

L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care

1° Rapporto Osservatorio Long Term Care



biblioteca dell'economia d'azienda

L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care

1° Rapporto Osservatorio Long Term Care



**Università
Bocconi**

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

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 - 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 - Fax 02/5836.5753
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: settembre 2018

ISBN 978-88-238-1642-8

Indice

Prefazione. Cinque anni di lavoro ed evidenze per ripensare le politiche pubbliche e le strategie d'impresa del settore Long Term Care, di Massimo Minaudo e Francesco Longo	7
1. Introduzione, di Giovanni Fosti e Elisabetta Notarnicola	11
1.1 Il rapporto sull'innovazione il cambiamento nel settore Long Term Care: una visione di insieme	11
1.2 Fotografare il settore LTC: ricomporre il puzzle	13
1.3 La prospettiva dei servizi e degli enti gestori per parlare di innovazione e cambiamento	14
2. Il settore Long Term Care: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato, di Eleonora Perobelli e Elisabetta Notarnicola	19
2.1 Il sistema italiano per la Long Term Care	19
2.2 Costruire la fotografia del settore LTC: servizi, attori e governance in un contesto ad alta frammentazione ed incertezza	20
2.3 L'anatomia del settore LTC	23
2.4 I dati su servizi pubblici per la LTC	26
2.5 I dati su utenti, copertura del bisogno e risorse pubbliche in gioco per la LTC	30
2.6 Il mercato privato dell'assistenza: famiglie, badanti e spesa privata	37
2.7 Ricostruire la fotografia del settore LTC italiano: un compito difficile	45
3. I gestori del settore LTC: dati e trend, di Elisabetta Notarnicola	49
3.1 Perché guardare al settore LTC nella prospettiva dei gestori dei servizi?	49
3.2 Identikit dei gestori LTC	50
3.3 Mappature delle fonti e dei dati disponibili sui gestori e sul settore	52

3.4 I grandi player del settore: posizionamento strategico e business model	55
3.5. Frammentazione e ricomposizione nel settore: fusioni, acquisizioni o cessioni aziendali	63
3.6 Il mercato della LTC in UK: caratteristiche e spunti per l'Italia	67
3.7 Conclusioni per i gestori e i policy-makers	68
4. Innovazione tecnologica nel settore LTC: diffusione e prospettive, <i>di Andrea Rotolo</i>	71
4.1 Innovazione tecnologica e settore LTC: due traiettorie che convergono?	71
4.2 Le principali innovazioni tecnologiche tra presente e futuro: le opportunità per il settore	74
4.3 Stato dell'arte dell'innovazione tecnologica nel settore LTC	77
4.4 Il settore LTC ha bisogno di innovazione tecnologica o di visioni innovative?	89
5. Le sfide per i provider e per i policy makers, <i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola</i>	93
5.1 Alcune considerazioni sul settore Long Term Care	93
5.2 Una prospettiva inedita: dai servizi al policy making	94
5.3 Il settore, i provider, le tecnologie: le principali evidenze	95
5.4 Un quadro di sintesi: dalla frammentazione dell'offerta alla discriminazione dell'utenza?	97
5.5 Provider e policy makers: una sfida comune?	101
5.6 Una strategia per il cambiamento	103
Gli Autori	107

Prefazione

Cinque anni di lavoro ed evidenze per ripensare le politiche pubbliche e le strategie d'impresa del settore Long Term Care

di Massimo Minaudo e Francesco Longo***

Nel 2013, dall'incontro tra Essity e il gruppo di ricerca sui servizi sociali e sociosanitari del CERGAS SDA Bocconi, è nata l'idea di costruire un contenitore di evidenze, interpretazioni e idee per il futuro, all'interno del quale i principali operatori del settore sociosanitario e sociale per la Long Term Care (LTC) potessero confrontarsi, fare benchmarking e discutere di innovazioni e proposte per far progredire il settore. Lo stimolo in questa direzione arrivava da più fronti. Sicuramente era già forte al tempo la constatazione, oggi ormai riconosciuta da più voci, circa il gap tra risorse pubbliche a disposizione e bisogni di LTC, la frammentazione del settore dovuta ad una eterogeneità e moltitudine di attori e luoghi, senza un assetto istituzionale con responsabilità e poteri chiaramente definite. A questo si aggiungeva l'esperienza diretta di Essity, che come fornitore di dispositivi nel settore in stretto contatto con i gestori dei servizi, ha avuto modo di osservare e rilevare la loro esigenza di confronto e aggiornamento continuo. Questo ha trovato riscontro nella disponibilità di dati e ricerche condotte dai ricercatori di CERGAS SDA Bocconi e nella volontà di approfondire la conoscenza del settore LTC adottando anche la prospettiva inedita dei gestori dei servizi, in aggiunta alle più tradizionali letture basate su modelli di finanziamento e offerta del sistema pubblico. È nato così il primo Network Keyproviders del settore LTC, progettato come network di bench-

* Country Manager Italy, Essity Italy.

** Professore Associato del Dipartimento di Scienze sociali e politiche presso l'Università Bocconi.

marking strategico tra i principali e più grandi produttori del settore socio-sanitario italiano orientati alla LTC e finalizzato all'analisi e all'apprendimento comparativo sulle dinamiche strategiche del settore e delle sue istituzioni. Dopo la prima edizione ne sono seguite altre tre, e l'iniziativa si è sviluppata per numero di partecipanti (da 12 gestori di servizi a 21 nella quarta edizione, per un fatturato totale di circa 2 miliardi di euro) e toccando diversi temi di interesse per le aziende del settore e per i soggetti pubblici committenti, ovvero:

- Nella prima edizione (2013-2014) la diagnosi circa le criticità del settore socio-sanitario e del posizionamento strategico delle aziende.
- Nella seconda edizione (2014-2015) le innovazioni nei servizi e i cambiamenti in atto a livello di sistema pubblico.
- Nella terza edizione (2015-2016) le aree di innovazione aziendale e manageriale per supportare la sostenibilità del settore.
- Nella quarta edizione (2016-2017) i cambiamenti nelle policy regionali e nei modelli di servizio dalla presa in carico degli anziani.

La continuità delle quattro edizioni del Network KeyProviders ha fatto sì che questa iniziativa fosse riconosciuta come un luogo di incontro e discussione stabile e proficuo per le aziende del settore. Grazie all'impegno di Essity e nella convinzione della necessità di contribuire allo sviluppo del settore tramite una lettura e interpretazione integrata e condivisa dei fenomeni che lo caratterizzano, nel 2017 il Network si è arricchito di nuove attività diventando un vero e proprio osservatorio sul settore LTC. L'Osservatorio Long Term Care continua a porsi l'obiettivo di produrre e diffondere conoscenza sui temi di frontiera che possano essere di stimolo circa lo sviluppo e l'evoluzione delle aziende e del settore. Oltre a questo, vuole però anche proporre in modo stabile una visione della LTC basata su dati originali circa le dimensioni, attività e prospettive del settore, fornendo una fotografia annuale aggiornata e punto di riferimento per tutti coloro che vi operano.

Questo rapporto è la sintesi emblematica del lavoro svolto dal 2013 ad oggi e degli obiettivi dell'Osservatorio: sistematizza dati e ricerche sul settore e sulla geografia dei suoi produttori e, allo stesso tempo, propone un tema di frontiera: l'analisi del possibile impatto dell'innovazione tecnologica nei servizi di LTC. L'Osservatorio sulla LTC ha l'ambizione di diventare uno strumento stabile nel panorama dei policy-maker e dei manager di aziende pubbliche e private, cercando di affiancare costantemente alle evidenze, le possibili piste di policy e le strategie di impresa, capaci di coniugare la soddisfazione dei bisogni degli utenti e gli indispensabili profili di sostenibilità economica, immaginando anche forme di servizio e di finanziamento oggi ancora inedite o ritenute spe-

rimentali. In questa prospettiva riteniamo rilevante assumere sempre anche una prospettiva comparativa internazionale, essendo molti i paesi, soprattutto UE, nelle stesse condizioni di *ageing* della popolazione.

È doveroso infine ringraziare tutti coloro che hanno animato negli anni le attività del Network prima e dell'Osservatorio poi: oltre al team CERGAS SDA Bocconi e Essity, questo non sarebbe stato possibile senza il contributo costante, prezioso e costruttivo dei membri delle direzioni e dei responsabili dei servizi delle 22 aziende che nel tempo hanno aderito all'iniziativa, contribuendo con i loro dati, la loro esperienza e le loro idee.

1. Introduzione

di *Giovanni Fosti e Elisabetta Notarnicola*

1.1 Il rapporto sull'innovazione e il cambiamento nel settore Long Term Care: una visione di insieme

L'obiettivo di questo Rapporto è triplice: vuole fornire una fotografia del settore Long Term Care (LTC); vuole tracciare delle prospettive di innovazione e cambiamento per il settore; vuole farlo adottando il punto di vista dei servizi per la LTC. Come verrà illustrato nel Capitolo 2, il settore LTC è caratterizzato dalla compresenza di numerosi attori molto diversi tra loro, dal ruolo rilevante di attori sia pubblici che privati e da forme di presa in carico formalizzate o informali. Adottare uno di questi punti di vista scegliendo una prospettiva come preferenziale vorrebbe dire necessariamente escludere una parte del settore, senza dare giustizia dell'insieme degli elementi che lo compongono. Parlare di servizi, partendo dalla componente fondamentale del settore ovvero quella assistenziale, ci permette invece di abbracciarne tutte le sfaccettature e di introdurre una lettura manageriale dei fenomeni in corso, che non pone al centro dell'analisi la formulazione ex ante delle politiche, ma piuttosto la prospettiva del funzionamento del sistema rispetto ai fabbisogni delle persone e delle famiglie. Con questa prospettiva, il Rapporto vuole fornire una fotografia aggiornata delle caratteristiche del settore e dei fenomeni in corso, proponendo ogni anno una lettura basata sui dati circa il fabbisogno, i servizi, i soggetti coinvolti e le risorse in gioco nel settore LTC. Questo contribuirà a produrre e diffondere conoscenza circa temi di frontiera che possano essere di stimolo per lo sviluppo e l'evoluzione dei servizi, oltre che a puntare i riflettori sulle possibili prospettive di innovazione e cambiamento.

Parliamo di settore LTC includendovi tutto ciò che riguarda la condizione di non autosufficienza dei cittadini anziani. Parlando di Long Term Care vogliamo quindi rappresentare i bisogni e le possibili risposte in termini di cura e assistenza per le persone anziane non autosufficienti. Non facciamo riferimento ad un perimetro istituzionale definito (ad esempio quanto accade nel settore sociale o sociosanitario o altro), al contrario metteremo a sistema diverse prospettive e visioni per parlare della LTC a 360°.

Sulla base di questo e per soddisfare i tre obiettivi sopra citati, il Rapporto presenta questi contenuti:

- Nel Capitolo 2, *Il settore della LTC: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato*, propone una disamina dei dati esistenti circa il fenomeno della non autosufficienza e la sua evoluzione, le caratteristiche del mondo LTC in Italia, le risposte assistenziali di cura oggi esistenti sia in ambito pubblico (servizi tradizionali) che privato (mercato dei servizi a pagamento, lavoro delle famiglie e badantato), le risorse investite nel settore considerando sia la spesa pubblica sia la spesa privata. Obiettivo del Capitolo è quindi quello di fornire al lettore (sia esso un operatore o uno studioso) una fotografia globale del fenomeno che, a partire dai bisogni degli anziani e delle famiglie, arrivi a descrivere le risposte oggi esistenti e le modalità con cui sono attuate.
- Nel Capitolo 3, *I gestori del settore LTC: dati e trend*, fornisce una rappresentazione dei servizi a partire dalla fotografia dei soggetti gestori che operano nella LTC. Attraverso le caratteristiche delle aziende pubbliche e private che vi operano, è possibile comprendere meglio le caratteristiche dei servizi, il mondo in cui stanno cambiando e le risposte che le famiglie cercano nel settore. Nel Capitolo si presentano numerosi spunti su questi temi, raccolti grazie ad una survey rivolta ai più rilevanti gestori di servizi LTC del paese. Questo approccio permette anche di introdurre una visione manageriale e aziendalista nel settore, in un momento storico in cui diversi fenomeni stanno spingendo in questa direzione.
- Nel Capitolo 4, *Innovazione tecnologica nel settore LTC: diffusione e prospettive*, si introduce il tema dei nuovi strumenti che le tecnologie più recenti mettono a disposizione del settore assistenziale. Numerose nuove tecnologie stanno prendendo piede in diversi ambiti della vita quotidiana e numerosi segnali di interesse e prime sperimentazioni sono attive anche in ambito LTC. Il Capitolo propone uno studio (tramite survey ad un campione rappresentativo di strutture residenziali per

anziani) con il quale si discute il livello di implementazione di queste innovazioni oggi raggiunto e le prospettive per il futuro.

- Nel Capitolo 5, *Le sfide per i provider e per i policy makers*, si mettono a sistema i dati e le evidenze proposte nelle altre parti del Rapporto per proporre alcune questioni strategiche e di indirizzo del sistema, valide sia per chi gestisce i servizi (siano essi soggetti pubblici o privati) che per i policy makers che si occupano della regolamentazione e guida del settore.

1.2 Fotografare il settore LTC: ricomporre il puzzle

Dato l'obiettivo di questo Rapporto di fornire una fotografia il più possibile completa e dinamica di quanto accade nel settore LTC, lo sforzo di ricerca è stato necessariamente orientato a mettere a sistema numerose fonti di dati tra loro differenti, colmando con la produzione e raccolta di dati originali per quegli elementi non attualmente tracciati da fonti informative ufficiali.

La frammentazione che caratterizza il settore coinvolge anche i sistemi informativi che lo riguardano. Nel tempo questi sono stati prevalentemente orientati a fornire una rappresentazione utile a leggere i silos istituzionali pubblici, ma non il quadro complessivo del bisogno e delle sue risposte promuovendo così visioni parziali. Come verrà richiamato anche nel Capitolo 5, il settore LTC in Italia ha sofferto e soffre ancora oggi di una mancanza di identità. La LTC è stata nel tempo inclusa in numerose policy e affidata a più soggetti istituzionali, senza però che si arrivasse mai ad individuare un soggetto o luogo responsabile. Si è generata e progressivamente amplificata una frammentazione in cui ogni soggetto si è focalizzato sugli ambiti di produzione oggetto della propria azione di regolazione o di finanziamento, ma nessun soggetto ha avuto ragioni e titolo ad occuparsi in modo integrato del problema e delle prospettive di soluzione delle criticità esistenti. Questa frammentazione ha perpetuato la mancanza di una visione unitaria sul tema che si riscontra anche nell'ambito della conoscenza. Ogni soggetto coinvolto nel settore ha a disposizione dati ed informazioni circa gli aspetti della LTC di sua competenza, senza però avere contezza o accesso ad altri dati e fonti da sistematizzare. I sistemi informativi, quindi, si sono sviluppati sulla base delle necessità delle singole organizzazioni e molto spesso sui fabbisogni rendicontativi tipici del sistema pubblico, dando conto delle performance realizzate e non dei dati di contesto.

In questo Rapporto si è cercato di superare questa frammentazione sforzandosi di mettere a sistema tutte le fonti informative riguardanti la LTC oggi esistenti nel panorama nazionale. Sono state considerate quindi le principali fonti istituzionali integrandole con fonti di dati legati a specifici fenomeni e de-

rivanti da ricerche o osservazioni dirette e aggiungendo alcune rilevazioni di dati svolte ad hoc ai fini del Rapporto. Arrivare alla fotografia del settore è stato come lavorare ad un puzzle, cercando di fare incastrare le tessere l'una con l'altra, accorgendosi di averne qualcuna mancante e altre per le quali è stato difficile trovare una collocazione. I dati oggi esistenti sulla LTC hanno infatti queste caratteristiche:

- sono parziali e non sufficienti ad arrivare ad una visione completa del fenomeno;
- sono eterogenei per fonti e per anno di riferimento (in alcuni casi non recentissimo);
- sono disomogenei per oggetto di rappresentazione e per perimetro di analisi.

Questo Rapporto è stato costruito con la convinzione che sia necessario far convergere le diverse fonti informative e produrre una conoscenza che sia il più possibile orientata a comprendere la LTC in tutte le sue sfaccettature. Si pone allora anche come strumento per tutti coloro che volessero cimentarsi nello stesso sforzo: nei Capitoli 2 e 3, dove si propone la fotografia del settore, un ampio spazio è stato dedicato a illustrare la mappa delle conoscenze oggi disponibili sui temi trattati, per mettere a disposizione del lettore che lo desiderasse una bussola per orientarsi nei numerosi dati e fonti esistenti.

1.3 La prospettiva dei servizi e degli enti gestori per parlare di innovazione e cambiamento

Come già introdotto sopra e approfondito nei prossimi Capitoli, questo Rapporto adotta la prospettiva dei servizi per la LTC. Se l'ipotesi è quella di voler rappresentare il fenomeno nella sua interezza parlando di bisogni e di risposte date, la prospettiva dei servizi si poneva come fondamentale per riuscire a raccontare i fenomeni di innovazione e cambiamento in corso. Questo non sarebbe stato possibile senza il coinvolgimento diretto dei gestori dei servizi, primi osservatori e interlocutori delle famiglie quando si parla di loro bisogni. Questo Rapporto deriva quindi dall'interlocuzione costante e dalla partecipazione diretta alle attività di ricerca di un gruppo di 22 grandi soggetti gestori (Figura 1.1) operanti nel settore LTC, pubblici, privati for profit e non profit, che tra il 2013 e il 2018 hanno partecipato alle attività di ricerca prima del Network KeyProviders SDA Bocconi e poi dell'Osservatorio Long Term Care CER-

GAS SDA Bocconi¹. Questi sono i più grandi soggetti gestori per dimensioni e per rilevanza strategica nei territori di riferimento: insieme ogni anno incontrano più di 28.000 anziani e le loro famiglie e gestiscono oltre 21.000 posti letto in strutture residenziali (più del 7,5% del settore).

Figura 1.1 Aziende partecipanti ai lavori di ricerca (2013-2018)

In ordine strettamente alfabetico:	
Asp Centro servizi alla persona Ferrara	Fondazione Don Carlo Gnocchi
Asp Città di Bologna	Fondazione Opera San Camillo
Asp Golgi Redaelli	Fondazione Sacra Famiglia di Cesano Boscone
Asp Reggio Emilia Città delle Persone	Gruppo Ancora
Aurora Domus Cooperativa sociale	ISRAA Treviso
Congregazione Don Orione	Korian Segesta
Cooperativa Domus Assistenza	KOS - Anni Azzurri
Cooperativa Pro.Ges	Pio Albergo Trivulzio
Cooperativa Società Dolce	Provincia Lombardo Veneta –
Cooperativa Sociale CoopSelios	Fatebenefratelli
Cooperativa Sociale Codess	Punto Service
	Villa Fiammetta

Nel tempo, diverse tematiche sono state affrontate nelle attività di ricerca e di confronto svolto nell’ambito dell’Osservatorio; le evidenze raccolte e gli elementi emersi nel dibattito trovano riscontro negli approfondimenti proposti in questo Rapporto:

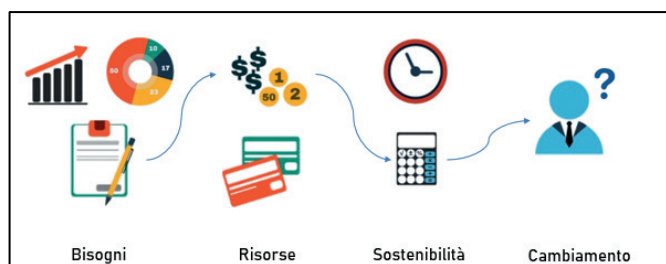
- la diagnosi sullo stato attuale del settore LTC e del posizionamento strategico delle aziende e dei servizi che lo compongono;
- i cambiamenti in atto nelle policy regionali e l’impatto per gli erogatori dei servizi;
- le ipotesi di innovazione e cambiamento che potrebbero essere messe in atto a livello di sistema e settore nei modelli di governance e di organizzazione dei servizi, fondata sull’analisi del caso italiano e sull’approfondimento delle traiettorie evolutive in ambito internazionale;
- le aree di innovazione aziendale che potrebbero essere messe in atto per migliorare i servizi attraverso driver di cambiamento interno o esterno (come ad esempio le nuove tecnologie).

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.

Il prezioso lavoro di confronto svolto con i soggetti gestori ha posto le basi per le premesse che hanno portato alla realizzazione di questo Rapporto e alla necessità di parlare di cambiamento e innovazione nel settore (Figura 1.2). Questo deriva dalle considerazioni svolte sui bisogni, sulle risorse in gioco e sulla sostenibilità del sistema esistente sulle quali si troveranno dati e riflessioni nel proseguo del Rapporto.

Rispetto ai **bisogni**, la popolazione anziana è destinata a crescere in modo esponenziale; il benessere delle persone è sempre più influenzato da cronicità e condizione di non autosufficienza sempre più complessi e complessanti; le famiglie esprimono bisogni che vanno oltre la semplice assistenza e difficilmente trovano una risposta nei servizi esistenti.

Figura 1.2 Perché parlare di cambiamento e innovazione nel settore LTC



Rispetto alle **risorse**, quelle pubbliche per la LTC non coprono ad oggi il bisogno potenziale mentre la spesa privata delle famiglie si espande.

Rispetto alla **sostenibilità** del sistema, emerge una tematica di profondo gap tra fabbisogni, domanda e offerta, aggravato dai rapidi cambiamenti sociali ed epidemiologici in corso e dalla limitatezza delle risorse a disposizione. L'insieme di questi elementi rischia di spostare la tenuta del sistema sul bilanciamento tra ricorso regolare a servizi assistenziali e mercato irregolare del badantato, spingendo la competizione oltre le frontiere della sostenibilità.

Questi elementi, insieme ad altri che verranno presentati, costituiscono le premesse per riconoscere la necessità di cambiamento e innovazione nel settore e individuare le strade da intraprendere. Questo Rapporto vuole contribuire in entrambi i modi, fornendo elementi per comprendere lo stato attuale del settore ed arrivare ad una diagnosi, supportando tutti i soggetti coinvolti nell'individuare delle strade di innovazione. L'aspirazione, nel proporre una lettura di insieme del fenomeno della non autosufficienza, è quella di contribuire a dare evidenza, insieme agli altri attori che stanno lavorando in questa direzione, dell'urgenza di intervenire in questo campo e della necessità di farlo

con un paradigma di intervento differente da quello che fin qui ha guidato il settore.

Il Rapporto evidenzia la necessità di una ricomposizione dell'agenda di policy, attraverso la ricostruzione di un quadro conoscitivo unitario e il riconoscimento delle traiettorie poco desiderabili che si prospettano per il settore e per tutti gli attori del settore stesso, dagli anziani e le loro famiglie, ai provider, ai policy makers. Al tempo stesso, oltre a segnalare un allarme ancora non sufficientemente compreso, le evidenze emergenti dal Rapporto consentono di individuare i tratti essenziali di una strategia di intervento, che non si propone come risolutiva del problema, ma che traccia dei contorni di governo del fenomeno potenzialmente più efficaci di quelli attuali.

2. Il settore Long Term Care: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato

di Eleonora Perobelli e Elisabetta Notarnicola

2.1 Il sistema italiano per la Long Term Care

Il settore sociosanitario e sociale italiano per la LTC, è caratterizzato storicamente per ampi livelli di complessità e frammentazione, nonché da confini sfumati tra le diverse aree del sistema di Welfare che concorrono a dare risposta ai bisogni sociosanitari espressi dai cittadini. Gli elevati livelli di complessità e frammentazione traggono origine innanzitutto dal fatto che il sistema sociosanitario e sociale italiano non nasce da un modello definito e organico, come nel caso del SSN, ma è frutto di interventi legislativi successivi che si sono posti l'obiettivo di creare integrazione tra l'esistente (Rotolo, 2014)¹. È inoltre caratterizzato dalla presenza di numerosi attori a diversi livelli di governo, con una forte frammentazione nell'allocazione delle competenze e delle risorse (come mostrato nella Figura 2.1) che nel tempo si è debolmente cercato di ricomporre con dispositivi amministrativi ed organizzativi (Fosti, 2013)².

Al fine di fornire una rappresentazione quanto più esaustiva del settore, il presente capitolo è strutturato come segue: il paragrafo 2.2 descrive i principali servizi esistenti per gli anziani non autosufficienti, gli attori coinvolti e la governance del settore; la sezione 2.3 definisce puntualmente che cosa si intende per anziani non autosufficienti e fornisce una stima del bisogno potenziale di servizi. Il paragrafo 2.4 ricostruisce il panorama dei servizi pubblici e la capacità produttiva del sistema, mentre nella sezione 2.5 viene riportata una stima degli

¹ Rotolo, A. (2014), Italia, in: (A cura di) Fosti, G., Notarnicola, E. (2014), *il Welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*. Egea, Milano. Pp. 93-114.

² Fosti, G. (2013), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*. Egea, Milano.

utenti in carico a servizi al fine di calcolare il tasso di copertura del bisogno dei servizi pubblici, oltre ad uno schema di sintesi delle risorse pubbliche in gioco per la LTC. Successivamente, verrà approfondito il tema del mercato privato dell'assistenza (paragrafo 2.6); da ultimo, nella sezione 2.7 sono riportate alcune considerazioni di sintesi sui contenuti del capitolo.

Figura 2.1 La frammentazione nell'allocazione delle competenze e delle risorse

Spesa pubblica per interventi sociosanitari per tutti i target di intervento (2011 - Italia).	Milioni di euro	%
Prestazioni INPS (indennità, pensioni, assegni e rendite per invalidità e inabilità)	35.000	62%
Fondi Sanitari Regionali (20% per interventi non autosufficienza; 3% per interventi soc.san. legati alla dipendenze e materno infantile)	13.500	23%
Spesa dei Comuni (sociale e sociosanitaria)	7.200	13%
Compartecipazione degli utenti tracciata dai Comuni	930	2%
Stima della spesa <u>sociosanitaria pubblica</u>	56.630	

2.2 Costruire la fotografia del settore LTC: servizi, attori e governance in un contesto ad alta frammentazione ed incertezza

2.2.1 Servizi e attori

Gli interventi previsti dal sistema di LTC italiano possono essere suddivisi in due macro-categorie: le prestazioni *cash* e i servizi reali.

Per prestazioni *cash* si intende un trasferimento monetario all'utente dichiarato idoneo sulla base di dati requisiti, non necessariamente collegato ad uno specifico utilizzo. Il contributo monetario più importante è l'indennità di accompagnamento (IDA), erogato dall'INPS sia agli anziani over 65 non autosufficienti che agli invalidi di età inferiore ai 65 anni. Nel caso degli anziani, l'idoneità è legata all'esistenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età, che si traduce nell'impossibilità alla deambulazione autonoma e alla mancanza assoluta di autosufficienza. L'ammontare dell'assegno è fisso ed è pari, per il 2018, a circa €515 mensili. L'INPS, pur essendo l'attore più rilevante per quanto attiene il trasferimento di risorse agli utenti, non è l'unico Ente

responsabile dell'erogazione di prestazioni cash per la non autosufficienza. I comuni (e in alcuni contesti anche le Regioni e le aziende sanitarie locali), infatti, hanno la possibilità di erogare i cosiddetti «assegni di cura» o «voucher». Si tratta di un ammontare di risorse che vengono impegnate con lo scopo di sostenere l'assistenza e la cura al domicilio delle persone non autosufficienti. I criteri per la loro assegnazione e l'importo variano da ente a ente, ma in linea generale tengono in considerazione il reddito, il bisogno assistenziale e la presenza di particolari patologie, la presenza di caregiver informali. I beneficiari di assegni di cura sono generalmente soggetti a valutazioni e verifiche periodiche.

Con riferimento ai servizi reali, in Italia esistono una pluralità di servizi per gli anziani non autosufficienti, che nella maggior parte dei casi risultano compatibili con la ricezione di contributi economici. Le tipologie di servizi esistenti possono essere raggruppate in tre categorie: residenziali, semi-residenziali e domiciliari³. I servizi domiciliari fanno riferimento principalmente a due attori del sistema: le ASL e i comuni. Le ASL organizzano, in collaborazione con i comuni, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). L'ADI consente alle persone non autosufficienti di essere assistite da infermieri o altro personale sanitario al proprio domicilio, accorciando o evitando il ricovero in ospedale. Esistono diverse tipologie di ADI, che si differenziano in base all'intensità delle cure richieste e al mix di professionisti sanitari coinvolti. Ad integrare la domiciliarità concorrono anche i comuni, che organizzano un Servizio di Assistenza Domiciliare, che può essere chiamato SAD, AD o in altro modo a seconda dei territori, e che si caratterizza per un contenuto della prestazione a maggiore rilevanza sociale. La natura del servizio è quindi sostanzialmente diversa tra SAD e ADI, che non risultano pertanto intercambiabili. Spesso, il servizio di assistenza domiciliare erogato dai comuni è esternalizzato a organizzazioni profit o del privato sociale, talvolta con la collaborazione di organizzazioni di volontariato.

Laddove non sia possibile o non risulti appropriata l'assistenza domiciliare, esistono servizi residenziali e semi-residenziali dedicati alla non autosufficienza. Nel primo caso, si tratta di strutture con caratteristiche alberghiere, che ospitano in via temporanea o definitiva la persona non autosufficiente. Esse possono assumere diverse forme e diverse denominazioni a seconda della regione di appartenenza: ad esempio, RSA, Case protette, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio. Nel caso dei servizi semiresidenziali, si tratta di servizi erogati in strutture di tipo diurno (per esempio, i Centri Diurni) che sostengono gli anziani che sono solitamente in condizioni di parziale autosufficienza o di grave decadimento cognitivo. Sia nel caso dei servizi residenziali, sia nel caso dei servizi semiresiden-

³ Esiste una componente di servizi di supporto al *caregiving* informale, tuttavia è ancora scarsamente diffusa nella pratica e non verrà pertanto approfondita in questa sede.

ziali, le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e il costo variano in base alle disposizioni normative regionali e ai regolamenti emanati dai comuni di appartenenza. La Tabella 2.1 propone una sintesi di quanto esposto in materia di interventi disponibili per gli anziani non autosufficienti.

Tabella 2.1 Sintesi dei principali interventi e degli attori coinvolti nella cura degli anziani non autosufficienti

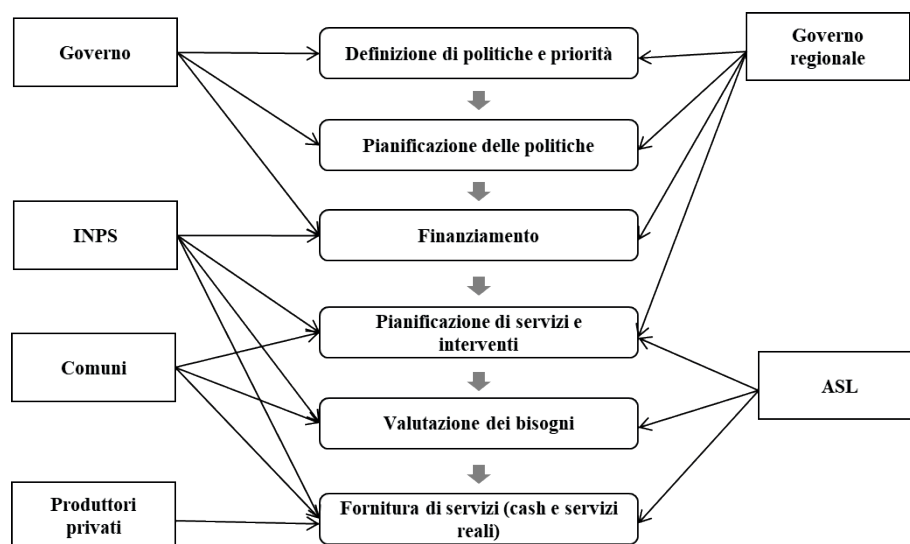
Tipologia di prestazione	Interventi	Attori coinvolti
Prestazioni cash	Indennità di accompagnamento (IDA)	INPS
	Assegni di cura Prestazioni cash per servizi di assistenza	Comuni Regioni ASL
Servizi reali	Servizi reali Servizi domiciliari (ADI e SAD) Servizi residenziali Servizi semiresidenziali Caregiving privato	ASL e Comuni Comuni e Regioni Provider privati Badanti e famigliari

2.2.2 La governance del sistema

La governance del sistema dei servizi per la LTC presenta elementi di complessità che riflettono la molteplicità di attori coinvolti, già in parte descritta nel paragrafo precedente. Partendo dal livello centrale, un ruolo determinante nella definizione delle politiche e degli indirizzi di tutto il sistema è sicuramente quello esercitato dal Governo. Esso agisce prevalentemente attraverso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e attraverso il Ministero della Salute, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni di carattere sociosanitario. Il livello centrale è rappresentato anche dall'INPS, che, di concerto con il Ministero delle Politiche Sociali, ha il compito di definire il quadro di riferimento per l'assegnazione delle indennità di accompagnamento e delle altre prestazioni per la non autosufficienza, diventando, dunque, i principali responsabili della programmazione di questa tipologia di interventi. Le regioni hanno il compito di tradurre gli indirizzi ministeriali in linee di programmazione all'interno dei propri territori definendo anche le proprie linee di attività e definendo la rete dei servizi. L'attività di pianificazione dei servizi e degli interventi spetta successivamente anche ai comuni per quanto riguarda la componente sociale, e alle ASL (spesso in collaborazione con i comuni stessi) per quanto attiene la componente sociosanitaria. Ai comuni, alle ASL e all'INPS spetta, inoltre, la funzione di valutazione dei bisogni, che consiste principalmente nel definire e applicare i criteri d'accesso agli interventi per la non autosufficienza di competenza. Da segnalare che le 3 valutazioni avvengono di norma in modo

separato, con distinte commissioni di valutazioni, diverse metodologie e sistemi informativi da alimentare. Da ultimo, la fornitura di servizi (siano essi cash o reali) può essere in capo a INPS (es. IDA), alle ASL (ADI), ai Comuni (es. SAD) oppure ai produttori privati contrattualizzati dal pubblico, il cui profilo verrà ampiamente trattato nel capitolo 3.

Figura 2.2 La governance del sistema



Fonte: Rotolo, 2014 (cfr. nota 1).

2.3 L'anatomia del settore LTC

2.3.1 Metodo di lavoro

L'obiettivo della seconda parte del capitolo è di approfondire le caratteristiche del sistema socio-sanitario e sociale italiano per la LTC attraverso: (i) una stima della copertura del bisogno assistenziale per gli anziani non autosufficienti, (ii) la ricostruzione dei dati relativi alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari e sociali loro indirizzati, nonché (iii) una stima dei fabbisogni che emergono dalla popolazione italiana.

Questo esercizio è particolarmente complesso per tre motivi:

- Le fonti informative rispecchiano la frammentazione del settore e non sono omogenee tra di loro per metriche e punti di vista utilizzati;

- Esiste una probabilità di sovrapposizione tra le misure e i servizi erogati, che rischiano di falsare i conteggi sull'utenza effettivamente in carico, aumentandola artificialmente;
- Il materiale informativo sconta frequentemente un differenziale temporale importante con l'anno in cui vengono effettuate le analisi in un quadro generale di gravi ritardi nella pubblicazione delle statistiche ufficiali.

Pertanto, per determinare una stima dell'offerta e della domanda il più possibile vicina alla realtà, è necessario ricorrere alla sistematizzazione di molteplici fonti informative e ad una serie di accorgimenti metodologici. Le evidenze riportate nel presente Rapporto si basano su un metodo di lavoro (Fosti et al., 2016)⁴ a sei fasi:

1. Definizione del perimetro assistenziale considerato per gli anziani non autosufficienti e sue caratteristiche;
2. Stima del fabbisogno tramite l'utilizzo di fonti primarie di dati, quali:
 - a. Condizioni di salute, rischio e prevenzione, 2014, ISTAT, anni di riferimento 2012-2013.
 - b. Dati sulla popolazione tratti da I.Stat.
3. Ricostruzione dei servizi e degli interventi in essere in base alla categorizzazione fornita da ISTAT rispetto al livello di assistenza sanitaria: se "basso", "medio" o "alto" i servizi e gli interventi sono stati classificati come sociosanitari, se "assente" come sociali. I servizi e gli interventi individuati sono stati di seguito ulteriormente suddivisi in residenziali, semiresidenziali e domiciliari (SAD e ADI);
4. Stima della capacità complessiva del sistema, considerando sia la dotazione di posti letto nelle strutture di tipo residenziale e semiresidenziale, sia le ore erogate nei servizi domiciliari. Per la mappatura sono state utilizzate fonti primarie nazionali quali:
 - a. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2016, Ministero della Salute, anno di riferimento 2013.
 - b. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2015, Ministero della Salute, anno di riferimento 2012.
 - c. Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Dati I.Stat, anni di riferimento 2013-2015.
5. Individuazione del numero di utenti in carico ai servizi, tramite l'utilizzo delle fonti sopracitate;

⁴ Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E. e Pirazzoli A. (2016) «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi» in Cergas Bocconi (a cura di), (2016) *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano. Per ulteriori approfondimenti, si vedano il Capitolo 7 del Rapporto OASI 2017 ed il capitolo 5 del Rapporto OASI 2018.

6. Comparazione fra fabbisogno e utenti in carico ai servizi per la stima del grado di copertura del bisogno.

Poiché il sistema sociosanitario non dispone di un sistema informativo integrato che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, nello svolgere l'analisi si è fatto ricorso ad alcuni accorgimenti di carattere metodologico, con l'obiettivo di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti. A tal fine, sono stati considerati solo servizi reali, escludendo i beneficiari di contributi economici in modo da minimizzare possibili duplicazioni nel conteggio degli utenti⁵. Inoltre, sono state considerate unicamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata (SAD e ADI), mentre non sono state incluse nella stima le misure denominate "di sostegno alla domiciliarità"⁶. Nel capitolo verranno presentati i dati relativi al bisogno, ai servizi e agli utenti in carico sul triennio 2013-2015 (dati più aggiornati disponibili).

2.3.2 La definizione del target di bisogno

Prima di approfondire le caratteristiche dei servizi esistenti, è fondamentale identificare che cosa si intende quando si parla di anziani non autosufficienti, in modo da definire chiaramente il perimetro di lavoro entro cui efficacemente confrontare la stima del bisogno alla rete di offerta esistente.

Esistono diverse fonti per la stima della popolazione anziana non autosufficiente (ad esempio, valutazioni SOSIA, schede S.Va.M.A.,...): in coerenza con quanto svolto in precedenti lavori⁷, la definizione di non autosufficienza adottata ai fini del presente Rapporto si basa su quanto espresso con la certificazione International classification of functioning, disability and health (ICF), la cui definizione di disabilità è stata accolta anche dal Ministero della Salute, che afferma che «*disabilità e non autosufficienza sono le definizioni più comuni per indicare la condizione delle persone che presentano gravi difficoltà a interagire con il proprio ambiente a causa della perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali necessarie a svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto di altri*» (Ministero della Salute, 2013)⁸, e da ISTAT. In particolare, come emerge dalla nota metodologica allegata al rapporto «Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione» (ISTAT, 2014)⁹, ISTAT

⁵ Per esempio, è il caso di un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali.

⁶ Ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo.

⁷ Cfr nota 4.

⁸ Ministero della Salute, 2013, Assistenza a persone disabili e non autosufficienti

⁹ ISTAT, 2014, Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione

intende come persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà rispetto ad alcune specifiche dimensioni: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); 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). Gli anziani che presentano tali limitazioni saranno quindi oggetto del presente studio¹⁰.

2.3.3 La stima del bisogno potenziale

La stima della popolazione anziana non autosufficiente (Tabella 2.2) deriva, per ciascuno dei tre 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. In questa sezione, così come nel resto del capitolo, sono state utilizzate le fonti informative relative all'anno oggetto di analisi oppure le più vicine ad esso. Per il 2015 (stima più recente), il numero di anziani non autosufficienti è pari a 2.857.801 individui. 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 mentale.

2.4 I dati su servizi pubblici per la LTC

Rispetto alla classificazione degli interventi esposta all'inizio del presente capitolo, si considerano qui, e nei successivi paragrafi, solo i servizi reali. Non vengono quindi considerati i trasferimenti monetari, in quanto l'obiettivo dell'analisi è di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti con misure pubbliche. Come già detto, tale calcolo richiede che le duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio un anziano che ricorra sia al SAD, sia a contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali) vengano minimizzate. Per lo stesso motivo, oltre ad escludere dal conteggio i beneficiari di contributi economici, non vengono incluse nella stima le misure denominate di sostegno alla domiciliarità (come ad esempio assistenza sociale professionale, interventi per l'integrazione sociale, educativo-

¹⁰ Per ulteriori approfondimenti si veda il Capitolo OASI 2016 (cfr nota 4)

assistenziali e per l'inserimento lavorativo), mantenendo nell'analisi esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata; tali interventi vengono trattati separatamente al termine del presente paragrafo. Infine, non vengono riportati servizi di tipo sanitario, nonostante il sistema sanitario italiano sia naturalmente parte del sistema di offerta rivolto a soddisfare i bisogni di salute manifestati, in forza del carattere universalistico che lo contraddistingue. Tale scelta è stata effettuata in quanto non è possibile individuare il numero totale dei servizi ospedalieri fruiti dagli anziani non autosufficienti.

Tabella 2.2 Anziani (over 65) con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale (anni 2013-2015)

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 permanente-mente 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 permanente-mente 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 permanente-mente in istituzioni	2.857.801

Come riportato nella Tabella 2.3, per l'ambito sociosanitario si riportano servizi di tipo residenziale (come le residenze protette e le residenze sanitarie assistenziali o riabilitative per anziani – RSA), semiresidenziale e domiciliare (ADI). In ambito sociale, si ritrovano invece servizi di tipo: residenziale che riproducono o agevolano le condizioni di vita tipiche di un contesto familiare (comunità alloggio, comunità di tipo familiare, gruppi appartamento, intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi, accoglienza anziani presso famiglie); servizi semiresidenziali per la promozione e il coordinamento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive e per la socializzazione; il servizio di assistenza domiciliare dei comuni. All'interno dei servizi considerati vengono incluse anche prestazioni rivolte ad anziani parzialmente autosufficienti, così da rendere l'analisi il più completa possibile.

Tabella 2.3 Tipologia di servizi considerati

Tipologie di servizi considerati	
Sociosanitario	Sociale
Strutture residenziali	Strutture comunitarie e altro (es. centri estivi) e misure per l'alloggio
Centri diurni	Centri di aggregazione e altro semiresidenziale
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)

2.4.1 La capacità produttiva complessiva del sistema

La Tabella 2.4 riporta il quadro sintetico della capacità produttiva complessiva della rete di offerta nazionale 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 2.5.

Attraverso la Tabella 2.4 è possibile osservare che la capacità produttiva del sistema di offerta appare maggiormente orientata alla fornitura di servizi di tipo sociosanitario rispetto a servizi di tipo sociale. Più in dettaglio, possiamo notare che la dotazione complessiva di posti indirizzati agli anziani non autosufficienti nel 2015 è pari a 301.693 unità, che per il 94,45% si trovano all'interno di strutture che offrono, in unione a servizi di tipo sociale, anche un'assistenza di tipo sanitario. Per il triennio in esame, è possibile notare un importante aumento dei posti in strutture sociosanitarie a fronte di una diminuzione dell'offerta sociale: tra il 2013 ed il 2015, la capacità produttiva sociosanitaria è aumentata del 22,1% (si veda il paragrafo successivo per ulteriori approfondimenti), mentre l'offerta sociale è scesa drasticamente, registrando un calo di 20,3 punti percentuali.

Tabella 2.4 La capacità produttiva complessiva del sistema, 2013-2015. Include i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari

Capacità produttiva complessiva del sistema		
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

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

2.4.2 La capacità produttiva del sistema di offerta: classificazione per tipo di servizio

La Tabella 2.5 illustra la capacità produttiva complessiva del sistema di offerta, approfondendo le informazioni precedentemente riportate e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di tipo domiciliare. Da una prima analisi dei dati riportati è possibile verificare che solo una minima parte dei servizi è di tipo semiresidenziale (per il 2014 e il 2015 è il 4,9% sul totale, rappresentato dalla somma di semiresidenziale e residenziale) e che, fra i servizi di tipo residenziale, nel 2015 l'89,5% è rappresentato da strutture che prevedono una componente sanitaria nell'attività di assistenza. La presente tabella permette di scomporre l'aumento dei posti dedicati agli anziani non autosufficienti già citato nel paragrafo precedente nelle tre diverse componenti: tra il 2013 e il 2014 è stato riscontrato infatti un incremento (i) del 22,9% dei posti letto residenziali di tipo socio-sanitario, (ii) del 6% dei posti letto residenziali di tipo sociale e (iii) del 4% nei servizi semiresidenziali di tipo socio-sanitario.

Tale incremento è da attribuirsi alla riclassificazione delle strutture per target di utenza prevalente effettuata da ISTAT; molte strutture infatti, che nel 2013 erano state classificate come strutture con target multiutenza pur avendo esclusivamente ospiti anziani, sono state riclassificate nel 2014 come strutture per anziani. Le ore di ADI erogate agli anziani non autosufficienti sono state 10.401.812 nel corso dell'anno 2014, valore diminuito rispetto all'anno precedente del 6,5%.

Tabella 2.5 Capacità produttiva per tipo di servizio erogato, 2013-2015

Capacità produttiva complessiva del sistema			
Anno	Tipo di servizio	Sociosanitario	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.

*ore erogate

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

Nota: con riferimento agli anni 2014 e 2015, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi semiresidenziali e domiciliari di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

2.5 I dati su utenti, copertura del bisogno e risorse pubbliche in gioco per la LTC

2.5.1 Gli utenti in carico ai servizi: classificazione complessiva

La Tabella 2.6 riporta gli utenti complessivamente in carico ai servizi utilizzando le fonti ufficiali oggi disponibili che illustrano il numero degli utenti che in uno specifico anno hanno fruito delle diverse tipologie assistenziali; nella tabella successiva tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio. Dall'analisi emerge che gli utenti che usufruiscono dei servizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nei paragrafi precedenti, appaiono principalmente in carico all'area sociosanitaria rispetto all'area sociale, rappresentando rispettivamente il 64% e il 36% del totale dei servizi per anziani analizzati. Da ultimo, appare interessante notare che, dopo il calo dell'11,6% registrato tra 2013 e 2014, il numero di utenti anziani in carico ai servizi sociali è tornato ad aumentare nel 2015, registrando una crescita dell'11,3% sull'anno precedente, mentre il numero di anziani in carico ai servizi sociosanitari tra 2014 e 2015 è rimasto sostanzialmente invariato (+0,24%). Tali

valori vengono meglio approfonditi nel paragrafo successivo, in cui sono riportate le variazioni più significative per singola tipologia di servizio.

Tabella 2.6 Numero annuo di utenti in carico alla rete di offerta, anni 2013-2015

Utenti in carico		
Anno	Sociosanitario	Sociale
2013	813.099	578.517
2014	907.034	460.067
2015	909.186	512.186

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

Nota: con riferimento agli anni 2014 e 2015, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi semiresidenziali e domiciliari di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

2.5.2 Gli utenti in carico ai servizi: classificazione per tipologia di servizio

Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia di servizio (Tabella 2.7). Nel 2015, il 64% degli utenti anziani non autosufficienti erano in carico a servizi di tipo sociosanitario. Tale prevalenza è da imputarsi ai servizi di tipo residenziale, dove il 95,0% degli utenti risulta essere inserito in strutture che prevedono un'integrazione sanitaria (273.204 utenti, +0,8% rispetto al 2014), e ai servizi di tipo domiciliare, dove l'ADI coinvolge l'81,2% degli utenti (611.871; il SAD invece si attesta su 141.776 utenti ovvero il restante 18,8%). Con riferimento all'ADI, le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso dell'anno 2015 sono state 17, di cui 12 erogate da personale infermieristico, aprendo il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio. È difficile parlare di presa in carico di un anziano in LTC con una così modesta offerta di cure domiciliari. Questo ci porta a leggere in modo molto diverso i numeri sul reale tasso di copertura del bisogno. La Tabella 2.8 mostra l'andamento della presa in carico degli anziani over65 per Regione.

Tabella 2.7 Utenti in carico per tipologia di servizio

Anno	Tipo di servizio	Utenti in carico	
		Sociosanitario	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

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

Nota: con riferimento agli anni 2014 e 2015, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi residenziali e domiciliari di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

Gli utenti anziani in carico ai servizi di tipo semiresidenziale si distinguono invece dai precedenti in quanto nel 2015 solo il 6,3% di essi risulta frequentare centri diurni che prevedono un'assistenza di tipo sociosanitario, mentre il restante 93,7% frequenta centri sociali finalizzati alla socializzazione e allo svolgimento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive. Quest'ultima tipologia di servizi semiresidenziali conferma la propria crescita, registrando una variazione considerevole rispetto alla rilevazione precedente, segnando un +22,2% di utenti.

Tabella 2.8 Percentuale di anziani over65 trattati in ADI

Regione	2012	2013	2014	2015
Piemonte	1,94	2,92	3,21	3,14
Valle d'Aosta	0,42	0,39	0,39	0,35
Lombardia	1,39	1,68	2,55	2,56
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	2,44	2,36	4,11	3,79
Veneto	1,99	1,98	2,76	2,34
Friuli V.G.	1,35	1,25	1,54	2,68
Liguria	2,44	3,02	3,31	3,52
Emilia-Romagna	3,38	3,96	4,19	4,12
Toscana	0,37	1,59	2,78	3,00
Umbria	1,10	1,08	1,47	2,05
Marche	1,14	1,23	1,56	1,86
Lazio	0,93	0,95	1,13	1,57
Abruzzo	1,97	2,80	2,92	3,72
Molise	1,80	2,99	2,90	4,34
Campania	0,35	1,12	1,15	1,36
Puglia	0,08	0,80	1,64	2,20
Basilicata	1,90	1,53	2,14	2,21
Calabria	0,16	0,19	0,31	1,58
Sicilia	0,24	1,88	2,87	3,55
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: Ministero della Salute (2017), Monitoraggio dei LEA attraverso la cd Griglia LEA – Anno 2015.

2.5.3 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, la Tabella 2.9 riporta il tasso di copertura del bisogno degli anziani non auto-sufficienti; esso è stato ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del bisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi sociosanitari 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 sociosanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro).

Tabella 2.9 Tassi di copertura del bisogno per anziani over 65 con limitazioni funzionali, anni 2013-2015

Anno	Popolazione di riferimento	Stima bisogno potenziale	Utenti in carico ai servizi	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
2013	12.639.829	2.781.157	1.391.616	29,2%	20,8%
2014	13.014.942	2.809.211	1.367.101	32,3%	16,4%
2015	13.219.074	2.847.814	1.421.372	31,8%	18,0%

Per il 2015, il tasso di copertura dei bisogni si attesta al 31,8% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari, e al 18% per i servizi sociali, in aumento dell'1,6% rispetto al 2014 ma di 2,8 punti percentuali inferiore rispetto al 2013. È probabile che anche in queste misure siano presenti dei doppi conteggi di utenti (per esempio un anziano che ricorra contestualmente ad ADI e centri diurni integrati), che non è però possibile ridurre o eliminare del tutto sulla base delle informazioni disponibili. Rispetto al 2013, nel 2015 la copertura del bisogno tramite servizi sociosanitari risulta aumentata del 2,6%, tuttavia minore dello 0,5% rispetto al 2014.

La Tabella 2.10 propone un approfondimento in merito alla copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per il 2015. Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociosanitaria, si nota come si registri una copertura maggiore sul lato domiciliarietà, a fronte di una risposta quasi nulla sul fronte semiresidenziale. Quest'ultimo risulta invece l'ambito in cui si concentrano maggiormente i servizi sociali (12,5%), che di converso registrano una copertura prossima allo zero (0,5%) sui servizi residenziali, ed esigua (5%) sul comparto domiciliare. Coerentemente con quanto affermato nel commento alla Tabella 2.9, è probabile che in queste misure siano presenti dei doppi conteggi di utenti, portando ad una sovrastima dei tassi di copertura.

Tabella 2.10 Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari: anno 2015

Servizio	Stima del bisogno potenziale	Utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
Residenziale	2.847.814	287.328	9,6%	0,5%
Semiresidenziale		380.397	0,8%	12,5%
Domiciliare (ADI e SAD)		753.647	21,4%	5,0%
Totale	2.847.814	1.421.372	31,8%	18,0%

2.5.4 Le risorse pubbliche in gioco per la LTC

La spesa pubblica complessiva per LTC ammonta all'1,8% del PIL nel 2016, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente quasi il 90% della spesa complessiva per LTC, con quote sostanzialmente equivalenti. La parte residuale, poco più del 10%, è rappresentata dalle altre prestazioni assistenziali (Ragioneria Generale dello Stato, 2017)¹¹.

Complessivamente, la spesa pubblica per interventi sociali e sociosanitari in ambito LTC è data principalmente da tre componenti, ovvero:

- Una quota della spesa sociale dei Comuni¹², costituita dal valore economico dei servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio¹³ e delle misure economiche erogate dai Comuni¹⁴. Escludendo SAD e ADI (per i motivi già espressi nel paragrafo 2.3.1.), le risorse complessivamente in gioco per questi interventi per il 2014 sono pari a circa €630,5 milioni¹⁵, suddivisi per il 45% in servizi di supporto al domicilio e 55% in contributi economici.
- La componente sanitaria della spesa per LTC, che comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa ed è pari per il 2016 a 13,4 miliardi di euro (lo 0,8% del PIL), che corrisponde al 11,5% della spesa sanitaria complessiva (Ragioneria Generale dello Stato, 2017)¹⁶;
- La quota della spesa derivante dallo stanziamento di fondi nazionali da parte del Ministero delle Politiche Sociali e riferiti a interventi di tipo sociale e sociosanitario¹⁷. Questi fondi presentano una ampia variabilità di anno in anno, utilizzando i dati medi del periodo 2015-2017 il valore complessivo annuo può essere stimato intorno ai 700 milioni di euro (Camera dei Deputati, 2018)¹⁸.

¹¹ Ragioneria Generale dello Stato, 2017, Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario.

¹² Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati.

¹³ Sono inclusi i servizi sociali professionali, di intermediazione abitativa, per l'integrazione sociale, educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, di prossimità, di telesoccorso e teleassistenza, voucher, assegni di cura, buoni sociosanitari e altri servizi di supporto.

¹⁴ Includono i trasferimenti in denaro di provenienza comunale per il pagamento di interventi e servizi

¹⁵ Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, Spesa per interventi e servizi sociali.

¹⁶ Cfr nota 11

¹⁷ Ad esempio: FNNA, Fondo Nazionale Non Autosufficienza; FNPS, Fondo Nazionale Politiche Sociali; Fondo Intesa Famiglia; Fondo Nazionale Infanzia e Adolescenza.

¹⁸ Camera dei deputati, 2018, Le misure a sostegno della famiglia e i fondi per le politiche sociali.

A queste fonti sono da aggiungere altre tre categorie:

1. La prima è di fondamentale rilevanza e riguarda la spesa INPS per interventi non pensionistici e assistenziali (su tutti le Indennità di Accompagnamento). Il complesso della spesa per IDA nel 2016 è stato pari a circa 13,4 miliardi di euro (lo 0,8% del PIL, come rilevato dalla Ragioneria Generale dello Stato)¹⁹. Considerare questa fonte è fondamentale per avere un quadro completo delle risorse allocate su questo capitolo del Welfare, anche se completamente al di fuori da qualsiasi meccanismo di governo pubblico al livello locale di gestione dei servizi e degli interventi (Fosti, Larenza et al. 2012)²⁰.
2. La seconda fonte, di dimensione presumibilmente piuttosto limitata, riguarda i fondi che le singole regioni stanziavano per le politiche sociali utilizzando risorse proprie e che non transitano tramite i sistemi sanitari regionali.
3. La terza riguarda invece la spesa che privatamente viene sostenuta dalle famiglie: questa in parte coincide con le risorse erogate tramite INPS, che vengono re-impiegate nel sistema per la fruizione di servizi; in parte invece deriva dall'utilizzo dei risparmi delle famiglie. Questa componente è di difficile stima ma di indubbia rilevanza: basti solo pensare che se l'importo mensile di Indennità di Accompagnamento è di circa 516 euro nel 2018, il costo per la famiglia di una badante con presenza settimanale di 54 ore non convivente (come da Contratto Collettivo Nazionale) è di circa 1.495 euro, mentre quello di una badante convivente è di 1.350 euro (come da Contratto Collettivo Nazionale 2016).

Il paragrafo ha richiamato le risorse più importanti di cui tenere traccia nel tentativo di ricomporre le fonti di finanziamento messe in campo per la LTC: spesa sociale dei comuni, componente sanitaria della spesa per LTC, fondi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, risorse per Indennità di Accompagnamento, fondi regionali extra SSR, altre.

Alla luce della difficile ripartizione delle diverse componenti di destinazione delle fonti, del forte rischio di sovrapposizione tra misure e della parziale diversità nel computo delle spese tra fonti, il totale della spesa pubblica per LTC non può essere dedotto da una mera somma aritmetica di quanto citato: sono necessari numerosi accorgimenti e assunzioni che limitano il livello di precisione delle analisi.

¹⁹ Cfr nota 11.

²⁰ Fosti G., Larenza O., Longo F. e Rotolo A., 2012, Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy? in Cantù E. (a cura di), (2012) Rapporto OASI 2012: l'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea: Milano.

2.6 Il mercato privato dell'assistenza: famiglie, badanti e spesa privata

I dati sul bisogno e sulla copertura raggiunta dai servizi pubblici per LTC mostrano la presenza di ampi spazi in cui è assente una risposta istituzionalizzata e formalizzata ai bisogni di LTC. Cosa accade in questa zona grigia all'interno della quale non si intravedono possibili risposte da parte dell'azione pubblica? Cinque possibili risposte possono essere fornite per questa domanda:

1. Le famiglie si auto-organizzano per rispondere ad una moltitudine di bisogni di LTC, caricandosi di compiti di care giving informale e svolgendo molto spesso il compito di care manager;
2. Le famiglie accedono a servizi professionali privati a pagamento, andando a colmare il vuoto lasciato dall'offerta pubblica nel settore LTC;
3. Le famiglie ricorrono ad altri servizi pubblici rivolgendosi al mondo SSN nella speranza di trovare una risposta rapida, universalista e gratuita ai loro bisogni, soprattutto quando si trovano in situazioni di urgenza o di difficoltà economica, ma necessariamente per un periodo di tempo limitato al massimo a qualche settimana;
4. Le famiglie si rivolgono al mercato regolare o irregolare delle badanti o assistenti famigliari attingendo ai propri redditi e talvolta ai propri risparmi e cercando di organizzare una modalità di assistenza h24.
5. Gli anziani e le famiglie rimangono soli nell'affrontare il loro bisogno, senza attivare supporti o servizi.

Come per altri aspetti della LTC, anche in questo caso è molto complesso fornire dati sistematici e completi in grado di rappresentare tutte queste accezioni e sfumature della cura privata. Possiamo però provare a tratteggiare i fenomeni per pennellate, facendo delle riflessioni sugli scenari più realistici.

2.6.1 *Il caregiving delle famiglie*

I dati Istat più recenti (2015)²¹ mostrano come gli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona dipendono principalmente dall'aiuto di altre persone (anche con il supporto di ausili) per lo svolgimento delle attività quotidiane (92% complessivamente e 81,9% tra quelli che hanno difficoltà nelle attività domestiche). Questi anziani fronteggiano i loro bisogni assistenziali solo grazie alle reti sociali (famigliari o non) attive intorno a loro. Il 58,1% di questi però, avverte comunque la necessità di ricevere aiuto o ulteriore supporto rispetto a quanto già ricevuto, con una netta prevalenza tra gli uomini (64,3%

²¹ Istat, 2017, Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea.

rispetto a 55,6% nelle donne) nonostante circa la metà (25%) riceva in famiglia l'aiuto di una persona oppure usufruisca di servizi di assistenza domiciliare.

I caregivers famigliari sono stati stimati in circa 8 milioni di persone²², dato che risulta realistico considerando il numero stimato di 2,8 milioni di non autosufficienti. Tra questi, un caregiver su cinque è anziano a sua volta. Infatti, circa 1 milione e 700mila anziani (12,8% degli anziani over65) sono fornitori almeno una volta a settimana di cure a familiari o non familiari che hanno problemi di salute o dovuti all'invecchiamento (1 su cinque tra coloro che offrono aiuto). I caregivers anziani hanno principalmente una età compresa tra i 65 e i 74 anni. La quantità di ore dedicate dagli anziani al lavoro di cura è crescente con l'età: i 65-74 in media sono coinvolti in 20 ore di caregiving a propri famigliari a settimana nel 32,7% dei casi; la percentuale sale a 48,0% tra gli over75. Ciò è dovuto in gran parte agli aiuti prestati dai coniugi anziani al proprio partner. L'impegno risulta più elevato per le donne, in tutte le classi di età. Complessivamente il 14,5% dei caregivers presta aiuto a persone con problemi di salute o carichi assistenziali (principalmente famigliari). La percentuale è più alta tra le donne giovani dove sale al 18%.

Oltre agli anziani, i principali fornitori di cure sono gli adulti (prevalentemente figli e figlie, ovvero quelli con un'età compresa tra i 45 e i 64 anni). Il caregiving riguarda principalmente le donne e soprattutto quelle più giovani, tra i 25 ed i 54 anni, che hanno un carico di cura maggiore dovendosi dividere tra gli aiuti forniti ai figli e quelli forniti ai genitori anziani. Il gender gap va mano diminuendo al crescere dell'età, fino ad invertirsi per le persone con 75 anni e più, dove la percentuale di caregivers è leggermente più alta tra gli uomini (9,8% contro 8,1%), a causa della struttura per età più anziana delle donne e delle loro peggiori condizioni di salute.

2.6.2 Il ricorso a servizi privati di LTC

Il mondo del mercato privato professionale e di imprese di servizi della LTC è ancora ampiamente inesplorato. Alcuni dati originali che mostrano quanto sia diffuso un mercato privato della LTC sono presentati al Capitolo 3 di questo rapporto, dove si mostrano i volumi e le tipologie di attività gestite nel mondo privato dai grandi players del settore.

È possibile ricavare indirettamente alcuni dati sul ricorso privato a servizi a partire da alcuni dati:

²² Censis, 2015, Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali.

- Il rapporto CENSIS – ASSINDATCOLF²³ ci dice che il 92% circa delle famiglie che gestiscono anziani al domicilio lo fanno tramite servizi o attività assistenziali completamente organizzate privatamente.
- Guardando complessivamente alla spesa per servizi di LTC, i dati ISTAT-SHA (2017) illustrano la spesa annuale per la componente sanitaria parlando di 15,067 miliardi annui di cui il 23% circa di spesa privata delle famiglie out of pocket (3,4 miliardi)²⁴ che include sia la spesa per servizi privati che la compartecipazione per servizi pubblici. Si includono qui sia i servizi di derivazione sanitaria per residenzialità o ricovero, riabilitazione, cure ambulatoriali specialistiche e assistenza domiciliare con connotazione sanitaria acquistati dalle famiglie.
- Un ulteriore indicatore è il ricorso al mercato delle badanti, di cui discuteremo più avanti nel capitolo.

L'indagine OCPS CERGAS SDA Bocconi 2015²⁵ evidenzia le principali categorie di servizi per le quali le famiglie oggi ricorrono maggiormente al mercato privato (Figura 2.4). I servizi per i quali le famiglie investono maggiori risorse private out of pocket sono:

- I servizi al domicilio (sia sanitari che non);
- Il trasporto;
- L'inserimento in strutture.

Rispetto a questa ultima voce è necessario considerare che nella maggior parte dei contesti territoriali e per la maggior parte delle famiglie (ad eccezione di quelle con specifici ISEE) il livello di compartecipazione alla retta sui servizi in accreditamento pubblico è in ogni caso molto alto, tanto da far diventare questa tipologia di servizio quello considerato dalle famiglie come pagato interamente con spesa privata, soprattutto quando il finanziamento pubblico non è reso visibile agli utenti. La quota privata invece è altamente rilevante: la retta media pagata dalle famiglie per strutture accreditate (quindi solo per la parte alberghiera e sociale) era nel 2016 pari a 66,92 euro al giorno (SPI CGIL, 2016)²⁶. Assumendo una permanenza di un mese e questo dato valido in tutta Italia, la

²³ CENSIS-ASSINDATCOLF, 2015, Sostenere il welfare familiare.

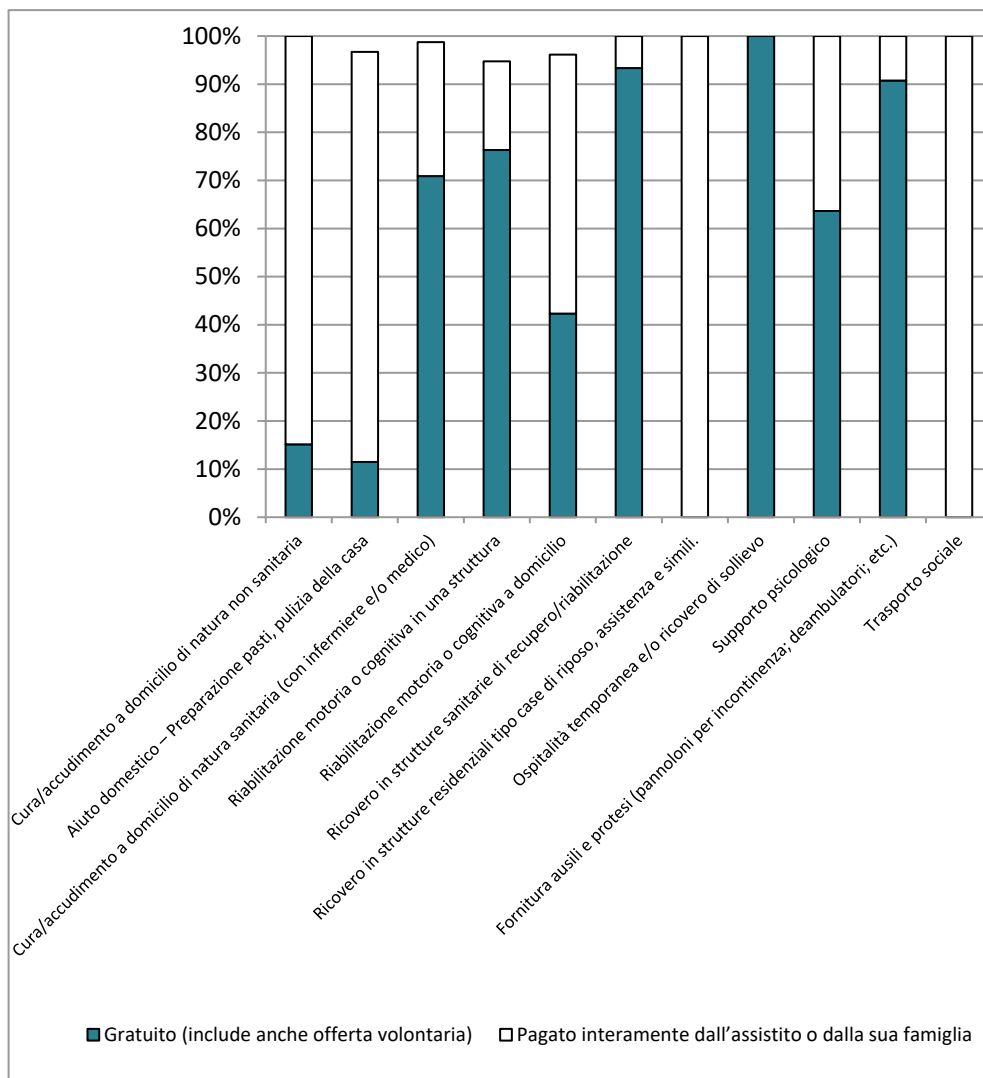
²⁴ Per approfondimenti si vedano i lavori dell'OCPS CERGAS SDA Bocconi – Osservatorio sulle Consumi Private in Sanità. Ad esempio: Del Vecchio, Mallarini, Rappini. Rapporto OCPS 2015. Osservatorio Sui Consumi Privati In Sanità. EGEA (2015).

²⁵ In: M. Del Vecchio, Erika Mallarini, Valeria Rappini. Rapporto OCPS 2015. Osservatorio Sui Consumi Privati In Sanità. EGEA (2015).

²⁶ Da OSSERVATORIO RETTE RSA, SPI CGIL Lombardia

spesa mensile delle famiglie sarebbe pari a oltre 540 milioni di euro considerando tutti i 270.020 posti disponibili.

Figura 2.3 Mix pubblico e privato dei principali servizi per LTC fruiti dalle famiglie italiane, Indagine OCPS-CERGAS SDA Bocconi (2015)



2.6.3 Il ricorso all'SSN

In assenza di altre soluzioni e in situazioni di urgenza o criticità le famiglie italiane continuano a rivolgersi all'SSN ed in particolare alla rete ospedaliera, come unico luogo sempre accessibile e dove l'assistenza è disponibile H24 con garanzia di qualità e presa in carico. L'analisi dei ricoveri per anziani over65²⁷ (3.169.254 ricoveri, corrispondenti al 46% del totale dei ricoveri erogati nel 2015) ha portato alla luce comportamenti di accesso all'ospedale che segnalano in modo abbastanza chiaro come in numerosi casi (oltre il 50%) le famiglie ricorrono all'ospedale per supplire ad una mancata risposta di tipo assistenziale LTC in altri contesti. In particolare due fenomeni sono particolarmente rilevanti (Rapporto OASI, 2016, 2017, 2018 su dati SDO Ministero della Salute):

1. Considerando l'anno 2015, il 68% degli anziani aveva svolto un solo un ricovero, mentre nel 32% dei casi (680.731 anziani) avevano svolto più di un ricovero ordinario (almeno due), per una media di 2,6 ricoveri a testa. Guardando ai 12 mesi precedenti l'ultimo ricovero del 2015, emerge che gli anziani che avevano effettuato ricoveri multipli a cavallo tra il 2014 e il 2015 sono 881.361 per un totale di 2.402.892 ricoveri. Il 75% dei ricoveri multipli è rappresentato da serie di ricoveri che includono solo la tipologia per acuti. Di questi il 68% è costituito da ricoveri medici mentre il 32% da ricoveri chirurgici. Poi ancora: in un terzo dei casi (31%) la MDC di ricovero (ovvero la disciplina e reparto di riferimento) è la stessa per tutti ricoveri multipli. Lo stesso vale per la struttura di ricovero: nel 55% dei casi questi vengono effettuati tutti in una stessa struttura e nel 38% in due. Questi dati letti in sequenza lasciano intravedere dei ricoveri che si ripetono per le stesse motivazioni, senza evidenti percorsi clinici alla base ma piuttosto come un perpetuarsi di condizioni di necessità assistenziale a cui trovare risposta in ospedale, senza un rilevante valore aggiunto di tipo clinico.
2. Sempre guardando ai ricoveri 2015 degli anziani over65 saltano all'occhio altri due dati: soltanto il 44% circa dei ricoveri per anziani indica come modalità un ricovero programmato da parte del medico, un trasferimento da altri istituti o altre modalità di programmazione del ricovero. Questo vuol dire che il 57% dei ricoveri avvengono su istanza delle famiglie, probabilmente tramite accesso a pronto soccorso. Allo stesso tempo guardando alle modalità di dimissione, il 90% dei ricoveri per anziani si conclude con una dimissione al domicilio senza alcun tipo di

²⁷ Si veda per un approfondimento quanto fatto dagli autori nel Rapporto OASI 2016, 2017, 2018

presa in carico al domicilio o in altra struttura. I ricoveri ospedalieri assumono quindi in moltissimi casi la connotazione di episodi isolati nella vita dell'anziano, senza alcuna connessione con il suo percorso terapeutico assistenziale. Questo dimostra, un'altra volta, il ruolo di case manager quasi esclusivo giocato dalle famiglie e l'assenza di guida da parte del sistema di welfare.

Guardando invece ai consumi sanitari privati degli anziani, questi si confermano i più rilevanti fruitori dei servizi sanitari di ogni tipologia. Gli anziani over65, soli o in coppia, hanno una spesa media mensile sanitaria pari a 168 euro mensili (una coppia giovane con figli ha una spesa sanitaria mensile pari a 128 euro, OCPS CERGAS SDA, 2016). Contemporaneamente 80 su 100 anziani over65 sono consumatori abituali di farmaci; 70 su 100 fruiscono di visite specialistiche; 70, 90, 100, 130 (a secondo della fascia di età 65-69, 70-74, 75-79, over80) ogni 1000 accedono al pronto soccorso nell'arco di un mese (I.Stat, Salute e sanità, 2017).

2.6.4 Il mondo delle badanti

Il fenomeno badanti è un fenomeno tutto italiano che tocca da vicino moltissime famiglie in tutte le regioni di Italia. Nella assenza di altre soluzioni assistenziali, con il cambiare della struttura della società (modelli famigliari, accesso femminile al mercato del lavoro, età avanzata al primo figlio) e del profilo sanitario e demografico della popolazione (allungamento della speranza di vita accompagnato da una maggiore diffusione di patologie cronico degenerative), 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.

Cosa siano le badanti e che caratteristiche abbiano è cosa ormai nota. Solo per richiamare il profilo del settore:

- Si tratta di operatori senza una chiara connotazione professionale e molto spesso senza una formazione specifica, ai quali si richiede di assolvere a compiti di sorveglianza dell'anziano, supporto nella vita quotidiana e faccende domestiche, monitoraggio notturno, fino ad arrivare a prestazioni sanitarie assistenziali come somministrazione di farmaci, (semplici) procedure medico-infermieristiche (bendaggi, nutrizione parenterale, ecc..) o gestione di dispositivi medici (macchinari ossigeno e similari).
- Assolvono primariamente ad una esigenza di sicurezza dei famigliari degli anziani che chiedono la compresenza (e spesso co-abitazione) h24, 7/7.
- Sono donne, di età media tra i 45 e i 55 anni, prevalentemente straniere.

- Sono assunte molto spesso “in nero” o “in grigio” con formule che prevedono un minimo di ore regolarizzate a contratto, e integrazioni (soprattutto per la notte e il week end) gestite al di fuori del contratto.

In Italia sono presenti circa 16 milioni di famiglie (ISTAT, 2018), secondo uno studio di Domina²⁸ (2017), sono 2 milioni quelle hanno un lavoratore domestico, colf o badante. I dati INPS (2018)²⁹ circa i lavoratori domestici regolari ci parlano di 864.526 colf e badanti regolarmente assunte nell’anno 2017. Quante sono quindi le colf e le badanti assunte in nero? Sempre considerando indistintamente colf e badanti, sempre il rapporto Domina (2017) arriva a stimare che complessivamente queste siano 1,6 milioni (inclusendo colf e badanti regolari ed irregolari) per un indotto complessivo di 18,96 miliardi di euro. Domina propone anche una prima stima del numero delle badanti, stimate in 830.000 circa per una spesa complessiva di 6,9 miliardi di euro anno, di cui meno di 1 milione dedicati a contributi e TFR. 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 CS³⁰, costa all’incirca 1.400 euro. Considerando 12 mensilità si arriva ad almeno una spesa annua di 16.800 euro annui senza contare ferie, straordinari, sostituzioni e malattie. Ovviamente 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 nostra stima delle badanti attive nell’anno 2017. Per calcolarlo, adottiamo il metodo proposto da Pasquinelli e Rusmini (2013) aggiornandolo all’anno 2017. Il metodo di stima prevede di partire dal dato INPS sulle badanti regolarmente presenti nelle diverse regioni italiane derivando da questo la stima delle badanti irregolari. Vari autori e rapporti (Domina, gli stessi Pasquinelli e Rusmini, il rapporto CENSIS-ASSINDATCOLF già citato in questo capitolo) confermano come il rapporto tra badanti regolarizzate e irregolari si assesti intorno al 40:60 (fatte 100 le badanti totali, 40 sono regolari e 60 sono irregolari). Conoscendo quindi il numero delle badanti regolari, e stimando che queste siano il 40% del totale, è possibile ricavare indirettamente il numero complessivo delle badanti presenti in Italia.

²⁸ Domina, 2017, Care economy: datori di lavoro come attori economici. Come incide il lavoro domestico sul PIL italiano.

²⁹ INPS, 2018, Statistiche in breve. Lavoratori domestici.

³⁰ Dati www.assistere.net

Tabella 2.11 Stima delle badanti presenti in Italia

	Anno 2017
Numero delle badanti regolari	393.478
Numero delle badanti irregolari	590.217
Numero totale delle badanti presenti nel territorio nazionale	983.695

Tabella 2.12 Stima del numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75, anno 2017

Regione	Badanti regolari	Badanti irregolari stimate	Badanti in Italia, regolari + irregolari	Ogni 100 abitanti 75+
Piemonte	33.194	49.791	82.985	14,30
Valle d'Aosta	1.283	1.925	3.208	21,29
Liguria	15.433	23.150	38.583	15,77
Lombardia	59.305	88.958	148.263	12,99
Trentino-Alto-Adige	8.261	12.392	20.653	18,77
Veneto	33.814	50.721	84.535	15,17
Friuli-Venezia Giulia	13.115	19.673	32.788	20,24
Emilia-Romagna	44.277	66.416	110.693	19,56
Toscana	41.211	61.817	103.028	20,71
Umbria	8.962	13.443	22.405	18,71
Marche	13.632	20.448	34.080	16,77
Lazio	35.163	52.745	87.908	13,86
Abruzzo	7.545	11.318	18.863	11,64
Molise	1.157	1.736	2.893	7,15
Campania	16.992	25.488	42.480	8,51
Puglia	11.352	17.028	28.380	6,68
Basilicata	1.731	2.597	4.328	6,36
Calabria	5.942	8.913	14.855	7,13
Sicilia	12.077	18.116	30.193	5,85
Sardegna	29.032	43.548	72.580	39,76
ITALIA	393.478	590.217	983.695	14,19

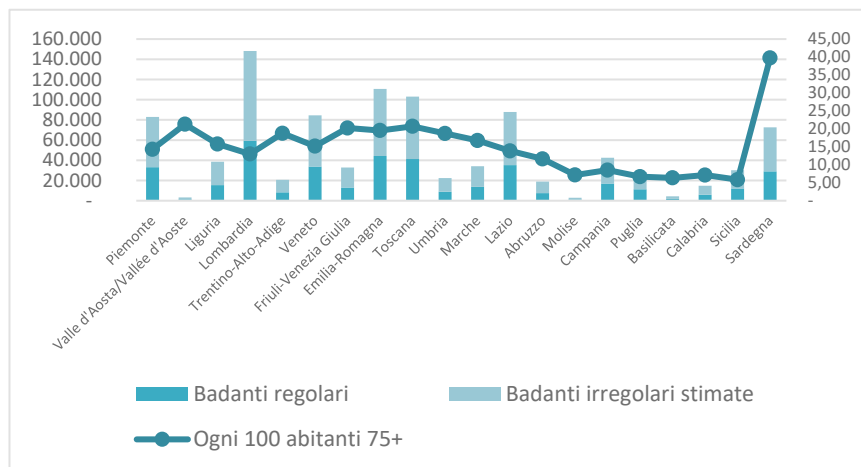
I dati riferiti al 2017 sono presentati in Tabella 2.11. Seguendo il metodo proposto, le badanti in Italia nel 2017 erano quindi oltre le 983.600, con il 60% di questo irregolari. Questo implica la presenza di 14,2 badanti ogni 100 cittadini over75. La presenza in termini percentuali è maggiore nelle regioni del Nord Italia (con l'eccezione della Sardegna che si presenta come un outlier) dove ancora sembrano prevalere altre modalità di gestione dell'anziano, basate su modelli famigliari. Si veda Tabella 2.12 e Figura 2.5.

Questi dati mostrano un fenomeno enorme ed in costante aumento, che arriva oggi a rappresentare uno dei più grandi settori del mercato del lavoro del nostro paese nonostante non sia regolarizzato né tantomeno esistano politiche economiche ed industriali chiare e di riferimento. Alcune regioni (tra le ultime Lombardia ed Emilia Romagna) hanno provato a avanzare iniziative per inserirsi nel settore principalmente tarate su due approcci:

1. gli albi badanti, per agire sulla professionalità e la formazione degli operatori in modo da garantire una qualche forma di qualità e sicurezza del servizio;
2. l'introduzione di voucher, detrazioni, assegni o altre modalità che possano diffondere e supportare la regolarizzazione delle badanti o di forme di caregiving famigliari.

Questi non sono stati altro che tentativi alla luce dei dati ancora impressionanti che confermano come la pratica del lavoro nero e dell'irregolarità sia ancora prevalente.

Figura 2.4 Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75, anno 2017



2.7 Ricostruire la fotografia del settore LTC italiano: un compito difficile

Questo capitolo si poneva l'obiettivo di dare una rappresentazione completa del settore sociosanitario per la LTC dando rappresentazione:

- del bisogno di LTC;
- della dotazione di offerta pubblica;
- del ricorso all'offerta pubblica e privata;
- del finanziamento e delle risorse investite nel settore;
- dei servizi formali ed informali;
- del livello di copertura del bisogno tramite le diverse modalità assistenziali.

Il tentativo di proporre una lettura integrata e fondata su dati sistemici e sistematizzati si è scontrato contro l'assenza di dati certi rispetto ad alcuni fenomeni e la frammentazione delle fonti informative. Questi due fenomeni sono ulteriormente esplicativi di quel tema di frammentazione del settore e di assenza di un chiaro governo della LTC già richiamata più volte.

Tabella 2.13 Fonti informative utilizzate in questo capitolo per la rappresentazione della fotografia del settore LTC

Rappresentazione del settore LTC	Fonte
Bisogno di LTC	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporto OASI CER GAS SDA Bocconi
Dotazione di offerta pubblica	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporto OASI CER GAS SDA Bocconi • Annuario statistico Ministero della Salute • ISTAT
Ricorso a offerta pubblica e privata	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporto OASI CER GAS SDA Bocconi • Rapporto OCPS CER GAS SDA Bocconi • Annuario statistico Ministero della Salute • ISTAT
Finanziamento e risorse investite nel settore	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporto Ragioneria Generale dello Stato • Rapporto OASI CER GAS SDA Bocconi • Rapporto OCPS CER GAS SDA Bocconi • ISTAT
Servizi privati e di cura informale	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporto OASI CER GAS SDA Bocconi • Censis • Domina • Assindatcolf

È utile, dopo aver esposto e commentato i dati, illustrare (Tabella 2.13) quali siano le principali fonti informative disponibili richiamando tutte le fonti utilizzate in questo rapporto. Questo ci rimanda una vista su alcuni dei principali soggetti attivi nel settore LTC³¹ e fornisce anche uno strumento a chiunque volesse utilizzare a sua volta i dati o approfondire tematiche specifiche.

³¹ Senza dare per scontato che quelli citati in questa sede corrispondano alla totalità dei soggetti attivi in ambito LTC: sono solamente le fonti utilizzate in questo specifico rapporto di ricerca.

Bibliografia

- Camera dei deputati, 2018, Le misure a sostegno della famiglia e i fondi per le politiche sociali. Disponibile online: https://temi.camera.it/leg17/temi/misure_sostegno_famiglia
- Censis-ASSINDATCOLF, 2015, Sostenere il welfare familiare
- Censis, 2015, Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali.
- Del Vecchio, M., Mallarini E., Rappini V., 2015, Rapporto OCPS 2015. Osservatorio Sui Consumi Privati In Sanità. EGEA.
- Domina, 2017, Care economy: datori di lavoro come attori economici. Come incide il lavoro domestico sul PIL italiano.
- Fosti G., Larenza O., Longo F. e Rotolo A., 2012, Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy? in Cantù E. (a cura di), (2012) Rapporto OASI 2012: l'aziendalizzazione della sanità in Italia, 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., 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., 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, pp. 225-264.
- INPS, 2018, Statistiche in breve. Lavoratori domestici.
- ISTAT, 2014, Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>
- ISTAT, 2017, Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea, 2017.
- ISTAT (vari anni), I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>

- Ministero della Salute, 2013, Assistenza a persone disabili e non autosufficienti, disponibile online: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=163&area=Servizi_per_persono_o_situazioni_speciali
- 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, 2017, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd Griglia LEA, disponibile online: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002, Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. World Health Organization, Ginevra. Disponibile online <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>
- Pasquinelli S, Rusmini G. (2013) Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche, Ediesse, Roma.
- Ragioneria Generale dello Stato, 2017, Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Disponibile online: http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2017/NARP2017-08.pdf

3. I gestori del settore LTC: dati e trend

di *Elisabetta Notarnicola*

3.1 Perché guardare al settore LTC nella prospettiva dei gestori dei servizi?

I dati oggi disponibili sul settore sociosanitario e sociale tendono a dare una rappresentazione prevalentemente centrata sul sistema di finanziamento pubblico e sull'offerta assistenziale. I dati descrivono infatti (anche se con qualche lacuna, cfr Capitolo 2) l'offerta erogata e la capacità produttiva del sistema come se questo fosse una entità indistinta e inseparabile (Gori, 2017) senza rappresentare e analizzare il mondo dei gestori dei servizi. Differentemente da quanto accade in sanità, dove l'aziendalizzazione ha reso chiara dopo 40 anni di SSN (Giarelli, 2017) la rilevanza della prospettiva organizzativa aziendale, e dove la presenza di numerosi soggetti privati (Petracca e Ricci, 2017) ha supportato la visione di un settore composto da providers differenti, nel settore LTC è molto più debole la lettura delle caratteristiche dei gestori dei servizi e la presa di coscienza delle loro specificità imprenditoriali ed eterogeneità strategiche. Allo stesso modo, il regolatore pubblico si è interessato poco di questi aspetti con il risultato che oggi manca sia una consapevolezza sulle caratteristiche del settore, sia una qualsiasi forma di politica industriale a riguardo (Fosti et al., 2014).

Guardare al settore LTC nella prospettiva dei gestori vuol dire:

- Interrogarsi su chi sono i soggetti che erogano i servizi LTC e quali sono le loro caratteristiche;
- Adottare una prospettiva aziendale di lettura dei fenomeni;
- Prescindere dalla dicotomia tra servizio erogato in regime pubblico o privato e osservare i meccanismi di produzione dell'assistenza;

- Osservare le strategie aziendali e cogliere le dinamiche che ne derivano per il settore.

Questo approccio è utile per indagare il settore e le sue lente ma costanti dinamiche di innovazione e cambiamento, perché consente di indossare gli occhiali della prospettiva interna ai servizi, interrogandosi sulle modalità di erogazione della LTC e ricostruendone le caratteristiche 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, dovendosi adattare in modo rapido ai mutamenti in corso per continuare ad operare in modo sostenibile. Sono pertanto il primo anello della cinghia di trasmissione delle innovazioni che a partire dai gestori e dai servizi risalgono la catena della *governance* fino ad arrivare al regolatore pubblico. Osservare ciò che accade tra i providers è quindi il primo passaggio per comprendere come si sta muovendo il settore e di cosa dovrà occuparsi il regolatore.

3.2 Identikit dei gestori LTC

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. Considerando alcune categorie logiche è possibile compilare un identikit dei soggetti che operano nel mondo sociosanitario e sociale. Le categorie più rilevanti per caratterizzare i gestori sono:

- **Natura giuridica:** ente pubblico, azienda privato for profit, azienda privata no profit;
- **Ambito di attività:** pubblico accreditato/convenzionato; mercato privato;
- **Servizi offerti:** domiciliare, diurno, residenziale, di altro tipo
- **Posizionamento nel comparto assistenziale:** sociosanitario, sociale, sanitario;
- **Dimensioni:** piccolo, medio, grande;
- **Numero di sedi erogative e numero di regioni in cui è presente.**

Il settore LTC italiano vede oggi la presenza di almeno due distinti profili di soggetti gestori, molto diversi e polarizzati tra loro per caratteristiche e strategie di posizionamento. I due profili sono tipici e diffusi e corrispondono al potenziale identikit del gestore dei servizi con queste caratteristiche (Figura 3.1):

Figura 3.1 Identikit dei gestori sociosanitari

Categorie	Profilo del piccolo gestore:	Profilo del gruppo di aziende:
Natura giuridica	Azienda Privata no profit	Azienda Privata (profit e no profit)
Ambito di attività	Pubblico accreditato/convenzionato	Pubblico accreditato/convenzionato + mercato privato
Servizi offerti	Residenziale o domiciliare	Residenziale + domiciliare + diurno etc..
Posizionamento nel comparto assistenziale	Sociosanitario o sociale	Sociosanitario + sanitario
Dimensioni	Piccole (fatturato inferiore a 1,5 milioni di euro)	Grandi (fatturato superiore a 15 milioni di euro)

I due diversi profili corrispondono a due diversi posizionamenti nel settore. I piccoli gestori corrispondono molto spesso a enti costituiti e gestiti con riferimento ad una singola struttura (residenziale per anziani). Si tratta molto spesso di una fondazione, un ente pubblico o una cooperativa, nati su istanza del territorio e della comunità di riferimento per garantire il funzionamento della struttura per anziani di riferimento per la zona servita. L'ente gestore in questo caso è fortemente orientato alla comunità di riferimento e la sua mission è quella di gestire al meglio il singolo servizio, senza l'ambizione o la necessità di interagire con altri setting assistenziali. Il gestore si identifica quindi con la singola struttura. I gruppi di aziende si caratterizzano all'opposto, per essere nati con l'obiettivo di offrire una rete di servizi includendo diverse strutture residenziali (ma non solo) e gestendo una offerta variegata in uno o più territori ampliando anche al comparto sanitario con servizi di riabilitazione o case di cura per completare la filiera. Ritroviamo in questa categoria sia enti e aziende pubbliche che aziende private profit e no profit la cui mission si caratterizza per essere orientata ad una presenza diffusa nei territori dove operano, e nei diversi nodi della filiera assistenziale. Data la varietà del loro posizionamento facilmente assumono grandi dimensioni con un fatturato per servizi che può variare in modo molto ampio, da 15 ai 300 milioni di euro. Questi due profili chiaramente non rappresentano la varietà dei gestori del panorama italiano. Tra i due si collocano numerosi enti (che potremmo definire in un profilo intermedio) che presentano caratteristiche ibride per origine, composizione della loro attività e dimensione.

Due ulteriori differenziazioni sono utili a rappresentare meglio i profili introducendo almeno altri due cluster:

1. La prima riguarda le due diverse anime dei gestori privati, profit e non profit. Tra i soggetti profit prevale la presenza di grandi gruppi (che negli ultimi anni stanno avviando politiche di espansione) spesso strettamente connessi al settore sanitario o di altri settori industriali e finanziari. I soggetti non profit sono in molti casi di matrice cattolica e legati a ordini religiosi o al mondo cooperativo con livelli molto eterogenei di diffusione di funzioni e competenze manageriali e diverse strategie di sostenibilità.
2. La seconda riguarda ulteriormente la dimensione dei soggetti gestori. La polarizzazione tra piccole e grandi non considera infatti che, soprattutto nel secondo gruppo, le dimensioni possono variare di diverse centinaia di milioni di euro. Potremmo quindi introdurre la categoria dei medi (15-80 milioni), grandi (80-200 milioni di fatturato), grandissimi gestori (oltre i 200 milioni di fatturato).

Si potrebbe quindi ipotizzare una matrice a 12 caselle che incrociano le dimensioni Pubblico-Privato profit-Privato non profit e Piccola-Media-Grande-Grandissima.

3.3 Mappature delle fonti e dei dati disponibili sui gestori e sul settore

3.3.1 Fotografia degli enti gestori in Italia

Se, a causa della frammentazione istituzionale del settore, ricostruire una fotografia aggiornata e completa del settore LTC dal punto di vista del welfare pubblico è un esercizio complesso, mappare i gestori dei servizi non lo è da meno. Come descritto nel paragrafo 3.2, questi sono eterogenei tra loro e partecipano al settore con modalità differenti e non sempre sovrapponibili. Al fine di ricostruire dati descrittivi sul settore possiamo guardare ad alcune macro categorie che ci supportano nella messa a sistema di alcuni dati disponibili. Una prima modalità di lettura dei dati parte dalla riflessione sui servizi gestiti ed in particolare sulle strutture sociosanitarie per anziani: se molti rientrano nel profilo dei “piccoli gestori” guardando alla distribuzione delle strutture per anziani possiamo individuare alcuni dati interessanti. Un'altra prospettiva è quella della natura giuridica. Possiamo infatti indagare la presenza di:

- Aziende pubbliche di varia natura (Aziende pubbliche di servizi alla persona, consorzi, IPAB ed ex IPAB, ecc...);
- Enti ecclesiastici o di afferenza alle chiesa cattolica;

- Enti del Terzo Settore di varia natura (cooperative, consorzi, associazioni, fondazioni, ecc...);
- Aziende di natura privata (SPA, SRL, gruppi, ecc...).

Possiamo poi fare riferimento ai dati di bilancio ed aziendali pubblicati da ATECO nelle diverse banche dati disponibili (principalmente ISTAT e AIDA Bilanci) per indagare le imprese classificate nella categoria.

Unendo queste diverse fonti è possibile dare una prima rappresentazione del settore con alcune premesse.

- I dati e le mappature esistenti tendono a guardare al numero dei posti letto delle strutture sociosanitarie, limitandosi spesso a considerare quelli con «accreditamento» e tariffa pubblica (o convenzionamento) e tralasciando quindi il mondo dei servizi privati e sociali;
- L'orientamento è spesso quello di guardare al singolo servizio (le RSA o simili) e senza indagare chi siano i gestori e come sia composto il loro business complessivo;
- Questa metrica riflette il livello di frammentazione del sistema e in parte la alimenta, rispecchiando quanto effettivamente è disponibile in termini di dati e conoscenza nel settore, che risulta sempre molto parcellizzato e parziale;
- L'interesse prevalentemente è di guardare ai dati circa la componente assistenziale senza interrogarsi sul perimetro gestionale, segnalando quindi la mancanza di un approccio istituzionale, capace di cogliere la rilevanza dei confini delle organizzazione, che influenzano le loro missioni e strategie.

Fatte queste premesse si presentano prima le fonti disponibili e poi alcuni dati rilevanti. La Tabella 3.1 illustra le principali fonti di informazioni esistenti al giugno 2018 in modo da fornire al lettore una panoramica di quanto già pubblicato sul settore, oltre al presente rapporto, senza la pretesa di essere esaustivi.

A partire da queste fonti è stato possibile sistematizzare alcuni dati descrittivi del settore. Partiamo dal ricostruire il numero di strutture esistenti in Italia, illustrati in Tabella 3.2 insieme ad alcuni dati e stime sugli enti gestori.

Tabella 3.1 Mappatura delle fonti di dati circa i gestori del sociosanitario

Fonte	Anno	Descrizione
ISTAT	Ogni anno	Dati sui posti letto dei presidi sociali e sociosanitari
Rapporto EURICSE	Ogni anno	Enti del terzo settore (cooperative) e loro presenza nel comparto sociale e sociosanitario.
Data base regionali su strutture sociosanitarie	Ogni anno	Ad esempio: Regione Toscana, Regione Puglia, Regione Lombardia, altre
Osservatorio sulle residenze per gli anziani in Italia; SPI CGIL	2017	Monitorare le principali caratteristiche dell'evoluzione dell'offerta alle famiglie. Comprendere come le strutture residenziali pubbliche e private promuovono le loro attività e comunicano alle famiglie i servizi offerti e le professionalità impiegate
FONSERVIZI, Il Settore Socio-Sanitario e Socio-Assistenziale. Analisi pilota su dimensione, caratteristiche e organizzazione delle aziende del settore.	2012	Caratteristiche degli enti operanti nel settore e iscritti a FONSERVIZI
Indagini AUSER (sulle RSA e sulle case di riposo in Italia)	2012	Dati descrittivi dei servizi RSA e analisi dei bilanci dei principali operatori
Censimento nazionale dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali ecclesiali in Italia CARITAS	2011	Enti ecclesiastici e loro presenza nel comparto sociale e sociosanitario.

Tabella 3.2 Le strutture sociosanitarie per anziani

Dato		Fonte e anno di riferimento
Numero Posti Letto in strutture sociosanitarie per anziani in Italia	270.020	I.STAT Presidi Socioassistenziali, 2015
Numero strutture sociosanitarie per anziani in Italia	4.000	Osservatorio SPI CGIL; 2017
Dimensione media della singola struttura	67,5	Calcolo degli autori
Numero aziende operanti nel settore secondo classificazione ATECO ¹	1.927	AIDA Bilanci, 2017
Numero medio di strutture sociosanitarie gestite da ogni azienda del settore	2,07	Calcolo degli autori
Posti letto medi per ogni azienda del settore	140,1	Calcolo degli autori

A questo proposito la tabella 3.2 illustra (sulla base di stime e calcoli) quanto numerosi sono i gestori operanti nel settore della residenzialità per anziani, contribuendo, anche sul lato produttivo, alla frammentazione della LTC. Un ulteriore approfondimento rispetto alle dimensioni delle strutture fisiche arriva dall'Osservatorio SPI CGIL (2017) che segnala come:

¹ Codice ATECO «87.30 Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili».

- Il 10,3% delle strutture sia di dimensione inferiore ai 20 posti letto (PL);
- Il 33,1% di dimensione tra i 21 e 50 PL;
- Il 38,9% tra 52 e 100 PL;
- Il 17,7% oltre i 100 PL.

Guardando alla natura giuridica, sempre l'Osservatorio SPI CGIL (2017) con riferimento alle strutture per anziani ci dice che:

- Il 14% delle strutture sono direttamente gestite dai Comuni, anche attraverso associazioni e consorzi loro afferenti, dalle Aziende Sanitarie o, ancora, da Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP).
- Il 6,5% delle strutture sono ex Ipab in fase di trasformazione, prevalentemente collocate in Regione Veneto.
- Il 70% delle strutture sono gestite da soggetti privati:
 - di cui il 38,2% è rappresentata da strutture a carattere di mercato - SRL, SPA, SNC, SAS, ecc...;
 - il 23,5% assume l'etichetta di ONLUS;
 - il 15% sono cooperative sociali e enti di carattere religioso;
 - il 6% circa sono fondazioni, di norma con soci fondatori pubblici.
- Per il 10% circa delle strutture l'informazione è mancante.

3.4 I grandi player del settore: posizionamento strategico e business model

Nel paragrafo precedente sono stati presentati alcuni dati riferiti ai piccoli e medi gestori di strutture per anziani. Per completare il quadro del settore si vuole indagare anche il profilo dei grandi player (aziende e gruppi) fornendo dati sulle loro caratteristiche e sul loro posizionamento in termini di business model e strategie aziendali. Per fare questo sono stati raccolti questionari e dati aziendali da 18 grandi player del settore tra quelli partecipanti al Network Keyproviders e parte dell'Osservatorio Long Term Care CERGAS SDA Bocconi, selezionati per la loro dimensione in termini di fatturato e rilevanza nel territorio nazionale.

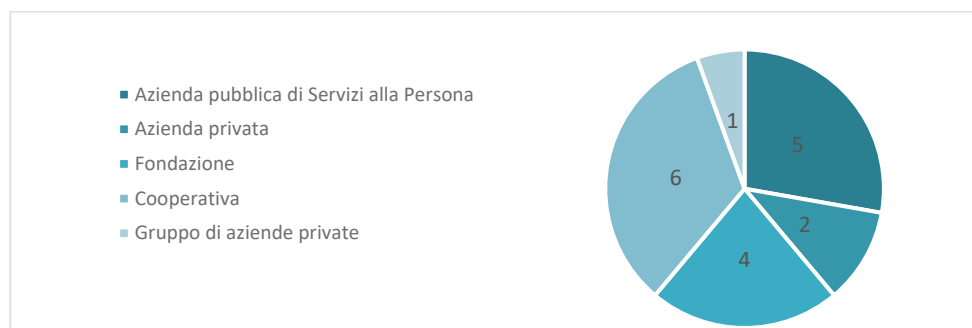
3.4.1 Caratteristiche descrittive

I grandi player presentano diverse forme giuridiche (Figura 3.2):

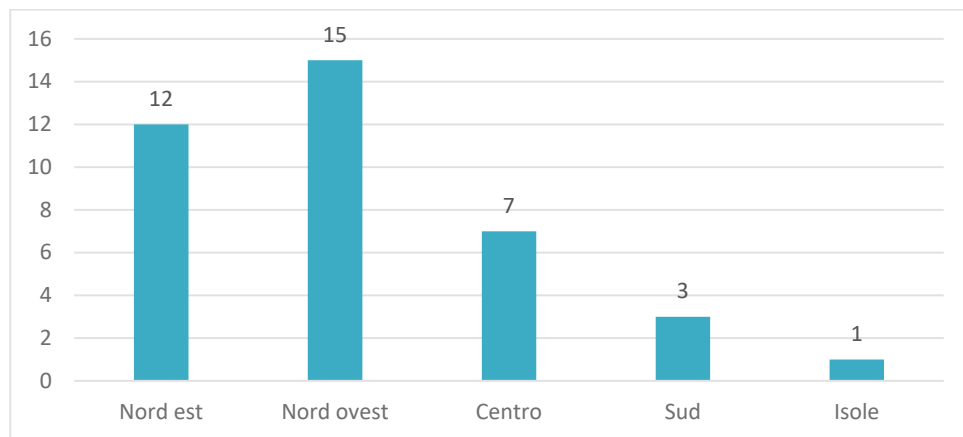
- 5 sono aziende pubbliche di servizi alle persone (ASP). Non sono presenti altre forme di azienda o agenzia pubblica, probabilmente data la storia di questi soggetti (ex IPAB già trasformati o in trasformazione) e date le dimensioni;
- 3 sono aziende private for profit (1 gruppo e 2 aziende singole);
- 4 sono fondazioni, in tutti i casi di derivazione o connotazione ecclesiastica;
- 6 cooperative.

Rispetto ai dati generali sui gestori di strutture per anziani presentati sopra, notiamo in questo caso una più alta prevalenze di aziende pubbliche e di cooperative.

Figura 3.2 Natura giuridica dei grandi players, anno 2018



Delle 18 aziende, la maggior parte opera nel nord Italia, alcune operano nel centro Italia, solo 3 operano anche nel sud e 1 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) e che siano presenti prevalentemente gestori di singole strutture e piccolissime dimensioni e quindi pochissimi grandi player.

Figura 3.3 Collocazione geografica dei grandi players, anno 2018

Complessivamente i players² svolgono attività per oltre 1,54 miliardi di fatturato (anno 2017), gestiscono circa 40.600³ utenti (anziani e non, rispettivamente 28.200 circa i primi e 12.200 i secondi), oltre 22.300 posti letto⁴ in 268 strutture sociosanitarie per anziani. Rapportando questi dati a quelli rappresentativi del settore, i grandi players insieme rappresentano oltre il 6 % dei posti letto e 5 % delle strutture sociosanitarie per anziani presenti in Italia.

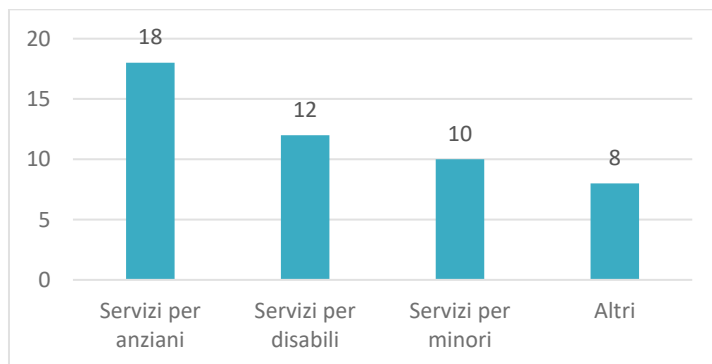
3.4.2 Portafoglio di servizi e posizionamento strategico

I grandi players mostrano attività articolate e trasversali a più aree di business (Figura 3.4) segnalando un posizionamento strategico aperto alla diversificazione delle attività ma anche ricerca di sinergie e integrazione tra diverse aree assistenziali. Tutti i players sono posizionati sull'area dei servizi per anziani, molti di loro (11) anche sull'area disabilità. Questo ricomponi i più classici servizi per la Long Term Care ed evidenzia le sinergie tra i due comparti. Altri (10) 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. 8 di loro sono attivi anche in altri comparti attinenti alla filiera sociosanitaria e sanitaria (riabilitazione, case di cura, poliambulatori) o sociale (area povertà o migranti prevalentemente).

² Solo 16 aziende su 18 hanno fornito questo dato

³ Questo dato rappresenta 15 delle 17 strutture in quanto per due di queste non è stato possibile raccogliere l'informazione.

⁴ Sia accreditati/convenzionati che in regime privato. Dato riferito a 13 delle 18 aziende.

Figura 3.4 Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2018

Guardando ai servizi (Figura 3.5) specificatamente destinati all'area anziani, emerge una grande varietà che segnala ancora una volta il tentativo di ricomporre filiere assistenziali (Figura 3.6). Se tutti i grandi players gestiscono strutture sociosanitarie per anziani, è interessante osservare quali altri servizi sono presenti in abbinamento a queste:

- Quasi tutti i players abbinano servizi di assistenza domiciliare o centri diurni e 15 di loro li gestiscono entrambi. La tendenza che emerge è quindi quella di una filiera sociosanitaria completa sui tre setting più tipici e presenti in tutti i contesti regionali;
- 9 di loro gestiscono anche servizi residenziali per anziani senza alcuna componente sanitaria o sociosanitaria (e quindi sociali) 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 players hanno sviluppato la filiera non andando a completare i setting sociosanitari o sociali, ma piuttosto includendo servizi di derivazione sanitaria come servizi di riabilitazione (sia ambulatoriale che residenziale) o offerta ambulatoriale di varia natura. 8 di loro possono vantare una filiera completa che include tutti i servizi di derivazione sociosanitaria (residenziale, domiciliare e diurno) e servizi di natura sanitaria (riabilitazione o altra assistenza ambulatoriale);
- Rispettivamente 8 e 7 dei grandi players 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 counselling si tratta invece di servizi di consulenza operativa o psicologica per le famiglie, sempre a supporto della gestione della non autosufficienza;

- Interessante notare come nessuno dei grandi players sia presente nel segmento di servizi di “badantato” (assistenza domiciliare di stampo assistenziale h24): nonostante molti di loro siano presenti nel segmento domiciliare nessuno ha ancora ideato servizi di questo tipo, ritenendo impossibile competere con il prevalere di forme contrattuali in grigio o in nero, acquisite direttamente dalle famiglie.

Figura 3.5 Servizi per anziani gestiti dai grandi players, anno 2018

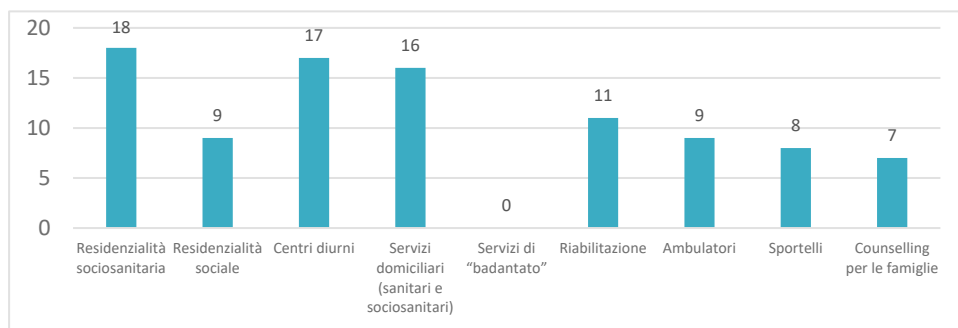
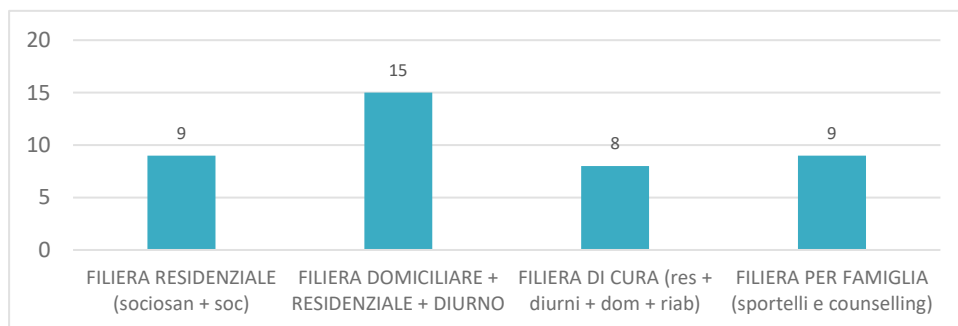


Figura 3.6 presenza di filiera di servizi, anno 2018

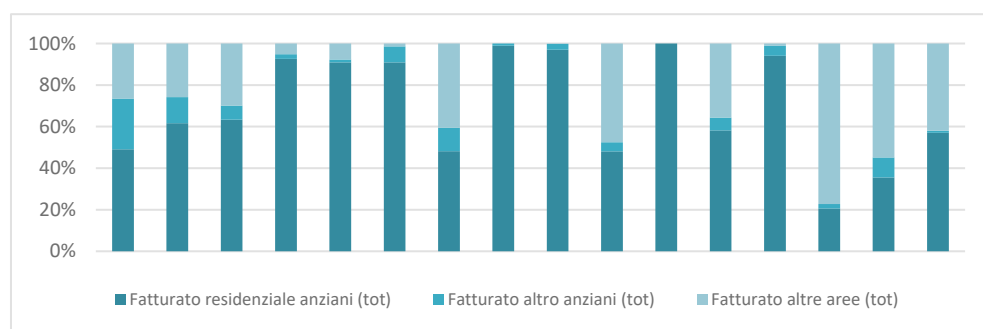


Questi dati mostrano una tendenza chiara: i soggetti più rilevanti del settore stanno organizzando la loro offerta per offrire servizi diversificati e in connessione tra loro cercando di proporre filiere di presa in carico alle famiglie e agli

utenti e di accompagnare l'evoluzione dei bisogni offrendo la possibilità di diversi setting assistenziali. 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. Questo segnala uno spostamento del settore verso servizi fino ad oggi considerati ancillari o di complemento, che invece iniziano ad assumere una connotazione e forma propria.

In termini di fatturato (Figura 3.7) i grandi players presentano comportamenti molto differenziati: se tutti gestiscono strutture residenziali per anziani, il fatturato derivante da queste attività si assesta su una media del 69% sul totale, con 7 players su 16 che presentano dati sopra alla media (il valore massimo è pari al 97%). Il fatturato derivante da altre attività dedicate ad anziani è mediamente intorno al 6% con 7 players con valori sopra alla media (il massimo corrisponde al 24%). Il fatturato derivante da altre aree (servizi non dedicati ad anziani) è mediamente pari al 25% ma raggiunge in un caso anche il 77%. La residenzialità per anziani si conferma quindi l'area di dimensioni maggiori, anche se stanno emergendo strategie di diversificazione del fatturato. 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. Gli imprenditori più dinamici e strutturati hanno ancora introiti nell'area LTC per anziani non residenziali limitati al 6%. I grandi player ci segnalano un percorso possibile, che per loro è agli inizi e che per altri deve essere ancora completamente intrapreso.

Figura 3.7 Scomposizione del fatturato 2017 per aree di attività⁵, grandi players del settore



⁵ In questo grafico sono presenti 16 soggetti dato che per uno dei 17 del gruppo non è stato possibile ottenere il dato in questione.

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.

3.4.3 Offerta pubblica e mercato privato

Il settore sociosanitario si è sviluppato nel tempo intorno all'offerta pubblica e ai meccanismi di accreditamento, convenzionamento e budget. Storicamente, sia per vocazione che per le caratteristiche del settore, i servizi sociosanitari si sono sviluppati intorno al mercato pubblico senza che la parte privata venisse sviluppata. Le famiglie italiane (per diverse motivazioni di approccio culturale, modello familiare, modesta attitudine alla spesa privata, etc...) si sono accostate ai servizi sociosanitari a pagamento con meno intensità di quanto fatto ad esempio in sanità, limitandosi a rivolgersi a servizi privati limitatamente alle case di riposo e alle badanti. 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. Si iniziano a diffondere servizi tra quelli tradizionalmente presenti (strutture residenziali, centri diurni e assistenza domiciliare) con 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 players, che oggi presentano (con intensità differente) quote di attività svolta al di fuori del regime pubblico. In Figura 3.8 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2017 per attività sociosanitaria tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico e servizi a mercato privato: in media il 92% del fatturato deriva dalla prima tipologia e l'8% dalla seconda. Mediamente i grandi players confermano ancora un posizionamento prevalentemente centrato su servizi a budget pubblico, con timide aperture verso il mercato. In quattro casi la quota da privati supera il 10% (11, 12, 25, 40%).

Si osserva la stessa dinamica guardando all'offerta di posti in residenzialità per anziani. Sugli oltre 16.000 posti complessivamente gestiti dai grandi players, 1.500 sono riservati all'offerta privata. Mediamente le singole aziende gestiscono il 7 % dei loro posti sul mercato privato, con un massimo del 22%. Sempre guardando al fatturato da servizi residenziali per anziani si osserva come la quota afferente a servizi erogati in regime di accreditamento o convenzionamento sia molto diversificata se scomposta tra quota corrisposta dal soggetto pubblico e quota derivante dalla compartecipazione delle famiglie (Figura 3.9).

Figura 3.8 Scomposizione del fatturato 2017 per attività verso pubblico o verso privati⁶, grandi players del settore

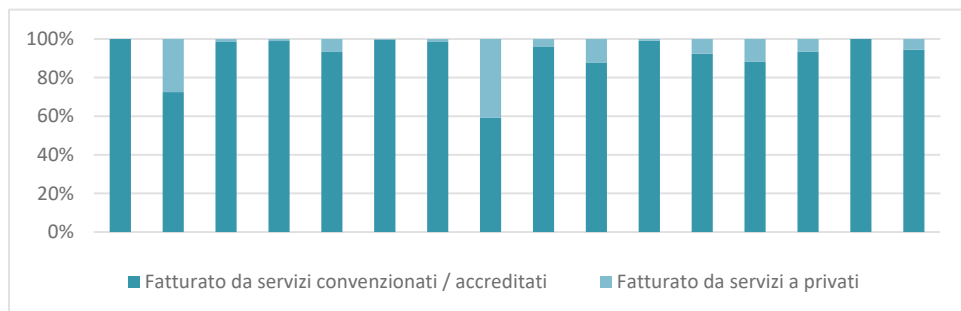
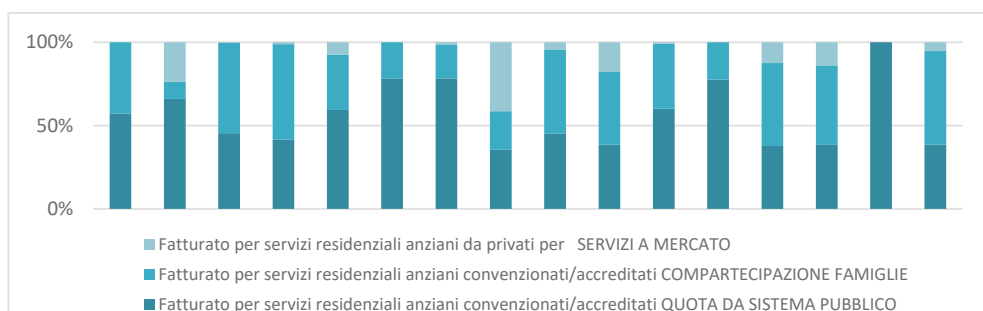


Figura 3.9 Scomposizione del fatturato 2017 per quota da finanziamento pubblico, compartecipazione e rette per servizi a privati, grandi players del settore



Mediamente la compartecipazione incide per il 36% circa del fatturato per servizi residenziali, mentre la quota corrisposta direttamente dal pubblico circa il 56% in media (il restante 8% corrisponde ai ricavi per i posti letto disponibili sul mercato privato, senza convenzionamento pubblico). 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 almeno il 44% del fatturato venga corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie.

⁶ In questo grafico sono presenti 16 soggetti dato che per uno dei 17 del gruppo non è stato possibile ottenere il dato in questione.

Complessivamente i dati sul posizionamento strategico, sulla composizione dell'offerta e del fatturato ci segnalano che anche nel caso dei grandi players il settore si conferma centrato sull'offerta di tipo residenziale sociosanitaria e inquadrata nel regime pubblico di accreditamento/convenzionamento. I grandi players mostrano però 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.

3.5 Frammentazione e ricomposizione nel settore: fusioni, acquisizioni o cessioni aziendali

Il settore LTC è stato ed è oggetto negli ultimi anni di processi di riorganizzazione d'impresa espressivi sia di interventi di ridefinizione dei portafogli dei servizi, che di cambiamenti nei perimetri aziendali e societari. Tali processi hanno modificato la struttura del settore, sulla scia di una generale tendenza alla concentrazione e alla crescita dimensionale che si riscontra anche in sanità e in altri settori pubblici, seppur con velocità e dimensioni del fenomeno decisamente più sostenute.

3.5.1 I fenomeni in corso nel settore

Rispetto alla *mission* del settore si è osservato un lento ma costante spostamento dai servizi più tradizionali (classiche residenze sociosanitarie, che pure continuano ad essere il *core* del settore) verso servizi più leggeri e flessibili ed organizzati in percorsi di presa in carico e filiere. Questo ha portato numerosi operatori a rivedere la propria *mission* e la propria offerta.

La crisi del welfare pubblico derivante dalla crisi economica e dalle misure correttive successive, ha messo a dura prova la sostenibilità economica di numerose aziende e soggetti gestori, non avendo previsto in molti territori adeguamenti di tariffe e budget, pur essendo gli ospiti in media sempre più gravi e quindi assistenzialmente onerosi. Questo ha portato le aziende con un fatturato prevalentemente derivante da attività in regime pubblico a rivedere il proprio dimensionamento per ricercare la sostenibilità economica. In alcuni casi questo ha comportato meccanismi di acquisizione, cessione e altre operazioni aziendali. La mancata crescita dei finanziamenti pubblici a fronte di bisogni e standard di servizi sempre più alti ha in alcuni casi indebolito i soggetti più piccoli, con strutture rigide e modelli di business poco flessibili. Si è rafforzata così nel settore la presenza di multinazionali (sia italiane che non) e di grandi gruppi con *core bu-*

business in altri settori (sanità o altri) che sono entrati nel mercato italiano attraverso operazioni straordinarie, portando spesso logiche *profit* e *business oriented* nuove rispetto all'attitudine tradizionale del settore. Questo è dipeso anche dall'attrattività del settore LTC, considerato in forte crescita e ad alto potenziale.

Le analisi sull'invecchiamento della popolazione e sulla domanda futura di servizi LTC hanno portato alla crescita nel settore degli investimenti immobiliari con nuovi filoni dedicati. Stime recenti (Colliers International, 2018⁷) segnalano come nel 2017 il segmento di strutture residenziali per anziani corrispondesse al 6% del totale investimenti immobiliari dell'anno in Italia (circa 500 mln di euro). Guardando agli anni precedenti questo sembra essere un dato straordinario soprattutto considerando che tra il 2006 e il 2015 corrispondevano annualmente a soli 30 milioni di euro. Gli investimenti sono derivati principalmente da fondi esteri (francesi). Il ruolo dei fondi sembra assumere particolare rilievo: nel 2017 operavano nel settore 12 fondi immobiliari dedicati a questo mercato con rendimenti attesi il 5,8 e il 6,8% (Scenari Immobiliari, 2017⁸).

L'insieme di queste tendenze ha innescato numerosi movimenti negli assetti aziendali, tramite i quali i soggetti già più rilevanti hanno avviato strategie per rafforzare o consolidare la loro posizione nel settore, con significative ambizioni di crescita.

3.5.2 *Le reazioni dei grandi players*

Alla luce di questi scenari abbiamo indagato tramite un questionario somministrato ai grandi players⁹ quali eventuali strategie di riposizionamento nel settore hanno messo in atto nel periodo recente e con quale prospettiva. Un primo elemento oggetto di indagine ha tuttavia riguardato la governance aziendale, ed in particolare la presenza o meno di funzioni e direzioni dedicate alle strategie di sviluppo aziendale. Come detto più sopra, si è rilevato come complessivamente nel settore vi siano prevalentemente produttori molto piccoli, che inevitabilmente hanno una dotazione di logiche e strumenti manageriali modesta se non assente. A questo proposito, ci siamo interrogati 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

⁷ <http://www.colliers.com/it-it/italy>

⁸ <https://www.scenari-immobiliari.it/>

⁹ Il questionario è stato somministrato nel maggio 2018 a 18 aziende individuate come grandi players del settore per dimensioni di attività e rilevanza strategica.

formalizzazione delle funzioni di sviluppo strategico che sono collocate organizzativamente nel perimetro delle direzioni generali. Solamente 2 aziende su 18 non hanno attivato nessuna struttura focalizzata su sviluppo e strategie, mentre tutte le altre 16 hanno attivato più funzioni aziendali attinenti alle tematiche del riposizionamento strategico (Figura 3.10). Oltre alle tradizionali funzioni legate alla strategia e marketing è interessante osservare come 9 si siano dotate di una funzione ricerca e sviluppo (a segnalare l'attività di rinnovamento sulla propria offerta e servizi), 7 di una funzione di *mergers & acquisition*, ovvero finanza aziendale (a segnalare la rilevanza delle operazioni straordinarie nel settore) e 2 di una funzione dedicata al mercato privato (a segnalare l'apertura progressiva verso questa parte di mercato).

Figura 3.10 Presenza delle funzioni strategiche nell'organigramma aziendale, grandi players, anno 2018



3.5.3 Le operazioni straordinarie dei grandi players

Si è indagato quindi il tema delle operazioni straordinarie nel settore. Negli ultimi anni sono state attivate numerose operazioni di rimodulazione aziendale (Tabella 3.3) nelle quali i grandi players hanno avuto un ruolo predominante sia in ambito pubblico (dove sono state attivate numerose fusioni con l'obiettivo di allargare il bacino di utenza dei singoli soggetti) che in ambito privato.

Tabella 3.3 Numero di operazioni straordinarie effettuate nel 2016-2017 e prospettiche per il 2018-2020 dai grandi players del settore

	2016-2017	2018-2020
Players coinvolti in operazioni straordinarie (su 18)	11	12
Coinvolti in fusione	1	5
Coinvolti in cessione	5	3
Coinvolti in acquisizione	8	7

11 su 18 grandi players hanno effettuato operazioni straordinarie nel 2016 o 2017. Queste sono state prevalentemente acquisizioni. Nel 2018-2020 ancora 12 players su 18 saranno coinvolti in operazioni con un focus sulle fusioni. 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.

Guardando alle operazioni di acquisizione e cessione di singole strutture per anziani (Tabella 3.4), ovvero quelle operazioni più dinamiche che non necessariamente implicano un ridisegno aziendale, osserviamo come 10 aziende su 18 sono state parte attiva di acquisizioni (o nuove aperture) per un totale di 57 strutture. Meno frequenti le situazioni in cui i grandi players hanno ceduto o chiuso strutture (6 players per 18 strutture). Questo è accaduto principalmente nel nord Italia e in centro, quando le strutture registrano una redditività insufficiente e una impossibilità di ridisegno strategico a causa di quelli che appaiono al grande gruppo come insuperabili vincoli esterni o interni.

Tabella 3.4 Aperture/Acquisizioni e Chiusure/Cessioni di strutture per anziani, grandi players, anno 2017

	Apertura / acquisizione di nuove strutture per anziani- 2017	Chiusura /cessione di strutture per anziani – 2017
Players coinvolti (su 18)	10	6
Quante operazioni (totale)	57	18
Nel Nord Est	5	2
Nel Nord Ovest	7	5
Nel Centro	5	2
Nel Sud	1	0
Nelle Isole	0	0

3.6 Il mercato della LTC in UK: caratteristiche e spunti per l'Italia

In UK¹⁰ il settore della LTC ed in particolare della residenzialità per anziani (*Care homes*, ndr) vale complessivamente 16 Miliardi di sterline (pari a circa 18 miliardi di euro) e impiega 433.000 operatori. Il settore è molto ampio e orientato prevalentemente al mercato privato (41% del fatturato da posti in regime privato; 37% a finanziamento pubblico; 10% donazioni e autofinanziamento di enti caritatevoli ed ecclesiastici). Complessivamente i posti letto sono 454.000¹¹ e le strutture 11.293 (mediamente 40 posti letto ogni struttura). I gestori (5.500 complessivamente, 2 strutture mediamente per ogni gestore) sono per l'83% soggetti for profit: mediamente gestiscono 2 strutture ciascuno, ma si segnala che circa 4.000 dei 5.500 soggetti gestiscono una unica struttura mentre 6 gruppi gestiscono da soli oltre 100 strutture (17% dei posti letto).

I gestori si stanno attrezzando per far fronte ad alcune sfide¹² che caratterizzeranno il sistema LTC in UK:

- Complessivamente la richiesta di cura andrà aumentando nei prossimi anni. Il numero degli over85 è in rapida crescita e questo porrà la necessità di interrogarsi sulla espansione della capacità di offerta.
- Si stanno avviando ingenti investimenti per la realizzazione di nuove strutture residenziali anche se in alcune zone del paese i tassi di rendimento sono più alti e questo potrebbe generare delle distorsioni nella localizzazione dei servizi.
- Nel breve termine le strutture vivono tensioni sul fronte finanziario con riferimento alla capacità degli enti locali di mantenere i livelli di remunerazione dei servizi. Complessivamente le strutture che operano nel regime pubblico hanno margini di redditività più bassi e sono in difficoltà finanziaria. In alcuni territori si stanno sperimentando nuove modalità di finanziamento e di governance per superare questa problematica.
- Alti livelli di investimento saranno richiesti sia sul fronte pubblico che privato per stimolare il settore e superare le sfide del futuro. Schemi di incentivazione per l'innovazione e di stimolo all'investimento sono attualmente al vaglio.

¹⁰ Tutti i dati qui presentati sono stati tratti da Competition and market authority (2017), *Care Homes Market study*.

¹¹ La popolazione totale nel 2017 era di 65.511.097, quella over65: 11.533.589.

¹² Illustrate nel report: Competition and market authority (2017), *Care Homes Market study*.

3.6.1 quali spunti per l'Italia?

I dati sul mercato UK, pongono alcune riflessioni per il contesto italiano. Il primo elemento da osservare riguarda la disponibilità e la fonte dei dati presentati. Per UK è stato possibile tramite una ricerca online reperire dati attuali (2016) e completi circa il settore della residenzialità per anziani e una sua analisi critica promossa da una agenzia pubblica nazionale. Differente dal contesto italiano, la profilatura del mercato è stata assunta come una tematica di policy sulla cui base sviluppare delle ipotesi e possibili piste di sviluppo sia per il mercato privato che per il policy-making pubblico. Premesso questo, osserviamo poi che il contesto UK presenta operatori tanto frammentati quanto quelli italiani e con un ristretto gruppo di grandi operatori molto rilevanti (6 gruppi gestiscono il 17% del mercato mentre i 18 grandi players qui analizzati raggiungono insieme circa il 7% del mercato della residenzialità per anziani). Differentemente da quello italiano, il settore è molto più orientato al privato (sia per mercato che per natura dei gestori) e presenta una dotazione di posti letto doppia nonostante la struttura della popolazione sia simile. Il forte orientamento al mercato, unitamente ad una consapevolezza di settore e alla volontà del regolatore pubblico di orientare a livello di sistema lo sviluppo del settore, hanno fatto sì che alcune sperimentazioni e riflessioni rispetto a innovazioni future siano già state avviate, alla luce di fenomeni molto simili a quelli italiani e da cui si può prendere spunto.

3.7 Conclusioni per i gestori e i policy-makers

L'analisi dei gestori dei servizi e dei providers del settore LTC porta alla luce alcune caratteristiche del settore e fornisce alcune indicazioni rispetto allo sviluppo dei servizi sociosanitari. Per riassumere:

- Il settore si caratterizza per due diversi profili di operatori: operatori molto piccoli e specializzati, che gestiscono in media 2 strutture residenziali e null'altro in un unico territorio e con vocazione prevalente al servizio pubblico; grandi players presenti su più territori e operanti in diversi ambiti di attività anche diversi dal settore anziani che presentano una offerta di più setting assistenziali in filiera con un tentativo di apertura al mercato privato.
- Complessivamente prevalgono i servizi accreditati/convenzionati in uno schema di finanziamento pubblico, anche se ci sono timidi tentativi di apertura al mercato privato anche con servizi di counselling o sportelli di presa in carico delle famiglie.

- Il settore attraversa un momento di crisi del modello tradizionale accompagnato da una potenziale espansione della domanda: questo ha favorito gli investimenti nel settore, soprattutto da parte di grandi soggetti finanziari, e ha portato a numerose operazioni straordinarie nel settore.
- Il settore tende lentamente a diventare sempre più concentrato: i grandi players sono stati coinvolti in numerose operazioni di fusione e acquisizione oltre che in operazioni di apertura e chiusura di numerose strutture residenziali.

I fenomeni in atto segnalano in ogni caso come i grandi players stiano attivando strategie di concentrazione e di consolidamento del settore, potenzialmente in grado di indirizzare dal basso in una logica emergente bottom up le future tendenze.

Dal confronto attivato all'interno del Network Keyproviders e dell'Osservatorio Long Term Care CERGAS SDA Bocconi sono emersi altri fenomeni e tendenze individuati dai grandi providers come quelli che segneranno il futuro del settore e sui quali si aprono altre piste di cambiamento:

- Le famiglie arrivano alle strutture sociosanitarie solamente quando non riescono più a gestire il proprio congiunto al domicilio, in conseguenza della crisi economica del 2008 che ha ridotto la loro capacità di spesa. Questo ha portato al crollo della speranza media di sopravvivenza in RSA. Fanno eccezione solo i casi di derivazione sociale supportati dai Comuni, che sono spesso portatori di bisogni di natura specifica come solitudine, povertà e disabilità adulta.
- In molte Regioni, i sistemi regionali pubblici hanno reso più stringenti gli standard di servizio e soprattutto i controlli attivati, aumentando i vincoli e le regole amministrative da seguire in un contesto in cui i bisogni e le richieste delle famiglie cambiano molto velocemente e richiedono flessibilità.
- I costi per gli erogatori sono aumentati a causa del rispetto rigido degli adempimenti relativi a questi standard. Considerando che le tariffe riconosciute sono bloccate e i budget non sono stati aumentati, anzi in alcuni casi diluiti dall'ingresso di nuovi convenzionamenti. L'effetto combinato dei due fenomeni ha compromesso la sostenibilità economica delle strutture più fragili o meno attrezzate ai cambiamenti. Il settore ha reagito cercando di diminuire il costo del lavoro attivando modalità a tempo determinato o riducendo dove possibile le ore-operatore con effetti sul *burn out* degli operatori e sulla loro professionalità (attivando meccanismi di selezione avversa).

Nell'insieme questi fenomeni stanno cambiando dal basso la natura dei servizi e dei gestori e segneranno lo sviluppo del settore nei prossimi anni. Richiedono quindi particolare attenzione e cura, sia nella loro analisi e comprensione che nell'intraprendere strategie e decisioni per affrontarli.

Bibliografia

Competition and market authority (2017), Care Homes Market study.

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Rotolo A., (2014) Le politiche regionali emergenti nel settore sociosanitario e le strategie di adattamento dei grandi produttori. in: CERGAS Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2014*, Egea: Milano.

Giarelli, G. (2017). 1978-2018: quarant'anni dopo. Il Ssn tra defianziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione. *Autonomie locali e servizi sociali*, 40(3), 455-482.

Gori, C., 2017, L'età dell'incertezza, in: Network Non Autosufficienza (NNA), (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*. Maggioli Editore: Bologna, pp.11-33.

Petracca F., Ricci A., 2017, Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti, in: CERGAS Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2017*, Egea: Milano.

4 Innovazione tecnologica nel settore LTC: diffusione e prospettive

di *Andrea Rotolo*

4.1 Innovazione tecnologica e settore LTC: due traiettorie che convergono?

L'innovazione tecnologica è da sempre considerata una componente rilevante dell'innovazione dei servizi. L'Unione Europea individua le tecnologie legate all'uso di Internet e quelle che consentono interazioni online e offline come uno dei principali trend all'interno della più ampia categoria della "Social Innovation", ossia l'insieme di elementi in grado di attivare profonde trasformazioni all'interno dei sistemi di relazioni in grado di intercettare e dare risposta in modo nuovo ai bisogni dei cittadini (Addarii e Lipparini, 2017), e potenzialmente suscettibili di uno straordinario impatto nell'ambito del welfare.

Tra le sfide più importanti che i sistemi di welfare si trovano oggi a dover fronteggiare vi è quella dell'invecchiamento della popolazione, uno dei target più rilevanti per il settore sociosanitario, come già illustrato nei precedenti capitoli che hanno avuto un focus approfondito sul tema della Long Term Care (LTC). Innovazione tecnologica e invecchiamento sono stati considerati in passato mondi lontani, in parte per la scarsa attitudine all'utilizzo delle nuove tecnologie da parte degli anziani stessi, in parte perché nei servizi e nelle attività dedicate a questo target di popolazione l'introduzione di innovazioni tecnologiche è stata più lenta. Il settore sociosanitario ne è un esempio, dal momento che molte tecnologie introdotte in altri contesti non molto lontani (ad esempio, all'interno delle strutture sanitarie), hanno trovato applicazione molto più limitata.

Oggi, anche all'interno del settore LTC, questo tema sta divenendo sempre più centrale e sempre meno rinviabile. Da un lato le nuove tecnologie sono protagoniste della vita quotidiana di molte persone e, di conseguenza, del dibattito pubblico, rappresentando esse un potenziale di trasformazione dei rapporti tra persone e della qualità di vita delle stesse. Dall'altro lato i dati sull'utilizzo di Internet in Italia mostrano un aumento costante degli utenti "anziani" connessi. Solo per fare un esempio, tra il 2011 e il 2017, la percentuale di utilizzatori del web nella fascia 65-74 anni è passata dal 13,8% al 30,8%, mentre nella fascia 75+ l'aumento è stato dal 2,7% al 8,8% (ISTAT, 2017). Il trend è chiaro, ma i numeri diventano ancor più inequivocabili se si ragiona sulla fascia di persone che hanno un'età compresa tra i 45 e i 64 anni, ossia quelle persone che già oggi spesso rivestono il ruolo di *caregiver* di genitori o parenti non più autonomi e che, nei prossimi 10 o 20 anni, potrebbero diventare in prima persona gli utenti dei servizi per anziani. I dati riportati non significano che l'adozione di nuove tecnologie da parte di fruitori anziani possa avvenire in modo semplice, ma che la propensione all'utilizzo sta notevolmente aumentando rispetto al passato. Gli studi condotti in questo ambito sottolineano come i veri *driver* dell'adozione restino la semplicità di utilizzo, il supporto diretto ai fruitori, l'attività di formazione e la percezione di utilità da parte degli utenti stessi (Heart e Kalderon, 2013).

La "domanda" di tecnologia sta crescendo in virtù dei cambiamenti che avvengono nello scenario del settore, dove altre trasformazioni spingono verso l'individuazione di nuove soluzioni e modalità di risposta ai bisogni dei cittadini over 65. I dati sui cambiamenti demografici e sull'invecchiamento della popolazione già presentati nei precedenti capitoli indicano che un numero sempre crescente di anziani esprimerà bisogni di cura che potranno essere presi in carico da un numero sempre minore di *caregiver* o operatori sociosanitari (a causa della minore disponibilità di risorse, finanziarie e umane). Inoltre, bisogni sociosanitari e socioassistenziali stanno cambiando, divenendo sempre più complessi e diversificati (si pensi, ad esempio, alla crescita di fenomeni come le cronicità, il decadimento cognitivo e la compresenza di varie patologie), richiedendo una presa in carico sempre più professionale e personalizzata. Infine, gli operatori sociosanitari dovranno dare risposte alle esigenze di utenti che diventeranno sempre meno "pazienti" e sempre più "clienti", con aspettative di servizio personalizzato e di elevato livello qualitativo, differenziate sulla base di cultura, status sociale e reddito.

Ponendosi nella prospettiva dei *provider* (gestori) di servizi sociosanitari diventa inevitabile interrogarsi sul modo in cui le innovazioni tecnologiche potranno supportare la riduzione del divario tra domanda e offerta "tradizionale" di servizi, dando risposta alle rinnovate esigenze degli utenti anziani. Non si

tratta di un cambiamento del tutto indolore: le innovazioni tecnologiche portano con sé vantaggi e criticità, in parte legate al livello di introduzione e maturazione della tecnologia all'interno dei meccanismi organizzativi e delle modalità di erogazione dei servizi.

Ad esempio, la tecnologia è in grado di abilitare nuove catene del valore, dove i paradigmi tradizionali, in particolar modo se si parla di settore pubblico, vengono messi in crisi da approcci che sono sempre più reticolari, meno formalizzati e meno codificabili a priori. La tecnologia è in grado di fornire agli utenti nuovi strumenti e nuove modalità di relazione e interazione che rendono sempre meno netta la distinzione tra “produttore” e “consumatore” (Eriksson, 2005). Le tecnologie possono quindi incidere in modo rilevante sull'organizzazione dell'erogazione dei servizi, trasformando profondamente questi ultimi e creando potenziali benefici, come la costruzione di sinergie tra diversi ambiti e il rafforzamento dell'integrazione che permette di evitare sovrapposizioni (Brancati, e colleghi 2017). A livello organizzativo, è opportuno avere consapevolezza che l'implementazione di nuove tecnologie può sovvertire ruoli prestabiliti, procedure e relazioni collaborative, creando incertezza nelle attività lavorative quotidiane (Llorens-Gumbau e Salanova-Soria., 2014). Basti pensare alla maggiore velocità di adozione degli operatori più giovani, più propensi a utilizzare strumenti tecnologici, che potrebbe cambiare la distribuzione di potere all'interno dell'organizzazione, causando ulteriore incertezza. Di conseguenza, la transizione verso nuove tecnologie si accompagna alla necessità di attivare percorsi di apprendimento e coinvolgimento dell'organizzazione, senza trascurare un'analisi approfondita delle implicazioni di questi processi nelle loro diverse fasi.

In sintesi, le evidenze e la letteratura scientifica sul tema indicano alcuni punti fermi relativi all'introduzione delle nuove tecnologie nel settore socio-sanitario e, in particolare, con riferimento alla LTC:

- I cambiamenti nello scenario (demografici e socio-economici) richiedono nuove modalità di risposta alle esigenze della popolazione e la tecnologia è spesso individuata come uno dei possibili fattori di cambiamento in questa direzione;
- Vi è una sempre maggiore propensione da parte degli anziani all'utilizzo delle nuove tecnologie e di Internet;
- Le nuove tecnologie implicano al tempo stesso un cambiamento di paradigma nelle relazioni tra chi eroga i servizi e chi ne fruisce, dove i confini diventano sempre più sfumati e i livelli di incertezza sempre più elevati;
- A livello organizzativo l'introduzione di strumenti tecnologici può generare notevoli vantaggi, ma anche squilibri e conflittualità, richiamando l'importanza di investire sui processi di accompagnamento e apprendimento.

Nel prossimo paragrafo saranno approfonditi con maggiore attenzione le potenzialità e opportunità che le tecnologie presentano per il settore sociosanitario.

4.2 Le principali innovazioni tecnologiche tra presente e futuro: le opportunità per il settore

La convergenza di *health technology*, *digital media* e *mobile device* costituisce la base per lo sviluppo di un sistema di servizi digitali definito come *technology enabled care*¹ (Taylor, 2015). Questo nuovo paradigma che riguarda servizi di cura, sia sul versante sanitario, sia sul versante sociosanitario, muove a partire da tecnologie già diffuse e riconducibili ai concetti di *eHealth* (Black e colleghi, 2011), ossia tutti i servizi e gli interventi *web-based* finalizzati alla salute e al benessere della persona, e *mobile health* o *mHealth* (Kay, Misha e colleghi, 2011), cioè i servizi e gli interventi che vengono fruiti o erogati tramite dispositivi mobili o tablet. L'applicazione pratica di questi concetti si è tradotta nell'utilizzo di dispositivi connessi a Internet e app finalizzate al monitoraggio o miglioramento delle condizioni di vita o di salute delle persone. Sono sufficienti pochi dati per raccontare il grado di diffusione di questi paradigmi nella vita quotidiana delle persone: a fine 2017 erano disponibili sugli *store* digitali oltre 350.000 diverse app sulla salute, di cui 78.000 circa aggiunte solo nel corso dell'ultimo anno, che hanno generato complessivamente 3,6 miliardi di download in tutto il mondo².

Le possibilità offerte oggi dalle nuove tecnologie creano lo spazio per la diffusione esponenziale delle potenzialità dei servizi e interventi offerti e fruiti tramite Internet e i dispositivi connessi. Le innovazioni tecnologiche attualmente più rilevanti possono essere suddivise in categorie, sulla base delle loro caratteristiche e dei meccanismi di funzionamento (Czaja e colleghi, 2016; Shin e colleghi, 2016; Frisardi e colleghi, 2011; Mynatt e colleghi, 2004; Finch e colleghi, 2008; Finkelsteine colleghi, 2004). Esse presentano differenti gradi di sofisticazione e di diffusione. Di alcune vediamo già oggi le ricadute in termini pratici, mentre per altre le possibili applicazioni concrete diverranno probabilmente più chiare nei prossimi anni. Se ne illustrano di seguito le principali:

¹ Deloitte (2015). "Connected Health: How digital technology is transforming health and social care". Disponibile all'indirizzo: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-connected-health.pdf>

² Research2Guidance (2017). "mHealth App Economics: Current Status and Future Trends in Mobile Health". Disponibile all'indirizzo: <http://www.uzelf.org/wp-content/uploads/2017/12/R2G-mHealth-Developer-Economics-2017-Status-And-Trends.pdf>

- **Internet of Things:** si sta diffondendo in molti degli ambienti che frequentiamo quotidianamente quello che viene definito con l'abbreviazione "IoT" (oppure "internet delle cose"), caratterizzato dalla sempre maggiore presenza di oggetti e sensori connessi in grado di comunicare fra loro e interagire per raggiungere obiettivi comuni. L'applicazione più conosciuta è quella all'interno delle abitazioni, che diventano in questo modo "*smart home*" e permettono di monitorare e automatizzare le attività che vengono svolte al loro interno;
- **Robotica:** è la branca della tecnologia che si occupa della progettazione, della costruzione, della messa in funzione e dell'utilizzo dei robot, oggi in grado di svolgere compiti sempre più complessi;
- **Stampa 3D:** si intende la realizzazione di oggetti tridimensionali mediante produzione additiva, partendo da un modello 3D digitale. Il modello digitale viene prodotto con software dedicati e successivamente elaborato per essere poi realizzato, strato dopo strato, attraverso una stampante 3D, consentendo livelli di precisione e personalizzazione elevatissimi;
- **Intelligenza artificiale (AI):** è il campo della scienza computazionale che si dedica allo sviluppo di macchine in grado di comportarsi in un modo che sarebbe considerato "intelligente" se osservato negli esseri umani;
- **Machine Learning (ML)** o «apprendimento automatico»: è un insieme di metodi che hanno l'obiettivo di fornire ai computer l'abilità di apprendere senza essere stati esplicitamente programmati;
- **Realtà virtuale (VR):** si tratta di scenari generati al computer per simulare esperienze realistiche;
- **Realtà aumentata (AR):** consente di integrare oggetti virtuali in 3D all'interno dell'ambiente reale, in tempo reale;
- **Dispositivi indossabili o "wearables":** sono dispositivi elettronici *smart* che possono essere indossati e utilizzati come accessori oppure impiantati all'interno del corpo;
- **Ecosistemi digitali di integrazione:** sistemi di integrazione e ricomposizione della frammentazione che fanno perno sull'utilizzo di internet e dei dispositivi digitali.

Le opzioni, come mostrato dal precedente elenco (non necessariamente esaustivo), sono molteplici. Quale possa essere tuttavia il ruolo concreto di tali tecnologie all'interno dei servizi per l'*ageing* è ancora tutto da esplorare. Ogni ragionamento su come possa o debba cambiare l'offerta sociosanitaria rivolta a questo segmento di popolazione non può prescindere da una definizione della mission del servizio, del target e delle caratteristiche distintive dello stesso.

Nello specifico si individuano cinque possibili finalità (o *mission*) che la tecnologia può supportare:

- **Assistenza e cura:** riabilitazione, erogazione di prestazioni sanitarie o sociosanitarie, integrazione tra componenti sanitarie e assistenziali (l'interazione tra tecnologia e utente anziano è in questo caso diretta);
- **Self management della qualità di vita e del benessere:** prevenzione, promozione di salute e di stili di vita attivi o sani. La tecnologia ha prevalentemente la funzione di incrementare la consapevolezza e la conoscenza dell'anziano sul proprio stato di salute, permettendo così di gestire e modificare le proprie abitudini in prima persona;
- **Socialità:** creazione e mantenimento di connessioni e interazioni con altre persone;
- **Supporto al caregiver familiare o informale:** fornire aiuto al *caregiver* nella gestione della persona anziana, con funzione di monitoraggio e di comunicazione (l'interazione tra tecnologia e anziano è mediata prevalentemente dal familiare o dal *caregiver* informale in un *setting* che, nella maggior parte dei casi, è il domicilio dell'anziano o della famiglia);
- **Supporto al caregiver professionale (operatore sociale o sociosanitario):** fornire aiuto e supporto al *caregiver* professionale nella gestione delle attività di cura e assistenza alla persona anziana (l'interazione tra tecnologia e anziano è mediata prevalentemente dall'operatore in un *setting* che può essere il domicilio o la struttura residenziale).

Vi è poi la prospettiva dei target di utenza, ossia quella delle caratteristiche del beneficiario finale del servizio e della tecnologia che lo caratterizza. In questo caso, pensando agli utenti anziani over 65 a cui fa riferimento il settore sociosanitario italiano, si individuano tre macro-categorie:

- **Persona anziana indipendente o attiva:** persona attiva, senza limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane, senza necessità di supporto da parte di altre persone o *caregiver*;
- **Persona anziana non del tutto autosufficiente:** persona che presenta alcune limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane. Necessita almeno in parte di supporto nello svolgimento di alcune funzioni;
- **Persona anziana non autosufficiente:** persona non in grado di svolgere la maggior parte delle attività in autonomia e che necessita di supporto da parte di altre persone, *caregiver* familiari o professionali a seconda della complessità e gravità della sua condizione.

È infine necessario definire quali caratteristiche avrà il servizio, da cui dipendono le modalità di utilizzo della tecnologia. Esse sono strettamente collegate al *setting* assistenziale scelto che, nel caso di popolazione anziana, può presentare una varietà di opzioni:

- Al domicilio, da soli;
- Al domicilio, con *caregiver*;
- In centri diurni, di socialità;
- In situazioni di condivisione (“abitare condiviso”);
- In strutture protette;
- In strutture sociosanitarie, case di cura, riabilitazione.

Le molteplici possibilità e i molteplici incroci tra tecnologia, *setting* assistenziali e target descrivono un ampio campo di innovazione e sperimentazione. Diversi studi hanno dimostrato come le nuove tecnologie, sempre più interconnesse, possono rivestire un ruolo strumentale nel fornire alle persone anziane nuove possibilità e nuovi strumenti, non solo relativamente alla dimensione di “cura” in senso stretto, ma anche alla dimensione di “care” in senso più ampio, impattando così sulla qualità della vita e della dimensione sociale.

4.3 Stato dell’arte dell’innovazione tecnologica nel settore LTC

4.3.1 Gli obiettivi dell’indagine, la survey e il campione

L’assenza di dati e approfondimenti sul tema dell’innovazione tecnologica nel settore sociosanitario della LTC, a differenza di quanto già disponibile per il settore sanitario (si veda ad esempio: Tarricone e colleghi, 2017; Cucciniello e colleghi, 2016 e 2013; Armeni e colleghi, 2014), ha determinato la volontà di produrre una prima indagine esplorativa sul grado di diffusione delle tecnologie, con un focus specifico sulle strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Si è scelto di focalizzarsi su questo specifico ambito di approfondimento per le seguenti ragioni:

- In primo luogo, l’ambito della LTC rappresenta una quota rilevante dell’intero settore, sia per numero di persone potenzialmente interessate, sia per fatturato dei *provider* di servizi, come già illustrato dai dati presentati nei capitoli precedenti del Rapporto;
- Inoltre, le strutture residenziali costituiscono oggi la risposta con la maggiore intensità assistenziale ai bisogni degli anziani legati alla non autosufficienza;

- Infine, si tratta del *setting* assistenziale che presenta maggiori similitudini con quello ospedaliero, ambito in cui, come già accennato, si è registrata una maggiore applicazione di tecnologie, consentendo di adattare alcuni *framework* teorici e alcune riflessioni già esistenti per il settore sanitario.

L'interesse si è quindi concentrato nel verificare se (e in che misura) le tecnologie siano diffuse all'interno dei servizi del settore LTC e nel comprendere come mai si registrano elevati o ridotti livelli di diffusione. L'obiettivo della ricerca condotta nel corso del 2018 è stato quindi quello di indagare, nel settore LTC italiano:

- Il livello di diffusione delle tecnologie nelle strutture residenziali per anziani;
- Quali siano i *driver* che facilitano l'adozione di innovazioni tecnologiche, o, al contrario, che la ostruiscono.

Per farlo, è stata svolta una *review* approfondita della letteratura e dei rapporti di ricerca disponibili sul tema dell'innovazione tecnologica a supporto degli anziani, anche definita "*gerontechnology*"; sulla base dei principali elementi emersi dalla ricognizione della letteratura scientifica e della letteratura grigia è stato predisposto un questionario indirizzato a tutti i gestori iscritti alle principali associazioni di categoria del settore sociosanitario italiano. Il questionario, rivolto ai membri delle Direzioni Generali di organizzazioni che operano nel settore sociosanitario con una visione generale sui servizi per anziani gestiti dalle strutture di appartenenza, è stato diffuso online grazie al supporto di:

- Anaste (Associazione Nazionale Strutture Terza Età);
- AGeSPI (Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive);
- ANSDIPP (Associazione dei Manager del Sociale e Sociosanitario).

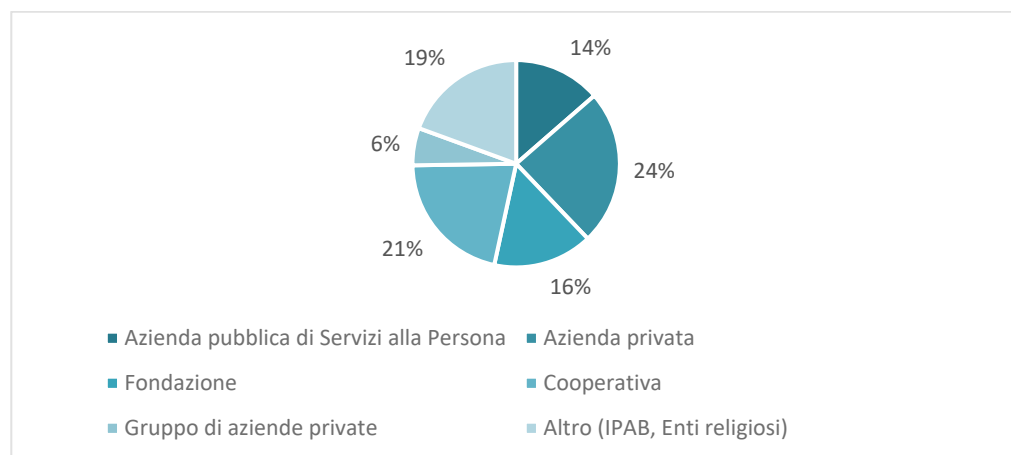
La *survey* è stata strutturata utilizzando domande chiuse che rendessero agile la compilazione e permettessero il confronto tra le dimensioni oggetto di analisi. Prima di essere diffusa, l'indagine è stata testata da tre professionisti con ruoli simili a quelle del target dei rispondenti, in modo da verificare la chiarezza e la solidità dello strumento. Il questionario è stato sviluppato in tre macro-sezioni, corrispondenti ai principali ambiti di approfondimento:

1. Introduzione e anagrafica del rispondente;
2. Diffusione delle tecnologie nelle strutture;
3. Fattori abilitanti e ostativi per l'introduzione della tecnologia.

Ai fini del presente Rapporto, sono state registrate come validi complessivamente 142 questionari (provenienti da altrettante strutture), di cui 67 compilati completamente; poiché sono state considerati anche i questionari compilati parzialmente il numero di risposte può variare da quesito a quesito. Il tasso di risposta stimato è del 35% sul totale indicativo di 400 strutture contattate.

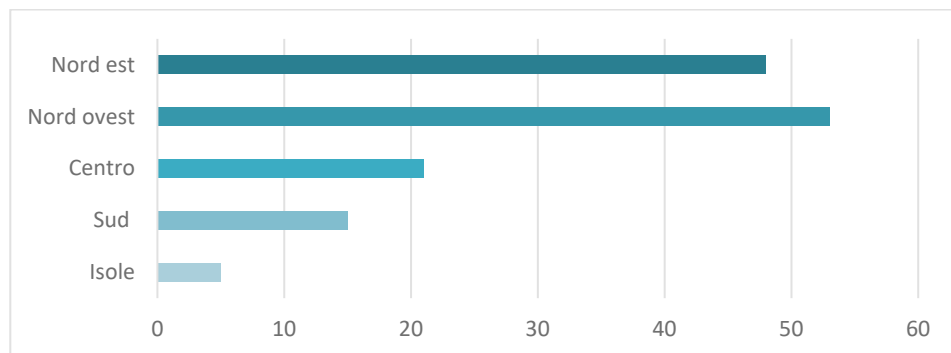
Il campione rappresentato si distribuisce in modo piuttosto omogeneo tra le diverse tipologie di strutture identificate sulla base della natura giuridica (Figura 4.1): prevalgono di misura le aziende private (24%), seguite dalle cooperative (21%), dalle fondazioni (16%), dalle aziende pubbliche di servizi alla persona (14%) e dai gruppi di aziende private (6%); all'interno della voce "altro" (19% del campione) sono rappresentati prevalentemente le IPAB e gli Enti religiosi di varia tipologia.

Figura 4.1 Natura giuridica delle aziende rispondenti



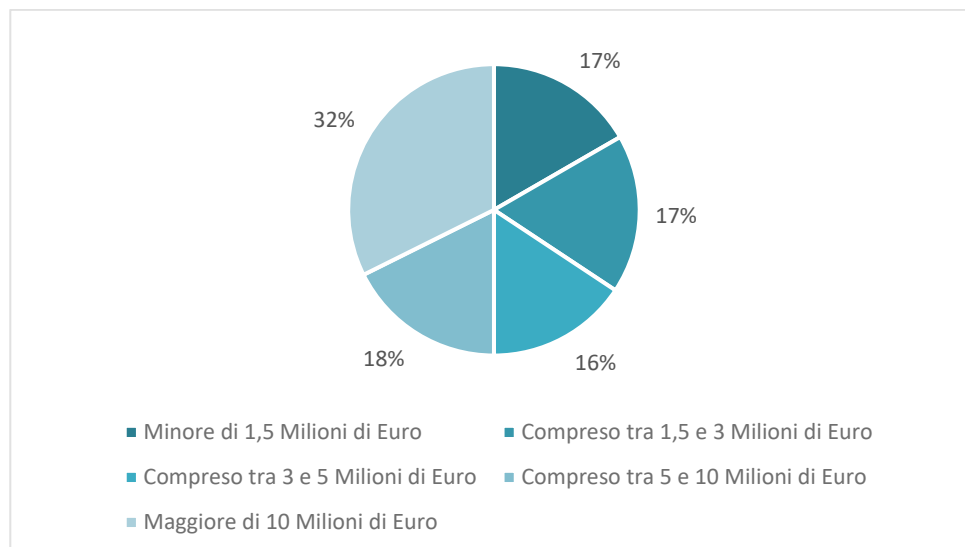
Per quanto riguarda la rappresentanza territoriale (Figura 4.2), la distribuzione delle strutture rispondenti vede una prevalenza del Nord Italia (Nord-Ovest 37% e Nord-Est 34%), mentre Centro (15%), Sud (11%) e Isole (4%) sono meno presenti all'interno del campione (coerentemente con la distribuzione geografica e la diffusione di strutture per anziani nel territorio nazionale, come illustrato anche nel Capitolo 3 di questo Rapporto).

Figura 4.2 Area geografica di riferimento delle strutture rispondenti.



Infine, per stimare la dimensione delle strutture rispondenti alla *survey*, si è fatto riferimento al fatturato aziendale relativo all'anno 2017. Dalla rilevazione emerge nel campione la prevalenza di strutture che hanno registrato nel corso dell'ultimo anno un fatturato superiore a 10 milioni di euro, determinando dunque un maggiore peso delle strutture di maggiori dimensioni o appartenenti a grandi gruppi (32% del totale). Il dettaglio è mostrato nella Figura 4.3.

Figura 4.3 Descrizione del campione per fatturato relativo all'anno 2017



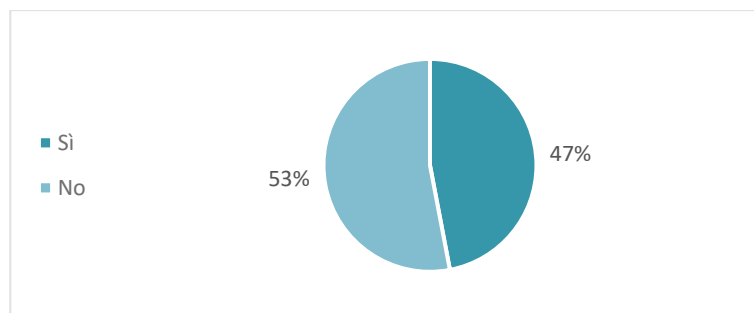
La distribuzione delle strutture per fatturato annuo è coerente con la struttura del settore, che vede la presenza di piccole, medie, grandi e grandissime aziende.

Nel successivo paragrafo saranno illustrati i risultati raccolti tramite questionario all'interno del campione appena descritto.

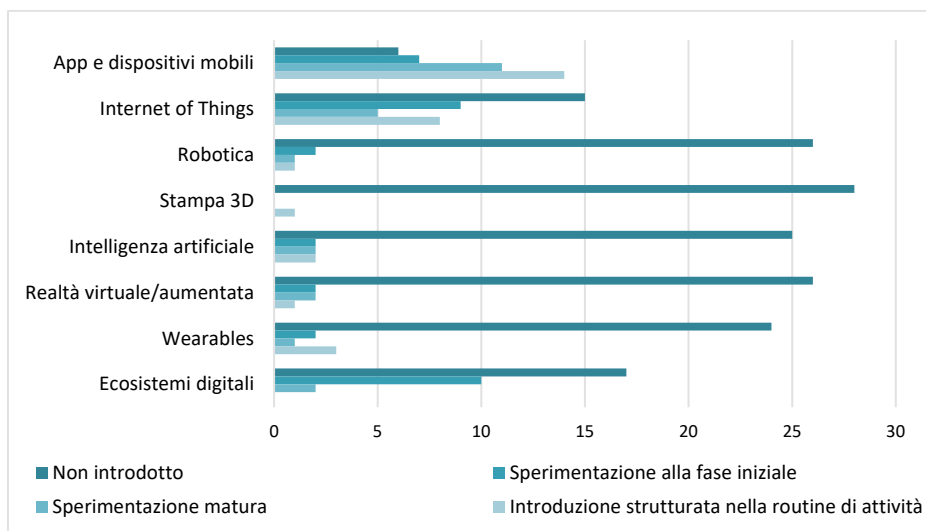
4.3.2 *Il potenziale (oggi inespresso) delle innovazioni tecnologiche nel settore*

Il primo dato indicativo che si registra riguarda l'introduzione di innovazioni tecnologiche all'interno delle strutture residenziali per anziani, facendo riferimento a tutte le possibili tipologie di innovazione descritte nel paragrafo 4.2 (quindi app, IoT, robotica, stampa 3D, AI, VR, *wearables*, ecosistemi digitali di integrazione). Più della metà (53%) delle strutture dichiara di non aver introdotto alcuna innovazione tecnologica (Figura 4.4).

Figura 4.4 Introduzione di innovazioni tecnologiche nelle strutture residenziali per anziani italiane.



Il valore del 47% di strutture che dichiarano di aver introdotto innovazioni tecnologiche all'interno delle loro attività assume un significato differente se si approfondiscono la categoria di tecnologie adottate e il livello di maturità nel loro utilizzo. Emerge infatti (Figura 4.5) che la tipologia maggiormente diffusa è quella delle app e dispositivi mobili, ossia tecnologie ormai considerate “tradizionali” dal momento che rappresentano uno standard ampiamente utilizzato in numerosi ambiti, sia produttivi, sia legati alla vita quotidiana. Si segnala che, anche in questo caso, l'introduzione di app e dispositivi mobili in modo routinario nelle attività svolte riguarda solo 14 strutture del campione, mentre nelle altre esperienze si tratta di sperimentazioni in corso.

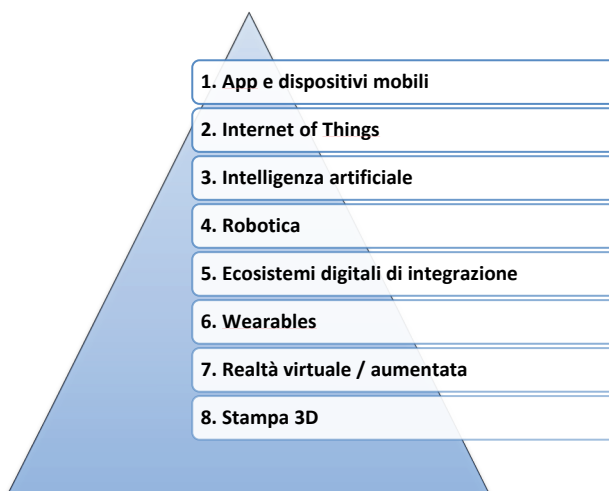
Figura 4.5 Livello di introduzione delle innovazioni tecnologiche nelle strutture residenziali

Le altre due voci che hanno registrato maggiori preferenze sono quelle relative all'impiego di dispositivi legati all'Internet of Things e l'adozione di piattaforme o ecosistemi digitali di integrazione e ricomposizione. Nel primo caso ci si riferisce a sensori di movimento e rilevazione presenza che, connessi ad altri oggetti collegati a Internet, possono rendere più efficace il monitoraggio degli utenti e dei loro spostamenti. Nel secondo caso si considerano le piattaforme che permettono di integrare e ricomporre le esigenze e le risorse che fanno capo agli utenti e alle loro famiglie oppure che permettono di fare ricomposizione dal lato dell'offerta. Risultano al momento quasi del tutto assenti le innovazioni tecnologiche considerate più "di frontiera", come robotica, stampa 3D, intelligenza artificiale, realtà virtuale o aumentata e dispositivi indossabili (*wearables*). In generale, si sottolinea che solo il 12% delle innovazioni tecnologiche mappate sono state introdotte in modo consolidato e routinario all'interno dei servizi erogati, il 13% si trovano in una fase di sperimentazione ancora iniziale e solo il 9% vive la fase di sperimentazione "matura".

Quello tracciato finora è un quadro dello stato dell'arte dell'introduzione delle innovazioni tecnologie nel settore. Per capire le traiettorie evolutive è stato chiesto ai *provider* di servizi sociosanitari di rivolgere lo sguardo al futuro. Un primo elemento di approfondimento è stato quello relativo alle innovazioni tecnologiche ritenute più interessanti e realisticamente di maggiore impatto per le

strutture gestite. Anche in questo caso (Figura 4.6) il quadro che emerge lega la visione dei produttori alle tecnologie più “tradizionali”.

Figura 4.6 Innovazioni tecnologiche ritenute di maggiore interesse dalle strutture residenziali, ordinate dalla più interessante (1) alla più marginale (8)



La preferenza, infatti, nella maggior parte dei casi è stata accordata ad app e dispositivi mobili e all’Internet of Things, ossia le due tecnologie che sono risultate anche le più adottate fra quelle già introdotte nelle strutture. Al terzo e quarto posto si posizionano intelligenza artificiale e robotica, seguiti dagli ecosistemi digitali di integrazione, dai *wearables* e da realtà virtuale o aumentata e stampa 3D che chiudono questa graduatoria.

Per esplorare meglio questi orientamenti, si è deciso successivamente di approfondire le finalità principali (o *mission*) che i rispondenti alla *survey* immaginano correlati all’impiego di ciascuna tipologia di innovazione. Si riscontra anche da questo punto di vista un’omogeneità di finalità principali, a prescindere dal tipo di tecnologia (con un’unica eccezione rappresentata dalla realtà virtuale o aumentata) (Tabella 4.1).

Tabella 4.1 Finalità principali e secondarie delle innovazioni tecnologiche nelle strutture residenziali per anziani

Innovazione tecnologica	Finalità principale	Finalità secondaria
App e dispositivi mobili	Cura e assistenza	Supporto agli operatori della struttura
Internet of Things	Cura e assistenza	Supporto agli operatori della struttura
Robotica	Cura e assistenza	Supporto agli operatori della struttura
Stampa 3D	Cura e assistenza	Supporto agli operatori della struttura
Intelligenza artificiale / Machine learning	Cura e assistenza	Supporto agli operatori della struttura
Realtà virtuale / realtà aumentata	Cura e assistenza	Self management e benessere
Wearables	Cura e assistenza	Supporto agli operatori della struttura
Ecosistemi digitali di integrazione	Cura e assistenza	Supporto agli operatori della struttura

La maggioranza delle strutture ritiene infatti che tutte le innovazioni tecnologiche possano supportare in via prioritaria la funzione di “cura e assistenza”, quindi finalità legate a riabilitazione, erogazione di prestazioni sanitarie o sociosanitarie, oppure di integrazione tra componenti sanitarie e assistenziali. Si immaginano cioè quei casi in cui l’interazione tra tecnologia e anziano è diretta e la funzione svolta è molto pertinente al contenuto *core* dell’attività svolta delle strutture residenziali. La seconda finalità ricorrente è anch’essa omogenea in tutte le risposte e per tutte le tipologie di tecnologia: si tratta del “supporto agli operatori”, intendendo un aiuto all’operatore nella gestione dell’utente anziano, oppure nella funzione di monitoraggio o di comunicazione, in cui l’interazione tra tecnologia e anziano è dunque mediata dal *caregiver* operante presso la struttura. Non si intravede di conseguenza un ruolo centrale delle innovazioni tecnologiche per altre possibili *mission* quali:

- Il “self management e benessere” (a parte il caso della realtà virtuale o aumentata), ossia la funzione che ha l’obiettivo di incrementare la consapevolezza e la conoscenza dell’anziano sul proprio stato di salute, permettendogli così di gestire e modificare le proprie abitudini in prima persona;
- La “socialità”, cioè la creazione e il mantenimento di connessioni e interazioni con altre persone che prevede un’interazione diretta tra anziano e tecnologia

- Il “supporto ai familiari”, dunque un aiuto al *caregiver* nella gestione del parente anziano, con possibile funzione di monitoraggio o di comunicazione; anche in questo caso l’interazione tra tecnologia e anziano è mediata da una terza persona.

Nella *vision* delle Direzioni Generali delle strutture interpellate la tecnologia potrà essere centrale nel potenziare o supportare il contenuto distintivo e centrale del servizio da loro erogato, mentre non si intravede un ruolo forte nel supportare funzioni accessorie, ma non per questo da ritenere meno rilevanti. Queste ultime infatti agiscono su altre componenti che contribuiscono in modo sostanziale alla salute, fisica e mentale, dell’anziano e del suo nucleo familiare.

Dopo aver descritto l’attuale diffusione delle tecnologie e aver rilevato quali sono le prospettive di utilizzo nell’immediato futuro per le strutture socio-sanitarie, si è cercato di indagare che cosa succede nell’area che intercorre tra l’esistente (la fotografia) e i *desiderata* (le prospettive future). In altre parole: che cosa spingerebbe e che cosa permetterebbe dal punto di vista dei *provider* di aumentare l’attuale (e limitata) adozione delle innovazioni tecnologiche nelle strutture per anziani? E che cosa rappresenta oggi un ostacolo da rimuovere o superare affinché vi sia un più efficace utilizzo della tecnologia all’interno dei servizi erogati?

Il primo dato interessante che l’indagine ha permesso di mettere in evidenza riguarda le ragioni determinanti nella decisione di introdurre innovazioni tecnologiche in una struttura per anziani (Figura 4.7). Emerge come elemento determinante e prioritario la presenza di un orientamento strategico aziendale sull’adozione delle tecnologie nelle strutture. In altre parole, sembra che il fattore più rilevante che incide sulla scelta di introdurre nuove tecnologie sia il poterle ricondurre a un disegno strategico più ampio e coerente con la missione e la visione aziendale. La seconda ragione più citata si collega invece alla ricerca di maggiori efficienze dal punto di vista organizzativo e maggiori risparmi. In questo caso si riscontra una lettura della tecnologia come elemento di efficientamento dei processi e, in misura minore, come leva per migliorare la qualità del servizio offerto all’anziano ospite della struttura (e quindi anche con un minor focus sull’effetto per l’utente finale). La terza e quarta ragione più citate si allontanano dall’orientamento strategico e vedono l’adozione di innovazioni tecnologiche legate alla presenza di opportunità da cogliere nel contesto esterno: bandi, concorsi, finanziamenti e premi, ma anche proposte di sperimentazione incentivate dai fornitori stessi.

Figura 4.7 Ragioni determinanti nella decisione di introdurre delle innovazioni tecnologiche in una struttura per anziani, ordinate dalla più rilevante alla meno rilevante

1. Orientamento strategico dell'azienda nei confronti dell'adozione di nuove tecnologie
2. Ricerca di risparmi per l'organizzazione/Efficientamento organizzativo
3. Opportunità di sperimentazioni legate a finanziamenti esterni (bandi, concorsi, premi etc.)
4. Opportunità di sperimentare innovazioni proposte da aziende fornitrici (di dispositivi, di servizi)
5. Richiesta da parte dell'utenza e/o dei familiari
6. Richiesta da parte dei caregiver
7. Proposta avanzata da singoli professionisti clinici operanti nella struttura
8. Proposta avanzata da personale (non clinico) operante nella struttura

Emergono così due polarità, almeno tra le quattro ragioni indicate come rilevanti: da un lato la tecnologia è percepita potenzialmente come una leva per raggiungere gli obiettivi strategici aziendali o rendere più efficiente la macchina organizzativa (quest'ultimo potrebbe essere allo stesso tempo un obiettivo strategico del top management); dall'altro lato l'innovazione tecnologica è considerata come subordinata all'esistenza di opportunità favorevoli offerte da attori esterni.

Si è voluto successivamente approfondire quali siano ritenute le condizioni "facilitanti" nell'adozione delle nuove tecnologie nelle strutture socio-sanitarie per anziani. È stato quindi domandato quali fossero gli elementi che agevolano l'introduzione della tecnologia nel momento in cui si è già formata la volontà di procedere in questa direzione. I risultati sono illustrati nella Figura 4.8.

Figura 4.8 Condizioni che favoriscono l'introduzione di innovazioni tecnologiche all'interno delle strutture per anziani, ordinate dalla più rilevante alla meno rilevante

1. Disponibilità di risorse interne all'azienda da investire nelle innovazioni tecnologiche
2. Disponibilità di risorse derivanti da bandi/grant/premi nazionali o internazionali per le innovazioni tecnologiche
3. Disponibilità di infrastrutture di supporto (es: internet a banda larga)
4. Propensione degli operatori all'adozione e utilizzo di tecnologie
5. La presenza di partnership idonee ad avviare percorsi di innovazione
6. Disponibilità di una struttura residenziale moderna, con spazi adeguati e predisposti per l'innovazione tecnologica
7. Presenza di normative/linee guida/regolamentazione che incentivano l'adozione di innovazioni tecnologiche
8. Propensione di utenti e/o familiari all'adozione di tecnologie

La condizione abilitante più citata e a cui è stato attribuito un maggior peso è quella della disponibilità di risorse da investire in innovazione, un fattore che troviamo anche nella seconda dimensione più citata, ossia la disponibilità di opportunità di finanziamento attraverso bandi, *grant* e premi. Appare chiaro fin da subito che l'esistenza di risorse economico-finanziarie che possano supportare l'introduzione della tecnologia sia considerata la *conditio sine qua non* che rende davvero possibile tradurre in realtà anche il più forte degli orientamenti strategici. Tra le condizioni "abilitanti" più importanti ci sono anche la disponibilità di infrastrutture di supporto riferite al territorio (come l'essere raggiunti da internet a banda larga) e la propensione degli operatori all'adozione e utilizzo delle tecnologie.

Una lettura speculare, che in gran parte conferma le considerazioni fin qui riportate, può essere fatta analizzando gli aspetti ritenuti ostacolanti rispetto all'innovazione tecnologica nel settore sociosanitario (Figura 4.9).

Figura 4.9 Fattori considerati come ostacolo all'introduzione di innovazioni tecnologiche all'interno delle strutture residenziali per anziani, ordinati dal più rilevante al meno rilevante

1. Mancanza di risorse interne all'azienda da investire nelle innovazioni tecnologiche
2. Mancanza di risorse derivanti da bandi/grant/premi nazionali o internazionali per le innovazioni tecnologiche
3. Limiti imposti dalle normative vigenti (es: Privacy)
4. Mancanza di infrastrutture di supporto (es: internet a banda larga)
5. Strutture non adeguate per l'introduzione di componenti tecnologiche
6. Resistenze o mancata sensibilità all'utilizzo da parte degli utenti o dei loro caregiver
7. Resistenze da parte degli operatori all'adozione e utilizzo di tecnologie
8. L'assenza di partnership idonee ad avviare percorsi di innovazione

Il tema delle risorse necessarie per l'innovazione occupa i primi due posti tra gli ostacoli più citati ("mancanza di risorse"), mentre al terzo posto si segnalano i limiti imposti dalle normative vigenti, spesso indicate anche in altri contesti come vincolo all'innovazione nei servizi sociosanitari. Il quarto ostacolo riportato dalle strutture come più rilevante è quello della mancanza di infrastrutture di supporto, confermando la coerenza con quanto rilevato nella domanda precedente del questionario.

Il quadro di sintesi che emerge dall'indagine esplorativa condotta in 142 strutture sociosanitarie per anziani in Italia restituisce dunque una diffusione limitata delle innovazioni tecnologiche, oggi per lo più legata all'adozione di app e dispositivi mobili, oggetti e sensori connessi a Internet (Internet of Things) e piattaforme digitali di integrazione. Sono ancora marginali gli esempi di introduzione (o anche solo sperimentazione) di tecnologie più innovative, come la robotica, l'intelligenza artificiale, la realtà virtuale o aumentata e la stampa 3D. Sembra esserci ancora uno scarso orientamento strategico e una limitata visione su come le tecnologie potrebbero in prospettiva cambiare le modalità di erogazione e di fruizione dei servizi sociosanitari. Il focus è per lo più sulla possibilità di migliorare la cura e l'assistenza all'ospite delle strutture o, in seconda battuta,

fornire supporto agli operatori. Questi orientamenti sono in parte da ricondurre alle peculiarità dei servizi erogati nelle strutture sociosanitarie per anziani, caratterizzati da una componente sanitaria comunque rilevante e, spesso, da condizioni di non autosufficienza degli utenti già molto avanzate. Esistono tuttavia delle condizioni ritenute auspicabili dai *provider* sociosanitari affinché l'innovazione possa essere introdotta con maggiore semplicità: questa passa inevitabilmente attraverso la disponibilità di risorse (interne alle organizzazioni o offerte da partner esterni), attraverso la rimozione di vincoli normativi e attraverso la propensione delle persone che operano all'interno delle strutture ad adottare nuove tecnologie senza produrre forti resistenze.

Nel prossimo paragrafo si cercherà di fornire una lettura di questi risultati alla luce delle opportunità che le nuove tecnologie offrono e che sono state presentate nei paragrafi precedenti.

4.4 Il settore LTC ha bisogno di innovazione tecnologica o di visioni innovative?

Gli elementi raccolti attraverso il questionario inviato alle strutture residenziali per anziani stimolano un interrogativo di fondo: il settore LTC ha bisogno di innovazione tecnologica o di visioni innovative? La risposta, come prevedibile, è che probabilmente ci sarebbe bisogno di entrambi.

Mentre sul primo aspetto, la necessità di introdurre nuove tecnologie all'interno dei servizi, i provider interrogati e la letteratura esistente sul tema sembrano convergere, sul secondo aspetto, quello della *vision*, si riscontra un approccio ancora legato a paradigmi "tradizionali". Se infatti da un lato le tecnologie descritte in questo capitolo stanno timidamente facendo comparsa all'interno delle strutture residenziali, soprattutto sotto forma di sperimentazioni, sembra mancare al momento una vera spinta innovativa verso le nuove frontiere della tecnologia. Si registra questo dato in prima battuta guardando alla tipologia di strumenti tecnologici maggiormente diffusi e indicati come più rilevanti, anche in prospettiva di medio-lungo termine: app, dispositivi mobili, ecosistemi digitali di integrazione, Internet of Things. In altre parole, tutte quelle applicazioni della tecnologia già ampiamente diffuse in altri settori, come ad esempio nelle strutture sanitarie, oppure nella vita quotidiana. I servizi LTC si caratterizzano tuttavia per contenuti in parte distintivi rispetto a quelli sanitari, aprendo il campo ad applicazioni differenti della tecnologia che, almeno per il momento, non sembrano essere nelle priorità di chi dirige le strutture residenziali.

Questa visione "tradizionale" emerge anche sulla base delle finalità prevalenti individuate per tutte le innovazioni tecnologiche: la cura e l'assistenza alla persona. Si tratta infatti del cuore della maggior parte dei servizi già esistenti

e rappresenta pertanto anche la *mission* che ciascun erogatore ha in mente come prioritaria. Probabilmente queste risposte potrebbero risultare parzialmente diverse se approfondite con riferimento a *setting* assistenziali differenti, come ad esempio quello domiciliare, ma sono indicativi di una difficoltà nell'intravedere un miglioramento delle altre componenti del servizio, legate alla socialità, alle possibilità di avere maggiore consapevolezza sulle proprie condizioni di salute e autonomia nella gestione del proprio benessere, nonché di migliorare la relazione con i *caregiver*.

L'approfondimento sulle ragioni che spingono l'introduzione di nuove tecnologie, ma anche sulle condizioni facilitanti e sugli ostacoli che i produttori di servizi sociosanitari ravvisano, completano in modo coerente questo quadro. Viene indicata come rilevante l'esistenza di un orientamento strategico complessivo che comprenda le nuove tecnologie, ma allo stesso tempo si indica la spinta data dalla ricerca di risparmi ed efficientamento organizzativo. La tecnologia dunque non viene percepita come leva per il miglioramento della capacità di risposta ai bisogni degli utenti, ma come strumento per ricercare l'efficienza produttiva. Il tema delle risorse e dei vincoli a essi collegati sembra essere l'elemento che più influenza il ragionamento attorno alle nuove tecnologie: le condizioni indicate come necessarie affinché si possano introdurre sono prevalentemente la disponibilità di risorse (interne all'organizzazione o opportunità di finanziamento esterno) e l'eliminazione dei vincoli normativi.

Pare dunque mancare, anche in ragione delle pressioni che derivano dal contesto in cui operano le strutture sociosanitarie per anziani, lo spazio per una visione innovativa sulle nuove tecnologie. Il ragionamento strategico dovrebbe essere guidato (anche) da fattori diversi dalla ricerca di economie, che potrebbero invece rappresentare una conseguenza positiva (ma non scontata, né indispensabile) che deriva dall'introduzione di strumenti tecnologici. Più che sul risparmio, il focus dovrebbe essere sul miglioramento del servizio e della capacità di dare risposta ai bisogni degli utenti che, come si è visto, stanno cambiando sia dal punto di vista quantitativo, sia dal punto di vista qualitativo. Le trasformazioni del contesto (sociale, demografico, epidemiologico, economico) stanno facendo emergere con sempre maggiore forza la necessità di individuare modalità di risposta alternative più coerenti con l'evoluzione dell'utenza: la tecnologia potrà essere un valido supporto nel raggiungere questi ambiziosi obiettivi? Nei campi in cui le tecnologie hanno trovato spazio in modo consistente sembra che la risposta sia positiva. Non solo, le innovazioni tecnologiche si sono dimostrate anche in grado di far esplorare nuovi scenari.

Esistono grandi potenzialità da cogliere nell'utilizzo della tecnologia per assistere gli anziani o supportare i *caregiver*. Si intravedono possibilità di erogare servizi innovativi che rispondono alle esigenze di target di utenza non an-

cora intercettati, dando la possibilità di esplorare nuovi mercati. Questi potenziali mercati, essendo al momento al di fuori dei tradizionali schemi di regolamentazione pubblica, presentano anche minori vincoli dal punto di vista delle normative e consentono maggiori spazi di innovazione.

È evidente come la riflessione sia ancora in una fase embrionale. Serve un ripensamento strategico da parte dei produttori LTC che faccia sintesi tra fabbisogni a cui rispondere, target e caratteristiche dell'utenza, *setting* assistenziali e ruolo della tecnologia. Tale ragionamento non potrà prescindere dagli impatti che l'introduzione delle innovazioni tecnologiche potrà avere in termini di risorse da investire, competenze necessarie, distribuzione dei costi e sistemi di management. La tecnologia dovrà inevitabilmente essere considerata come un tassello fondamentale di una riflessione più ampia sul futuro dei servizi LTC.

Bibliografia

- Addarii, F., & Lipparini, F. (2017). Vision and trends of social innovation for Europe. Technical Report). Brussels: European Commission. Retrieved from: <https://publications.europa.eu/en/publicationdetail/-/publication/a97a2fbd-b7da-11e7-837e-01aa75ed71a1/language-en>.
- Armeni, P., Callea, G., & Tarricone, R. (2014). L'adozione dell'innovazione tecnologica da parte degli ospedali italiani: un'analisi dei fattori endogeni.
- Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., & Sheikh, A. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS medicine*, 8(1), e1000387.
- Brancati, M. C. Urzi, C. Kucsera, and G. Misuraca. 2017. ICT-Enabled Social Innovation for Active and Healthy Ageing: Redesigning Long-Term Care and Independent Living in Europe.
- Czaja, S. J. (2016). Long-term care services and support systems for older adults: The role of technology. *American Psychologist*, 71(4), 294.
- Cucciniello, M., Guerrazzi, C., & Nasi, G. (2013). Fascicolo Sanitario Elettronico: modelli di implementazione e raccomandazioni per l'adozione.
- Cucciniello, M., Lapsley, I., & Nasi, G. (2016). Managing health care in the digital world: A comparative analysis. *Health Services Management Research*, 29(4), 132-142.
- Eriksson, M., Niitamo, V. P., & Kulkki, S. (2005). State-of-the-art in utilizing Living Labs approach to user-centric ICT innovation-a European approach. Lulea:

Center for Distance-spanning Technology. Lulea University of Technology Sweden: Lulea.

- Frisardi, V., & Imbimbo, B. P. (2011). Gerontechnology for demented patients: smart homes for smart aging. *Journal of Alzheimer's Disease*, 23(1), 143-146.
- Finch, T. L., Mort, M., Mair, F. S., & May, C. R. (2008). Future patients? Telehealthcare, roles and responsibilities. *Health & social care in the community*, 16(1), 86-95.
- Finkelstein, S. M., Speedie, S. M., Demiris, G., Veen, M., Lundgren, J. M., & Potthoff, S. (2004). Telehomecare: quality, perception, satisfaction. *Telemedicine Journal & E-Health*, 10(2), 122-128.
- Heart, T., & Kalderon, E. (2013). Older adults: are they ready to adopt health-related ICT?. *International journal of medical informatics*, 82(11), e209-e231.
- Kay, Misha, Jonathan Santos, and Marina Takane. "mHealth: New horizons for health through mobile technologies." *World Health Organization* 64.7 (2011): 66-71.
- Llorens-Gumbau, S., & Salanova-Soria, M. (2014). Loss and gain cycles? A longitudinal study about burnout, engagement and self-efficacy. *Burnout Research*, 1(1), 3-11.
- Mynatt, E. D., Melenhorst, A. S., Fisk, A. D., & Rogers, W. A. (2004). Aware technologies for aging in place: understanding user needs and attitudes. *IEEE Pervasive Computing*, 3(2), 36-41.
- Shin, J., Kim, Y., Nam, H., & Cho, Y. (2016). Economic evaluation of healthcare technology improving the quality of social life: the case of assistive technology for the disabled and elderly. *Applied Economics*, 48(15), 1361-1371.
- Taylor, K. (2015). *Connected health: how digital technology is transforming health and social care*. London, UK: Deloitte Centre for Health Solutions.
- Tarricone, R., Cucciniello, M., Armeni, P., & Petracca, F. (2017, May). mHealth: How To Improve Effectiveness And Efficiency Of Cancer Management. In *Value In Health* (Vol. 20, No. 5, pp. A254-A255). 360 Park Ave South, New York, NY 10010-1710 USA: Elsevier Science Inc.

5. Le sfide per i provider e per i policy makers

di *Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola*

5.1 Alcune considerazioni sul settore Long Term Care

La capacità di affrontare il tema dell'invecchiamento e della non autosufficienza sta diventando sempre più cruciale per il futuro del nostro paese. Progressivamente questa lettura sta diventando anche un dato di consapevolezza collettiva, nell'esperienza delle persone, delle famiglie e delle imprese (che operano nel settore o che ne subiscono gli effetti indirettamente). Il modo in cui di fronte a questi cambiamenti il sistema di welfare Italiano riuscirà a farsi carico di offrire risposte alle persone in condizioni di non autosufficienza, costituisce una preoccupazione sempre più forte nel processo di invecchiamento dei cittadini e delle loro famiglie. Questo non dipende solamente dal funzionamento del sistema pubblico. Gli anziani hanno di fronte a sé reti familiari sempre "più corte" e frammentate. I *caregiver* sono sempre più soli nell'assunzione dei carichi di cura che si trovano ad assumere spesso in condizioni vincolate dall'attività professionale e lavorativa. Le stesse imprese, come conseguenza dei processi di invecchiamento del proprio personale, si trovano di fronte a numeri sempre maggiori di collaboratori il cui contributo al lavoro deve essere mediato con le esigenze connesse alla gestione dei processi di invecchiamento nell'ambito della famiglia.

Si pone allora un tema di connessioni e di messa a sistema dei contributi e prospettive di tutti gli attori in gioco, in cui ogni parte può e deve contribuire alla diagnosi e alla soluzione, in una logica di integrazione.

Dopo aver sinteticamente richiamato i tratti specifici della prospettiva assunta nel testo, che non acquisisce come dato di partenza il policy-making formale e quindi quanto esistente nel mondo della regolazione e del

finanziamento pubblico, ma piuttosto i fenomeni in atto nel sistema inteso in senso allargato (Paragrafo 5.2), le prossime pagine riassumono le principali evidenze emerse nel rapporto e ne traggono un quadro di sintesi del sistema LTC e del nostro paese (Paragrafo 5.3), per individuare le principali traiettorie di cambiamento (Paragrafo 5.4), le sfide per i provider e per i policy maker (Paragrafo 5.5) e una strategia possibile (Paragrafo 5.6) per qualificare la capacità complessiva di risposta del sistema a un fenomeno che non solo riguarda una sfera molto ampia della popolazione anziana con un impatto rilevante sui contesti familiari e perfino professionali, ma va considerato come fenomeno in drammatica espansione da porre al centro delle strategie complessive del paese.

5.2 Una prospettiva inedita: dai servizi al policy making

Il presente Rapporto si è posto lo scopo di indagare l'innovazione e il cambiamento nell'ambito della LTC con uno sguardo orientato ai servizi e al fabbisogno di interventi, per comprendere le trasformazioni in atto e intuire le sfide che si pongono oggi sia per il welfare pubblico, sia per il sistema degli erogatori privati, in parte finanziati dal settore pubblico stesso in parte dal mercato. Il Rapporto non affronta quindi il tema, pure molto rilevante, del sistema di governance pubblico (programmazione sociosanitaria, modelli di accreditamento e contrattualizzazione, regole di accesso al sistema, meccanismi tariffari, ecc.), ma si pone dal punto di vista del “momento della verità” (Normann, 1984): quel momento in cui l'utente entra in contatto con i servizi per trarre una risposta alle proprie esigenze.

In questo senso, le dinamiche interne al sistema di offerta e il ruolo svolto dai provider, costituiscono un oggetto di analisi determinante che viene interpretato alla luce di due elementi di contesto:

1. Un primo elemento è rappresentato dalle dinamiche del settore (fabbisogno, dinamiche del sistema di regolazione e finanziamento pubblico, risorse pubbliche e delle famiglie, dotazione di offerta, ruolo delle famiglie);
2. Un secondo elemento è rappresentato dalle molteplici traiettorie di innovazione tecnologica che costituiscono un potenziale fattore di cambiamento del settore nei prossimi anni.

I provider del settore non sono interpretati quindi solo come attuatori ultimi delle scelte di policy e di finanziamento da parte dei soggetti pubblici, ma piuttosto come protagonisti che contribuiscono a definire le traiettorie evolutive del settore. Al contrario, le policy pubbliche sono assunte come

fattore decisivo nello scenario analizzato (v. Capitolo 2), anche se non come unico elemento e motore determinante. D'altro canto, il principale elemento di cambiamento nell'offerta per la LTC negli ultimi 20 anni è rappresentato dal fenomeno "badanti", un fenomeno emergente, non governato, di cui non è dato trovare traccia "istitutiva" nel welfare formale del paese, pur costituendone oggi la componente sostanziale più rilevante e numerosa.

5.3 Il settore, i provider, le tecnologie: le principali evidenze

Ai fini di individuare le sfide per il sistema, per i provider e per i policy-maker, può essere utile ripercorrere le principali evidenze che emergono nei capi-toli precedenti del Rapporto.

La lettura generale del settore (v. Capitolo 2) evidenzia che lo sforzo pubblico nel dare risposta ai bisogni di LTC trova un limite nelle risorse a disposizione e nella sua capacità produttiva: solamente il 31,9% degli anziani trova risposta ai bisogni tramite servizi pubblici (inclusendo sia quelli residenziali che domiciliari, nonostante questi ultimi siano scarsamente diffusi e presentino una intensità assistenziale molto bassa). Di questi solamente il 10-12% è realmente preso in carico: coloro che fruiscono di servizi domiciliari, infatti, hanno un impatto molto parziale rispetto alle loro esigenze, trattandosi in media di meno di 20 ore per utente in un anno. Difficilmente si può immaginare che questo dato possa aumentare considerevolmente nel prossimo futuro, ad esempio grazie all'aumento di finanziamenti pubblici considerando che nessuna forza politica dei governi degli ultimi dieci anni ha perseguito un incremento dell'intensità del sistema di welfare per la non autosufficienza. L'intervento finanziato da soggetti pubblici rischia, al contrario, di diventare sempre più residuale: il 70% della popolazione non autosufficiente non beneficia di nessun supporto da parte dei servizi, se non di soli trasferimenti monetari, che sono aumentati negli ultimi anni solamente in funzione dell'aumento demografico e della incidenza di anziani non autosufficienti. Questi sono comunque di valore limitato e non sono accompagnati da misure di orientamento o supporto rispetto all'utilizzo delle risorse stesse. Inoltre, non sono correlate al reddito e nemmeno all'intensità del bisogno, con un forte rischio di iniquità, generando il paradosso di un sistema di welfare che non contribuisce alla redistribuzione dei propri interventi nella tutela dei diritti.

Le famiglie, da parte loro, hanno attivato nel tempo delle strategie proprie per fronteggiare la condizione di non autosufficienza. Questo ha portato a due fenomeni: da un lato la nascita di un settore composto oggi

da più di 980.000 lavoratori (le badanti) che si occupa della LTC con modalità non sempre adeguate e scarse competenze; dall'altro il tentativo di supplire alla mancanza di servizi strutturati tramite la messa in rete di più soluzioni domestiche ricomposte che, tramite l'auto-organizzazione e il *caregiving* dei famigliari, il ricorso a strutture sociosanitarie nei momenti di crisi o quando necessario un sollievo e il ricorso ai servizi sanitari al bisogno, riescono a “tamponare” le necessità delle famiglie e degli anziani.

Il quadro emergente dall'analisi dei provider (v. Capitolo 3) evidenzia un mondo composto in prevalenza da soggetti privati, e articolato su due differenti profili. Da una parte molti provider di piccole dimensioni, ancorati alle comunità, prevalentemente mono-servizio collocati in ambito sociale e sociosanitario. Dall'altra, provider di maggiori dimensioni, con un orientamento più forte al mercato, orientati a ricomporre filiere di servizi e collocati in ambito sociosanitario e sanitario. I grandi provider stanno sviluppando processi di aggregazione e concentrazione, ma il tasso di concentrazione industriale raggiunto dal settore LTC in Italia è ancora estremamente modesto, soprattutto se confrontato con il comparto sanitario domestico o con i mercati di LTC internazionali. I pochi player di grandi dimensioni si stanno timidamente caratterizzando anche per l'integrazione verticale dell'offerta: tutti i grandi player sono presenti in ognuno dei tre principali setting di assistenza per la LTC (residenziale, diurno, domiciliare). L'introduzione di attività di *counseling* e supporto alle famiglie potrebbe essere un primo passo verso una riconfigurazione dell'offerta meno centrata sulle prestazioni più tipiche e tradizionali, e più orientata a sviluppare forme di supporto e integrazione di rete. Anche per i grandi player, tuttavia, continua a prevalere l'offerta gestita nella sfera di finanziamento pubblico, mentre solo l'8% dell'offerta si caratterizza per esser orientata al mercato privato.

Sotto il profilo dell'innovazione tecnologica (v. Capitolo 4) emergono prospettive di cambiamento su differenti fronti. Il potenziale impatto della trasformazione digitale riguarda sia il trattamento delle informazioni a supporto dei processi di cura, sia le forme di coinvolgimento degli utenti e dei familiari, sia il ruolo degli operatori. App e dispositivi mobili sono le principali innovazioni in corso di introduzione, e alcune strutture stanno sviluppando strumenti del mondo “Internet of things”, mentre le altre possibili linee tecnologiche appaiono ancora lontane dall'essere introdotte. Tuttavia, la trasformazione digitale si caratterizza per la rapidità e la pervasività dei cambiamenti, non sempre prevedibili, a cui potremo assistere nei prossimi anni, ed ha in *nuce* tutti gli elementi per mettere in crisi i paradigmi tradizionali e superarli con approcci che sono sempre più reticolari, meno formalizzati e meno codificabili a priori. Tra i principali driver (in

senso facilitante o ostativo) individuati dai provider emergono la disponibilità di risorse finanziarie e di infrastrutture di supporto. Se volessimo paragonare il cambiamento potenziale per il settore derivante dall'adozione di tecnologie, con quanto accaduto nel caso del cambiamento introdotto con l'avvento delle "badanti", potremmo osservare che entrambi si caratterizzano per essere stati fenomeni spontanei, non governati, di grande impatto ma, al contempo, potenzialmente portatori di iniquità. Similmente a quanto già accaduto, possiamo immaginare che i provider più grandi, dotati di maggiore capacità di investimento diretto nella tecnologia e/o nella ricerca di grant, e collocati in ambienti più favorevoli dal punto di vista delle infrastrutture digitali, siano i principali candidati allo sviluppo dell'innovazione tecnologica nel settore, in assenza di una ipotesi e una regia pubblica sull'argomento. Questo potrebbe avere come esito una diffusione a macchie di leopardo sul territorio nazionale senza modalità di coordinamento o di monitoraggio delle modalità di accesso ai nuovi servizi.

5.4 Un quadro di sintesi: dalla frammentazione dell'offerta alla discriminazione dell'utenza?

L'insieme di queste dinamiche non si sta però sviluppando nell'ambito di un vero e proprio sistema, poiché l'offerta per la LTC si potrebbe piuttosto definire come una sommatoria di interventi e servizi che nel tempo sono stati dedicati a questa funzione assistenziale senza una visione organica. La frammentazione della governance pubblica ha fatto sì che le funzioni di governo e manageriali venissero ripartite tra più soggetti con forme istituzionali, meccanismi di finanziamento e *mission* diverse, non sempre convergenti o conciliabili. Soprattutto, la frammentazione istituzionale allontana ciascuno dei soggetti dalla responsabilità di concentrarsi su una funzione di governo della LTC: una pluralità di attori istituzionali è responsabile, ciascuno nel proprio ambito, dell'offerta di determinate prestazioni, ma nessuno ha il titolo e le risorse per assumere una responsabilità univoca rispetto al governo del problema della non autosufficienza. L'assenza di una governance forte e di un soggetto titolato alla guida del settore costituiscono in primo luogo un problema di conoscenza e lettura del fenomeno, in altri termini, di agenda di policy. In assenza di un quadro di policy di riferimento e di visioni o obiettivi, il mondo della LTC è oggi plasmato da quattro tipi di soggetti: le famiglie, le badanti, i finanziatori e regolatori pubblici e i soggetti gestori, senza che nessuno possa davvero esercitare un ruolo pivotale.

Le *famiglie* sono diventate i micro-registi della LTC: l'organizzazione della cura e la creazione di percorsi di presa in carico sta nelle loro mani. Sono le famiglie ad organizzare l'assistenza per l'anziano, a ricomporre informazioni, risorse e servizi e a gestire la continuità assistenziale tra setting diversi ai confini tra settore sociale, sociosanitario e sanitario (e rispetto a quest'ultimo potremmo aggiungere tra ospedale e territorio). La funzione di definizione dei piani di presa in carico e del coordinamento o care management, è stata assunta nei fatti dalle famiglie, che hanno dovuto imparare a districarsi nella giungla della governance pubblica e a programmare le attività assistenziali. Allo stesso modo le famiglie si sono fatte carico anche di fare pooling tra risorse pubbliche e private, mettendo a sistema quanto erogato dal pubblico con i servizi da loro attivati privatamente e con il loro lavoro di cura informale. Ogni nucleo familiare si trova quindi ad affrontare la più grande sfida che si sta ponendo il sistema pubblico di welfare, ovvero ricomporre settori di policy differenti e integrare risorse pubbliche e private. Infine, il contributo delle famiglie al finanziamento dei circa 270.000 posti letto residenziali in ambito sociosanitario è pari a circa 540 milioni ogni mese. Questa cifra è stata calcolata assumendo un tasso di occupazione dei posti letto molto vicina al 100%. Se si considerasse un tasso di occupazione tra il 95% e il 90% (a seconda dei contesti regionali il dato medio può variare) la stima mensile oscillerebbe tra 490 e 515 milioni di euro.

Il comparto delle *badanti* (i dati ci dicono circa 983.000) costituisce oggi il pilastro della tenuta di numerose famiglie italiane che affidano loro la conciliazione vita lavoro delle donne e l'equilibrio affettivo e assistenziale dei nuclei familiari. Anche in questo caso si è trattato di un processo emergente: il settore non è mai stato regolato (se non con timidi tentativi tutto sommato recenti) ed è andato formandosi anno dopo anno, di pari passo con i flussi migratori da alcuni specifici paesi, fino a diventare un fenomeno esplosivo con implicazioni sociali (ed economiche) molto rilevanti. Il comparto delle badanti oggi affianca in modo parallelo il sistema pubblico per la LTC e in alcuni casi anche il sistema sanitario. Le badanti sono di fatto diventate operatori assistenziali (quando non sociosanitari) senza alcun riconoscimento né ruolo codificato dal welfare pubblico e nessuna forma strutturata di relazione con gli altri professionisti del corpus assistenziale.

Ognuno dei numerosi *regolatori e finanziatori pubblici* sta stratificando una serie di micro iniziative aggiuntive rispetto a quelle tradizionalmente esistenti (es. buono badanti, albo badanti, il miglioramento delle scale di valutazione del bisogno, lo sviluppo dei propri sistemi informativi, ecc.), ma la cui sommatoria, paradossalmente, aumenta il livello di frammenta-

zione e quindi di iniquità del sistema, chiedendo alle famiglie ancora maggiori sforzi ricompositivi.

I **soggetti gestori** svolgono il ruolo di front office e ascolto delle famiglie. Sia sul fronte pubblico (tramite le modalità dell'accreditamento o convenzionamento) che sul fronte privato, sono l'interlocutore preferenziale delle famiglie con riferimento ai servizi strutturati: sono quindi la prima sentinella di ascolto del bisogno e anche il primo baluardo di relazione ed accesso al sistema della LTC, raccogliendone gli oneri e gli onori. Non sono però ancora in grado di offrire una funzione strutturata di case management o di consulenza/guida permanente alla funzione ricompositiva delle famiglie (se non quando si sceglie la strada della istituzionalizzazione dell'anziano), dato che essi stessi riflettono a specchio la frammentazione del sistema e la loro focalizzazione prevalente sulle insufficienti risorse pubbliche. Le strategie e le innovazioni messe in atto dai soggetti gestori sono quindi ancora timide e insufficienti. Solo poche punte avanzate interpretano dal basso le esigenze e anticipano il regolatore pubblico, come in alcuni esempi emblematici descritti in questo Rapporto. Il primo esempio riguarda il tema delle tecnologie e dell'innovazione di servizio. I gestori si stanno muovendo, pur in modo ancora incerto e molto parziale, verso l'introduzione e la diffusione di innovazioni tecnologiche che nel medio periodo determineranno il futuro del settore. Questo avviene completamente al di fuori di ogni regia pubblica e sulla base di meccanismi competitivi ed esigenze dei singoli soggetti, che non necessariamente saranno forieri di vantaggi per il settore. A questo proposito è utile invece osservare lo sforzo di governance che il sistema pubblico sta sviluppando per selezionare le tecnologie e i dispositivi in ambito medico, con un sistema di HTA nazionale e regionale, istituito per legge. Questo confronto, tra il tentativo pervasivo di governare lo sviluppo tecnologico in sanità e l'assenza del tema nell'agenda pubblica della LTC, riflette, indubbiamente, i differenziali di spesa pubblica nei due settori, la presenza in sanità di un sistema di governo unitario assente per la LTC, ma anche l'incapacità di costruire una agenda di governo di indirizzo, a prescindere dalle disponibilità finanziarie e dalla presenza di un silos istituzionale dedicato. Il secondo esempio riguarda il tema della concentrazione del mercato e della presenza dei grandi produttori su filiere molto lunghe di servizi assistenziali. Tramite queste strategie, ovvero concentrare più soggetti in grandi gruppi e mettere in connessione diversi servizi sociali, sociosanitari e sanitari, i gestori stanno avviando un percorso di ricomposizione del settore a partire dal basso, cercando di superare la frammentazione esistente a livello di governance pubblica e offrendo alle famiglie dei percorsi di presa in carico flessibili e che

consentano una continuità assistenziale. Anche in questo caso, non emerge nessuna strategia da parte dei policy maker pubblici nella direzione di una preferenza deliberata e non casuale per maggiori o minori livelli di concentrazione dell'offerta nel settore. Al tempo stesso, i tentativi dei provider che sono stati qui richiamati sono però ancora troppo sporadici, troppo timidi, per poter parlare di un nuovo sistema emergente, anche se i first mover stanno precedendo sicuramente nella direzione, che potrebbe, in futuro, riservare spazi di vantaggi competitivi significativi.

In estrema sintesi, il quadro della LTC che emerge evidenzia una crescita del fabbisogno, che trova risposta sempre più lontano dalle politiche pubbliche formalizzate e dall'azione tradizionale di offerta degli stessi provider. I provider stanno lentamente reagendo attraverso operazioni di ridefinizione e integrazione dell'offerta, che potrebbe avere una portata ancora più ampia nei prossimi anni in funzione dell'impatto delle nuove tecnologie. Se non affronta un cambio di prospettiva rilevante, il policy making pubblico appare destinato a una sempre maggiore residualità: di fronte alla limitatezza delle risorse pubbliche, la frammentazione del sistema istituzionale impedisce la messa a fuoco di una policy che ricomponga gli interventi, produca coerenza strategica e sviluppi un sistema di interventi integrato e coerente.

L'azione di alcuni gestori nella direzione delle filiere appare molto interessante, ma presenta anche molte incognite e timidezze. Da un lato, le opportunità di sviluppare forme di integrazione che possano essere promosse dai provider e assunte ex post dagli attori di policy può essere molto interessante. Tuttavia, nel quadro istituzionale esistente, la convergenza del sistema di policy appare molto difficile e il rischio connesso all'azione dei provider è quello di ritrovarsi in un sistema di mercato in grado di dare maggiore protezione ai cittadini, ma affiancati da un sistema pubblico con poca visione e da un sistema informale di badanti ampiamente finanziato da trasferimenti pubblici (le indennità di accompagnamento e le pensioni, che unite ai risparmi delle famiglie lo finanziano).

Il rischio, in sostanza, è quello di passare da un sistema duale, come nei fatti è quello di oggi, prevalentemente fondato sull'offerta di mercato informale delle badanti e, in misura residuale, da un'offerta regolata e finanziata nel perimetro pubblico, a un sistema a tre comparti: un primo comparto a finanziamento e regolazione pubblica ancora più residuale (l'espansione delle risorse non è proporzionale alla crescita del fabbisogno); un secondo che perpetua il modello del caregiving informale fondato sulla presenza delle badanti; un terzo sviluppato nel settore privato, più professionalizzato e competente, con una logica di appropriatezza e di ricomposizione dell'offerta, arricchito da una dotazione tecnologica potenzialmente

in grado di qualificare l'offerta e di contenere i costi. Una tripartizione dell'offerta coerente con tre tipi differenti di target: il primo comparto centrato sul target delle politiche pubbliche tradizionali, caratterizzato da situazioni di disagio particolarmente critico o di maggiore capacità di accesso al sistema; il secondo orientato al target delle famiglie in grado o con la necessità di auto-organizzare forme di caregiving e di sostenerne i costi, mixando risparmi e trasferimenti pubblici; il terzo per la componente di popolazione con una maggiore propensione a pagare servizi professionali nel mercato privato. Qualora si sviluppasse un quarto target di popolazione, non in grado di auto-organizzarsi, non così critico da poter accedere all'offerta pubblica (o non dotato delle competenze sociali necessarie per ottenerlo), non in grado di finanziarsi l'accesso a servizi privati, si pone la domanda di quale forma di trattamento potrebbe essere riservata a questa fascia di popolazione non autosufficiente.

5.5 Provider e policy makers: una sfida comune?

Per coloro che non ritenessero desiderabile una traiettoria “tripartita” (o addirittura “quadripartita”) del sistema di LTC, la sfida principale emergente è quella della ricomposizione delle risorse messe in campo dai soggetti pubblici direttamente per il finanziamento di servizi, delle risorse pubbliche trasferite alle famiglie e delle risorse proprie delle famiglie. Se obiettivo del sistema di welfare è quello di ampliare la platea della popolazione inclusa in una sfera di interventi di interesse generale (non necessariamente di natura pubblica) è necessario uno sforzo di integrazione nella gestione delle risorse dedicate dai diversi attori alla non autosufficienza. La frammentazione delle risorse, infatti, porta inevitabilmente con sé una riduzione della platea di destinatari. L'unico livello di integrazione delle risorse in atto oggi nel sistema, viene perseguito dalle famiglie che sono però in grado di farlo con una visione generale. La sfida dell'integrazione invece è una sfida che riguarda sia i policy maker sia i provider, e che passa attraverso la revisione dei modelli di servizio.

Attraverso servizi più inclusivi, più orientati al supporto e alla capacitazione degli utenti e delle famiglie e attraverso modelli di aggregazione delle risorse e delle possibilità che ruotano attorno agli utenti, è possibile recuperare quella sostenibilità che i modelli prestazionali, in larga misura promossi dalle politiche pubbliche e adottati dai provider, sembrano invece allontanare. Si pone, quindi, per i prossimi anni, una sfida comune per i policy makers e per i provider del settore, che, se affrontata insieme e vinta,

potrebbe tutelare gli interessi di entrambe le parti. Cosa possono fare, gli uni e gli altri, per affrontare la sfida?

Dal punto di vista dei provider, alcuni segnali sono già presenti. Il ridisegno dell'offerta, l'accompagnamento agli utenti nell'ambito di filiere di servizi a differenti livelli di intensità, l'introduzione sempre maggiore di servizi flessibili e temporanei rappresenta una linea di lavoro avviata a superare l'offerta tradizionale di singole prestazioni e ad assumere la presa in carico del problema e delle risorse degli utenti come modello di intervento. Non si tratta di una innovazione di servizio intesa come miglioramento delle prestazioni, ma come riorganizzazione delle risposte date insieme all'utente e alla famiglia, con l'obiettivo condiviso di aggregare e attivare tutte le risorse disponibili. E' una sfida cruciale, che presuppone un cambiamento di ruolo e di paradigma: la funzione di erogatore di prestazioni per conto di un finanziatore pubblico deve essere superata per assumere la funzione di progettista e responsabile di un servizio che può continuare in parte a fare riferimento a risorse pubbliche, ma non necessariamente e, in ogni caso, non in modo esclusivo. I provider che saranno in grado di elaborare modelli di servizio innovativi e integratori di risorse saranno importanti non solo per il perseguimento del proprio equilibrio economico, ma anche per il supporto che daranno alla sostenibilità del sistema. Il potenziale inedito rappresentato dalle tecnologie è ancora da esplorare, ma costituisce una leva straordinaria per lo sviluppo di servizi nuovi, potenzialmente a minore intensità e costi, ma più vicini alle esigenze degli utenti. Innovazione tecnologica, capacità di investimento e propensione al rischio sono tre elementi che si connettono tra loro: una forte spinta alla concentrazione del settore è già in atto, è facile attendersi che nei prossimi anni questa spinta crescerà ancora di più, anche perché la strada da percorrere è ancora moltissima.

Anche dal punto di vista dei policy maker sono presenti segnali interessanti nella direzione dell'innovazione di servizio e dello sviluppo di filiere di offerta. Tuttavia, in questa fase il ruolo pubblico non può essere ristretto alle policy da gestire con le proprie risorse, ma deve guardare al tipo di regole che facilitano o ostacolano l'integrazione delle risorse presenti nel sistema, in un quadro non prevedibile di evoluzione delle possibilità offerte dall'innovazione tecnologica. Tuttavia, senza una ricomposizione delle decisioni nella sfera dei soggetti pubblici, i provider e le famiglie non possono fare altro che riposizionarsi di volta in volta rispetto a tale frammentazione. In questo contesto, diverse strategie emergenti provenienti dal basso si sono affermate, ovvero quelle delle famiglie, del comparto delle badanti e dei soggetti gestori. Si tratta di strategie che hanno prodotto molti effetti positivi, se non altro andando a colmare un vuoto istituzionale e tracciando

delle traiettorie marcatamente determinate dai bisogni reali delle famiglie. Per altri versi queste strategie hanno prodotto anche esiti negativi, contribuendo all'affermarsi di numerose eterogeneità, iniquità ed incoerenze nel sistema proprio perché non avevano alcuna regia alle spalle. La portata del fenomeno della non autosufficienza è tuttavia tale da costituire una delle maggiori sfide dei sistemi pubblici di tutta Europa, Italia inclusa, per molti anni. Lo sviluppo di una linea integrata di policy da parte dei soggetti pubblici, che metta a fuoco in modo coordinato le priorità rispetto ai target di utenza, ai modelli di servizio e, in questa fase, al supporto alla promozione di innovazione tecnologica nel settore è una sfida cruciale. Al tempo stesso, lo sviluppo di una regolazione pubblica in senso tradizionale, orientata alla definizione di standard e controlli, appare poco coerente con il fabbisogno di apertura e di sperimentazione determinato dalla trasformazione tecnologica. Cruciale a questo fine è l'assetto di governance di cui il sistema pubblico dovrà dotarsi se vuole assumere la funzione di governo del settore LTC. Fino ad oggi, data la stratificazione storica delle competenze e la frammentazione istituzionale, nessun soggetto (INPS, i Ministeri competenti, le Regioni, le Aziende Sanitarie ed i Comuni) è stato messo nelle condizioni di poter assumere il ruolo di governo così come delineato sopra. Per definizione, ognuno di questi attori ha avuto ed ha tutt'ora un posizionamento parziale, riguardante un frammento della LTC. Per orientarsi verso politiche per la LTC che siano efficaci ed incisive, si dovranno individuare modalità di integrazione e ricomposizione che potranno riguardare le sia le modalità di finanziamento che la regolazione del sistema, ma che dovranno garantire la creazione di una rete in grado di leggere e orientare tutti i tasselli dalla LTC individuando un ruolo ed una responsabilità di indirizzo e guida chiara e riconosciuta da tutti i soggetti del settore.

La priorità comune per lo sviluppo di modelli di servizio in grado di aumentare la platea degli utenti dovrebbe essere la stella polare che guida soggetti pubblici e provider verso l'innovazione del settore.

5.6 Una strategia per il cambiamento

In estrema sintesi, il quadro che emerge evidenzia un fenomeno in crescita, a fronte del quale emergono risposte frammentate e decisamente sotto-dimensionate rispetto alla portata dei problemi, e una prospettiva di cambiamento chiara, che può essere riassunta in alcuni punti:

- Riconoscere che i modelli di intervento tradizionali di tipo prestazionale non solo non sono desiderabili, ma non possono rappresentare una linea percorribile di fronte all'espansione del fabbisogno;
- Sviluppare nuovi modelli di servizio in grado di attivare e coordinare le risorse messe in campo dai diversi soggetti;
- Cogliere le opportunità di qualificazione dell'offerta e di contenimento dei costi offerte dalle nuove tecnologie, non tanto per quanto disponibile oggi ma per quanto potrà essere sviluppato nell'evolvere della trasformazione tecnologica appena avviata;
- Facilitare lo sviluppo delle condizioni che consentano lo sviluppo di nuovi modelli di intervento, spostando l'asse delle policy dal governo degli interventi finanziati alla strategia di governo del problema non autosufficienza;
- Individuare un soggetto istituzionale che si faccia carico di organizzare una risposta al problema, superando l'attuale modello che prevede la presenza di diversi soggetti, ognuno responsabile di alcuni interventi, nessuno in grado di proporre una lettura integrata del problema e, su quelle basi, una strategia di risposta.

La base fondamentale per poter avviare il percorso di cambiamento, tuttavia, ancora manca. Il presupposto fondamentale è la comprensione dell'urgenza del fenomeno: l'enorme portata del problema è offuscata dall'insieme di risposte parziali attivate dai diversi soggetti, che non riescono a riportare a un quadro di lettura unitario ciò che sta avvenendo nei reparti ospedalieri, a casa delle famiglie che non accedono ai servizi, in quelle che ricompongono la frammentazione senza neppure rendersene conto, e in quell'area di popolazione che esce in silenzio dalla tutela cui avrebbe titolo senza che nessuno se ne renda conto. È cruciale che policy maker più avveduti, provider più innovativi, rappresentanti degli anziani (sindacati, associazioni e altri) convergano in modo unitario in uno sforzo che renda comprensibile al paese l'urgenza di affrontare in modo unitario questo fenomeno. Senza una disponibilità a mettere a fuoco in modo serio e condiviso il problema, ogni attore viene stretto in un ruolo negoziale di piccola portata, teso alla sopravvivenza di breve periodo, basata di fatto sul trasferimento di costi, oneri o complessità su altri soggetti. Non ci sono risorse sufficienti per permettere alle parti di continuare a sopravvivere a un confronto così dispendioso e distruttivo, mentre ci sono poste in gioco e opportunità di innovazione che possono essere colte se le parti si alleano. Si può avviare una fase di cambiamento difficile, ma potenzialmente generativo, o al contrario una fase di resistenza di ciascuno a difesa di modelli di servizio che

per i nostri anziani e le nostre famiglie non sono più in grado di rappresentare una risposta.

Stabilire il senso dell'urgenza è una condizione cruciale perché questo percorso si avvii, e perché le condizioni di governance necessarie possano essere prese in considerazione e, possibilmente, realizzate. È il primo terreno, non difficile, su cui le diverse parti in gioco possono sperimentare una linea di condivisione e integrazione. C'è da augurarsi che lo facciano, il prima possibile.

Bibliografia

Normann, R. (1984). La gestione strategica dei servizi.

Gli Autori

Giovanni Fosti è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management dove è anche Direttore dell'area Government Executive education. È Professore a contratto di "Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche" dell'Università Bocconi e responsabile dell'area Social Policy and Service Management del CERGAS Bocconi. 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 2014, è *Il welfare e la Long Term Care in Europa*.

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, Divisione Government, Health e Not for Profit presso SDA Bocconi School of management. Ha coordinato, tra le altre iniziative, il Network Keyproviders del Sociosanitario, che riunisce da 5 edizioni i più grandi gestori di servizi per anziani. Presso CERGAS e SDA Bocconi ha partecipato a progetti di ricerca concernenti il tema 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.

Eleonora Perobelli è ricercatrice CERGAS nell'Area Social Policy and Service Management. Ha conseguito la laurea specialistica in Economia e Management delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi e ha partecipato a progetti legati alla programmazione locale delle politiche sociali, all'innovazione nei servizi sociali e sociosanitari. Contribuisce al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. I suoi interessi di ricerca riguardano i processi di innovazione nei sistemi di welfare e le forme di gestione nei servizi sociali e socio sanitari.

Andrea Rotolo è ricercatore CERGAS e docente SDA Bocconi, Divisione Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. 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. 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. Ha contribuito a varie edizioni del Rapporto OASI.

La non autosufficienza costituisce un tema sempre più pressante nella vita delle famiglie italiane che deve essere affrontato con la chiara consapevolezza della distanza che oggi corre tra il fabbisogno che emerge dal paese e il raggio di azione reale del policy making.

Il 1° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care, realizzato dai ricercatori CERGAS SDA Bocconi con il prezioso supporto di Essity Italia, presenta dati e prospettive sul settore socio-sanitario per la Long Term Care adottando il punto di vista dei servizi e dei loro gestori, per dare conto del fabbisogno reale, dell'assetto e della portata del sistema di offerta, delle principali traiettorie di innovazione da perseguire per ridurre il gap tra le esigenze delle persone e la portata degli interventi.

Il Rapporto propone una fotografia aggiornata del settore, mettendo a sistema dati sui servizi per la LTC riferiti al mondo pubblico (rete di offerta, utenti in carico e finanziamento) e al mondo privato, proponendo dati sulla spesa privata delle famiglie, la cura informale e le caratteristiche e strategie dei gestori dei servizi. Il Rapporto contribuisce anche a indagare alcune prospettive di innovazione e cambiamento per il settore, esplorando il mondo delle innovazioni tecnologiche e presentando dati originali sul loro utilizzo nei servizi LTC.

Giovanni Fosti è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management. È Direttore Executive Education for Government and Not for Profit di SDA Bocconi e coordinatore dell'area Social Policy and Service Management del CERGAS.

Elisabetta Notarnicola è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health e Not for Profit di SDA Bocconi School of Management. È ricercatore nell'area Social Policy and Service Management del CERGAS.