investire in questa direzione, ma anche individuare un portafoglio più ampio di soluzioni e canali di comunicazione e scambio tra le parti interessate, che potrà far leva sulle innovazioni digitali per alcune tipologie di famiglie e su canali più "tradizionali" per altre. Anche in questo caso sarà necessario passare da una logica di comunicazione "standard" a risposte sempre più flessibili a questo fabbisogno. Il secondo piano di riflessione riguarda invece la relazione diretta con le famiglie e i potenziali utenti non ancora intercettati dal sistema di servizi. Si presenta senza dubbio come una sfida per i gestori la possibilità di trovare forme più efficaci di comunicazione del valore offerto non solo dai propri servizi già esistenti e strutturati, ma anche e soprattutto di quei servizi innovativi che nascono con l'intenzione di rispondere a nuove esigenze. Si tratta di un'attività sfidante poiché è inevitabile che nuovi

servizi dovranno essere proposti a pagamento e, per aver successo, dovrà essere percepito il loro valore aggiunto.

L'offerta complessiva dei servizi adattamento delle strategie aziendali

Tutti i ragionamenti fin qui esposti si traducono infine per i provider di servizi nell'esigenza di modificare il proprio posizionamento strategico in modo che sia coerente con le sfide in corso. Si dovrà arrivare a riflettere sulla coerenza tra il contesto in cui operano le aziende del settore, le risorse reperibili e le competenze presenti (o eventualmente da costruire) all'interno dell'organizzazione e le altre azioni da attuare per dare concretezza all'innovazione necessaria. L'innovazione da ricercare dovrà essere sostenuta dalla coerenza complessiva proposta nel portafoglio di servizi: essi dovranno essere non solo caratterizzati dagli elementi di flessibilità, adattabilità e tempestività già richiamati, ma ripensati anche nel rapporto reciproco per poter garantire un'ottica di presa in carico complessiva e di accompagnamento nelle diverse fasi della vita e dell'emergere di esigenze diverse.

6.4 Alcune conclusioni per affrontare le sfide aperte

Le sfide presentate in questo Capitolo e derivanti dalle attività di ricerca e discussioni promosse dall'Osservatorio Long Term Care, sono tante e impegnative. Tutte però sono verosimilmente alla porta e necessitano di essere prese in considerazione per garantire un futuro ad uno dei settori più importanti e strategici per il nostro Paese, quello che si prende cura degli anziani. Le sfide proposte sono interconnesse tra loro e non più aggirabili dopo il periodo doloroso di gestione del Covid-19 e dell'emergenza sanitaria connessa. Si tratta a questo punto di individuare l'ordine di priorità con cui affrontarli e i livelli di responsabilità da assegnare. Rispetto alla priorità e alla scansione temporale, questo dipenderà in parte dall'agenda di policy delle Regioni e del livello nazionale dei prossimi mesi e in parte dalle scelte strategiche delle aziende. Le prime dovrebbero essere orientate a garantire il funzionamento del settore, oggi messo a dura prova; le seconde dovrebbero essere orientate all'innovazione e alla crescita forti dell'esperienza consolidata dei provider dei servizi. Il livello delle responsabilità è fortemente connesso alle priorità. A chi spetta di fare il primo passo per aggredire e superare queste sfide? Ai gestori dei servizi? Ai policy maker? E di quale livello? Se da un lato l'immobilismo politico che ha da tempo caratterizzato il settore porta a pensare che non sia opportuno demandare la questione al livello di policy, rischiando un perdurante effetto "aspettando Godot", dall'altro il profondo impatto dell'emergenza Covid-19 potrebbe essere una buona finestra di opportunità per portare la questione sul tavolo della discussione. Lo stesso vale per i gestori dei servizi. Se in passato diverse giustificazioni potevano essere

portare rispetto ad una certa lentezza nell'approcciare l'innovazione, oggi l'effetto Coronavirus è talmente dirompente da spazzare via ogni incertezza. In entrambi i casi l'anno 2020 sembra aver portato una buona dose di consapevolezza rispetto alla necessità di intervenire, non resta che comprendere come stimolare queste azioni, eventualmente investendo su un maggior coordinamento tra politiche pubbliche e iniziative dei singoli gestori.

7. Quali orizzonti per il settore socio-sanitario dopo Covid-19?

di *Eleonora Perobelli, Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola*

7.1 Conoscere il settore per guidarne il futuro

Nell'anno segnato dalla pandemia globale, il settore LTC è stato posto al centro dei riflettori, mostrando fragilità e crepe già note da tempo agli addetti ai lavori. Ciò nondimeno, la consapevolezza delle criticità preesistenti è l'ingrediente fondamentale per promuovere traiettorie di cambiamento a livello di policy e di servizi, cogliendo la controversa opportunità offerta da Covid-19 per modificare la rotta di funzionamento del settore. Questo Rapporto ha voluto contribuire al dibattito avviato rispetto al futuro del settore dopo la pandemia, tema rispetto al quale i gestori e (alcuni) policy makers si stanno interrogando, e lo ha fatto a partire da dati ed evidenze che raccontano il prima e il durante Covid-19. L'approccio adottato non è stato tanto quello della ricerca di una diagnosi celebrativa o punitiva di quanto accaduto, quanto piuttosto quella di creare una *baseline* di dati e fatti da utilizzare per promuovere azioni future *evidence-based*. Scopo implicito è stato poi quello di dare voce direttamente alle esperienze dei gestori dei servizi, da sempre punto di vista privilegiato dall'Osservatorio Long Term Care, attori quanto mai centrali nel 2020.

Questi temi sono stati trattati ampiamenti in tutti i Capitoli precedenti, per cui di seguito si riportano le principali evidenze emerse da questa edizione del Rapporto, con l'auspicio che siano utili a delineare possibili piste di lavoro per il futuro.

La prima parte del volume è stata dedicata alla rappresentazione aggiornata delle caratteristiche del settore, includendo le prospettive di tutti gli attori rilevanti a questo fine: quella dei soggetti pubblici, nel descrivere la rete di offerta e la sua capacità di presa in carico; quella del mondo della cura informale e dei gestori dei servizi (*cfr* Capitolo 2) e, infine, quella dei destinatari dei servizi,

ossia anziani e famiglie (*cf*r Capitolo 3). Scontando una scarsità di dati sul settore e del loro aggiornamento, gli elementi esposti nel Capitolo 2 confermano alcune considerazioni già emerse nelle precedenti edizioni del Rapporto e che vale la pena riprendere per sottolineare l'urgenza di intervenire nel settore LTC. In primo luogo, in Italia gli anziani non autosufficienti e che pertanto potrebbero presentare fabbisogni di accesso a servizi o interventi sono quasi tre milioni: un numero enorme, in un trend di crescita inesorabile e da cui non si tornerà indietro, come ci ricorda ISTAT nelle sue proiezioni demografiche. Questi anziani presentano fabbisogni più complessi che in passato (aumento della multi-morbilità, frammentazione dei nuclei familiari, solitudine, ...): per questo, priorità loro e delle famiglie è quella di tardare quanto più possibile l'istituzionalizzazione a favore di forme di presa in carico flessibili, più o meno formalizzate e al domicilio. Questo tipo di esigenza collide però con l'impostazione convenzionale dei servizi pubblici, che come descritto dai dati di rete di offerta vede l'assoluta centralità delle soluzioni residenziali tra le risposte al bisogno di LTC, affiancate da una forte diffusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Quest'ultima rappresenta ormai un rimedio tampone in risposta ad episodi acuti, che per l'intensità assistenziale che garantisce (16 ore annue medie per anziano) non permette nei fatti di parlare di presa in carico continua e sufficiente a fronteggiare la fragilità di un anziano. L'esito netto di questa impostazione è che oltre il 63% degli anziani non autosufficienti non risulta in carico ad alcun servizio socio-sanitario: il gap appare colmato dalla presenza delle badanti, che si confermano asse portante del nostro sistema di welfare. La stima aggiornata per il 2019 che proponiamo in questo Rapporto conta 1.018.555 badanti, il 60% delle quali irregolari: un mercato enorme, che catalizza ingenti risorse *out of pocket* delle famiglie e che risulta tuttora fuori da ogni radar pubblico. In questo quadro, l'offerta dei maggiori player del settore appare piuttosto statica, con una centralità indiscussa della residenzialità per anziani in accreditamento pubblico come maggiore fonte di fatturato; pur registrando crescenti iniziative di managerializzazione delle organizzazioni e un forte movimento in termini di operazioni straordinarie intraprese. La contraddizione tra dinamismo degli assetti istituzionali e permanenza statica dei modelli di offerta emerge con evidenza dal Rapporto, e segnala la necessità di una differente prospettiva, in cui il sistema ricominci a generare valore in relazione alle caratteristiche dell'offerta, e non solo delle dinamiche di governance che lo attraversano.

Se da un lato è stata confermata la sostanziale immobilità del settore in termini di caratteristiche strutturali e tendenze in atto, la rilevazione sul rapporto tra anziani, famiglie e servizi ha permesso di volgere lo sguardo all'esterno e interrogarsi sulle modalità con cui il sistema viene percepito dai suoi fruitori o potenziali tali. Il Capitolo 3 ha ripercorso gli esiti di una rilevazione condotta in collaborazione con il portale *LaCasadiRiposo.it*, da cui emerge che le famiglie hanno una visione molto "clinica" delle RSA, in quanto le identificano come

ultimo *setting* possibile cui rivolgersi dopo aver provato ad attivare tutte le alternative possibili per il mantenimento dell'anziano al domicilio nel momento in cui le condizioni di salute si aggravano. Dalla stessa indagine è stato messo in luce come la maggior parte delle famiglie organizza la cura mettendo in campo il proprio tempo come *caregiver* informali o attivando una badante: i grandi assenti in termini di servizi attivati sono le alternative – pubbliche o private – esistenti (es. centri diurni, assistenza domiciliare, ecc.). Inoltre, due terzi dei rispondenti non sono mai entrati in contatto con soggetti in grado di aiutarli nell'identificare i servizi / interventi più coerenti con i fabbisogni dell'anziano esprimendo un forte bisogno di informazione e *counseling*. La prospettiva delle famiglie è pertanto speculare a quanto rilevato nel Capitolo 2: affrontano l'enorme bisogno di non autosufficienza in larga misura al di fuori del perimetro intercettato dal pubblico, sia in termini di servizi erogati (filiera dei servizi) che di regolazione (cura informale).

La seconda parte del Rapporto ha indagato gli effetti della pandemia da Covid-19 sul settore socio-sanitario. Il Capitolo 4 ha proposto una sistematizzazione ragionata dei pochi dati disponibili circa la diffusione del contagio nelle strutture italiane: il dato più grave che ne è emerso è l'assenza, dopo quasi un anno dal primo caso registrato, di dati puntuali e certi circa l'andamento di contagi e decessi tra operatori e ospiti delle strutture socio-sanitarie, pur consapevoli della centralità di monitorare questo *setting* per contenere gli effetti potenzialmente più devastanti del Coronavirus. Questa considerazione conferma una realtà emersa in maniera trasversale nel Rapporto, ovvero l'assoluta inadeguatezza dei sistemi informativi del settore – anche pre-Covid-19 – che mina la possibilità di definire delle politiche pubbliche che siano efficaci e, soprattutto, ben tarate rispetto alle necessità del settore e dei cittadini. Pur non conoscendo con esattezza i numeri del contagio, dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità sappiamo che nella prima fase della pandemia il tasso di mortalità per Covid-19 (accertato con tampone o sospetto per presenza di sintomi) in un campione di strutture era pari al 3,1%. Analizzando la mortalità in eccesso, come proposto da ATS Milano Città Metropolitana, sappiamo che in questo territorio i decessi in struttura tra marzo e aprile 2020 sono stati il 120% in più della media dello stesso periodo dei 4 anni precedenti, a conferma dell'impatto devastante del virus tra gli ospiti delle RSA. Lo stesso Capitolo 4 ripercorre come la risposta istituzionale dei legislatori regionali all'emergenza sia stata tardiva, lasciando le strutture in trappola tra pazienti estremamente fragili e l'impossibilità di somministrare tamponi e di proteggere adeguatamente anziani e staff per l'assenza di DPI. L'esperienza italiana nella prima fase risulta particolarmente carente se confrontata con alcune buone pratiche registrate all'estero, dove, dopo lo scoppio dell'emergenza, sono stati promossi interventi tempestivi su tre aree fondamentali: isolamento degli ospiti positivi o sospetti tali; *screening* massivo di operatori e ospiti per prevenire l'insorgenza di focolai; politiche di finanziamento

per sostenere le perdite del settore per i mancati nuovi ingressi e per i costi aggiuntivi affrontati dai gestori nel corso della pandemia.

Questi tre ingredienti sono stati assenti nella prima fase della pandemia in Italia, come rilevato tra i partecipanti al *Network Key Providers* (Capitolo 5): i gestori hanno segnalato come le principali criticità riscontrate in quel momento storico siano infatti riconducibili al mantenimento della sostenibilità economico-finanziaria delle strutture e la gestione delle risorse umane, sia in termini di formazione che di “fuga” degli operatori verso il comparto sanitario, aprendo un ulteriore fronte caldo del nostro settore LTC, che viene da anni di compressione salariale – e, quindi, delle competenze – dei propri operatori. Sul versante dei servizi, i gestori al momento non hanno percepito un cambio di atteggiamento, né un calo di fiducia nel settore da parte delle famiglie. Ciò nondimeno, i tempi non sono ancora maturi per stabilire se e quanto l'emergenza Covid-19 possa aver cambiato i comportamenti delle famiglie: i dati della survey de *La-CasadiRiposo.it* evidenziano come quasi un quarto dei rispondenti abbiano deciso di togliere l'anziano dalla lista di attesa per una RSA alla luce degli accadimenti legati all'emergenza sanitaria (per nuove e maggiori possibilità di organizzazione domestica tramite *smart working*; per diffidenza verso quanto accade nelle strutture, ...). I provider mostrano di avere in mente che questa pandemia potrebbe aver cambiato radicalmente le abitudini di anziani e famiglie, sottolineando come tra le priorità dei prossimi mesi vi sia quella di avviare una riflessione sul rinnovamento e adattamento del portafoglio dell'offerta. Se da un lato questa consapevolezza è chiara, non si può dire altrettanto circa il sistema di alleanze da mettere in pista per rinnovare il proprio posizionamento strategico: da un lato, rimane la ricerca dell'ancora pubblica per l'aumento o finanziamento della capacità produttiva; dall'altro, l'apertura a nuovi servizi appare costellata da un'incertezza tra la sperimentazione in autonomia o con altri player, non necessariamente del settore, a conferma della frammentazione storica della LTC italiana e della scarsa attitudine all'innovazione (così come già rilevato nelle precedenti edizioni del Rapporto).

Il Capitolo 6 tira le fila della diagnosi sul settore proposta nelle sezioni precedenti per aprire il campo a riflessioni che possano guidare il rilancio del settore su due piani logici distinti ma complementari: il livello che guarda al settore e al sistema nel suo complesso, e il livello che invece riguarda la gestione del rapporto con le famiglie all'interno dei servizi. Rispetto al livello di sistema, sono state identificate otto sfide di policy che dovrebbero essere raccolte urgentemente dal legislatore nazionale e dai governi regionali, unendo una prospettiva di ristoro economico immediato a una revisione strategica complessiva del settore socio-sanitario nella più ampia filiera di cura nel medio-lungo periodo. A queste si aggiungono le riflessioni provocatorie lanciate ai gestori per il rinnovamento del portafoglio dei servizi, incoraggiando lo spostamento dello sguardo da logiche di accreditamento pubblico a quelle orientate alla lettura e

interpretazione dei bisogni delle famiglie, che possono guidare la strategia e l'organizzazione aziendale. L'insieme delle sfide all'orizzonte è corposo, ma i tempi che stiamo attraversando rendono non più rinviabile la riflessione collettiva circa la modalità di ripensare un settore cruciale per il nostro Paese, per troppo tempo relegato ai margini del dibattito e le cui conseguenze si sono dolorosamente palesate nell'annus horribilis 2020.

Gli Autori

Sara Berloto è Junior Fellow di Government, Health and 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. Ha conseguito la Laurea Specialistica in Economics and Management of Government and International Organisations presso l'Università Bocconi. Dopo la laurea ha lavorato presso l'UNHCR di Ginevra. I suoi interessi di ricerca riguardano la filantropia globale e il settore non profit, le politiche sociali e i processi di innovazione nei sistemi di welfare, i diritti dei migranti e dei rifugiati e le relazioni internazionali con un focus sul sistema politico cinese. Contribuisce al Rapporto OASI ed è autrice del White Paper OCAP 2/2019 "Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi".

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 CERGAS 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 CERGAS 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 Lecturer 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 (MIHMEP) e ha partecipato e coordinato numerosi progetti di formazione executive 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 e integrazione 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 3° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care di CERGAS SDA Bocconi riflette sul futuro del settore LTC oltre l'emergenza sanitaria, consapevole che la crisi nei servizi per anziani non autosufficienti è solo in parte riconducibile a Covid-19. A partire da questa premessa, il Rapporto ripercorre le pre-condizioni che da diverso tempo sono state identificate come fattori ostativi l'innovazione e lo sviluppo del settore in Italia per poi delineare un futuro prossimo post Covid-19 in cui rilanciare la LTC sia nei servizi offerti alle famiglie, sia nel valore prodotto per le comunità di riferimento. Cosa ci ha insegnato questa pandemia sul settore e sui servizi? Quali lezioni possiamo trarre rispetto agli elementi di valore generati dal settore e alle innovazioni che si rendono a questo punto necessarie? Quali sono le percezioni delle famiglie, prima e dopo Covid-19, e cosa si aspettano dai servizi? Queste tre linee di ricerca vengono presentate nel Rapporto tramite dati ed evidenze in grado di stimolare un dibattito informato per ripensare il settore così come lo conosciamo.

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.*

ISBN 978-88-238-4683-8



9 788823 846838