

biblioteca dell'economia d'azienda

Il futuro del settore LTC Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali

2° Rapporto Osservatorio Long Term Care



Copyright © 2019 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02-58365751 – Fax 02-58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

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

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

Prima edizione: settembre 2019

ISBN 978-88-238-4634-0

Stampa: Logo s.r.l., Borgoricco (PD)

Indice

Prefazione. Dall'analisi dello stato dell'arte, agli indirizzi per il futuro del settore: il contributo dell'Osservatorio Long Term Care, di Massimo Minaudo	9
1. Introduzione, di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola	11
1.1 Il Rapporto sul futuro del settore Long Term Care: quali elementi per guardare ai trend di oggi e di domani?	11
1.2 Note di metodo e di lavoro	13
1.3 Un Rapporto sempre più aperto e corale	14
1.4 Il Rapporto in sintesi	15
2. Dalla Silver Economy al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto, di Sara Berloto ed Eleonora Perobelli	17
2.1 Un modo diverso di guardare al settore: la prospettiva <i>Silver Economy</i>	18
2.2 Il settore della Long Term Care in Italia: offerta di servizi pubblici e privati e fotografia aggiornata della copertura del fabbisogno	27
2.3 La filiera regionale della presa in carico per anziani non autosufficienti	39
2.4 Il mondo delle badanti	47
2.5 Conclusioni	50
3. Nuovi attori nel settore: il comparto assicurativo e l'offerta Silver o Long Term Care, di Elisabetta Notarnicola	55
3.1 La prospettiva assicurativa come finanziamento del sistema o come scelta di acquisto individuale	56
3.2 Non autosufficienza, rischio e percezione dei cittadini	56
3.3 Il funzionamento delle polizze LTC	58

3.4 Il panorama italiano	61
3.5 Quale impatto sul settore LTC e sui servizi per gli anziani?	66
3.6 Conclusioni: quali traiettorie di sviluppo per il settore LTC sulla spinta del mondo assicurativo?	70
4. La prospettiva dei policy makers: quali temi e innovazioni stanno promuovendo le regioni?, di Sara Berloto ed Elisabetta Notarnicola	75
4.1 Cosa è accaduto nelle regioni italiane negli ultimi 5 anni? Una ricognizione ragionata	75
4.2 Mappatura degli interventi normativi e di policy delle Regioni italiane: quali temi sono stati promossi maggiormente?	77
4.3 Quali prospettive di innovazione strategica? Le linee strategiche delle regioni	82
4.4 Quali prospettive di cambiamento di sistema?	85
4.5 Quali prospettive per i servizi? Innovazione per i servizi pre-esistenti e introduzione di nuovi servizi	88
4.6 Sintesi della mappatura degli interventi regionali 2015-2019	92
4.7 La visione dei gestori: quali necessità di cambiamento emergono adottando la prospettiva dei servizi?	98
4.8 La parola ai policy maker: due approfondimenti regionali Toscana e Friuli Venezia Giulia	99
5. La prospettiva dei provider dei servizi: fotografia e traiettorie di innovazione nei servizi, di Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo	107
5.1 Il profilo del settore: la fotografia del Network Keyprovider	107
5.2 Quale sviluppo per il settore si aspettano i Keyprovider?	116
5.3 I gestori dei servizi e l'innovazione	123
5.4 Settore Long Term Care e innovazione dei servizi: una storia ancora da scrivere	127
6. Conclusioni: quali lezioni per il settore LTC?, di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola	135
6.1 Una fotografia del settore	135
6.2 Segnali di movimento ma non di cambiamento?	137
Appendice.	
Allegato normativo della mappatura delle policy LTC nelle regioni italiane	141
Gli Autori	175

Prefazione

Dall'analisi dello stato dell'arte, agli indirizzi per il futuro del settore: il contributo dell'Osservatorio Long Term Care

di Massimo Minaudo

La seconda edizione del Rapporto Osservatorio Long Term Care prosegue nel solco tracciato dalla collaborazione tra Essity e il gruppo di ricerca sui servizi sociali e sociosanitari del CERGAS SDA Bocconi. Se l'idea iniziale era stata quella di proporre un luogo di raccolta dati e confronto attivo su evidenze e numeri per comprendere il presente del settore LTC, nel 2019 si è consolidata l'idea che questi dati dovessero sempre più aiutare a rappresentare il futuro andando a completare la rappresentazione del sistema.

Il 1° Rapporto, pubblicato nel 2018, ha raccolto apprezzamenti dagli addetti al settore soprattutto circa due aspetti: la capacità di aver raccolto in modo organico e di facile "fruizione" una importante mole di dati, fornendo una piccola "enciclopedia" della LTC in Italia; l'aver dato voce ai servizi e ai gestori, introducendo una prospettiva manageriale che ben si integra con altri lavori presentati da importanti istituzioni del Paese e riporta al centro l'importanza della gestione dei servizi e della loro organizzazione. Il 1° Rapporto aveva lasciato però anche delle aspettative e dei desideri nei suoi lettori, che sono stati colti e implementati in questa edizione. Queste sono almeno quattro.

La prima riguarda l'unità di analisi proposta. Oltre alla prospettiva nazionale, di sistema Paese, l'interesse conoscitivo era orientato anche a comprendere meglio le differenze territoriali che da regione a regione caratterizzano il settore LTC. Questa nuova prospettiva è stata implementata nel 2° Rap-

porto, sia presentando tutti i dati descrittivi del settore non solo in chiave aggregata, nazionale, ma anche a livello regionale, sia con una linea di ricerca apposita che ha portato i ricercatori del CERGAS SDA Bocconi ad analizzare cinque anni di produzione normativa (dal 2015) regione per regione al fine di fornire un quadro completo e aggiornato delle caratteristiche dei sistemi regionali.

La seconda esigenza era quella di allargare lo sguardo oltre la componente strettamente assistenziale della LTC, tenendo in considerazione anche altri fenomeni, apparentemente collaterali, ma nei fatti centrali rispetto ai movimenti in atto nel settore. Per questo motivo il Rapporto si apre con la presentazione di una riflessione corredata da dati sui temi della Silver Economy.

In linea con questo tema, la terza esigenza riguardava la volontà di comprendere meglio l'impatto potenziale di alcuni movimenti in atto nel settore. In particolare negli scorsi anni si è discusso attivamente del tema assicurazioni per la LTC ma a oggi la portata di impatto sul settore tradizionale è ancora incerta. Nel Rapporto 2019 il tema quindi è stato oggetto di uno specifico approfondimento finalizzato a mettere in chiaro le caratteristiche attuali del fenomeno e quelle potenziali.

La quarta esigenza riguarda la messa a terra delle analisi svolte sulle esperienze di innovazione dei servizi per anziani. Se nel 2018 si era descritto il livello di diffusione dell'innovazione (tecnologica) evidenziando le possibili aree di sviluppo e di criticità, in questo Rapporto si è lavorato con i soggetti gestori per comprendere, in modo pratico e pragmatico, come si fossero organizzati per promuovere servizi innovativi e quali strategie aziendali avessero adottato, in modo da lasciare alcune lezioni utili anche per altri soggetti.

Questi temi, che sono stati introdotti e analizzati nel Rapporto che avete fra le mani, sono stati approcciati con l'obiettivo di cogliere cosa accadrà nel prossimo futuro dal punto di vista di diversi attori: il regolatore pubblico, gli attori della *silver economy* tra cui le assicurazioni, i gestori dei servizi. Avanzando nella lettura del Rapporto diventano man mano sempre più chiare le tendenze oggi in atto, le aspettative rispetto al futuro e si fa largo una domanda: *quindi? Cosa possa fare io per cogliere queste opportunità e contribuire allo sviluppo del settore LTC?* È la domanda che muove tutti gli addetti ai lavori e che ha mosso e continua a muovere Essity nella sua voglia di conoscere e approfondire per creare un valore diffuso nel settore.

È doveroso a questo punto ringraziare tutti coloro che hanno animato anche nel 2018/2019 le attività dell'Osservatorio Long Term Care 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 20 aziende che nel tempo hanno aderito

all'iniziativa, contribuendo con i loro dati, la loro esperienza e le loro idee. Oltre a loro, numerosi testimoni e esperti del settore sono intervenuti nelle attività di ricerca e diffusione delle evidenze, alcuni di loro anche contribuendo attivamente al Rapporto con propri contributi. Un sincero ringraziamento a loro per la passione e l'attenzione dedicata a questo lavoro.

Massimo Minaudo
Country Manager Italy, Essity Italy

1. Introduzione

di *Giovanni Fosti* ed *Elisabetta Notarnicola*

1.1 Il Rapporto sul futuro del settore Long Term Care: quali elementi per guardare ai trend di oggi e di domani?

Questo Rapporto, alla sua 2° edizione, si pone in continuità con quanto pubblicato nel 2018. Il 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care, intitolato “*Innovazione e cambiamento nel settore LTC*” si era preposto di porre una base conoscitiva solida del settore che avesse le caratteristiche di essere:

- rappresentativa dei servizi e centrata sul punto di vista dei gestori,
- aperta e non limitata al welfare pubblico,
- orientata a individuare i cambiamenti in corso e i presupposti di innovazione necessaria.

Questa seconda edizione vuole guardare più marcatamente al futuro e allargare ancora ulteriormente lo sguardo rispetto ai tradizionali perimetri del settore sociosanitario.

Guardare più marcatamente al futuro vuol dire interrogarsi attivamente sul significato di innovazione e sulle piste di lavoro già avviate per analizzare quanto già esiste nel sistema e quanto invece deve essere supportato e promosso. I soggetti che promuovono innovazione nel settore LTC sono numerosi e a volte inaspettati. Sicuramente il **soggetto regolatore pubblico**, è uno dei protagonisti dell’innovazione, portatore di uno specifico interesse relativo alle incombenti sfide dell’invecchiamento della popolazione che rischiano di mettere ulteriormente in crisi il sistema di welfare italiano. I **gestori dei servizi** sociosanitari, sociali e assistenziali in genere, stanno a più livelli cercando di migliorare i ser-

vizi da loro gestiti innovandone la filosofia, i contenuti, le modalità di gestione e le competenze necessarie per raccogliere la sfida di bisogni sempre più complessi e articolati e garantirsi una maggiore sostenibilità futura grazie a un rinnovato posizionamento strategico, una più solida e strutturata relazione con le famiglie, una migliore gestione interna. A loro volta i fornitori di cui si avvalgono i gestori dei servizi possono essere promotori di innovazione. Per quanto riguarda ad esempio la componente *digital*, **gli operatori del campo tecnologico e informatico che si rivolgono al settore LTC**, sono attivi nel definire le linee di innovazione in quanto portatori di competenze e soluzioni riferite ad una leva sempre più utilizzata e ricercata nel settore. In ultimo, **le comunità di riferimento e l'insieme delle famiglie** a cui i servizi si rivolgono sono loro stessi protagonisti possibili dei meccanismi innovativi in atto: sono portatori di bisogni e di soluzioni e attivi in prima linea nel ripensare i modelli di cura e presa in carico. Per guardare al futuro del settore in modo intenso e concreto è necessario quindi adottare il punto di vista di questi attori e chiedersi in quale direzione si stiano muovendo. In questo Rapporto si dedicherà spazio di analisi e riflessione sia rispetto alle piste di innovazione promosse dal soggetto regolatore pubblico (cfr Capitolo 4) che a quelle promosse direttamente dai gestori dei servizi (cfr Capitolo 5). Si discuterà del ruolo degli operatori in ambito tecnologico in modo indiretto, quando si rifletterà di come i gestori si siano organizzati per promuovere questo tipo di innovazione (cfr Capitolo 5). Si adotterà la prospettiva della comunità e della famiglia nel trarre le conclusioni delle analisi svolte (cfr Capitolo 6).

L'approccio proposto dal nostro Osservatorio Long Term Care prevede di rivolgersi al settore LTC includendovi tutto ciò che riguarda la condizione di non autosufficienza dei cittadini anziani. Si vogliono quindi rappresentare i bisogni e le possibili risposte in termini di cura e assistenza per le persone anziane non autosufficienti in qualsiasi manifestazione si concretizzino, sia tramite welfare pubblico che privato, sia tramite componente formale che informale. **Allargare ulteriormente lo sguardo nell'adottare una prospettiva aperta sul settore** vuol dire uscire dal tema "assistenziale" ed abbracciare a 360° i temi che riguardano l'età anziana. È per questo motivo che il Capitolo 2 si apre con una presentazione sulla *Silver Economy*, a rappresentare che rispondere ai bisogni delle persone anziane non può e non deve più voler dire occuparsi esclusivamente della condizione di non autosufficienza ma che al contrario si debba introdurre una visione dell'età anziana che abbracci ogni aspetto della vita, in una prospettiva appunto *silver*. Allargare la prospettiva vuol poi anche dire volgere lo sguardo a nuovi attori che si affacciano al settore. Per questo motivo il Capitolo 3 è dedicato all'analisi di quanto sta accadendo rispetto alla proposta di polizze assicurative per la LTC sempre più frequenti nel mercato.

Resta fermo l'approccio adottato in questo lavoro che mette al centro una **lettura manageriale dei fenomeni e la focalizzazione sui servizi**. La chiave di lettura adottata per interpretare il tema del futuro del settore è quella dello sviluppo dei servizi. Il modo migliore per dare risposta ai bisogni delle persone rimane quello di progettare servizi che siano sempre più vicini alle loro richieste e capaci di esprimere il valore ricercato da anziani e famiglie.

1.2 Note di metodo e di lavoro

Obiettivo primario del Rapporto è contribuire a produrre e diffondere conoscenza nel settore, in modo da poter essere di stimolo per lo sviluppo e l'evoluzione dei servizi, oltre che a puntare i riflettori sulle possibili prospettive di innovazione e cambiamento.

Con questa prospettiva, il Rapporto si pone questi altri obiettivi:

- Fornire una fotografia aggiornata delle caratteristiche del settore e dei fenomeni in corso, proponendo anche nel 2019 una lettura basata sui dati più aggiornati esistenti circa il fabbisogno, i servizi, i soggetti coinvolti e le risorse in gioco nel settore LTC senza incorrere nella “trappola” della frammentazione del sistema e delle sue rappresentazioni parziali.
- Indagare il possibile impatto che lo sviluppo del settore assicurativo per la LTC può avere sul settore e sui servizi, al fine di fare chiarezza su un tema ampiamente dibattuto sia sulla stampa che tra gli addetti ai lavori e indagare quali effetti positivi o potenzialmente critici può determinare sul settore.
- Analizzare l'attività di tutte le regioni italiane rispetto al tema non autosufficienza per rispondere all'annosa domanda: “a che punto siamo nelle regioni circa il tema LTC?”. L'analisi proposta ha sia l'obiettivo di fornire un quadro completo circa gli ultimi indirizzi normativi e di policy delle regioni, che individuare i più presidiati e quelli meno toccati dal regolatore pubblico.
- Indagare il significato del termine innovazione dal punto di vista dei gestori e il modo in cui le aziende si sono strutturate per sostenerla, così da mettere a fuoco le aree su cui è più necessario investire e le buone prassi che possono essere replicate.

Rispetto al metodo adottato è necessario fare alcune precisazioni. In questo Rapporto si è cercato di superare la frammentazione tipica del settore LTC sforzandosi di mettere a sistema tutte le fonti informative oggi esistenti nel pa-

norama nazionale. Questo da un lato, ha fatto sì che siano state fatte convergere fonti informative diverse e in parte già esistenti anche con la finalità di produrre una conoscenza che sia il più possibile sistematica e sinergica tra studi svolti anche da soggetti e prospettive diverse. Dall'altro implica che non tutte le fonti informative utilizzate siano perfettamente sovrapponibili in quanto i dati possono essere riferiti a anni diversi o oggetti parzialmente sovrapponibili.

Per assolvere poi a tutti gli obiettivi di analisi descritti sono state condotte delle attività di ricerca specifiche disegnate e svolte appositamente per questo Rapporto, tramite:

- Organizzazione di svolgimento di focus group a cui hanno partecipato i gestori del Network dei Keyprovider (descritto sotto) oltre ad esperti invitati in funzione del tema trattato;
- Attività di survey per la raccolta di dati qualitativi e quantitativi sui gestori del settore (sempre con riferimento al Network dei Keyprovider).
- Analisi desk della normativa e documentazione regionale prodotta tra il 2015 e il 2019 per tutte le 21 regioni italiane;
- Analisi desk di casi studio riferiti a polizze LTC presenti nel mercato italiano e documentazione di riferimento.

1.3 Un Rapporto sempre più aperto e corale

Come per l'edizione 2018, oltre a essere espressione delle attività di ricerca condotte nell'ambito dell'Osservatorio, questo Rapporto è anche il luogo privilegiato di presentazione dei risultati del confronto operato nell'ambito del Network dei Keyprovider parte dell'Osservatorio Long Term Care CERGAS SDA Bocconi¹. I protagonisti del Network sono i più grandi soggetti gestori per dimensioni e per rilevanza operanti nel settore LTC, pubblici, privati for profit e non profit (Figura 1.1) che hanno partecipato nel corso del 2019 alle attività di analisi e ricerca dell'Osservatorio agendo da *discussant* delle evidenze prodotte ma anche prestandosi in prima persona per la raccolta dati. Il prezioso lavoro di confronto svolto con i soggetti è stato fondamentale per la realizzazione di questo Rapporto e per lo sviluppo di tutte le riflessioni qui presentate. Nel Capitolo 5, dedicato al Network dei Keyprovider, oltre alla presentazione di numerosi dati, trovano anche spazio le testimonianze dirette di alcune best practices da loro realizzate e testimonianze dirette.

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.

Oltre alla voce del Network dei Keyprovider, si è voluto lasciare spazio anche a quella dei policy makers: nel Capitolo 4, dedicato all'analisi delle innovazioni promosse dalle regioni, si collocano due contributi scritti da due manager regionali (di Toscana e Friuli Venezia Giulia) che raccontano in prima persona il loro punto di vista sul futuro del settore. Questa prassi verrà consolidata anche per le future edizioni a segnalare che non può esistere un unico punto di vista su questi temi ma che è sempre più necessario ritagliare spazi e luoghi di confronto profondo e sistematico.

Figura 1.1 Aziende partecipanti ai lavori di ricerca (2018-2019)

Asp Città di Bologna	Korian Segesta
ISRAA Treviso	KOS - Anni Azzurri Punto Service
Fondazione Sacra Famiglia ONLUS di Cesano Boscone	Aurora Domus Cooperativa sociale
Fondazione Opera San Camillo	Cooperativa Pro.Ges
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	Cooperativa Società Dolce
Provincia Lombardo Veneta – Fatebenefratelli	Cooperativa Domus Assistenza
Fondazione Casa Cardinale Maffi	Gruppo Ancora
	Gruppo SPES

1.4 Il Rapporto in sintesi

Il Rapporto si articola come di seguito:

- Il Capitolo 2, *Dalla Silver Economy al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto*, propone un approfondimento sul concetto di Silver Economy oltre a dati aggiornati circa questo settore in Italia. Passa poi ad 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, *Nuovi attori nel settore: il comparto assicurativo e l'offerta Silver o Long Term Care*, si introduce il tema delle assicurazioni per la LTC, illustrando prima le modalità di funzionamento a cui si ispirano, descrivendo il settore per come caratterizzato oggi in Italia nei dati di attività e di offerta. Si approfondiscono poi tre casi di particolare interesse e si discutono le evidenze prodotte da un focus group svolto con il Network dei Keyprovider sul tema degli impatti possibili dell'esistenza di policy LTC sui servizi e sul settore.
- Nel capitolo 4, *La prospettiva dei policy makers: quali temi e innovazioni stanno promuovendo le regioni?*, si illustra l'analisi svolta su tutti gli interventi normativi e di indirizzo adottati dalle 21 regioni italiane dal 2015 fino al 30 aprile 2019 sul tema non autosufficienza. Oltre che fornire un quadro aggiornato e completo (consultabile anche in appendice normativa), obiettivo del capitolo è mappare le linee di lavoro presidiate dalle regioni e individuare dei modelli regionali che le caratterizzano.
- Il capitolo 5, *La prospettiva dei provider dei servizi: fotografia e traiettorie di innovazione nei servizi*, è dedicato alla prospettiva dei gestori dei servizi. La prima sezione presenta i dati che caratterizzano il profilo tipo dei gestori del settore in termini di orientamento strategico e posizionamento sul mercato; successivamente, il focus è sull'innovazione di servizio e tecnologica, che verrà indagata tramite l'analisi delle strutture organizzative e aziendali messe a disposizione per avviare progetti innovativi e le condizioni operative attivate a questo fine. Grazie a questa duplice vista, il capitolo permette di decodificare la direzione verso cui si stanno muovendo i più grandi gestori di servizi sociosanitari.
- Nel Capitolo 6, *Il futuro del settore: lezioni e sfide per rispondere ai bisogni delle famiglie*, si mettono a sistema i dati e le evidenze proposte nelle altre parti del Rapporto per riflettere su quali siano le prossime sfide da affrontare e individuare delle traiettorie di possibili soluzioni.

2. Dalla *Silver Economy* al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto

di Sara Berloto ed Eleonora Perobelli¹

Parlando di Long Term Care, e quindi di un settore rivolto agli anziani (non autosufficienti, gli sforzi si sono concentrati nel tempo sulla rappresentazione, analisi e messa in discussione del comparto assistenziale. Anche in questo rapporto in passato (Capitolo 2, edizione 2018) abbiamo posto l'attenzione sul tema della presa in carico e dei servizi orientati alla soddisfazione dei bisogni derivanti dalla condizione di non autosufficienza. L'approccio orientato al bisogno già aveva portato a riflettere su aspetti non necessariamente ed esclusivamente connessi al tema assistenziale, come ad esempio con riferimento all'ascolto e alla necessità di informazioni da parte dalle famiglie (Notarnicola, Fosti, 2019) o anche ai bisogni di contatto e socialità espressi dagli anziani (Rotolo, 2018). L'ipotesi è semplice: il bisogno assistenziale non è l'unico di cui occuparsi guardando al settore LTC, così come la condizione di non autosufficienza non è l'unica rispetto alla quale attivare risposte e servizi. Il concetto di *Silver Economy* supporta questa linea di pensiero, introducendo la considerazione che in conseguenza all'avanzare dell'età, preferenze, comportamenti e bisogni cambiano e vanno a costituire un target di popolazione rispetto al quale rimettere in discussione l'offerta di ogni tipologia di servizio (non solo di assistenza) così come le politiche pubbliche. Per questo motivo il successivo paragrafo 2.1 è dedicato a illustrare il significato del termine *Silver Economy* e le dimensioni che lo compongono oltre che a presentare alcuni dati significativi relativi al contesto italiano.

¹ Gli autori desiderano ringraziare la dott.ssa Giulia Pietta, senza il cui prezioso supporto e contributo questo lavoro di ricerca non sarebbe stato possibile.

La componente *care*, o di assistenza, rimane in ogni caso una delle preponderanti e più rilevanti anche abbracciando un concetto di settore più ampio. Per questo motivo i paragrafi 2.2 e 2.3 sono dedicati a fornire una rappresentazione con dati aggiornati circa la struttura dell'offerta di servizi e la capacità del sistema attuale di risposta al fabbisogno espresso. L'obiettivo è quello di fornire una visione sistematica che guardi a diverse tipologie di servizio, che includa la sfera pubblica e privata oltre che formale e informale. I dati sono presentati a livello aggregato (Italia) per avviare una discussione di policy, ma anche a livello di singola regione per comprendere le differenze territoriali esistenti.

2.1 Un modo diverso di guardare al settore: la prospettiva *Silver Economy*

Quando si nomina e si utilizza il termine *Silver Economy* si fa riferimento all'insieme dei servizi e di prodotti destinati alla platea degli over 50 o, come sancito dalla Commissione Europea, alla somma delle attività economiche² relative all'invecchiamento della popolazione e alle esigenze specifiche della popolazione over 50. Come si è accennato nel paragrafo introduttivo, quello che distingue questo specifico approccio dai più tradizionali metodi di rappresentazione del settore LTC, è il concepire l'invecchiamento della popolazione non come un costo per la collettività in termini di *burden of care*, bensì come una vera e propria risorsa che innesca meccanismi positivi nel mercato di riferimento. Il fenomeno dell'invecchiamento investe indistintamente tutti paesi dell'Unione Europea e sta cambiando e delineando un nuovo assetto sociale in cui l'anziano ricopre un ruolo sempre più preponderante. Nuovi linguaggi, nuovi bisogni e, di conseguenza, nuove tipologie di offerta dovranno essere implementate rispetto a diversi ambiti di servizio, per adattarsi al meglio e con efficacia al mutarsi e all'evolversi della società. La *Silver Economy* in questo scenario è da ritenersi costituita da un nucleo essenziale di servizi sociali e sanitari, residenziali, semi-residenziali e domiciliari – che prendono il nome di *White Economy* – a cui si aggiungono altre e variegata aree di servizio. La *White Economy*, più specificamente, indica e ricomprende tutti servizi che possono essere ricondotti sotto il cappello tradizionale dell'assistenza e che rispondono a bisogni assistenziali che vengono coperti, difatti, dal settore LTC, sia esso pubblico o privato. La *Silver Economy*, a questi servizi sanitari e sociali, aggiunge una molteplicità di mercati e di diversi settori collegati (edilizia, tecnologia, turismo, cultura, benessere, prodotti finanziari) adottando quindi una prospettiva particolarmente ampia ed inclusiva dei bisogni e dei servizi per gli over 50. Per citare un altro esempio, se si considera l'utenza dei servizi, la *Silver Economy* anche in questo caso promuove

² Da intendersi come spesa pubblica e spesa dei consumatori.

una visione più espansiva dei potenziali beneficiari di un servizio: alla tradizionale utenza degli anziani fragili e non autosufficienti, la *Silver Economy* aggiunge i “giovani anziani” e gli addetti alla cura (formale e informale). Una prospettiva di questo tipo costituisce quindi una vera e propria rivoluzione rispetto al settore sociosanitario come lo conosciamo oggi, sia in termini di perimetro e sfera di azione che di utenti e bacino di utenza potenzialmente raggiunto.

Definiti gli elementi principali e le maggiori differenze con l’approccio tradizionale, è utile quindi chiedersi a quali elementi specifici faccia riferimento la *Silver Economy*. Il seguente elenco riporta gli elementi che indicano un possibile spazio di applicazione:

- **Soluzioni abitative** (*senior living* and *smart homes*). L’abitare assume una nuova dimensione di rilievo: la maggior parte delle persone over 60 e over 65 palesano la preferenza di voler rimanere in un contesto domiciliare anziché nelle più tradizionali strutture che compongono l’offerta LTC (si veda a questo proposito anche il Capitolo 5 del presente Rapporto). Questo fenomeno si traduce nella definizione di soluzioni in cui l’anziano può rimanere nel domicilio – sia esso casa propria o appartamento condiviso con altre persone – come nel caso del *co-housing*. Il *Senior Living*, che sarà analizzato nel corso del presente Capitolo, e le *Smart homes* sono solo due esempi che posso essere citati a questo proposito.
- **Soluzioni di *e-health*/connected health**. Utilizzo della tecnologia e strumenti digitali per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita. Questo si ricollega ad un’altra sfera azione della *Silver Economy*, che fa riferimento al tema della nutrizione e prevenzione.
- **Long Term Care**. Il tradizionale portafoglio di servizi composto da: servizi sociali e sanitari, residenziali, semi-residenziali e domiciliari (cfr. paragrafi 2.2 e 2.3).
- **Gestione del patrimonio immobiliare, liquidità e reddito**. Tra le persone di 60 anni e più, la propensione ad avere un immobile di proprietà sfiora in Italia l’80%, contro il 40% degli under35³. Con l’avanzare dell’età e la riduzione dei componenti del nucleo familiare (figli che lasciano la dimora d’origine, vedovanza, ...), gli anziani si trovano ad abitare in immobili di dimensioni sovra-dimensionate rispetto alle proprie esigenze, con crescente difficoltà nella gestione degli spazi e con necessità di ade-

³ Fondazione Cariplo, 2017, House Rich Cash Poor Come rendere liquida la ricchezza rappresentata dalla casa di abitazione - Quaderni dell’Osservatorio.

guare i locali. Inoltre, il reddito medio annuale della popolazione anziana cresce in confronto alle altre fasce della popolazione. L'ultimo report ISTAT sulla povertà afferma che gli over 65 sono i menù esporti alla povertà sia assoluta che relativa⁴.

Ulteriori dimensioni di azione sono, ad esempio: lavoro e *Silver Entrepreneurship*; *Age Brands* (e.g. cosmetica, banche, assicurazioni); Turismo silver; Università della Terza Età; Trasporto personale e autonomo.

Come già osservato, quindi, la LTC figura solo come uno degli elementi che vanno ad essere ricompresi nel ben più ampio set di servizi della *Silver Economy*.

2.1.1 Il quadro italiano: i dati della Silver Economy nel paese

È utile quindi chiedersi a questo punto cosa stia accadendo oggi in Italia con riferimento ai cambiamenti esposti e alla necessità di cogliere nuovi bisogni emersi e adeguare di conseguenza l'offerta dei servizi. I dati Eurostat del 2015 (Tabella 2.1) mostrano come all'aumentare dell'età ed in particolare per la fascia oltre i 60 anni, i tre settori per i quali un singolo registra un aumento considerevole dei consumi e della spesa, siano la salute – servizi sanitari e spese per la salute - (4,8%), la spesa associata ai prodotti alimentari e alle bevande analcoliche (20,5%) e all'abitazione, acqua, elettricità, gas (37,7%). I dati sembrano quindi indicare che altre componenti entrano in maniera preponderante all'interno dell'equazione di spesa all'aumentare dell'età.

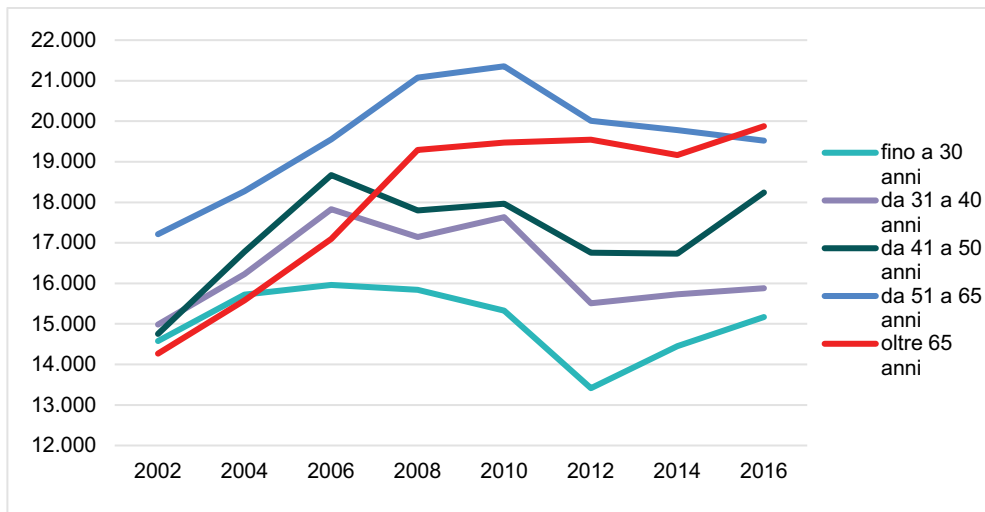
Tabella 2.1 Distribuzione % dei consumi per fasce di età (meno di 30 anni; tra 30 e 44 anni; tra 45 e 59 anni; oltre i 60 anni) – Eurostat 2015

	Meno di 30 anni	Tra 30 e 44 anni	Tra 45 e 59 anni	Oltre 60 anni
Cibo e bevande non alcoliche	17,8%	17,0%	17,9%	20,5%
Bevande alcoliche e tabacchi	2,3%	1,7%	1,8%	1,6%
Abbigliamento e calzature	6,5%	7,7%	6,9%	4,8%
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili	29,4%	29,4%	29,1%	37,7%
Mobili, articoli e servizi per la casa	4,8%	5,6%	4,7%	5,1%
Servizi sanitari e spese per la salute	2,1%	3,1%	3,4%	4,8%
Trasporti	15,4%	13,3%	13,5%	8,3%
Comunicazioni	2,0%	2,0%	2,1%	2,0%
Ricreazione, spettacoli e cultura	4,4%	6,2%	6,1%	4,9%
Istruzione	1,5%	0,7%	1,2%	0,4%
Servizi ricettivi di ristorazione	6,4%	5,9%	5,9%	3,2%
Altri beni e servizi	7,3%	7,5%	7,4%	6,6%
Totale	100%	100%	100%	100%

⁴ ISTAT, 2018, La povertà in Italia, Anno di riferimento 2018.

Cambiano i consumi ma parallelamente cambiano anche i redditi e i bilanci delle famiglie italiane. La Figura 2.1 mostra l'andamento del reddito familiare equivalente medio nel periodo compreso tra il 2002 e il 2016 per diverse fasce d'età (fino a 30 anni; da 31 anni a 40 anni; da 41 a 50 anni; da 51 a 65 anni; oltre i 65 anni). Con reddito familiare equivalente – da definizione armonizzata europea – si deve intendere il reddito calcolato rapportando il reddito familiare netto a un fattore di scala usato per rendere equivalenti i redditi di famiglie di diversa ampiezza e composizione, in modo da tener conto dei diversi bisogni di minori e adulti e delle economie di scala che si realizzano con la coabitazione di più componenti. Sempre la stessa Figura 2.1 presenta i dati seguendo la cosiddetta scala di OCSE modificata, ottenuta assegnando un peso pari a 1 al primo componente adulto della famiglia, 0,5 ad ogni altro adulto (di età maggiore o uguale a 14 anni) e 0,3 ad ogni componente di età minore di 14 anni. L'elemento più significativo che emerge dal grafico, tuttavia, riguarda il fatto che la fascia over 65 passa, nell'arco temporale considerato (2002-2016), dall'essere il gruppo demografico più povero nel 2002, a quello più ricco a soli 14 anni di distanza. I bisogni, i comportamenti e le preferenze cambiano anche perché l'andamento reddituale familiare del target considerato (over 65) è cambiato e continua a farlo.

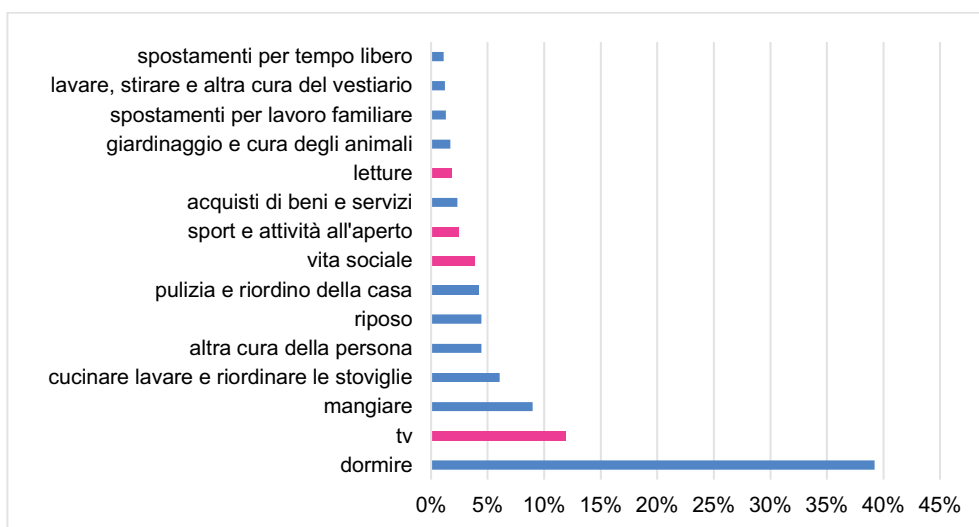
Figura 2.1 Reddito equivalente medio con scala OCSE modificata per caratteristiche del capofamiglia



Fonte: Banca d'Italia 2018 – indagine sui bilanci delle famiglie italiane

Oltre a guardare i consumi delle persone over 60 e il loro andamento reddituale familiare, un'altra indagine Istat⁵ del 2013 mostra le principali attività svolte dalla popolazione over 65 nel loro tempo libero non lavorativo. La Figura 2.2 riporta il dato percentuale con riferimento alle ore non occupate da lavoro retribuito e identifica come principali attività le seguenti: dormire (38%), guardare la tv (12%), mangiare (9%), cucinare, lavare e riordinare (6%), effettuare altre attività legate alla cura della persona (4%). Risulta abbastanza chiaro da tutti questi esempi che la casa è e molto probabilmente diventa sempre più il luogo dove le persone over 65 trascorrono la maggior parte del loro tempo quotidiano. Tra le attività identificate compaiono anche la vita sociale, lo sport e le attività all'aperto, acquisti di beni e servizi e letture di vario genere. In questo quadro così variegato, ampio è lo spazio per un'offerta che rifletta e tenga conto dell'approccio della *Silver Economy* e che vada oltre alla visione tradizionale del settore sociosanitario.

Figura 2.2 Tempo non lavorativo dedicato alle prime 15 attività per durata della popolazione 65 anni e più (% sulle ore non occupate da lavoro retribuito)



Fonti: indagine I.Stat 2013, cfr 5

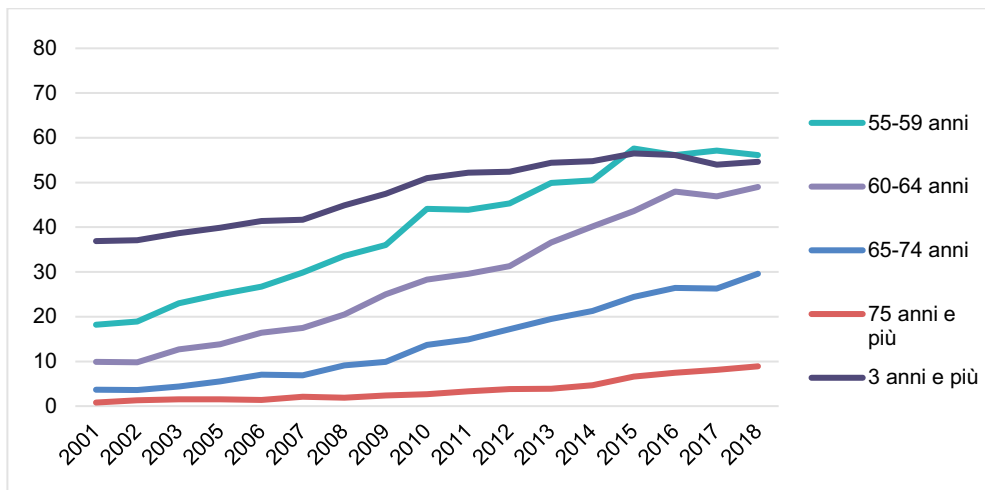
Ad esempio, alla luce di una percentuale elevata di persone che ancora apprezzano e sono legate a “forme tradizionali di intrattenimento”, vi è certamente spazio di manovra per ripensare all'offerta di programmi televisivi e per porre in essere forme

⁵ ISTAT, 2013. Dati I.Stat. Attività quotidiane: tempo dedicato a determinate attività dalla popolazione di 15 anni e più (% sulle 24 ore).

di intrattenimento innovative. Allo stesso modo, poiché la cura della famiglia (sia essa riferito al tempo speso con i nipoti o altri membri del nucleo familiare) occupa ancora una parte consistente del tempo libero di una buona fetta di popolazione over 65, lo spazio per un'offerta in chiave *Silver* potrebbe tradursi nell'organizzazione di attività di intrattenimento a livello della comunità. Queste attività possono ovviamente tradursi sia in una partecipazione più ampia della famiglia di cui l'anziano si prende cura che dell'anziano stesso come singolo individuo. Stesso discorso può essere fatto per le attività sportive e attività che afferiscono alla sfera e al mondo editoriale, entrambe presenti tra le prime 15 attività che oggi caratterizzano il tempo non lavorativo degli over 65.

A questo variegato quadro di attività che domina e caratterizza il tempo libero dell'anziano, è utile aggiungere un altro aspetto che ha registrato un significativo cambiamento negli ultimi anni. Se consideriamo, infatti, i dati Istat 2018⁶ con riferimento alla percentuale di persone che usano il computer e Internet (per classe di età), le età maggiormente interessate da cambiamenti e aumenti sono state le seguenti: 60-64 anni; 65-74 anni; 75 anni e più. La Figura 2.3 mostra nello specifico l'aumento percentuale delle persone che usano il pc: la fascia 60-64 anni, ad esempio, è passata da una percentuale di 10% nel 2001 a sfiorare il 50% nel 2018. Analogamente la Tabella 2.2 mostra come la fascia 64-75 anni ha visto aumentare di un più 18,17% l'utilizzo di internet nell'arco temporale 2001-2018.

Figura 2.3 % di persone che usa il PC (per classe di età)



Fonte: indagine I.Stat 2018, cfr nota 6

⁶ Dati I.Stat, 2018, Aspetti della vita quotidiana: uso del PC e di Internet per classi di età.

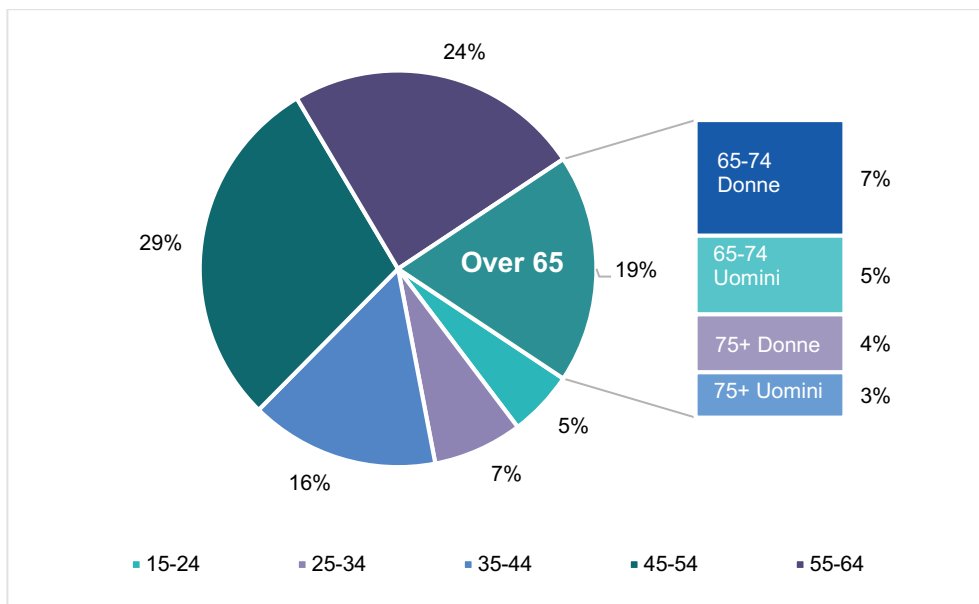
Su questo aspetto in particolare, un maggiore utilizzo dei driver tecnologici da parte dell'anziano può aprire certamente a varie e diverse opportunità di assistenza e offerta così come gli stessi (nuovi) bisogni possono creare e portare a nuove opportunità di sviluppo tecnologico.

Tabella 2.2 Aumento percentuale delle persone che utilizzano il pc e internet (2001-2018)

Variazione 2001-2018		
	Utilizzo PC	Utilizzo Internet
55-59 anni	+ 6,85%	+ 10,83%
60-64 anni	+ 9,86%	+ 15,05%
65-74 anni	+ 13,01%	+ 18,17%
75 anni e più	+ 15,23%	+ 15,80%
Tutti (3 anni in più)	+ 2,33%	+ 5,63%

Se aggiungiamo alla presente analisi un'ulteriore ricognizione di chi sono oggi i principali caregiver familiari al fine di comprendere chi si occupa maggiormente di familiari anziani e con quale intensità essi forniscono cure e assistenza, anche in questo caso è possibile mappare una situazione in evoluzione. La Figura 2.4 infatti riassume sinteticamente chi oggi fornisce cure o assistenza almeno una volta a settimana prevalentemente a familiari con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità. Emergono chiari due trend: la fascia d'età più interessata e toccata da questo fenomeno è quella tra i 45 e i 54 anni; inoltre, considerando la fascia over 65, l'assistenza da parte femminile risulta essere più diffusa e comune di quella maschile. Con riferimento alla fascia 65-74 essa si attesta infatti al 7% per le donne mentre per gli uomini della stessa fascia d'età si ferma al 5%.

Figura 2.4 Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana prevalentemente a familiari con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità



Fonte: Indagine EHIS (ISTAT, 2015)

2.1.2 Il settore dell'abitare e il Senior Living

Un settore che può essere citato quale esempio di applicazione della *Silver Economy* è il settore immobiliare e dell'edilizia, che in Italia è caratterizzato da alcune peculiarità che lo rendono terreno fertile per sperimentazioni in ambito senior, tuttavia ancora lungi dall'essere implementate. A titolo di esempio, nelle oltre 800.000 unità abitative di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) diffuse sul territorio nazionale, il 43,8% degli inquilini è over65 (di cui 38,3% ultra sessantacinquenni) e vive in nuclei mono-componenti, mentre le famiglie under 34 rappresentano il 12,5% del totale⁷. Il profilo di questa popolazione anziana è per sua natura particolarmente fragile: manca ad oggi un sistema nazionale di raccordo tra le politiche di welfare e le politiche abitative per introdurre nuove modalità di risposta al bisogno di anziani che vorrebbero e potrebbero rimanere all'interno di edifici di edilizia sociale, ma avrebbero necessità di ricevere monitoraggio e assistenza sociale e eventualmente sociosanitaria per una permanenza al domicilio in sicurezza.

⁷ Nomisma, 2016. Dimensione e caratteristiche del disagio abitativo in Italia e ruolo delle Aziende per la casa. Report di ricerca.

Un primo tentativo di intervento di cosiddetto “*Senior Living*” si è sviluppata al di fuori del contesto ERP: parliamo di una tipologia di soluzione proposta agli anziani ancora autosufficienti ma che desiderano vivere in un contesto più protetto dell’appartamento in cui vivevano prima della pensione. Gli anziani possono mantenere l’autonomia data da un alloggio privato e combinarla con il sostegno dei servizi offerti da personale specializzato per alcune particolari esigenze di salute che iniziano a presentarsi. Questa tipologia di servizio nel settore dell’assistenza è oggi in forte crescita sia negli Stati Uniti che in Europa. In Europa si è affermata principalmente nel Regno Unito dove sono già presenti 50.000⁸ strutture abitative di questo tipo; sempre più interesse, da parte di imprenditori e investitori, sta invece emergendo in Francia, Germania, Belgio e Italia. In Italia gli investimenti nel settore hanno raggiunto solo l’1,8% del totale investito nel settore immobiliare (129 milioni di euro) (Nomisma, 2019) ma una crescita di investimenti è attesa nel prossimo futuro. Un complesso abitativo di *Senior Living* è spesso composto da più appartamenti in cui gli anziani, da soli o in coppia, si possono trasferire e vivere in comunità. Diversamente dalle strutture assistenziali, la comunità di anziani è in questo caso composta da persone ancora attive e in salute, dove è possibile quindi favorire la socializzazione e il mantenimento di uno stile di vita attivo⁹.

Attori che potrebbero entrare a far parte di questo nuovo settore sono, giusto per citarne alcuni, i fondi immobiliari, le società di costruzioni, gli studi di architettura e i provider di servizi. Ecco che la multi-settorialità e la prospettiva allargata – presentate come componenti proprie della *Silver Economy* all’inizio del presente Capitolo – trovano in questi esempi concreta applicazione.

2.1.3 Dalla Silver Economy all’assistenza

Nella prima parte del presente Capitolo sono stati dettagliati gli elementi caratteristici della *Silver Economy*, una prospettiva che cerca di guardare e adattarsi al mondo che cambia e alle nuove preferenze e bisogni propri degli anziani (autosufficienti e non). Come è stato già osservato, all’offerta tradizionale della LTC si aggiungono nuovi temi e aree di intervento: nuove soluzioni abitative, stili di vita e consumi della popolazione anziana, trasporto personale e autonomo che possono portare alla nascita di nuovi mercati e soluzioni. È in questa ottica che, ad esempio, si inserisce il “*Senior Living*”: una tipologia di soluzione

⁸ Labit, A., Dubost, N. (2016). Housing and ageing in France and Germany: the intergenerational solution. Housing, Care and Support, Vol. 19 Issue: 2, pp.45-54 Pierotti, P. (2 gennaio 2019).

⁹ A titolo di esempio su questo tema possono essere citati i seguenti progetti CERGAS Bocconi - l'Osservatorio Senior Korian, progetto di “Senior Living”; Abitare Leggero, promosso e finanziato da Fondazione Cariplo e realizzato da Fondazione Housign Sociale e dalla Cooperativa Meridiana due nel 2012.

abitativa proposta agli anziani ancora autosufficienti che desiderano vivere in un contesto più protetto dell'appartamento in cui vivevano prima della pensione e che, allo stesso tempo, non necessitano la presa in carico presso struttura. L'analisi dei dati condotta con riferimento alle nuove dimensioni sembra avvalorare l'idea che una visione più ampia e variegata debba essere adottata dal settore, pena il non riuscire a comprendere – e di conseguenza dare adeguate risposte – al nuovo tessuto sociale e alle nuove richieste della popolazione anziana.

Pur avendo chiara la necessità di adottare una prospettiva che vada oltre la cura e assistenza di anziani non autosufficienti, nei prossimi paragrafi si propone un approfondimento e un aggiornamento relativo ai dati che caratterizzano il settore LTC, che rimane il più esteso in termini di utenti raggiunti e risorse assorbite tra quelli citati.

2.2 Il settore della Long Term Care in Italia: offerta di servizi pubblici e privati e fotografia aggiornata della copertura del fabbisogno

In continuità con la precedente edizione del Rapporto, si propone un aggiornamento per l'anno 2016 (anno per il quale sono disponibili le stime più recenti) dei principali dati che permettono di ricostruire la fotografia del settore attraverso:

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

La serie storica di dati della precedente edizione verrà pertanto estesa, coprendo il periodo 2013-2016 per dare la possibilità al lettore di seguirne l'evoluzione negli anni. In aggiunta, per l'anno 2016 si introduce una ulteriore chiave di lettura adottando la prospettiva di "filiera" dei servizi attraverso un confronto regionale. La lettura aggregata del paragrafo permetterà di ricostruire lo stato dell'arte rispetto alla capacità dei servizi pubblici di intercettare e rispondere ai bisogni espressi dalla popolazione anziana non autosufficiente, oltre alle modalità con cui l'insieme dei *setting* assistenziali formali e informali esistenti segue (o, come mostreranno i dati, non segue) l'evoluzione del bisogno.

Da ultimo, viene proposto uno sguardo che vada oltre gli interventi pubblici esistenti e cerchi di gettare luce su un fenomeno che per dimensioni e capillarità rappresenta oggi una delle principali risposte alla non autosufficienza, il badantato.

2.2.1 Il sistema pubblico sociosanitario e sociale italiano: bisogni, servizi, utenti in carico

2.2.1.1 Metodo di lavoro

L'analisi del settore a livello nazionale si basa su un metodo (per un approfondimento, Capitolo 2 edizione 2018) che prevede:

- La stima della popolazione non autosufficiente, ricavata tramite dati ISTAT su (i) Popolazione; (ii) Condizioni di salute, rischio e prevenzione e (iii) Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi¹⁰;
- La ricostruzione della geografia dei servizi e degli interventi pubblici per anziani non autosufficienti e della loro capacità di risposta, espressa in termini di dotazione di posti/posti letto nel caso dei servizi semiresidenziali e residenziali, in ore di assistenza erogata per gli interventi domiciliari. Le fonti considerate a questo proposito sono (i) l'indagine Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari¹¹, la (ii) rilevazione ISTAT relativa alla Spesa sociale dei Comuni¹² e (iii) l'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale¹³.
- L'individuazione del numero di utenti in carico ai servizi, tramite l'utilizzo delle fonti sopracitate;
- Comparazione fra dati riferiti al fabbisogno e utenti in carico ai servizi per la stima del grado di copertura del bisogno.

L'obiettivo dell'analisi è quello di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del fabbisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti. Tuttavia, questo esercizio è reso particolarmente complesso dal fatto che il sistema sociosanitario e sociale 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 (con il rischio di sovrapposizione tra misure e servizi erogati, rischiando di falsare i dati sull'utenza effettivamente in carico), né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Inoltre, il materiale informativo sconta frequentemente un differenziale temporale importante con l'anno in cui vengono effettuate le analisi in un qua-

¹⁰ ISTAT, 2015, Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi. Anno di riferimento 2013.

¹¹ ISTAT, più anni, Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari. Anno di riferimento 2015.

¹² ISTAT; più anni, Spesa sociale dei comuni.

¹³ Ministero della Salute, più anni, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

dro 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.

In primo luogo, sono stati considerati nell'analisi solo servizi reali.. Non vengono quindi considerati i trasferimenti monetari, ai fini di ridurre i rischi di duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio il caso molto frequente di un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali). Inoltre, dopo aver escluso dal conteggio i beneficiari di contributi economici, non sono state incluse nella stima le misure tipicamente locali riconducibili al "sostegno alla domiciliarità" (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), includendo nell'analisi esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata (SAD e ADI) che hanno invece diffusione a livello nazionale. Per rendere più agevole la lettura, i dati verranno presentati in Tabelle nella serie storica 2013-2016, mentre il focus dei commenti alle stesse sarà relativo ai differenziali registrati dalle evidenze presentate nel precedente Rapporto e i nuovi dati; per un'interpretazione dell'evoluzione storica degli anni precedenti al 2015 si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OLTC 2018.

Si segnala infine che, al momento della stesura del presente Capitolo (luglio 2019), l'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio-assistenziali non è stata aggiornata, impedendo la revisione dei dati relativi alla dotazione di posti letto residenziali sociosanitari e sociali presentati nella scorsa edizione.

2.2.1.2 Gli anziani non autosufficienti: definizione del bisogno

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

2.2.1.3 Stima del bisogno potenziale

La stima della popolazione anziana non autosufficiente (Tabella 2.3) deriva, per ciascuno dei quattro anni considerati, dalla somma (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da ISTAT, moltiplicata per il numero di cittadini anziani non ospitati permanentemente in istituzioni per l'anno oggetto di analisi tratto da I.Stat e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni, esclusi dalla rilevazione citata, tratto dai dati I.Stat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. 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 2016 (stima più recente), il numero di anziani non autosufficienti è pari a 2.909.090 individui¹⁴. 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 mentale¹⁵.

Non essendo in possesso di dati aggiornati relativi (i) al numero di anziani residenti in maniera permanente in strutture residenziali sociosanitarie o sociali e (ii) all'incidenza della diffusione di limitazioni funzionali tra over65 che vivono in famiglia, l'aumento registrato nel bacino stimato di bisogno è ascrivibile a un puro effetto demografico collegato all'aumento della popolazione anziana negli anni e che determina un aumento della stima riportata. Il rapido evolvere dei trend demografici di invecchiamento della popolazione è un fenomeno ormai strutturale: le proiezioni ISTAT più recenti¹⁶ segnalano che nel 2037 il numero di over65 residenti in Italia saranno 4,5 milioni in più rispetto al 2017, a fronte di un calo complessivo della popolazione di 600.000 residenti, che deriverà da una forte contrazione della popolazione nelle fasce di età più giovani e di quella in età lavorativa. A questo si aggiungono due ordini di considerazioni:

- I cambiamenti nella struttura socio-demografica della popolazione e nelle reti familiari, uniti alle crescenti dinamiche di fragilità legata all'aumento degli anziani soli (Fosti e Perobelli, 2019) possono avere conseguenze esplosive sulla tenuta di un sistema di welfare ancora fortemente legato a un'impostazione di tipo "familistica" della cura e assistenza;

¹⁴ Rispetto alla precedente edizione del Rapporto, per l'anno 2016 è cambiata la base di calcolo della popolazione over65 di riferimento, in quanto si ritiene che la popolazione residente all'1 gennaio dell'anno successivo a quello oggetto di analisi costituisca un bacino più accurato.

¹⁵ Essendo focalizzata soprattutto sulle limitazioni funzionali fisiche.

¹⁶ Fonte: Elaborazioni OASI CERGAS SDA Bocconi su proiezioni demografiche ISTAT.

Tabella 2.3 Anziani (over 65) con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale (anni 2013-2016)

Anno	Popolazione di Riferimento	Fonte	Modalità di calcolo	Stima
2013	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2013	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2013)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.781.157
2014	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2014	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2014)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.809.211
2015	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2015	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.847.814
2016	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2017	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.909.090

- L'aumento dell'età media della popolazione porta fisiologicamente con sé un incremento della diffusione di patologie croniche e/o degenerative, che sono rilevate solo parzialmente nella stima ISTAT sulle limitazioni funzionali. Inoltre, quest'ultima si riferisce all'anno 2013: è possibile che negli anni l'incidenza delle limitazioni funzionali tra gli anziani sia aumentata e coinvolga quindi una maggiore quota della popolazione.

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

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

La Tabella 2.4 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta agli anziani non autosufficienti. Essa comprende esclusivamente le dotazioni di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali; per ulteriori approfondimenti in base al tipo di servizio (residenziale, semiresidenziale e domiciliare, di cui si riportano le ore erogate), si rimanda alla Tabella 2.5. Dalla Tabella 2.4 si evince chiaramente come la rete dei servizi analizzata sia fortemente orientata alla fornitura di servizi di tipo socio-sanitario rispetto a quelli di tipo sociale. Il lieve aumento nella capacità produttiva della rete socio-sanitaria è ascrivibile, come si vedrà, all'incremento di posti disponibili nel segmento di offerta semiresidenziale. La Tabella 2.5 permette di analizzare più nel dettaglio la capacità del sistema di offerta pubblico per tipologia di servizio erogato, approfondendo le informazioni precedentemente riportate e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di tipo domiciliare. Come anticipato, non è possibile fare nuove considerazioni rispetto all'evoluzione della dotazione di offerta residenziale riferita all'anno 2015 (per un approfondimento si rimanda al Capitolo 2, edizione 2018).

Tabella 2.4 La capacità produttiva del sistema pubblico residenziale e semiresidenziale, 2013-2016

CAPACITA' PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA PER SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI		
Anno	Servizi di afferenza socio-sanitaria	Servizi di afferenza sociale
2013	233.317	21.004
2014	283.992	22.257
2015	284.947	16.746
2016	285.686	16.746

Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016, 2019) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti agli anni 2013-2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale socio-sanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

Rispetto ai dati dell'Annuario presentati nella scorsa edizione del Rapporto, che facevano riferimento all'anno 2013¹⁷, lo scenario è cambiato come segue:

- La disponibilità di posti in strutture semiresidenziali di afferenza socio-sanitaria è aumentata del 5%;
- Le ore di assistenza domiciliare integrata erogate a pazienti over65 hanno visto un incremento del 19,9%.

Alla luce dell'importante incremento registrato nell'andamento dell'offerta domiciliare (ADI) sociosanitaria, si è ritenuto di approfondire ulteriormente il tema (Tabella 2.5). Se da un lato il dato che segnala l'aumento dell'offerta a pazienti over65 è incoraggiante, dall'altro i dati mostrano che le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno sono state 16 (con ampia variabilità regionale), aprendo il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio. In assenza di ulteriori informazioni sui profili degli anziani raggiunti da tale servizio e sull'organizzazione dello stesso (tipologia di prestazioni erogate, periodicità tra un accesso e l'altro, ...) è difficile immaginare sulla base di questo dato un percorso intenso di presa in carico che appare invece molto contenuta nell'intensità e limitata nel tempo.

La Tabella 2.6 propone più prospettive da cui è possibile ricostruire per ogni Regione:

- Il totale dei casi anziani trattati, ovvero il numero di anziani presi in carico in ADI e la distribuzione dell'offerta ogni 100 abitanti over65 e ogni 100 over65 non autosufficienti, dove questi ultimi rappresentano il bacino di riferimento più verosimile per il servizio. Il panorama nazionale è molto variegato: a fronte della media italiana di 29,09 casi anziani trattati in ADI ogni 100 over65 non autosufficienti, si segnalano i 4,22 casi in carico ogni 100 over65 non autosufficienti in Valle d'Aosta e i 63,23 casi ogni 100 over 65 non autosufficienti in Toscana.
- La media delle ore di accesso per ogni caso ADI over65 trattato: se, come detto, la media italiana è di 16 ore per caso, vi sono Regioni che presentano dati molto superiori alla media (ad esempio Basilicata e Sardegna con 38 e 48 ore medie rispettivamente) o significativamente al di sotto di essa (come Veneto e Piemonte, con 5 e 10 ore per caso).

¹⁷ Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2016. Anno di riferimento 2013.

Come anticipato, l'assenza di elementi di maggiore dettaglio sulle caratteristiche del servizio impedisce un'interpretazione più approfondita dei modelli assistenziali identificati dai vari contesti territoriali.

Tabella 2.5 Capacità produttiva per tipo di servizio erogato, 2013-2016

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.
2016	Residenziale	270.020	16.746
	Semiresidenziale	15.666	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	12.467.620*	n.d.

*ore erogate

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

Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale socio-sanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

Tabella 2.6. Assistenza domiciliare integrata per anziani over65, dettaglio regionale. Anno 2016

Regione	Totale casi over65 trattati	Casi ogni 100 over65	Casi ogni 100 over65 non autosufficienti	Media ore accesso per caso 65+	Totale ore erogate a over65
Abruzzo	17.571	5,71	29,74	26	456.858
Basilicata	5.630	4,43	22,49	38	213.955
Bolzano/Bozen	632	0,62	4,19	n.d.	nd
Calabria	9.994	2,43	10,66	21	209.880
Campania	41.000	3,86	15,31	27	1.106.995
Emilia - Romagna	114.127	10,80	60,34	15	1.711.907
Friuli - Venezia Giulia	18.567	5,92	34,05	14	259.937
Lazio	51.958	4,16	21,44	21	1.091.128
Liguria	15.657	3,53	23,52	24	375.771
Lombardia	136.712	6,15	39,18	12	1.640.541
Marche	10.703	2,86	14,91	28	299.671
Molise	6.504	8,74	42,44	19	123.575
Piemonte	45.240	4,11	27,98	10	452.401
Puglia	30.728	3,54	13,17	29	891.126
Sardegna	11.830	3,16	12,43	48	567.853
Sicilia	48.011	4,62	18,11	28	1.344.299
Toscana	104.575	11,13	63,23	7	732.023
Trento	4.101	3,55	22,50	19	77.913
Umbria	8.090	3,63	17,05	23	186.067
Valle d'Aosta	179	0,61	4,22	26	4.651
Veneto	97.237	8,87	47,43	5	486.184
ITALIA	779.226	5,76	29,09	16	12.467.620

Fonti: Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

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

La Tabella 2.7 riporta il dato circa gli utenti complessivamente in carico ai servizi; mentre nella successiva Tabella 2.8 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio. Anche in questo caso, non è possibile fare nuove considerazioni rispetto all'utenza in carico a servizi residenziali ad afferenza sociale o sociosanitaria poiché non siamo a disposizione di dati aggiornati per il 2016: per un approfondimento si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OLTC 2018. 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 nel

2016 rispettivamente il 72% e il 28% del totale dei servizi analizzati. Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia di servizio (Tabella 2.8) per un'analisi più approfondita.

Rispetto alla rilevazione riportata nel Capitolo 2 del Rapporto OLTC 2018, nel 2016 il numero di utenti anziani complessivamente in carico ai servizi sociali è drasticamente diminuito, registrando un calo complessivo dell'11,8%, dovuto principalmente a un calo degli utenti in carico a servizi di tipo semi-residenziale/a ciclo diurno erogati da Enti Locali (-24,19%). Di converso, il numero di anziani in carico ai servizi sociosanitari è aumentato di 18,4 punti percentuali, essenzialmente per l'aumento degli utenti in carico a servizi di ADI (+27,35%), per cui valgono le considerazioni esposte in precedenza in termini di intensità assistenziale della "presa in carico" di questo intervento. L'utenza in carico a servizi sociosanitari residenziali è rimasta sostanzialmente invariata (-0,65%) rispetto al 2013 – anno di riferimento dell'ultimo Annuario Statistico. Sempre con riferimento all'area domiciliare, le prestazioni SAD sono diminuite del 6,98%.

Tabella 2.7 Numero annuo di utenti in carico alla rete di offerta, anni 2013-2016

Utenti in carico		
Anno	Sociosanitario	Sociale
2013	813.099	578.517
2014	907.034	460.067
2015	909.186	512.186
2016	1.076.384	416.109

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

Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale socio-sanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

Tabella 2.8. Utenti in carico per tipologia di servizio, anni 2013-2016

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
2016	Residenziale	273.204	14.124
	Semiresidenziale	23.954	270.109
	Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	131.876

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

Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale socio-sanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

2.2.2 Stima della copertura del bisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si riporta il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti per il solo anno 2016, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi 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).

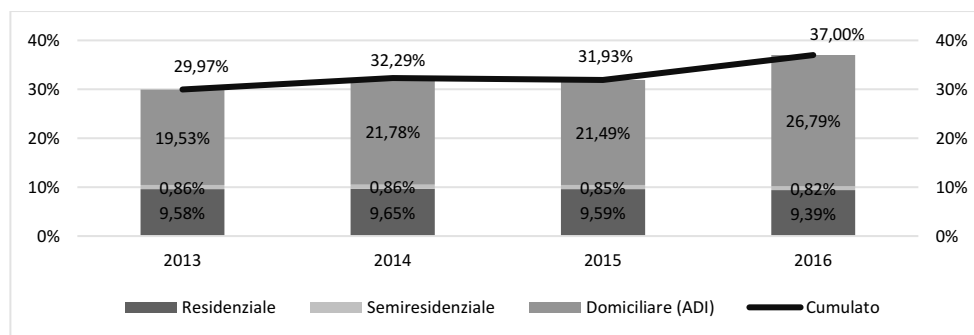
La Tabella 2.9 propone un approfondimento in merito alla copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per gli anni in esame (2015 per l'offerta residenziale in assenza di nuovi dati; 2016 per i servizi

ad afferenza sociale e sociosanitaria semiresidenziali e domiciliari). La lettura per *setting* assistenziale aiuta a comprendere quali siano i servizi in cui il sistema pubblico riesce a essere più pregnante e quali siano invece quelli dove la copertura del fabbisogno risulta più ridotta. La Figura 2.5 propone questa prospettiva per l'andamento della copertura dei servizi ad afferenza sociosanitaria, ad evidenziare l'eterogeneità della capacità di risposta tra i vari *setting* che vanno a determinare il tasso di copertura cumulato.

Tabella 2.9 Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
2.909.090	Residenziale	287.328	9,39%	0,49%
	Semiresidenziale	294.063	0,82%	9,28%
	Domiciliare (ADI e SAD)	911.102	26,79%	4,53%
2.909.090	Totale	1.492.493	37,0%	14,3%

Figura 2.5 Copertura del bisogno dei servizi ad afferenza sociosanitaria, dettaglio per setting assistenziali. Anni 2013-2016



Più nel dettaglio, si nota una copertura maggiore sul lato domiciliarietà per la forte incidenza dell'utenza in carico ADI, a fronte di una risposta molto minore sul fronte semiresidenziale. Quest'ultimo risulta invece l'ambito in cui si concentrano maggiormente i servizi sociali (9,28%), che di converso registrano una copertura prossima allo zero (0,49%) sui servizi residenziali, ed esigua (4,53%) sul comparto domiciliare. Coerentemente con quanto già anticipato, è probabile che in queste misure siano presenti dei doppi conteggi di utenti, portando ad

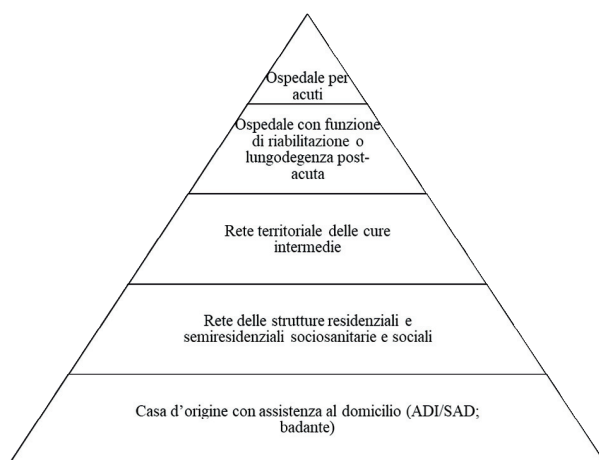
una sovrastima dei tassi di copertura. Rispetto alla rilevazione precedente (Tabella 2.10), la copertura complessiva del bisogno complessivo tramite servizi sociosanitari per anziani non autosufficienti risulta essere aumentata di 5,1 punti percentuali, trainata dall'aumento della copertura tramite ADI; mentre la copertura tramite servizi sociali ha subito un calo dello 3,7%.

Tabella 2.10. Tassi di copertura del bisogno per anziani over 65 con limitazioni funzionali, anni 2013-2016

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%
2016	13.528.550	2.909.090	1.492.493	37,0%	14,3%

2.3 La filiera regionale della presa in carico per anziani non autosufficienti

Dopo aver presentato i dati generali riguardanti il settore sociosanitario e sociale a livello nazionale, si presenta in questa parte di Capitolo un approfondimento riguardante la filiera regionale della presa in carico degli anziani non autosufficienti; il contesto di riferimento è sempre quello della cura e dell'assistenza di cittadini anziani che presentano profili di fragilità sociale e/o sanitaria. Parliamo in questa sede di filiera di servizi per evidenziare come la risposta ai bisogni delle famiglie che affrontano una situazione di non autosufficienza passi attraverso una molteplicità di servizi, luoghi e istituzioni funzionali all'evolversi del bisogno, complementari nelle loro caratteristiche, ma anche "supplementari" nei potenziali vuoti di offerta del sistema pubblico. La Figura 2.6 riporta le componenti che compongono questa filiera ideale diversi *setting*, a intensità assistenziale crescente, dove l'ospedale per acuti rappresenta quello a intensità assistenziale più alta.

Figura 2.6 Filiera della presa in carico, dettaglio dei setting di cura

L'insieme di questi *setting* di servizi rappresenta idealmente una rete a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi in modo differenziato a seconda dell'evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo. Le diverse Regioni definiscono nel loro insieme un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di geografia dell'offerta e copertura del bisogno, di cui la rete dei servizi socio-sanitari rappresenta solo la punta dell'iceberg. La letteratura (Gori e Rusmini, 2015) è concorde nell'individuare due fenomeni che insieme consentono nei fatti la tenuta del sistema italiano: da un lato l'auto-organizzazione delle famiglie e il ricorso a servizi di "badantato" (cui verrà dato spazio nel *paragrafo 2.3.1*) o altri servizi più o meno formalizzati di assistenza al domicilio; dall'altro il ricorso a servizi sanitari (per acuti e cure intermedie) per tamponare situazioni di emergenza o di temporanea gravità assistenziale che rende impossibile l'autogestione delle famiglie, e che porta a fenomeni di ricovero ripetuto e lungodegenze.

Per questi motivi si è tentato di ricostruire l'insieme dei *setting* di servizi fruiti dagli anziani non autosufficienti con l'obiettivo di comprendere cosa accade nelle diverse Regioni italiane rispetto al mix complessivo dell'assistenza pubblica di cui fruiscono gli anziani non autosufficienti e come questa entri in relazione anche con la presenza di altre modalità assistenziali, quali quella del badantato e quella indiretta garantita da INPS tramite Indennità di Accompagnamento¹⁸.

¹⁸ Per approfondimenti si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2016.

2.3.1 Metodo di lavoro e dati analizzati

Per questa parte di analisi sono stati considerati dati riferiti ai cittadini over 75 (autosufficienti e non), in quanto rappresentano la porzione della popolazione anziana più esposta al rischio di non autosufficienza e la natura del materiale documentale considerato permette di isolare le informazioni a loro riferite.

Pertanto, partendo dai dati raccolti per le evidenze presentate nella precedente sezione, adeguatamente adattati alla popolazione over75¹⁹, è stato successivamente raccolto e analizzato altro materiale funzionale alla ricostruzione del quadro regionale. In particolare:

- Sono stati considerati i dati riferiti ai **ricoveri ordinari in medicina**, distinguendo per ricoveri per acuti, lungodegenza e riabilitazione degli over 75enni²⁰, includendo i soli ricoveri ordinari e in medicina ed escludendo i ricoveri chirurgici e i day hospital;
- Sono stati considerati i volumi di attività della **riabilitazione extra – ospedaliera** (la cosiddetta “ex articolo 26”), sia di tipo residenziale che diurna (Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2019 – anno di riferimento 2016);
- È stata considerata la **dotazione di offerta delle strutture residenziali per anziani (le citate RSA)**. In questo caso, in mancanza di dati sui volumi erogati, sono stati considerati i posti letto delle diverse Regioni (Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2019 – anno di riferimento 2016) considerando che il tasso di occupazione medio dei posti letto in questo tipo di strutture è molto vicino all’unità e il tasso di saturazione al 100% (Fosti, Longo et al. 2013);
- Per includere la dimensione della cura informale è stata considerata una stima del numero delle **badanti** presenti nelle diverse Regioni italiane. La stima è stata elaborata riprendendo il metodo²¹ già utilizzato da Pasquinelli e Rusmini (2013) e per coerenza metodologica è riferita all’anno 2016.
- È stata considerata poi l’**Indennità di Accompagnamento (IdA)** erogata da INPS, considerando il numero di beneficiari over65 per l’anno 2015²². Non è stato possibile isolare la quota di IdA erogata a over75.

¹⁹ I dati ADI sono riferiti a over65 e non è stato possibile isolare gli over75.

²⁰ Dati SDO del Ministero della Salute. Fonte: Capitolo 5 Rapporto OASI 2019.

²¹ 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, secondo la proporzione per cui 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 (regolari + irregolari).

²² L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, VI Rapporto sulla Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Bologna.

Infine, i dati sono stati analizzati in maniera comparativa tra i diversi *setting* assistenziali per tutte le Regioni italiane. Le evidenze emerse dall'analisi verranno presentati in due modalità: in primis, le diverse dimensioni sono state confrontate tra loro adottando una prospettiva regionale, per arrivare ad una fotografia della filiera della presa in carico e del mix erogato in ciascun contesto territoriale; si è poi ragionato in termini di copertura del bisogno tramite i servizi pubblici tradizionali e tramite cura informale.

2.3.2 *La filiera dell'offerta assistenziale: dall'ospedale all'indennità di accompagnamento*

Guardando alla composizione dell'offerta per i diversi *setting* assistenziali nelle Regioni italiane emergono alcune caratteristiche ricorrenti e alcune peculiarità (Figura 2.7). Immaginando di considerare pari a 100 la filiera complessiva di ogni Regione (le singole barre del grafico), le componenti della filiera preponderanti risultano essere l'Indennità di Accompagnamento (IdA), che rappresenta in media il 32% dell'offerta complessiva per gli over75, e i ricoveri ordinari (nelle tre accezioni considerate), che assorbono in media un altro 30% di offerta. Nel caso dell'IdA sussistono notevoli eccezioni: nella Provincia Autonoma di Bolzano costituisce il 10,72% dell'offerta complessiva, in Calabria il 51,27%.

Provando a raggruppare i *setting* per tipologia, è possibile vedere come l'incidenza (i) della rete di servizi sanitari e sociosanitari pubblici (ricoveri + RSA + "ex art. 26") e (ii) di assistenza informale (intesa come servizio non qualificabile come *in kind*) composta da IdA e cd badantato subisca forte variabilità tra contesti regionali. Per un gruppo di Regioni (Calabria, Campania, Lazio, Marche, Umbria, Puglia, Sardegna e Sicilia) la quota dell'assistenza informale è maggiore del 55% e in alcuni casi supera il 66% della filiera complessiva, trainati dalla prevalenza di IdA erogate sul territorio. Un secondo gruppo di Regioni, all'opposto, raggiunge una quota superiore al 55% tramite offerta di servizi pubblici (sia appartenenti alla rete ospedaliera che sociosanitaria): Emilia-Romagna, Friuli - Venezia Giulia, Molise, Toscana, Trento, Veneto. Le altre Regioni presentano una articolazione interna molto frammentata e variegata: è difficile ricostruire *pattern* o cluster tra Regioni, ognuna presenta un mix peculiare e senza apparente relazione con particolari caratteristiche demografiche o territoriali.

Guardando ai valori assoluti in termini di dotazione di offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, emergono in modo più chiaro numerose differenze regionali (Figura 2.8). Se, come detto, il numero di IdA non presenta forte eterogeneità nelle diverse Regioni, grande variabilità appare se si considerano tutte le altre dimensioni.

Figura 2.7 Presa in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: Distribuzione dell'offerta di servizi ogni 100 abitanti over 75 non autosufficienti, dati 2016

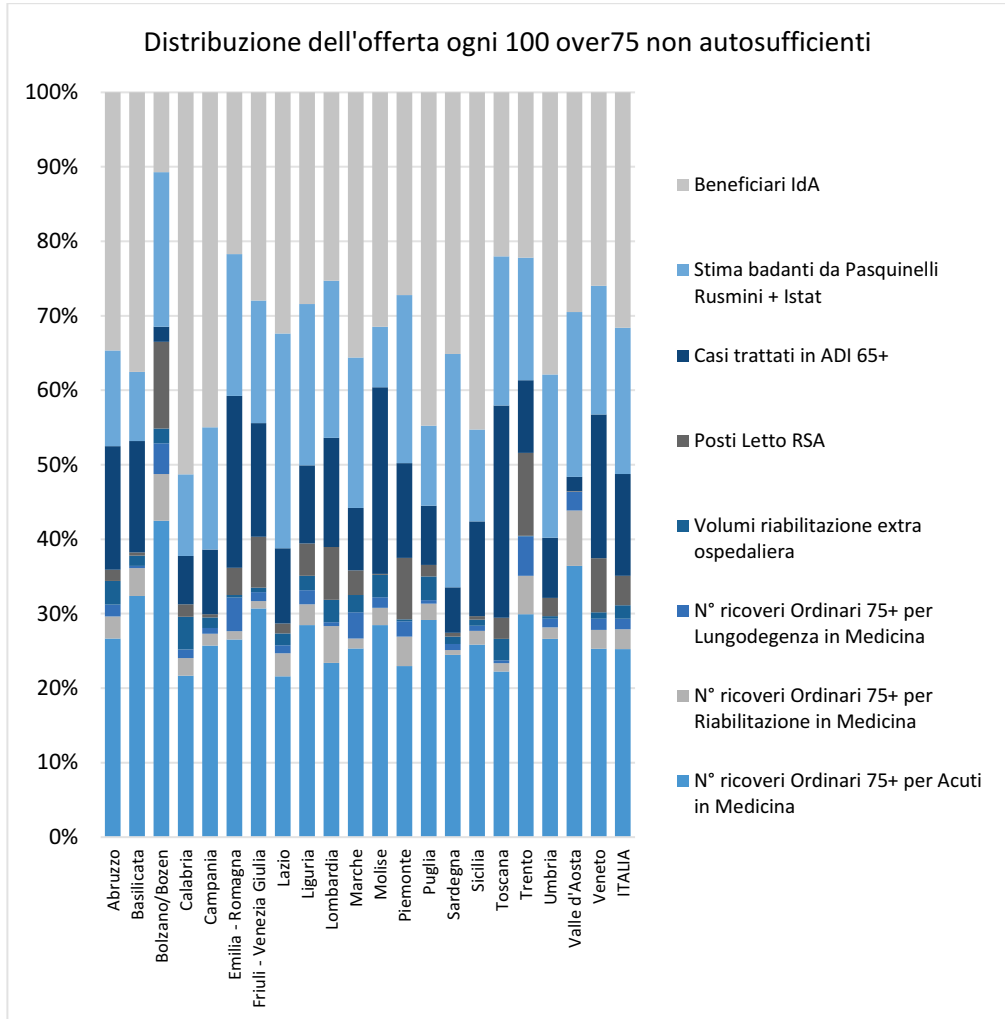
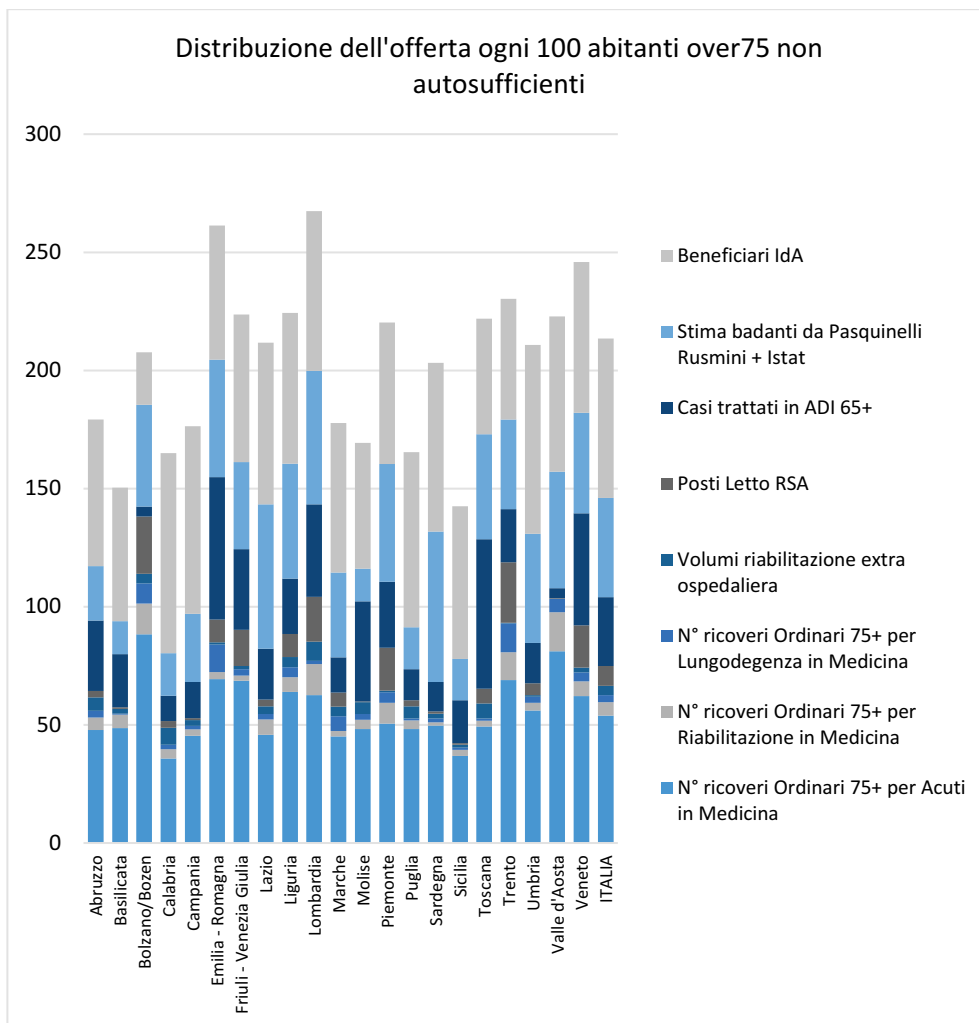


Figura 2.8 Presa in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: dotazione dell'offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, dati 2016



Inoltre, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta presentano tassi di ricovero ordinario in medicina superiori al 100 ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti; Campania, Calabria e Sicilia registrano un valore inferiore al 50 ogni 100 abitanti over75. La composizione della rete socio-sanitaria è allo stesso modo molto variabile: in alcune Regioni raggiunge meno di 25 over75 non autosufficienti ogni 100 (Valle d'Aosta, Sardegna, Campania, Umbria, Calabria,

Lazio, Puglia, Sicilia, Marche); in altre più di 50 (Toscana; Emilia- Romagna; Lombardia; Veneto e Friuli Venezia Giulia). L'offerta di strutture residenziali è polarizzata: le Regioni del Centro-Sud hanno in media meno di 5 posti letto in RSA ogni 100 over 75 non autosufficienti, nel Nord Italia si può arrivare a 25 posti ogni 100 over 75 non autosufficienti. Alcuni contesti vedono una netta prevalenza dell'assistenza domiciliare (Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Molise), tra i servizi sociosanitari considerati.

In tutte le Regioni il grafico mostra barre superiori a 100, poiché gli anziani possono fruire contemporaneamente di più setting assistenziali durante un anno, ad esempio IdA contemporaneamente a servizi assistenziali, oppure ricovero ospedaliero e anche un qualche servizio sociosanitario.

2.3.3 La copertura del bisogno della filiera pubblica e privata o informale

Dopo aver osservato la composizione delle diverse filiere di presa in carico regionali, gli stessi dati sono stati utilizzati per stimare il tasso di copertura del bisogno riferito ai cittadini over75 non autosufficienti residenti nelle Regioni italiane. In questo caso abbiamo considerato solo due delle tipologie di offerta osservate, ovvero la dotazione di strutture residenziali per anziani (le RSA) e la stima delle badanti presenti nei diversi territori. Queste due modalità assistenziali sono state isolate perché rappresentano le due alternative di risposta assistenziale di lungo periodo più utilizzate e coerenti con il concetto di LTC. Sono stati esclusi dall'analisi gli interventi di ADI e SAD in virtù della loro bassa intensità assistenziale, per le motivazioni già presentate nel paragrafo 2.2.1. Considerando la dotazione di RSA delle diverse Regioni possiamo stimare la copertura del bisogno tramite sistema pubblico sociosanitario; considerando la stima delle badanti arriviamo al tasso di copertura del bisogno tramite assistenza informale. Il vantaggio di considerare queste due tipologie in modo isolato deriva anche dal fatto che si tratta di due modalità assistenziali completamente alternative, non sovrapponibili (per lo meno per la maggioranza dei casi), cosa che invece non è verificata per gli altri *setting* assistenziali. Questo ci ha permesso di sommare i due tassi di copertura (Tabella 2.11) per poter comprendere a livello regionale, quale livello di risposta complessiva al bisogno è possibile presupporre.

Dai dati emergono tre distinti gruppi di Regioni (segnalati anche con una colorazione diversa). Il primo cluster vede un tasso di copertura del bisogno complessivo entro il 30%: sono Regioni dove sia la rete di RSA che la stima delle badanti è molto bassa. Questo ci segnala che in questi territori, gli anziani non inclusi in una qualche modalità di lungo assistenza sono almeno i tre quarti della popolazione di riferimento. Questi probabilmente ricorrono in modo improprio

(e continuo?) ad altri *setting* assistenziali di tipo sanitario o si limitano alla autogestione da parte delle famiglie. Un secondo gruppo è rappresentato da Regioni che ancora una volta presentano un tasso di copertura tramite RSA molto basso ma che, differentemente dal primo gruppo, vedono una presenza di badanti più massiccia, cosa che nel complesso fa salire il tasso di copertura complessivo portandolo a valori tra il 40 e il 65%, lasciando comunque una larga parte del bisogno scoperto. Un terzo gruppo di Regioni è caratterizzata da un tasso di copertura complessivo più alto (tra il 66% e l'80%) raggiunto o tramite una maggiore presenza di posti in RSA o di badanti. Nessun contesto Regionale si avvicina a coprire, secondo queste stime, la totalità del bisogno tra gli over75 non autosufficienti.

Tabella 2.11 Tassi di copertura del bisogno tramite lungo assistenza pubblica o informale e relativo tasso di “scopertura” del bisogno. Anno 2016, per Regione

Per la popolazione non autosufficiente over75:	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici (RSA)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi informali (badanti)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici + informali
Molise	0,26%	13,72%	13,98%
Basilicata	0,65%	13,98%	14,63%
Sicilia	0,69%	17,54%	18,23%
Puglia	2,57%	17,76%	20,32%
Calabria	2,78%	18,12%	20,90%
Abruzzo	2,73%	23,05%	25,77%
Campania	0,73%	28,92%	29,65%
Marche	5,89%	35,90%	41,80%
Valle d'Aosta	0,25%	49,28%	49,53%
Toscana	6,28%	44,40%	50,68%
Umbria	5,12%	46,19%	51,31%
Friuli - Venezia Giulia	15,36%	36,88%	52,24%
Liguria	9,73%	48,64%	58,36%
Emilia - Romagna	9,61%	49,71%	59,32%
Trento	25,66%	37,96%	63,62%
Lazio	2,85%	61,08%	63,93%
Sardegna	1,03%	63,60%	64,63%
Bolzano/Bozen	24,21%	43,07%	67,28%
Piemonte	18,15%	49,79%	67,95%
Lombardia	18,97%	56,41%	75,38%
Veneto	17,88%	60,42%	78,30%

Nonostante sia stata considerata la popolazione non autosufficiente over75, criterio molto stringente rispetto al tradizionale dato demografico, nessuna Regione presenta tassi di copertura del bisogno tramite servizi di lungo assistenza pubblici (RSA) oltre il 25%. Questo valore aumenta se si considera la copertura del bisogno tramite badanti, ma in ogni caso rimangono in tutto il territorio nazionale delle ampie zone di “scopertura” che immaginiamo vengano gestite o tramite autoorganizzazione delle famiglie, o tramite ricorso ad altri *setting* assistenziali, o tramite l’assenza completa di assistenza (Perobelli e Notarnicola, 2018).

Vista la rilevanza del fenomeno del badantato, si propone nel paragrafo seguente un approfondimento puntuale sulle stesse, aggiornando i dati presentati nel Capitolo 2 edizione 2018 sulla diffusione del fenomeno nel territorio nazionale.

2.4 Il mondo delle badanti

In assenza di altre soluzioni assistenziali e di vere e proprie filiere di presa in carico istituzionalizzate e capillari sul territorio, le famiglie hanno ideato una soluzione fai da te per la LTC degli anziani, portando alla nascita di uno dei più grandi e rilevanti settori del nostro paese, ovvero quello del badantato. Secondo i dati ISTAT più recenti²³, nell’anno 2018 i lavoratori domestici contribuenti regolari all’Inps sono stati 859.233: per la maggioranza si tratta di colf (53,2%), mentre le badanti rappresentano il restante 46,8%, ovvero 402.121 persone. Un recente studio di Domina²⁴ sui lavoratori domestici regolari riporta come a fronte di una ricchezza prodotta dalla totalità di questi lavoratori pari a 18,96 miliardi di valore aggiunto, nel 2017 le famiglie italiane hanno speso 6,9 miliardi di euro per la retribuzione dei lavoratori domestici (comprende stipendio, contributi, TFR). Ciò significa che, mediamente, ogni lavoratore domestico ha percepito circa 6.500 euro annui netti, con variabilità legata alle ore lavorate e del tipo di servizio. A questo proposito, ragionando sulla spesa mensile e annua per le famiglie si osserva che il costo mensile un contratto regolare di 54 ore di assistenza di badante convivente, a tempo pieno, per l’assistenza di una persona non autosufficiente, livello CS²⁵, costa 1.495 euro, ovvero oltre 17.000 euro annui. Questa cifra comprende contributi, ferie, tredicesima mensilità, TFR e gestione lavoratore. Non sono invece inclusi i giorni di riposo festivo, indennità di vitto e alloggio per il periodo di ferie, giorni corrispondenti ai riposi settimanali, riposo domenicale e scatti di anzianità. Per ovvie ragioni il contratto irregolare

²³ ISTAT, 2019, Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno 2018

²⁴ Domina, 2018, Il lavoro domestico in Italia, dettaglio regionale.

²⁵ Dati www.assistere.net

risulta meno costoso per le famiglie, in questo caso potrebbe aggirarsi tra gli 800 e i 900 euro mensili, anche se non sono disponibili stime ufficiali.

Sulla base di queste stime e di altri lavori esistenti rispetto al numero delle badanti in Italia, proponiamo una stima aggiornata delle badanti attive nell'anno 2018. Per calcolarlo, adottiamo il metodo proposto da Pasquinelli e Rusmini²⁶, aggiornandolo all'anno 2018 (Tabella 2.12), il più recente per cui INPS ha fornito i dati sui lavoratori autonomi.

Tabella 2.12 Stima delle badanti presenti in Italia, anno 2018

	Anno 2018
Numero delle badanti regolari	402.121
Numero delle badanti irregolari	603.182
Numero totale delle badanti presenti nel territorio nazionale	1.005.303

Seguendo il metodo proposto, le badanti in Italia nel 2018 erano quindi oltre un milione, di cui il 60% irregolari: un numero enorme di lavoratori, che va a tutti gli effetti a costituire uno dei maggiori mercati del lavoro del nostro Paese (basti pensare che l'intero personale dipendente del SSN conta 605.192 unità, dati Annuario Statistico 2019).

Dalla Tabella 2.13 è possibile evincere come mediamente in Italia siano presenti 14,5 badanti ogni 100 cittadini over75, che salgono a 43,3 ogni 100 cittadini over75 non autosufficienti. Le badanti sono più presenti nelle regioni del Nord, nonostante siano i contesti territoriali in cui i servizi pubblici per la presa in carico della non autosufficienza siano più diffusi (cfr *paragrafo 2.2*)²⁷, ma risultano molto presenti anche nelle regioni centrali (si veda in particolare il Lazio) e in Sardegna, che nel contesto del Sud Italia e Isole si configura come un *outlier*.

²⁶ Cfr nota 21.

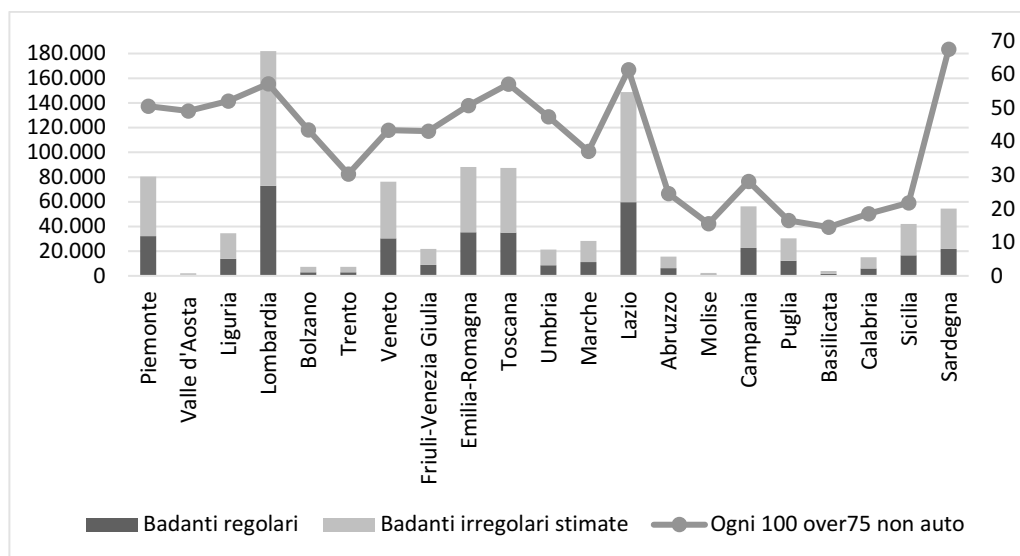
²⁷ Per approfondimenti, Capitolo 6 Rapporto OASI 2016.

Tabella 2.13 Stima del numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75 autosufficienti e non, anno 2018

Regione	Badanti regolari	Badanti irregolari stimate	Totale badanti regolari + irregolari	Ogni 100 over75 non auto	Ogni 100 over75 auto
Piemonte	32.136	48.204	80.339	50,6	13,67
Valle d'Aosta	821	1.231	2.052	49,2	13,29
Liguria	13.757	20.635	34.392	52,1	14,07
Lombardia	72.759	109.138	181.896	57,3	15,48
Provincia Autonoma di Bolzano	2.905	4.357	7.262	43,6	13,24
Provincia Autonoma Trento	2.905	4.357	7.262	30,4	11,93
Veneto	30.466	45.699	76.165	43,4	13,21
Friuli-Venezia Giulia	8.768	13.153	21.921	43,2	13,12
Emilia-Romagna	35.286	52.929	88.214	50,8	15,44
Toscana	34.912	52.368	87.281	57,2	17,39
Umbria	8.564	12.847	21.411	47,5	17,66
Marche	11.280	16.920	28.199	37,2	13,84
Lazio	59.538	89.308	148.846	61,5	22,89
Abruzzo	6.237	9.355	15.591	24,6	9,66
Molise	962	1.443	2.406	15,6	6,12
Campania	22.538	33.808	56.346	28,2	11,08
Puglia	12.112	18.168	30.281	16,5	6,96
Basilicata	1.528	2.293	3.821	14,6	5,72
Calabria	6.072	9.108	15.181	18,5	7,29
Sicilia	16.764	25.146	41.909	21,8	8,10
Sardegna	21.811	32.716	54.527	67,6	28,53
Italia	402.121	603.182	1.005.303	43,3	14,25

La Figura 2.9 fornisce una rappresentazione visiva della diffusione del fenomeno del badantato in Italia, che risulta molto eterogeneo e le cui determinanti risultano tuttora di difficile interpretazione per via della scarsa quantità e qualità di informazioni relative a questo mondo oggi a disposizione.

Figura 2.9 Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, anno 2018



2.5 Conclusioni

Il presente Capitolo si poneva l'obiettivo di offrire uno sguardo olistico sul mondo degli anziani, provando a superare la tradizionale visione centrata sull'assistenza, mondo dei servizi pubblici e capacità produttiva del sistema. Per farlo, le analisi sul settore sono state anticipate da una sezione dedicata alla visione dell'anziano come risorsa per la società, e non solo come costo per il sistema. A questo proposito, sono stati presentati gli elementi caratterizzanti della *Silver Economy* e si è ragionato sui possibili ambiti di sviluppo di tale prospettiva rispetto al tessuto sociale del nostro paese che si caratterizza per il progressivo invecchiamento della popolazione, dove i consumi e le preferenze mutano e si adattano al nuovo contesto sociale, con alcune specificità circa l'andamento reddituale familiare e con importanti cambiamenti in atto circa l'abitare. Adottare una prospettiva in linea con quanto definito dalla prospettiva di *Silver Economy* significa adottare delle lenti che guardano ai cambiamenti in atto e ai potenziali sviluppi del settore a 360°. Al fine di offrire un risvolto pratico di cosa significhi adottare una prospettiva in linea con la *Silver Economy*, il caso delle soluzioni abitative alternative ("Senior Living") è stato analizzato come caso studio.

Nella seconda parte del Capitolo, si è posto l'attenzione sull'ambito della *Silver Economy* che attualmente raggiunge il maggior numero di utenti e assorbe

più risorse (pubbliche e private), ovvero il settore Long Term Care. La prospettiva di analisi del settore è stata duplice, con un focus nazionale prima e regionale poi. A fronte di una stima di 2.909.090 anziani non autosufficienti nel 2016, la rete di servizi pubblici ad afferenza sociale e sociosanitaria è in grado di dare risposta rispettivamente al 14,3% e 37% del bisogno. Inoltre, il dato cumulato cela una ampia eterogeneità in termini di utenza in carico tra diversi *setting* residenziali: a titolo di esempio, la copertura dei servizi residenziali sociali è pari a 0,49% del bisogno; quella dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è il 26,9%. Proprio l'ADI è il servizio che più ha visto aumentare il numero di utenti in carico rispetto alla rilevazione riportata nel Capitolo 2, edizione 2018 del Rapporto: tuttavia, a fronte di una media nazionale di 16 ore di assistenza erogata per utente (cfr Tabella 2.4) ci si interroga sulla capacità di questo *setting* di dare una risposta sufficiente al bisogno di LTC.

Successivamente, è stata adottata la vista regionale per ricostruire la filiera della presa in carico dei servizi, ovvero l'insieme di *setting* assistenziali e di risposte che dovrebbero accompagnare l'anziano nell'evolvere della propria condizione di non autosufficienza, al fine di indagarne la capacità di coprire il bisogno di LTC presente nel territorio. I risultati mostrano una grande variabilità tra le Regioni, che possono tuttavia essere ricondotte a tre gruppi sulla base del tasso di copertura del bisogno complessivamente registrato, che varia dal 14% del Molise al quasi 80% del Veneto. Ad ogni modo, nessun contesto Regionale si avvicina a coprire, secondo queste stime, la totalità del bisogno tra gli anziani non autosufficienti.

Da ultimo, si è posto l'attenzione sulla risposta assistenziale che i dati rappresentano come quella probabilmente più pregnante e diffusa sul territorio nazionale, ovvero le badanti. Secondo la stima, in Italia nel 2018 erano oltre le un milione, di cui il 60% irregolari: un numero enorme di lavoratori, che va a tutti gli effetti a costituire uno dei maggiori mercati del lavoro del nostro Paese. La loro diffusione è capillare sul territorio: mediamente in Italia sono presenti 14,5 badanti ogni 100 cittadini over75, che salgono a 43,3 ogni 100 cittadini over75 non autosufficienti.

Complessivamente, il quadro che emerge dal Capitolo rappresenta un settore in cui da un lato sta emergendo una nuova consapevolezza sulle potenzialità di sviluppo di nuovi mercati e offerte per guardare all'anziano come risorsa prima che come costo; dall'altro lato, cresce in maniera vertiginosa il bisogno di assistenza LTC a fronte di un'offerta pubblica che riesce ad intercettare solo una parte residuale del bisogno e che viene affiancata dall'enorme mercato delle badanti, tuttora scarsamente regolamentato e in cui spesso mancano le competenze assistenziali appropriate per curare l'anziano.

Bibliografia

- Amboni E., Doganieri L. (2018). Progetto Senior Living. Parte del Progetto: Dai un Senso al Profitto Edizione 2018 - CeRGAS Bocconi.
- Banca d'Italia (2018). L'indagine sui bilanci delle famiglie italiane - Tavola Storica 19: Reddito equivalente medio con scala OCSE modificata per caratteristiche del capofamiglia.
- Berloto, S., Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A., 2019, (in pubblicazione) La rete dei servizi e le connessioni tra settore sociosanitario e ospedaliero: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti? Rapporto Oasi 2019, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.
- Crescentini, L. (2017). Silver Economy: l'invecchiamento come risorsa. Itinerari Previdenziali
- Dati I.Stat, 2013, Attività quotidiane: tempo dedicato a determinate attività dalla popolazione di 15 anni e più (% sulle 24 ore).
- Dati I.Stat, 2017, Consumi Medi Mensili per Tipologia di Famiglia e Classe di Età.
- Dati I.Stat, 2018, Aspetti della vita quotidiana: uso del PC e di Internet per classi di età.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A., 2016, Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi, Rapporto Oasi 2016, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.
- Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A., Rotolo A., 2017, Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti, Rapporto Oasi 2017, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano
- Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A., 2018, Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: mappatura della rete, del bisogno e percorsi tra sociale, sociosanitario e ospedale, Rapporto Oasi 2018, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.
- Fosti, G. Perobelli, E., 2019, Il mondo del Welfare locale e il fabbisogno di cambiamento e innovazione. In Notarnicola, E., Berloto, S., Fosti, G., Perobelli, E., Ricciuti, E. Il cambiamento nel welfare locale. Lezioni per il riposizionamento dei servizi pubblici. Egea, Milano.
- Gori, C., Rusmini, G., 2015, La rete dei servizi sotto pressione, in: Network Non Autosufficienza (a cura di), V Rapporto sulla Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Bologna.

- European Commission, 2018, The Silver Economy. Technopolis Oxford Economics.
- Eurostat, 2015, Structure (%) of consumption expenditure by age of the reference person and COICOP consumption purpose for Italy.
- Fondazione Cariplo, 2017, House Rich Cash Poor Come rendere liquida la ricchezza rappresentata dalla casa di abitazione - Quaderni dell'Osservatorio.
- ISTAT (vari anni), I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>
- INPS, 2019, Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno di riferimento 2018, disponibile online <https://www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/domestici/StatInBreve.pdf>
- ISTAT, 2019, Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2016, disponibile online <https://www.istat.it/it/archivio/225648>
- ISTAT, 2014, Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>
- ISTAT, 2015, Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi+-+21%2Flug%2F2015+-+Testo+integrale.pdf
- ISTAT, 2015, Tavole di Dati: Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari in Italia e nell'Unione Europea - Indagine Ehis 2015. Tavola 6.1.2: Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, sesso e classe di età.
- 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_persone_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, 2019, Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN - Anno 2016, disponibile online: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2859_allegato.pdf
- Nomisma, 2016. Dimensione e caratteristiche del disagio abitativo in Italia e ruolo delle Aziende per la casa. Report di ricerca.
- Notarnicola E., Fosti G., 2019, Oltre la cura e l'assistenza. L'evoluzione dei bisogni delle famiglie e degli anziani rispetto all'informazione e al counselling, articolo online pubblicato 11/03/2019, www.luoghicura.it
- Perobelli, E., Notarnicola, E., 2018, Il settore sociosanitario: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato, in: Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), 2018, L'innovazione e il cambiamento nel settore LTC. 1° Rapporto 2018 Osservatorio sulla Long Term Care. Egea: Milano.
- Rotolo A., 2018, Verso un ageing 4.0 grazie alle tecnologie, *Economia&Management*, 2018/5
- Squarzoni, D., 2017, La domanda: le caratteristiche reddituali e dei consumi seniors. Prometeia.

3. Nuovi attori nel settore: il comparto assicurativo e l'offerta Silver o Long Term Care

di *Elisabetta Notarnicola*¹

“Aumenta l’offerta delle polizze per pagarsi la badante” titolava la testata giornalistica Sole24Ore nell’autunno 2018², mettendo direttamente in relazione i dati sullo scarso dimensionamento dell’offerta di servizi per la non autosufficienza con la necessità di individuare nuove e diverse forme di finanziamento. L’articolo evidenziava l’apparizione sul mercato di nuovi prodotti assicurativi tra il 2017 e il 2018 e la loro scarsa diffusione a circa due anni di presenza sul mercato. Può questa essere una soluzione circa il grande dilemma del futuro della Long Term Care? Se la discussione del tema Silver Economy (Cfr Capitolo 2 di questo Rapporto) ha portato a ragionare di nuovi attori e servizi possibili per il segmento anziani, e i dati circa il livello di copertura del fabbisogno e il ricorso a servizi privati e/o informali ci mostrano come il sistema di welfare tradizionale sia alle strette rispetto alle sfide dell’invecchiamento futuro, la strada assicurativa è stata spesso vista come una possibile soluzione non solo dagli addetti ai lavori ma anche dagli analisti di mercato che lo hanno interpretato come una possibilità di crescita. Nel capitolo che segue si presenta lo stato dell’arte sull’offerta oggi presente in Italia per le polizze LTC per avviare una riflessione sui possibili sviluppi futuri per il settore. Il Capitolo si chiude con la presentazione di un lavoro di ricerca condotto con numerosi soggetti del settore socio-sanitario con i quali si è discusso delle possibili trasformazioni, opportunità e criticità che vedono il settore socio-sanitario nella prospettiva di una espansione del comparto assicurativo per la LTC.

¹ Gli autori desiderano ringraziare Giulia Pietta, senza il cui prezioso supporto e contributo questo lavoro di ricerca non sarebbe stato possibile.

² “Aumenta l’offerta delle polizze per pagarsi la badante” di Federica Pezzati, pubblicato online 08/10/2018, link: <https://www.ilssole24ore.com/art/aumenta-l-offerta-polizze-pagarsi-badante-AE66g9HG>

3.1 La prospettiva assicurativa come finanziamento del sistema o come scelta di acquisto individuale

Introducendo il tema della copertura assicurativa è bene compiere subito una importante distinzione che permette di inquadrare il tema e i dati che verranno presentati. Il tema "assicurazione" e quello "non autosufficienza" sono stati, e sono tuttora, presenti nel dibattito pubblico italiano con due diverse accezioni. La prima unisce i due concetti per discutere di possibili riforme del sistema di welfare italiano (ad esempio si veda Rebba, 2010). Questa prospettiva porta analisi e discussioni mirate a valutare la possibilità che il modello assicurativo possa arrivare a rappresentare nel caso della LTC quella "terza gamba" dei sistemi di welfare, come già sperimentato in altri paesi europei (ad esempio Germania e Francia) e non (ad esempio Giappone). Si tratta di una visione di sistema che va ad incidere oltre che sui comportamenti individuali dei singoli cittadini, anche sull'articolazione della governance del sistema pubblico. La seconda, invece, guarda alla prospettiva assicurativa come possibile elemento di spesa out-of-pocket per le famiglie, così come accade ad esempio già oggi in Italia in sanità. In questo senso, non si tratta di esaminare l'offerta assicurativa in una prospettiva di riforma di policy, ma piuttosto di interrogarsi rispetto alle potenzialità di un mercato privato che potrebbe (o non potrebbe) avere un effetto sull'articolazione dei servizi pubblici.

È proprio questa seconda prospettiva, che guarda ai servizi e alle scelte dei singoli individui, quella che si adotta in questo Capitolo andando prima a descrivere lo stato dell'arte in Italia per poi passare ai possibili impatti sul settore LTC (e per i suoi provider). Questa scelta è stata necessaria alla luce dell'attuale stato dell'arte della LTC in Italia: al momento, infatti, nessuna riflessione sistemica e politicamente realistica è stata fatta rispetto ad un possibile utilizzo di schemi assicurativi a supporto di una riforma del welfare; al contrario il mercato verso i singoli cittadini è già attivo ed è proprio su questa seconda strada già in fase di attuazione che ci soffermiamo.

3.2 Non autosufficienza, rischio e percezione dei cittadini

Parlando di prodotti assicurativi dedicati alla non autosufficienza è importante precisare di quale tipo di condizione (e di conseguenza rischio) si stia parlando. Le polizze oggi esistenti nel mercato italiano adottano due approcci:

- In alcuni casi parlano di non autosufficienza intesa come 'perdita dell'autosufficienza' mettendola in relazione ad un evento casuale (come infortunio o malattia) o in funzione del decadimento delle funzionalità personali determinato dal processo di invecchiamento;

- In altri si intende invece la incapacità di svolgere (in modo presumibilmente permanente, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature), un numero minimo di attività ordinarie della vita quotidiana dette Activities of Daily Living (ADL)³.

Entrambi gli approcci sono molto coerenti con le definizioni più diffuse di non autosufficienza (riportate anche nel paragrafo 2.2) e con gli strumenti e scale di valutazione del bisogno oggi più diffuse. Rimane il fatto che si tratta di un concetto molto legato alle capacità fisiche e meno (per lo meno nella sua esplicitazione formale) a quelle cognitive e comportamentali che ci si attende saranno le più rilevanti e frequenti nel prossimo futuro. Promuovono inoltre una visione dei bisogni di cura molto legati a contenuti assistenziali, se non addirittura sanitari, con una forte attenzione alla componente 'fisica'.

Guardando ai trend demografici ed epidemiologici, è evidente come una definizione così strutturata possa essere applicata e trovare rispondenza per una percentuale di popolazione altissima (se non assoluta) oltre una certa fascia di età. Questo costituisce un grosso limite per il concetto di rischio su cui si basano i modelli assicurativi: se verosimilmente tutti potremmo aspettarci di avere un qualche livello di non autosufficienza un giorno, è possibile parlare di rischio e probabilità dell'evento? Per ovviare a questa questione la maggior parte dei prodotti dedicati al mercato privato prevede oggi degli stringenti limiti di età (generalmente 75 anni) che circoscrivono enormemente la popolazione di riferimento (e di conseguenza il rischio da assicurare) ma allo stesso tempo ne limitano anche i benefici per i sottoscrittori.

Se guardiamo ai prodotti assicurativi come possibile scelta per la spesa out-of-pocket delle famiglie è importante interrogarsi anche rispetto alla percezione dei potenziali acquirenti del rischio non autosufficienza. I dati circa la percezione⁴ del rischio assicurabile per fasce di età (Indagine sul Risparmio e sulle scelte finanziarie degli italiani 2018, Centro di Ricerca e Documentazione "Luigi Einaudi") mostrano che per tutte le fasce di età le persone tendano a sottostimare sia il rischio di sviluppare Alzheimer che inabilità dopo i 65 e i 75 anni:

- I giovani tra i 25 e i 34 anni sottostimano di 13 punti il rischio Alzheimer e di 25 punti il rischio inabilità;

³ Ovvero: Mobilità: capacità di muoversi da una stanza all'altra della propria casa; Cura personale: capacità di lavarsi da soli; Vestirsi, svestirsi: capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti; Nutrirsi: capacità di consumare cibo già pronto. Non si intende la capacità di prepararsi il cibo; Usare i servizi: capacità di recarsi al bagno e usare correttamente i servizi igienici; Continenza: capacità di gestire le funzioni intestinali e della vescica tramite l'utilizzo di indumenti protettivi o di apposite apparecchiature chirurgiche.

⁴ Misurato come saldo tra percentuale di valutazioni superiori a quella corretta e percentuale di valutazioni inferiori a quella corretta.

- I 45-54enni sottostimano di 11 punti il rischio Alzheimer e di 27 punti il rischio inabilità;
- Anche gli anziani stessi (over65) continuano a sottovalutarlo con una sottostima di 7 punti per Alzheimer e 31 (il punteggio maggiore) per inabilità.

Si ripropone quindi un tema valido anche con riferimento ai servizi per la non autosufficienza in senso più tradizionale: in Italia non si è ancora affermato un senso collettivo e di conseguenza un vero e proprio mercato rispetto al tema non autosufficienza, così che (al di là della bontà delle diverse proposte offerte) i servizi a pagamento ancora si sviluppano con difficoltà.

3.3 Il funzionamento delle polizze LTC

Anche se in questo testo non si ha la pretesa e l'obiettivo di illustrare o dettagliare in modo completo il funzionamento del sistema assicurativo italiano e delle diverse tipologie di polizze, riteniamo utile specificare alcune caratteristiche generali che sono utili per inquadrare il possibile impatto sul settore LTC.

3.3.1 Gli attori del sistema

Guardando agli attori del sistema è necessario operare una distinzione di base, ovvero distinguere tra le polizze sottoscritte a titolo individuale (dal singolo cittadino) o a titolo collettivo (quindi tramite un intermediario, tipicamente azienda o datore di lavoro, etc.). Nel caso di polizze sottoscritte da un singolo cittadino questo si rivolge direttamente ad un provider che potrà essere una compagnia assicurativa o un fondo (tipicamente di tipo sanitario o pensionistico) tramite il quale sottoscrive direttamente una polizza specifica oppure richiede l'estensione alla copertura LTC di piani sanitari o pensione. Nel caso di una sottoscrizione collettiva (quindi tramite azienda o altro strumento come contratto collettivo nazionale di lavoro) si ha il passaggio ad un soggetto intermedio che potrà essere una società di mutuo soccorso, una cassa mutua o un fondo assicurativo, che tramite una compagnia andranno a proporre un prodotto assicurativo collettivo studiato ad hoc. In Figura 3.1 si dà una rappresentazione sintetica di questi rapporti.

Il modo in cui fondi pensione, fondi sanitari e casse si sono organizzati per la gestione dei prodotti legati alla LTC è diversificato:

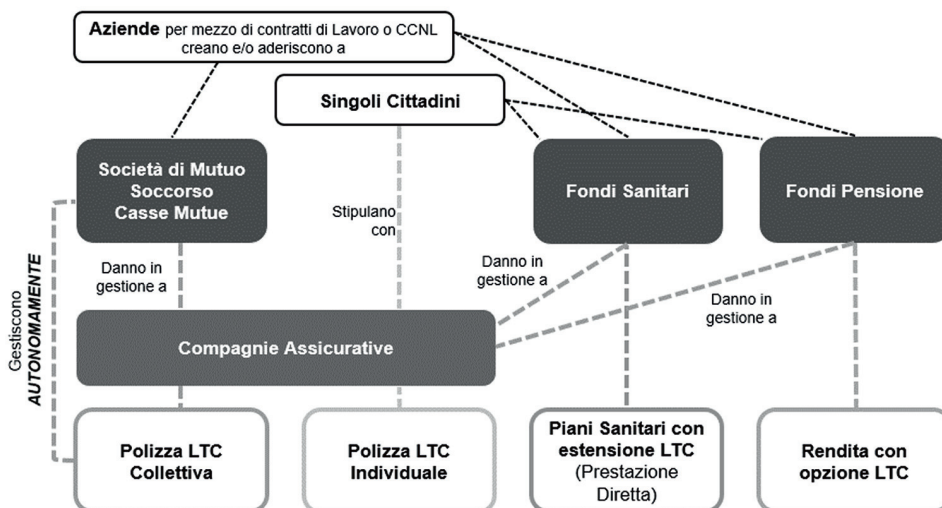
- Alcuni fondi pensione (in genere i fondi negoziali) offrono la possibilità di scegliere, al momento del pensionamento, una rendita con

l'opzione LTC: ad esempio in questo caso la rendita pagata periodicamente dal fondo raddoppia nel caso in cui sopraggiungano situazioni di non autosufficienza;

- altri fondi pensione (in genere i fondi aperti) offrono la possibilità di attivare, anche prima del pensionamento, una polizza LTC tra le cosiddette “prestazioni accessorie” che possono essere acquistate separatamente dagli iscritti;
- i fondi sanitari erogano prestazioni di LTC agli iscritti che perdono la propria autosufficienza attraverso due modalità: versando delle somme in un'unica soluzione o periodicamente, oppure coprendo direttamente o indirettamente le spese che dovrebbero esser sostenute dall'iscritto;
- le Casse di previdenza hanno previsto per i loro iscritti con determinati requisiti l'attivazione automatica e senza costi aggiuntivi di una polizza LTC, che, in caso di perdita di autosufficienza, supporta l'iscritto grazie al versamento di un assegno mensile.

A seconda della natura dei soggetti coinvolti e della tipologia di prestazione entrano dunque in campo diverse relazioni e attori.

Figura 3.1 Attori del sistema: interazione tra attori a seconda della tipologia di offerta



3.3.2 *Diverse tipologie di polizze e copertura assicurativa*

Le polizze oggi esistenti sono classificabili almeno secondo quattro elementi (Rebba, 2010b).

1. Il primo elemento riguarda la natura della polizza che (come anticipato nel paragrafo precedente) si distingue in individuale e collettiva. Una polizza individuale viene stipulata volontariamente e autonomamente dal singolo cittadino per sé e/o per la sua famiglia. Una polizza collettiva viene acquistata da un datore di lavoro a favore dei propri dipendenti o veicolata attraverso casse sanitarie e assistenziali e fondi pensione.
2. Secondariamente le polizze possono essere autonome (“stand alone”) o complementari (accessorie). La polizza è autonoma se nasce e viene acquistata come un prodotto esclusivamente dedicato alla non autosufficienza, è invece complementare un’assicurazione LTC legata ad un’altra polizza principale sulla vita o malattia.
3. Le polizze LTC possono poi essere “a vita intera” o temporanee. Nel caso dell’“a vita intera” la possibilità di sottoscrizione e il pagamento del premio viene limitata fino ad una certa età ma la copertura assicurativa resterà comunque attiva vita natural durante, ovvero fino a quando l’assicurato sarà in vita. Nel caso di polizza temporanea, invece, anche l’evento (perdita di autosufficienza) dovrà verificarsi nel corso della durata contrattuale ovvero entro una età fissata, in quanto se avvenisse successivamente, la copertura non sarebbe attivata.
4. Quarto elemento è la tipologia di prestazione garantita che può essere risarcitoria o indennitaria o assistenziale/sociosanitaria. La prestazione risarcitoria (modello US) prevede il rimborso dei costi delle prestazioni assistenziali in caso di perdita irreversibile e/o temporanea dell’autosufficienza. La prestazione indennitaria (modello francese) prevede la corresponsione di una rendita vitalizia a fronte di uno stato irreversibile di non autosufficienza. La prestazione assistenziale e sociosanitaria prevede invece l’erogazione diretta e/o attraverso provider accreditati di servizi.

La combinazione di questi quattro elementi caratterizza e differenzia il prodotto assicurativo sottoscritto dalla persona (o dal soggetto collettivo) andando a definire non solo ciò che potrà ottenere in funzione della condizione di non autosufficienza, ma anche quando potrà ottenerlo e per quanto tempo. È particolarmente rilevante quindi usare queste categorie per analizzare l’offerta oggi disponibile sul mercato italiano per capirne l’impatto sui servizi e sul settore, come verrà descritto nel paragrafo seguente.

3.4 Il panorama italiano

3.4.1 I volumi di attività 2017-2018

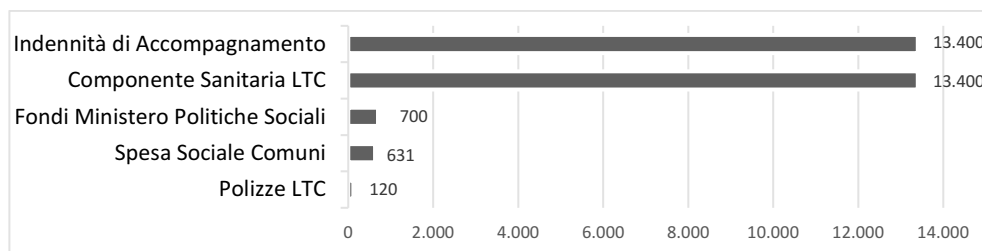
Prima di passare alla descrizione dell'offerta, proviamo a quantificare il valore di questo mercato in Italia. I dati ANIA riferiti al 2018 ⁵. I dati su polizze LTC sono da ricercare in due diverse fonti: tra le polizze salute e le polizze vita (Tabella 3.1). Nel 2017 i prodotti dedicati alla LTC complessivamente corrispondevano a 102 miliardi di euro di attività.

Tabella 3.1 Valore delle polizze LTC in Italia, dati ANIA a Dicembre 2017

	VOLUMI ANNUALI	QUOTA DEL RAMO CORRISPONDENTE	CRESCITA DELL'ANNO
Polizze LTC come polizze SALUTE: Trend Infortuni e Malattia ANIA	3,74 MILIONI DI EURO	0,5% del ramo Salute (€6,2 mld tot)	+ 11,7%
Polizze LTC come polizze VITA: Statistica Trimestrale Flussi e Riserve Vita ANIA	89 MILIONI DI EURO	0,1% del ramo Vita (€98,6 mld tot)	+ 12%

Il mercato è ancora molto “ridotto” rispetto al mercato assicurativo italiano sia rispetto al segmento salute che polizze vita. Se inserito nel quadro più complessivo della spesa e interventi per LTC in Italia (cfr Capitolo 2 di questo rapporto e Figura 3.2) rappresenta anche in questo caso una minima parte del quadro complessivo. È promettente in ogni caso il tasso di crescita indicato (superiore al 10% annuale) che mostra le ampie potenzialità del settore.

Figura 3.2 Spesa complessiva per la LTC in Italia, milioni di euro



⁵ ANIA. (2018, 30 giugno). Distribuzione dei premi per principali garanzie assicurative. In Trends Infortuni e Malattia: Portafoglio diretto italiano – Dati al 30 giugno 2018.

3.4.2 Alcuni esempi di polizze assicurative LTC individuali

Per comprendere il possibile impatto dello sviluppo di polizze assicurative nel settore ci siamo occupati di svolgere un lavoro di analisi e mappatura dei principali prodotti assicurativi LTC oggi presenti sul mercato italiano⁶. La mappatura (Tabella 3.2) illustra le principali caratteristiche:

- Le polizze sono per lo più complementari a prodotti salute o vita. Poichissimi sono i prodotti autonomi, nati in modo dedicato per la LTC.
- Molte polizze sono a vita intera limitando però ad una età ‘giovane’ (entro i 70 anni in media) la possibilità di sottoscrizione del prodotto. Questo è necessario data la costruzione assicurativa del prodotto ma limita la popolazione potenziale di riferimento. Inoltre, a connotare in modo molto preciso le polizze come orientate alla prevenzione o gestione molto anticipata della non autosufficienza, si va a mirare a un target di acquirenti di età giovane o media.
- Le polizze sono quasi esclusivamente di tipo risarcitorio e indennitario. Sono quindi orientate a erogare una somma di denaro invece che prestazioni o servizi assistenziali, sociali e sociosanitari.

Alla luce di questi primi elementi, che connotano le polizze oggi esistenti in modo molto preciso, si può tornare a riflettere sulla scarsa diffusione di queste nel mercato italiano. I dati presentati da Barazzetta (2018) ci dicono che intervistando un campione di soggetti circa la possibilità di sottoscrivere polizze LTC:

- Il 53,4% dice di non averlo fatto perché troppo costoso,
- Il 28,2% perché non ha abbastanza informazioni per decidere,
- Il 13,5% perché si considera in buona salute,
- L’8% circa perché preferisce accumulare risparmio.

Questi elementi fanno riflettere rispetto al fatto che, agli occhi di chi si avvicina al settore, le polizze oggi esistenti appaiono molto complesse, orientate ad un futuro molto distante e con una logica di prevenzione (mentre per le polizze sanitarie da subito il sottoscrittore immagina di beneficiarne per l’utilizzo) e sono associate all’erogazione di rendite o simili che le rendono valutabili come alternative all’accumulo di risparmio. È necessario forse interrogarsi sulle caratteristiche di quello che si sta offrendo e le necessità e aspettative espresse dagli acquirenti.

⁶ L’analisi è stata condotta ad Aprile 2019 su un campione di 14 polizze. L’analisi riguarda quindi le informazioni che erano liberamente disponibili online a quella data e sono limitate alle polizze citate. Ringraziamo la dott.ssa Giulia Pietta per il lavoro di ricerca svolto su questo tema.

Tabella 3.2 Caratteristiche delle principali polizze individuali LTC, aggiornato a aprile 2019

Nome Polizza	Compagnia Assicurativa	Ramo	Durata	Età Sottosc.	Evento	Prestazione
<i>Allianz Universo Persona Rendita Autosufficienza</i>	Allianz Italia	Salute	A Vita Intera	40-75	Impossibilità di compiere 4 su 6 ADL	Indennitaria Assistenziale Sociosanitaria
<i>AXA Tutta La Vita</i>	AXA MPS	Vita	A Vita Intera	18-70	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Indennitaria
<i>Cattolica Previdenza PERLAPENSIONE</i>	Cattolica Assicurazioni	Previdenza	A Vita Intera	20-64	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Indennitaria
<i>Prenditi Cura Long Term Care</i>	CF Assicurazioni	Salute	A Vita Intera	20-69	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Indennitaria
<i>Lungavita Long Term Care</i>	Generali Italia	Vita	A Vita Intera	> 40	Punteggio ADL \geq 40 su 60	Indennitaria
<i>LONG TERM CARE di HDI Assicurazioni</i>	HDI Assicurazioni / Banca Sella	Salute	A Vita Intera	20-70	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Risarcitoria o Indennitaria
<i>Long Term Care. Per Me Domani.</i>	Itas Assicurazioni	Previdenza	A Vita Intera	18-74	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Indennitaria
<i>Mediolanum For Your Care</i>	Mediolanum Assicurazioni	Salute	A Vita Intera	20-70	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Risarcitoria o Indennitaria
<i>Postapersona Sempre Presente</i>	Postevita	Vita	A Vita Intera	30-70	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Indennitaria
<i>Realmente Con Te</i>	Reale Mutua Assicurazioni	Autonomia	Fino a 71	18-70	Punteggio ADL \geq 45 su 75	Assistenziale Sociosanitaria
<i>Realmente Sereno</i>	Reale Mutua Assicurazioni	Autonomia	A Vita Intera	18-70	Punteggio ADL \geq 45 su 75	Indennitaria Assistenziale Sociosanitaria
<i>UBI Unity Long Term Care</i>	UBI Banca	Vita	A Vita Intera	18-70	Impossibilità di compiere 3 su 4 ADL	Indennitaria
<i>UnipolSai Autonomia</i>	UnipolSai	Autonomia	A Vita Intera	20-60	Impossibilità di compiere 4 su 6 ADL	Indennitaria
<i>Vittoria Fianco a Fianco</i>	Vittoria Assicurazioni	Salute	A Vita Intera	n.a.	Impossibilità di compiere 4 su 6 ADL	Indennitaria

3.4.3 Polizze LTC e servizi alla persona: tre esempi

Tra le polizze analizzate, tre⁷ si differenziano per aver sviluppato una ampia offerta di servizi parte del pacchetto attivato nel caso di non autosufficienza. In questi casi, non si interviene solo con rendite o rimborsi, ma si propone all'assicurato e alla sua famiglia una sorta di presa in carico che si compone di diversi servizi, in parte molto coerenti con la tradizionale offerta sociosanitaria per la LTC e in parte con un potenziale altamente innovativo. I tre casi sono:

- Allianz Universo Persona Rendita Autosufficienza: Polizza indennitaria con prestazione complementare assistenziale / counseling;
- Realmente Sereno: Polizza indennitaria con prestazione complementare assistenziale / counseling;
- Realmente Con Te: Polizza con prestazione assistenziale e sociosanitaria complementare a Realmente Sereno.

Nelle tabelle seguenti (Tabella 3.3, Tabella 3.4, Tabella 3.5) si riassumono i principali servizi offerti come indicati nei documenti informativi presenti online.

Tabella 3.3 Allianz Universo Persona Rendita Autosufficienza

Servizio offerto:	Descrizione:
Second Opinion Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico internazionalmente di riferimento per la patologia clinica
Centrale Operativa con propria équipe medica e consulenti per fornire indicazioni ed informazioni utili	<ul style="list-style-type: none"> • Prenotazione e organizzazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri in strutture private convenzionate • Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza • Consulenza medico-sanitaria telefonica (anche specialistica)
Assistenza Domiciliare Integrata	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo massimo di 120 giorni consecutivi e non frazionabili • Organizzazione dei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi • Pagamento delle utenze domestiche; alzata, cura della persona e messa a letto • Fornitura in comodato d'uso di stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico e/o materasso antidecubito

⁷ Per quanto risulta al momento in cui è stata svolta l'analisi, Aprile 2019.

Tabella 3.4 Realmente sereno

Servizio offerto:	Descrizione:
Accesso al network “MyNet”	<ul style="list-style-type: none"> • Permette all’Assicurato di usufruire, a tariffe agevolate ad alcune prestazioni (Odontoiatriche, Mediche, Fisioterapiche)
Check-up Tool	<ul style="list-style-type: none"> • Consiglia, in base ad una profilazione effettuata per età e sesso, gli esami da eseguire
Servizio di prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> • Prenotazione telefonica per le prestazioni mediche

Sulla base di questa descrizione molto sintetica dell’offerta di servizi è possibile però già trarre quattro linee di sviluppo che sono rilevanti per il settore LTC nel suo complesso, non solo assicurativo.

1. **Ascolto e informazione:** un elemento ricorrente nell’offerta proposta è quello del supporto all’assicurato rispetto al reperire informazioni circa procedure, servizi, strutture etc.. questo elemento è molto coerente con ciò che le famiglie oggi chiedono (Notarnicola e Fosti 2019) ed è allo stesso tempo un elemento di debolezza dei servizi tradizionali, molto più concentrati sull’erogazione dell’assistenza in sé che non su tutte quelle attività di supporto che possono esserne corollario.
2. **Presa in carico a 360°:** questi piani si pongono come interlocutori unici per l’assicurato e la famiglia offrendo come parte del valore di servizio quello del case management, monitoraggio e aggiornamento del caso. Come per il punto 1, anche per questo sappiamo come il tema del coordinamento e del supporto sia critico per le famiglie e sottovalutato in alcuni contesti territoriali (cfr Capitolo 2 in questo Rapporto).
3. **Tecnologia:** forti dell’esperienza fatta in altri ambiti (automobilistico ad esempio) la componente di monitoraggio e supporto da remoto è stata sviluppata anche per la LTC e potrebbe costituire uno degli elementi di sviluppo futuro ulteriore di questa offerta.
4. **Attenzione alla casa:** il perno dell’offerta assistenziale garantita è la casa dell’assistito. Questo impone un cambio di paradigma dei servizi offerti e va incontro alle richieste delle famiglie.

Sebbene oggi, come visto sopra nei dati presentati, le polizze LTC siano ancora poco diffuse se dovessero rinforzare o sviluppare ulteriormente queste quattro linee di servizio andrebbero a collocarsi proprio in quel vuoto di offerta che oggi caratterizza il settore sociosanitario, accumulando un vantaggio competitivo rispetto ai provider oggi presenti.

Tabella 3.5 Realmente con te

Servizio offerto:	Descrizione:
Informazioni, Consigli e Tutoring telefonico	<ul style="list-style-type: none"> • Orientare l'Assicurato verso la soluzione di maggiore pertinenza, in relazione al caso specifico, senza però voler fornire diagnosi o prescrizioni mediche
Prestazioni e servizi complementari	<ul style="list-style-type: none"> • A domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana
Gestione delle urgenze	<ul style="list-style-type: none"> • Nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico
Valutazione Multidisciplinare	<ul style="list-style-type: none"> • Si prendono in considerazione le effettive esigenze dell'Assicurato e dei suoi famigliari per mettere in campo un intervento a 360 gradi che li aiuti a fronteggiare le difficoltà che comporta lo stato di non autosufficienza
Tutor Medico di BLUE ASSISTANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Consulenza e Tutoring • Segnalazione strutture sanitarie specializzate • Reperimento delle informazioni sulle prestazioni del sistema socio-sanitario.
Predisposizione ed Erogazione del Piano di Assistenza Multidisciplinare	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione psicologica e piano di supporto psicoterapeutico • Orientamento e counseling per i familiari • Second opinion • Consegnare documenti e supporto per disbrigo pratiche • Ricerca e prenotazione di centri di alta specializzazione in Europa • Consulenza per riadattamento abitazione e interventi architettonici • Supporto per adattamento veicolo
Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione Parametri Medici • Servizio Alert Parametri Medici • Consulto Medici in Video Conferenza
Accesso al Network	<ul style="list-style-type: none"> • Network sanitari convenzionati • Tool "check-up"

3.5 Quale impatto sul settore LTC e sui servizi per gli anziani?

Quale ci si aspetta dunque essere il possibile impatto sul settore sociosanitario e LTC dello sviluppo di una offerta assicurativa? Questo tema è stato discusso in un incontro dedicato alla presenza del Network Keyprovider dell'Osservatorio Long Term Care (cfr Capitolo 1) e di un provider assicurativo, durante il quale sono state discusse le domande:

- Quali elementi trasformativi ed eventuali minacce si riscontrano per il settore e i servizi (Tabella 3.6)?
- Quali opportunità per i provider (Tabella 3.7)?

Tabella 3.6 Sintesi dei principali elementi potenzialmente trasformativi e delle criticità emerse dalla discussione tra provider e soggetti del mondo assicurativo

Elementi potenzialmente TRASFORMATIVI per il settore e i servizi
<ul style="list-style-type: none"> • Maggiore omogeneità nella presenza e caratteristiche dei servizi a livello nazionale (Italia) • Rafforzamento del canale di finanziamento privato per servizi LTC (supporto a sostenibilità complessiva del welfare) oltre che ampliamento del mercato privato out of pocket potenziale • Spinta allo sviluppo di welfare aziendale orientato alla LTC • Spinta all'innovazione nei servizi verso flessibilità e personalizzazione della presa in carico • Spinta ad una maggiore efficienza ed efficacia nella gestione ed erogazione dei servizi • Spinta all'integrazione a soggetti esistenti in termini di filiera di servizi • Presa in carico più globale e personalizzata • Aumento di servizi con filiera completa e diverse modalità di accesso • Focalizzazione sul tema delle informazioni e dell'orientamento e counselling • Tempestività e capacità di risposta in tempo reale ai bisogni • Necessità di soggetti che agiscano da intermediario
Elementi di potenziale CRITICITA' per il settore
<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di raccordo tra welfare pubblico e offerta privata per non creare sistemi di welfare a più velocità • Ingresso nel settore di nuovi soggetti da altri comparti con diversa specializzazione: come orientarli? Come gestire una maggiore competizione? • Rischio di espansione della domanda con riversamento sul settore pubblico • Dimensionamento dei provider è oggi orientato a contesti locali, come raccordarsi con soggetti e mercati sempre più vasti? • Necessità di regole di certificazione dei servizi e dei meccanismi di accesso per garantire equità di accesso al sistema • Necessità di nuove professionalità e di sviluppo di competenze e cultura organizzativa per gestire un nuovo potenziale assetto di governance

Rispetto agli elementi trasformativi per il settore e per i servizi, la discussione ha fatto emergere alcuni temi principali. Da un lato l'apertura di un diverso canale di sviluppo di servizi e offerta out-of-pocket è stata interpretata dai provider come una buona occasione di stimolare innovazione nel settore oltre che riflessioni 'diverse' perché trainate da interlocutori 'nuovi', con un diverso approccio all'utente, ai servizi, ai fornitori e al mercato nel suo complesso. Inoltre, questa potrebbe essere una possibilità per supportare i provider ad allontanarsi sempre più dalla logica esclusivamente burocratica e dell'accreditamento imposta dalla stretta e consolidata relazione con il mondo pubblico, unico interlocutore fino ad ora per i provider. Un secondo elemento, oltre all'innovazione, è quello dell'apertura verso il mercato privato, tentativo che fino ad oggi non ha visto risultati eccezionali da parte dei provider (cfr Capitolo 5 di questo rapporto). Una delle difficoltà rappresentate da questi è quella di passare dalla logica di fornitura di servizi per grandi volumi applicata ai contratti pubblici, a quella della conquista del cliente 'uno alla volta' tipico

del mercato privato. In questo senso i soggetti del mondo assicurativo potrebbero effettivamente costituire quell'interlocutore unico nel mercato privato al quale rivolgersi con una fornitura di volumi di servizi importanti, funzionali anche a garantire una migliore economicità e sostenibilità delle loro attività. Complessivamente l'interesse del mondo assicurativo è stato interpretato come una possibilità di espansione del settore da diversi punti di vista:

- Aumentando la capacità di risposta al bisogno, dato che ci si aspetta una crescita dei volumi di attività indotta dall'avvio di prodotti assicurativi. Questo è ritenuto positivo anche con riferimento al welfare pubblico in quanto, se la parte assicurativa viene regolamentata con indicazioni e criteri orientati ad una equità di accesso, può contribuire ad aumentare quella percentuale di copertura del fabbisogno oggi ancora limitata (cfr Capitolo 2).
- Aumentando le opportunità di sviluppo e crescita dei provider, che potrebbero differenziare ed espandere le loro linee di attività.
- Spingendo verso l'innovazione di servizi e l'introduzione nella filiera tradizionale di soluzioni orientate al tema informativo, di counselling e di presa in carico, riuscendo quindi a completare la gamma delle soluzioni offerte.

Nella discussione una forte enfasi è stata posta sul tema delle partnership necessarie e dell'equilibrio nelle competenze da mettere in campo. Si è evidenziato come, affinché l'affermarsi di assicurazioni LTC sia un gioco *win-win* per il sistema, sia necessaria una collaborazione tra i soggetti del mondo assicurativo che possono mettere in campo forti competenze rispetto alla gestione di grandi volumi di attività e modelli di servizi standardizzati a livello nazionale, e i soggetti del settore sociosanitario che sono portatori di forti competenze di lettura e conoscenza dei bisogni delle famiglie e di gestione dei servizi assistenziali. Questo è stato visto come preconditione per il disegno e la progettazione di pacchetti di servizi che siano coerenti e appetibili per i possibili sottoscrittori, ma allo stesso tempo sostenibili economicamente e nella loro struttura organizzativa.

Rispetto alle possibili minacce o criticità discusse, sicuramente l'affermarsi di nuovi soggetti nel settore è stato menzionato come un possibile driver di aumento della competizione tra i provider esistenti e i potenziali nuovi entranti. Se si intende il settore LTC come a somma zero, questa dinamica è verosimile. Ma se ci si aspetta invece che questo possa essere un driver di espansione del settore, sia per volumi che per tipologia di offerta, la competizione può diventare una leva positiva di rafforzamento delle posizioni di sog-

getti migliori e di sfida per raggiungere standard sempre più elevati. Un altro elemento di possibile criticità emerso è quello della connotazione nazionale o locale che dovrà assumere il settore. Come descritto anche in questo rapporto nei Capitoli 2 e 4, il sistema per la LTC italiano si è connotato nel tempo come un sistema riferito al livello regionale se non, in certe situazioni, locale. Questo perché da un lato il sistema regolatorio pubblico ha portato i provider a adeguarsi al territorio regionale come bacino di riferimento ideale per seguire le regole in essere, dall'altro perché le caratteristiche dei gestori (di piccole dimensioni e altamente specializzati) hanno orientato la loro azione verso territori molto circoscritti. All'opposto il mercato assicurativo necessita di bacini di attività molto vasti per essere sostenibile, orientandosi a mercati nazionali o anche internazionali. Nel dialogo e collaborazione tra i due mondi, uno così orientato alle piccole dimensioni e alla rilevanza del contesto, l'altro ai grandi mercati e alla ricerca di standardizzazione e omogeneità, si vede un possibile elemento di divergenza. Si dovrà quindi lavorare per trovare un punto di contatto tra le due visioni o delle strategie di accordo reciproco per bilanciare i due orientamenti in modo positivo.

Ultimo tema trattato, ma forse il più rilevante, è quello delle sinergie con il sistema di welfare pubblico. Se da un lato lo sviluppo delle polizze LTC può andare nella direzione di essere complementare al welfare pubblico, bisognerà fare attenzione a che non diventi invece un sistema parallelo, dove si crea una "serie A" e una "serie B" di assistiti. Questo riguarda sia gli standard assistenziali garantiti che le tempistiche e modalità di accesso, elementi sui quali probabilmente anche il regolatore pubblico dovrà avviare una riflessione.

Tabella 3.7 Sintesi delle possibili opportunità per i provider emerse dalla discussione tra provider e soggetti del mondo assicurativo

Possibili OPPORTUNITA' per i provider
<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione di know-how, competenze tecniche e organizzative, conoscenza e presidio del territorio • Possibilità di ampliamento della propria offerta e di diversificazione (nuovi servizi, target, territori, ...) • Integrazione con altri soggetti e confronto • Aumento opportunità per lavorare nel mercato privato • Possibilità di partnership e collaborazione • Spazi di cambiamento e riposizionamento • Possibilità per strategie di differenziazione nel settore • Maggiore sensibilizzazione dei futuri utenti e clienti

3.6 Conclusioni: quali traiettorie di sviluppo per il settore LTC sulla spinta del mondo assicurativo?

Gli elementi presentati in questo capitolo supportano l'avvio di una discussione sul possibile impatto del settore assicurativo su quello LTC. Ribadiamo che non si tratta qui di discutere del se e come l'opzione assicurativa sia una possibile strada di riforma del sistema di welfare per la non autosufficienza, ma piuttosto di osservare i movimenti già in atto in questo momento e chiedersi se questi possono produrre qualche cambiamento rispetto ai servizi per la LTC e alle strategie e profilo dei gestori.

I dati riferiti al settore mostrano che (perlomeno nel 2017) la diffusione di polizze LTC in Italia è ancora poco diffusa. Nonostante ciò, molti dei principali player del settore assicurativo hanno promosso prodotti orientati a questo segmento provando a stimolare la diffusione di consapevolezza e sensibilità sul tema tra i cittadini per supportare la nascita di un nuovo mercato. Al momento la gran parte dell'offerta attuale è prevalentemente caratterizzata da un posizionamento su rendite e rimborsi, e non servizi assistenziali o sociosanitari. I casi orientati invece in questa direzione mostrano però l'apertura ad una gamma e filiera di servizi molto complementare e coerente con quanto oggi è già parte del settore LTC. Le potenzialità di sviluppo a questo punto sono numerose: il settore assicurativo potrebbe diventare un buon partner sia con riferimento al welfare pubblico, andando ad aumentare la quota di cittadini raggiunti da servizi e sviluppando un mercato privato a integrazione di quello pubblico, sia con riferimento ai provider che possono sviluppare nuove opportunità di business che di innovazione dei loro servizi. Allo stesso tempo si intravedono delle criticità sugli stessi temi: quale relazione dovrebbe svilupparsi tra mondo pubblico e mercato privato? I soggetti assicurativi sono partner o possibili competitor dei provider del sociosanitario?

Per sciogliere questi nodi sarà importante che si sviluppi una visione di sistema su questo tema per evitare che questo si sviluppi in modo non integrato rispetto agli altri interventi, al di fuori di una visione di insieme del sistema e a beneficio di chi saprà essere più forte e aggressivo. Alcuni nodi critici su cui riflettere sono:

1. Quali sono le competenze distintive che le assicurazioni possono portare positivamente nel settore LTC e viceversa di quali necessitano per affermarsi?
2. Deve esserci (o non esserci) una relazione con il welfare pubblico, e nel caso, quale? Le opzioni possono essere di complementarità, integrazione, sinergia, ecc.

3. Nell'articolazione di una filiera di presa in carico, quale funzione possono svolgere con valore aggiunto le assicurazioni e quale invece i provider tradizionali del settore sociosanitario?
4. Si è già notata un forte orientamento delle assicurazioni verso il case management e le attività informative e orientative. Possono essere loro i soggetti che nel futuro assumeranno questo ruolo (oggi non presidiato in modo strutturato da nessuno)? E se sì, come?

Qualsiasi sia la risposta a queste domande, l'elemento fondamentale è che ci si arrivi sulla base di una riflessione di sistema che tenga conto di tutte le dinamiche di settore, per evitare che il settore assicurativo sia l'ennesimo tassello che va ad aggiungersi al già estremamente complesso mosaico del settore senza trovare una propria collocazione integrata nel quadro complessivo.

Bibliografia

- ANIA. (2017a). Distribuzione dei premi per garanzia e per tipologia di premio – RAMO MALATTIA. In Trends Infortuni e Malattia: Portafoglio diretto italiano – Dati a dicembre 2017.
- ANIA. (2017b). Distribuzione dei premi per principali garanzie assicurative. In Trends Infortuni e Malattia: Portafoglio diretto italiano – Dati a dicembre 2017.
- ANIA (2017c). Premi del lavoro diretto polizze individuali e polizze collettive. In Nuova Produzione Vita emessa nel 2017.
- ANIA. (2017d). Serie storica dei premi contabilizzati per ramo di attività. In Statistica Trimestrale Flussi e Riserve Vita _ Dati a dicembre 2017.
- Barazzetta, E. (2018). Welfare e Mondo Assicurativo. Prestazioni, sinergie e prospettive in un’ottica di secondo welfare. Percorsi di secondo welfare - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi in collaborazione con Forum ANIA - Consumatori.
- Bugli, A. (2018). Long Term Care e Assicurazione: vuoti normativi e potenziali sinergie con contrattazione collettiva e RCA. In Quaderno di approfondimento 2018. Le sfide della non autosufficienza. Spunti per un nuovo disegno organico per la copertura della non autosufficienza. Itinerari Previdenziali
- Centro di Ricerca e Documentazione “Luigi Einaudi”. (2018). Indagine sul Risparmio e sulle scelte finanziarie degli italiani 2018.
- GIMBE (2019). Report Osservatorio GIMBE 1/2019. La Sanità Integrativa.
- Mefop (2017). Il glossario del welfare: LTC – Long Term Care. Disponibile da: <http://www.sonoprevidente.it/news/notizie/glossario-welfare-ltc-long-term-care>
- Notarnicola E., Fosti G., 2019, Oltre la cura e l’assistenza. L’evoluzione dei bisogni delle famiglie e degli anziani rispetto all’informazione e al counselling, articolo online pubblicato 11/03/2019, www.luoghicura.it
- RBM - Censis. (2018). VIII Rapporto RBM - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata. La Salute è un Diritto. Di Tutti.
- Rebba, V. (2010). Il long-term care in Italia: l’attuale mix pubblico-privato e il possibile ruolo delle assicurazioni integrative. Politiche sanitarie, 11, 113-133.

Rebba, V. (2010b). Le assicurazioni integrative. Tratto da Il Sistema di Protezione e Cura delle Persone Non-autosufficienti. Prospettive, Risorse e Gradualità degli Interventi. A cura di Cristiano Gori. IRS Istituto per la Ricerca Sociale.

Rotolo A., 2018, Verso un ageing 4.0 grazie alle tecnologie, Economia & Management, 2018/5

4. La prospettiva dei policy makers: quali temi e innovazioni stanno promuovendo le regioni?

di Sara Berloto ed Elisabetta Notarnicola¹

4.1 Cosa è accaduto nelle regioni italiane negli ultimi 5 anni? Una ricognizione ragionata

Il settore sociosanitario e sociale italiano per la LTC si caratterizza storicamente per l'assenza di un modello definito e organico a livello nazionale, come mostrano anche i dati presentati nel Capitolo 2. Diversamente dal caso dell'SSN, il sistema LTC è stato frutto di interventi legislativi successivi e progressivi che si sono sovrapposti nel tempo. Nonostante in alcuni casi si sia cercato di porre in essere un'integrazione con gli elementi pre-esistenti, si è raggiunto il risultato di accostare interventi a interventi di fatto aggiungendo livelli di complessità crescente (Rotolo, 2014). La frammentazione e l'eterogeneità territoriale sono diventate in questo modo due caratteristiche distintive del settore. Il quadro normativo di riferimento a sua volta è variegato e frammentato in modo che gli interventi, ad oggi, non sono riuniti né tantomeno ricompresi in una cornice comune nemmeno a livello regionale. Comprendere e riconoscere la prospettiva dei diversi policy makers in termini di tematiche promosse e priorità identificate appare quindi, e da sempre, un esercizio di difficile soluzione anche se di grande interesse perché potrebbe contribuire a sciogliere i nodi della comprensione del sistema e a fare il punto sulle diversità e similitudini in essere.

Nonostante queste caratteristiche intrinseche, le regioni restano a oggi il punto di riferimento principale per le regole e le linee di sviluppo del settore LTC, per lo meno in una prospettiva di welfare pubblico. Tolto INPS, le regioni

¹ Nonostante il capitolo sia stato scritto dalle due autrici, hanno partecipato e contribuito in modo fondamentale alla ricerca anche Giulia Pietta ed Eleonora Perobelli.

continuano a essere i principali pagatori dei servizi (con le quote sanitarie da SSR, i fondi sociali, i fondi non autosufficienza regionali e altre forme di integrazione alla spesa). Inoltre, il bacino territoriale regionale è quello a cui gestori (e utenti) guardano per la definizione delle regole di funzionamento e le modalità di accesso ai servizi.

Con queste premesse e queste macro-caratteristiche di settore, per comprendere ed identificare i maggiori cambiamenti di policy e le innovazioni rispetto al tema ‘anziani’ (autosufficienti e non-autosufficienti) promosse dai soggetti pubblici risulta necessario, in prima battuta, partire dall’analisi di cosa sia originato dalle regioni. Questo non vuol dire che siano le uniche coinvolte nei processi di cambiamento della LTC in Italia, anzi. Al livello locale, comuni, uffici di piano, consorzi e aziende di servizi alla persona così come altri enti locali con competenze per le politiche sociali, sono allo stesso modo protagonisti nella promozione di piste di innovazione e cambiamento nel settore. Tuttavia, la loro natura locale e il perimetro istituzionale ulteriormente frammentati, impediscono di condurre in modo sistematico una ricognizione di quali siano stati i principali trend.

Obiettivo di questo Capitolo è di proporre una ricognizione ragionata di tutti gli interventi normativi e di policy in modo da poter:

- Individuare per ogni singola regione le macro-tendenze in atto;
- Confrontare le regioni e dedurre alcune implicazioni per il sistema nel suo complesso.

Per fare questo è stata condotta una ricognizione sistematica e puntuale di quanto è stato prodotto nelle diverse regioni italiane negli ultimi 5 anni. Più nello specifico, una puntuale ricerca è stata condotta con l’obiettivo di mappare gli interventi normativi e di policy che le regioni italiane (le 19 regioni e le province autonome di Trento e Bolzano) hanno adottato nell’arco temporale compreso tra il 1° gennaio 2015 e il 30 aprile 2019, adottando uno schema di analisi che permettesse di individuare le principali linee di sviluppo del settore.

Al fine di fornire una descrizione e una rappresentazione dettagliata della mappatura condotta e delle principali evidenze raccolte, il presente capitolo è strutturato come segue: il paragrafo 4.2 descrive l’approccio ed il metodo della ricerca presentando ed evidenziandone i risultati complessivi; i paragrafi 4.3, 4.4, 4.5 analizzano nelle specifico le diverse prospettive di intervento delle regioni soffermandosi sulle strategie, sui cambiamenti di sistema e sui cambiamenti nei servizi. Il paragrafo 4.6 presenta per ogni regione un breve profilo dei cambiamenti promossi nel settore LTC nel periodo 2015-2019. Il paragrafo 4.7

discute le evidenze nella prospettiva dei gestori dei servizi. Nel paragrafo conclusivo 4.8 sono riportate le visioni di due policy makers rispetto al futuro del settore con un approfondimento sulle regioni Toscana e Friuli Venezia Giulia.

4.2 Mappatura degli interventi normativi e di policy delle Regioni italiane: quali temi sono stati promossi maggiormente?

Prima di presentare i risultati, è opportuno chiarire come gli elementi di analisi siano stati raccolti e analizzati, per rendere trasparente l'approccio adottato e comprensibili le conclusioni tratte. Gli obiettivi della mappatura svolta sono stati:

- mappare gli interventi normativi e di policy delle regioni italiane sul tema anziani (autosufficienti e non-autosufficienti) per redarne in primo luogo una revisione sistematica, alla luce di una attuale lacuna con riferimento al settore LTC italiano.
- comprendere le tematiche maggiormente oggetto di emanazione normativa in un arco temporale ben definito e circoscritto (dal 1° gennaio 2015 al 30° aprile 2019) così da poter individuare verso quali temi siano stati orientati gli sforzi delle regioni.

L'indirizzo complessivo della ricerca non è stato tanto quello di ricostruire il quadro normativo complessivo per la LTC ad una certa data², quanto piuttosto concentrarsi sull'identificazione dei *cambiamenti* e delle *innovazioni* presenti nelle policy adottate negli ultimi anni a livello regionale, andando a ricostruire solo il quadro normativo del periodo 2015-2019. Con particolare riferimento all'identificazione di questi elementi di cambiamento ed innovazione presenti, una griglia di analisi è stata redatta al fine di classificare e distinguere le diverse tipologie di cambiamento che hanno (potenzialmente) interessato il settore LTC.

La classificazione prevede difatti un distinguo e tripartizione tra:

- Cambiamenti e definizione di **strategie** per l'area anziani;
- Cambiamenti e innovazioni di **sistema** LTC;
- Cambiamenti e innovazioni nei **servizi** (in questo caso sono stati poi distinti tra servizi pre-esistenti e modificati o innovati, e introduzione di nuovi servizi prima assenti).

² Si è evitato insomma di ricostruire ab origine tutto il corpus normativo dall'istituzione del sistema socio-sanitario e sociale fino ad oggi proprio perché l'intento non era di "illustrare" o "spiegare" il funzionamento dei diversi sistemi di LTC ma focalizzarsi piuttosto sulle ultime novità introdotte.

Il metodo di analisi identificato ha definito sin da subito alcune regole di inclusione dei documenti da analizzare e le fonti da includere.

- In primo luogo, sono stati infatti selezionati i **criteri di selezione delle fonti normative** in termini di tipologie di atti da considerare e da far ricadere all'interno del perimetro della ricerca. Sono stati oggetto di analisi gli atti normativi e di indirizzo quali: Leggi Regionali, DGR, DPGR, DCA, DCS, Piani Strategici e Bandi Regionali³.
- In secondo luogo, il confine e la prospettiva di analisi sono stati circoscritti alla **prospettiva interna alle singole regioni**.

È importante chiarire in ogni caso che, basandosi su una ricognizione desk della normativa e degli atti promossi, l'analisi ha necessariamente riguardato solo il livello del "dichiarato" contenuto negli atti identificati, senza la possibilità o l'ambizione di indagarne l'effettiva attuazione, il livello di implementazione o i risultati raggiunti.

Per quanto concerne, invece, i criteri di classificazione con riferimento agli elementi di cambiamento e agli aspetti innovativi presenti, 4 macro-categorie sono state identificate per poter classificare le varie casistiche. Gli elementi di *cambiamento e innovazione* saranno pertanto distinti in: cambiamenti di strategia, cambiamenti di sistema, cambiamenti di servizi esistenti e creazione di nuovi servizi. La Tabella 4.1 sottostante dettaglia tutte le declinazioni più specifiche elaborate con riferimento alle diverse macro-categorie (e potenziali e specifici elementi di cambiamento associati):

- Per le **strategie** si è guardato al fatto che gli atti facessero riferimento alla identificazione di obiettivi strategici o di policy identificando gli obiettivi, accompagnandoli con analisi di target o dei bisogni espressi, includendo o meno anche l'identificazione di azioni operative.
- I **cambiamenti di sistema** sono stati ulteriormente declinati in termini di governance (con l'indicazione dei soggetti da coinvolgere nel sistema o l'indicazione circa l'allocazione delle competenze), sistema di finanziamento (con l'allocazione di finanziamenti aggiuntivi, l'identificazione di specifiche modalità o l'indicazione dei soggetti deputati a questi ruoli) e la rete di servizi (per le quali si è osservata la revisione o introduzione di sistemi di regole – accreditamento o autorizzazione; l'introduzione di albi o elenchi regionali).

³ In quei casi in cui questi documenti fossero carenti o si riscontrasse diretto riferimento a documenti di altro tipo o altra fonte sono state svolte ulteriori ricerche anche su siti web, articoli stampa, interviste etc ... al fine di completare la mappatura.

- Per i **cambiamenti dei servizi pre-esistenti** si è mappato tutto ciò che potesse riguardare una modifica nella remunerazione, regolamentazione, standard di servizio e di personale e modalità di accesso e presa in carico degli utenti.
- Per i **servizi individuati come “nuovi”** si è tenuto traccia delle principali tipologie per poter individuare quelli promossi più frequentemente.

Gli step di ricerca sono stati:

1. reperimento e individuazione degli atti che è avvenuta tramite analisi documentale e consultazione dei diversi siti istituzionali regionali, con particolare focus sulla sezione Albo Pretorio – BUR (Bollettino Ufficiale Regionale) di ogni regione⁴.
2. Avvio di una survey online ai gestori del network KeyProvider (cfr Capitolo 1) con la richiesta di indicare i principali interventi normativi a loro noti avvenuti nel periodo di riferimento per le diverse regioni in cui operano. La survey era finalizzata a individuare gli atti principali eventualmente non tracciati dopo la fase 1.
3. Tra i numerosi atti individuati, sono stati selezionati quelli contenenti elementi *di cambiamento o di innovazione* così come descritti in precedenza, ovvero orientati ai quattro temi individuati escludendo tutti quelli non pertinenti.
4. A seguito del primo *screening*, gli atti regionali ritenuti idonei sono stati classificati (lasciando aperta la possibilità di classificare un atto normativo in diverse macro-categorie) e suddivisi per anno di emanazione. Di ogni atto è stata redatta una breve sintesi dei contenuti ed è stata creata una parola chiave associata funzionale alla sintesi.
5. Le mappature sono state sottoposte all’attenzione delle direzioni regionali competenti che hanno sottoscritto o integrato l’elenco iniziale (i dettagli e l’elenco delle norme è presentato in Appendice a questo Rapporto).

⁴ Laddove il sito ufficiale regionale non ha rappresentato un’utile o completo strumento di analisi, sono state condotte ricerche specifiche su motori di ricerca utilizzando *parole chiave* ricollegabili a normativa regionale precedentemente identificata. A titolo esemplificativo queste sono alcune delle parole ricercate: anziani, anziani non-autosufficienti, sociosanitario anziani, residenzialità anziani, domiciliare anziani, servizi anziani, associati ad una specifico contesto regionale.

Tabella 4.1 I criteri di classificazione e analisi delle fonti normative

Macro-categoria	Elementi inclusi	Sotto articolazione degli elementi
Strategia	<i>Identificazione di obiettivi strategici</i> <i>policy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione di obiettivi da perseguire (definizione degli obiettivi di policy) • Analisi del target/bisogni • Identificazione di azioni (operative)
Cambiamenti di sistema	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Governance</i> • <i>Sistema di</i> • <i>Finanziamento</i> • <i>Rete di Servizi</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Soggetti Coinvolti • Allocazione Competenze • Stanziamento di Fondi Aggiuntivi • Modalità di finanziamento • Soggetti che gestiscono finanziamento • Revisione sistemi di autorizzazioni / accreditamento • Introduzione albi /elenchi regionali • Meccanismi di governo / supervisione dei servizi privati
Cambiamenti di servizi pre-esistenti	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Remunerazione specifico servizio</i> • <i>Standard assistenziale dei servizi</i> • <i>Criteri di accesso</i> • <i>Modelli di presa in carico</i> • <i>Personale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Valore Tariffe • Modalità • Minutaggi • Contenuti assistenziali • Standard • ISEE • Altri
Servizi “nuovi”	Ad esempio di tipo: Domiciliare Residenzialità Diurno Counseling PIC persona Abitare / housing (non in casa propria) Supporto per rimanere a casa Sperimentazioni di vario tipo	

La ricerca finale ha mappato 369 diversi atti regionali adottati nell’arco temporale predefinito (1° gennaio 2015 – 30 aprile 2019). La Tabella 4.2 mostra il numero degli interventi totali oltre che il dettaglio numerico per macro-categoria e per anno di emanazione (da 2015 a 2019). In questo contesto e considerando in maniera aggregata i risultati di tutte le regioni, la ricerca ha individuato che le aree su cui le singole regioni si sono maggiormente focalizzate hanno riguardato cambiamenti di sistema (31,1%) e cambiamenti di servizi esistenti (30,7%). Una percentuale poco inferiore di interventi ha invece riguardato cambiamenti

di strategia complessiva regionale (27,8%); solamente il 10,43% degli atti sono invece stati adottati per porre in essere servizi innovativi.

Tabella 4.2 Numero degli interventi mappati per categoria e per anno (si fa riferimento al contenuto degli atti, motivo per cui il totale è superiore a 369 che rappresenta invece il numero dei documenti)

	Strategia	Cambiamenti di sistema	Cambiamenti di servizi esistenti	Servizi nuovi	Tutti
2015	46	54	36	19	155
2016	47	63	59	23	192
2017	73	67	86	18	244
2018	52	56	68	15	191
2019	19	13	9	8	49
Totale periodo	237	253	258	83	831

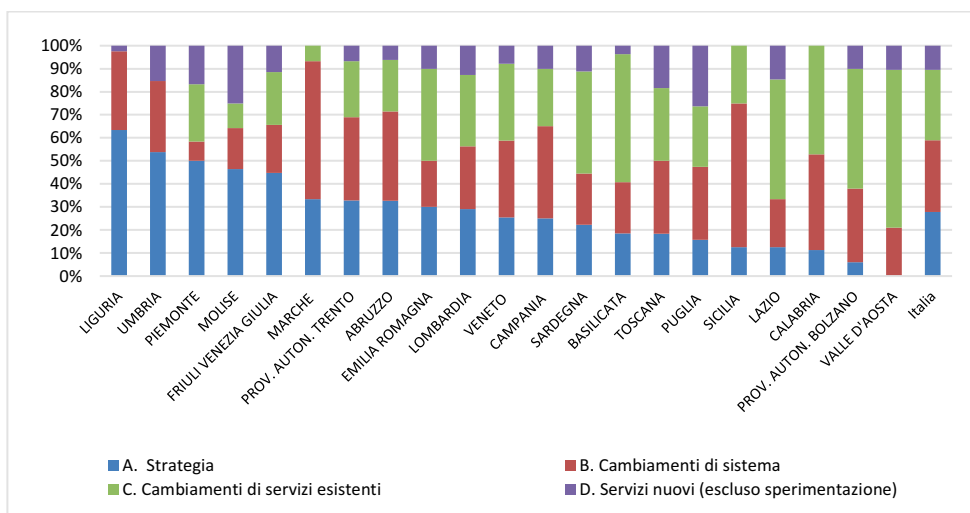
Da questi primi risultati sembra quindi che lo sforzo complessivo delle regioni si sia quindi orientato a interventi di “manutenzione ordinaria” dedicandosi a rivedere le regole complessive di funzionamento o del sistema nel suo complesso o dei servizi. Questo assume un significato specifico e differenziato a seconda delle regioni, come si vedrà nei dati esposti nel paragrafo 4.3, e indica complessivamente due macro-tendenze:

- Da un lato la necessità di alcune regioni di “recuperare” quanto non ancora fatto e normato rispetto alla regolazione (ad esempio per regioni con sistemi sociosanitario ancora “acerbi” o di formazione recente);
- Dall’altro quella delle regioni più “mature” di aggiornare regole di funzionamento ormai in essere da diversi anni.

Oltre a questa “manutenzione” le regioni si sono dedicate alla definizione di strategie e linee di indirizzo. Guardando alla Figura 4.1 emerge tra l’altro un chiaro posizionamento di alcune regioni. Il grafico mostra una tendenza (chiara anche se non significativa a livello statistico) che vede le regioni che hanno maggiormente investito energie sulla parte strategica, meno concentrate sugli interventi riferiti ai servizi (parte verde e viola nel grafico, per servizi pre-esistenti e servizi “nuovi”). Che sia il segnale della presenza di due diversi momenti “storici” che stanno vivendo le regioni, con alcune molto concentrate sull’elaborazione di visioni e altre più dedicate sullo sviluppo (anche dal basso) di nuovi servizi?

È utile però anche provare a considerare le evidenze specifiche con riferimento alle diverse tipologie di cambiamento considerato. Nei successivi paragrafi saranno infatti esposti gli elementi maggiormente inclusi nei diversi atti classificati nelle quattro macro-categorie. Tale analisi è stata condotta considerando sia gli elementi maggiormente ricorrenti che la numerosità degli interventi classificabili con riferimento a tale cambiamento/innovazione sul totale degli interventi della regione.

Figura 4.1 Distribuzione degli oggetti di lavoro degli interventi normativi 2015-2019 per regione



4.3 Quali prospettive di innovazione strategica? Le linee strategiche delle regioni

Analizzando le prospettive e i cambiamenti promossi dalle regioni in **ambito strategico**, gli elementi che sono risultati maggiormente inclusi nelle diverse strategie regionali degli ultimi anni sono stati i seguenti:

Figura 4.2 Strategia - Distribuzione degli elementi inclusi nelle strategie regionali

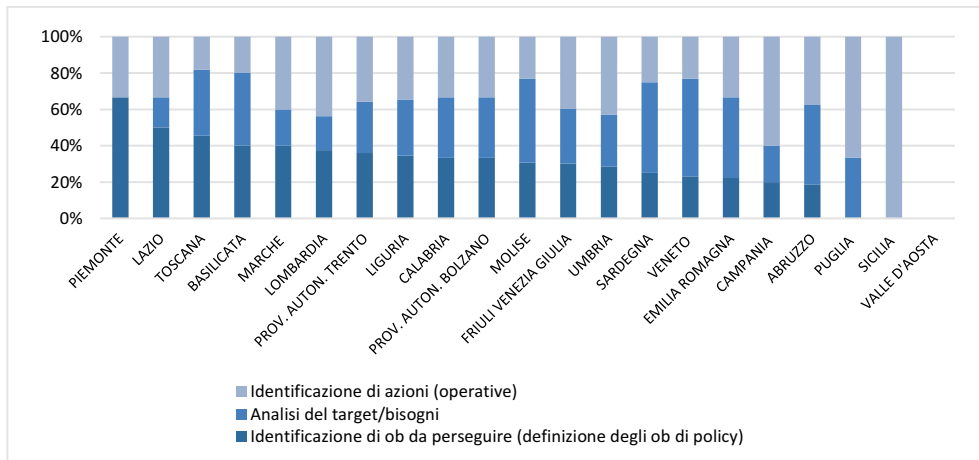
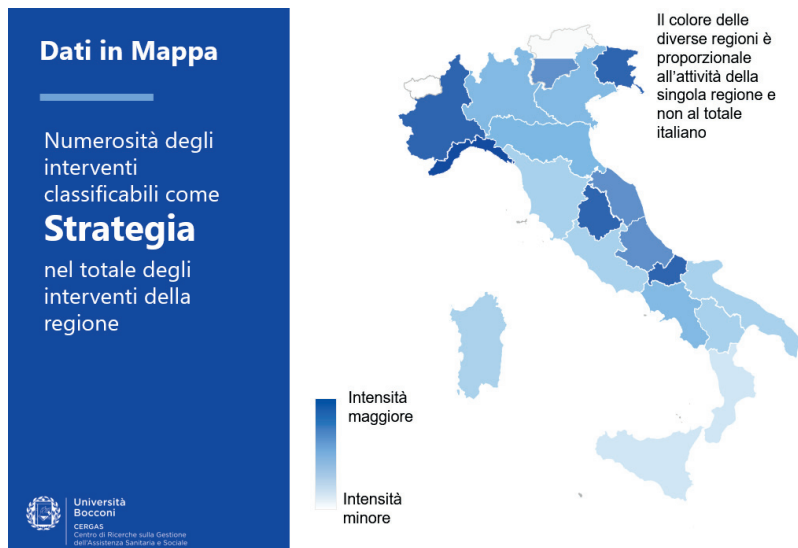


Figura 4.3 Strategia - Intensità dell'attività della regione sul tema rispetto al totale degli interventi promossi



- indicazione della necessità di analisi dei target e analisi dei bisogni e presentazione dei risultati;
- identificazione di specifici obiettivi da perseguire (e definizione degli obiettivi di policy);
- identificazione di azioni (anche operative) necessarie per lo sviluppo futuro del settore.

La Figura 4.3 mostra attraverso i colori quanto le singole regioni abbiano dedicato energia (e atti normativi) al tema della strategia per il settore LTC. Liguria, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Molise sono quelle che, tra i loro atti, hanno insistito maggiormente sulla visione strategica insistendo su obiettivi strategici nuovi o rinnovati (Piemonte), analisi dei bisogni della popolazione (Molise) o un mix tra obiettivi, analisi dei bisogni e definizione di azioni (Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria).

La Figura 4.2 cattura, invece, le proporzioni tra i diversi elementi inclusi nelle strategie regionali con un dettaglio per ogni regione. Gli atti normativi caratterizzati da una ridefinizione strategica hanno riguardato, ad esempio, norme e regolamenti per l'invecchiamento attivo, la revisione e adozione di nuovi Piani Sociosanitari, nuove profilazioni e analisi del bisogno, definizione e programmazione delle attività, individuazione di linee di programmazione. Gli atti che hanno promosso azioni specifiche hanno riguardato molto spesso l'implementazione di piani operativi relativi agli obiettivi strategici sopra menzionati o anche l'implementazione di piani operativi da impulso di strategie nazionali (ad es. da piano nazionale demenze). I lavori che hanno guardato all'analisi del bisogno e del target anziani sono di particolare rilevanza dato il tema dell'assenza di conoscenza sistematica e di dati nel settore (cfr Capitolo 2). Si riscontrano rispetto a queste due opposte tendenze: analisi orientate a introdurre nuove linee di policy (ad esempio invecchiamento attivo) oppure analisi orientate a definire dei fabbisogni ipotetici per guidare la regolamentazione della rete di offerta.

Questi alcuni esempi concreti di atti normativi che hanno introdotto cambiamenti sul piano strategico:

- DGR 456/2018, Regione Abruzzo, Linee Guida Programmazione Interventi Non Autosufficienza.
- DGR 55/2017, Regione Liguria, Indirizzi per il Piano regionale demenze.
- DGR 1105/2017, Regione Marche, Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale.

4.4 Quali prospettive di cambiamento di sistema?

Rispetto ai cambiamenti di sistema, gli elementi che sono risultati maggiormente inclusi hanno riguardato invece tre aree tematiche principali: *governance*, *sistema di finanziamento e rete di servizi*. La Figura 4.5 mostra quanto le singole regioni abbiano dedicato attenzione a questo tema. Spiccano nella quadra complessiva alcune regioni del sud Italia, coerentemente con quanto anticipato nel paragrafo 4.2: sono le regioni che più di altre necessitavano di definire e produrre la regolamentazione riferita al macro funzionamento del sistema quale, ad esempio, le regole di accreditamento dei servizi e di finanziamento complessivo. La Figura 4.4 cattura anche in questo caso la percentuale e la distribuzione degli elementi approcciati dalle singole regioni. Nel caso di interventi riferiti alla governance sono inclusi:

- Tutte le iniziative di riconfigurazione dei sistemi sanitari e sociosanitari;
- Le istituzioni di nuove aziende pubbliche così come gli accorpamenti o fusioni di enti o aziende con competenze anche in materia di anziani;
- L'istituzione di organi di coordinamento, cabine di regia, gruppi di lavoro o altri organi intermedi con competenze sul tema;
- La ridefinizione delle competenze, ruoli e funzioni degli attori del sistema, ad esempio attività di monitoraggio e vigilanze, funzione di gestione e allocazione dei budget etc..

Questi hanno riguardato soprattutto Abruzzo, Lombardia, Puglia, Campania, Toscana, Veneto, Calabria.

Nel caso di interventi riferiti al sistema di finanziamento sono stati classificati in questo modo solamente gli interventi che riguardavano delle iniziative riferite al finanziamento complessivo quale ad esempio allocazione e utilizzo di fondi regionali, regole di assegnazione annuale dei fondi, riparto di fondi nazionali ed europei. Questi hanno riguardato soprattutto le regioni Marche, Basilicata, Piemonte, Valle d'Aosta, Sicilia.

Nel caso di interventi riferiti alla rete dei servizi sono state mappate in questa categoria solamente le iniziative riguardanti regole di autorizzazione e accreditamento e di monitoraggio regionale dei servizi. Hanno riguardato soprattutto Emilia Romagna, Sardegna, Molise, PA Bolzano.

Esempi concreti di atti normativi introdotti nell'arco temporale considerato che hanno definito cambiamenti di sistema sono i seguenti:

- DGR 1218/2017, Regione Basilicata, Revisione sistema di accreditamento.

- DCA 143/2018, Regione Calabria, Definizione assistenza e tariffe servizi semiresidenziali per anziani.
- DGR 34/4 2017, Regione Sardegna, Stanziamento risorse per attivazione PAI integrato rivolto a persone anziane in cure domiciliari integrate, beneficiarie di un programma “Ritornare a casa”.

Figura 4.4 Cambiamenti di sistema - Distribuzione degli elementi inclusi negli atti di cambiamento di sistema delle regioni

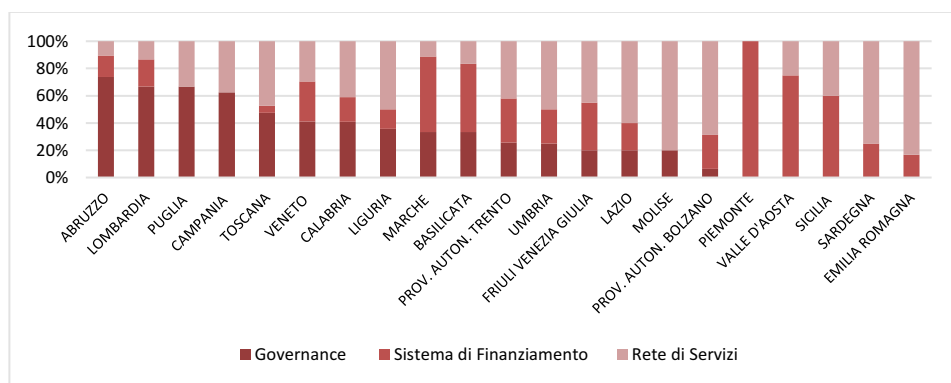


Figura 4.5 Cambiamenti di sistema – Intensità dell’attività della regione sul tema rispetto al totale degli interventi promossi

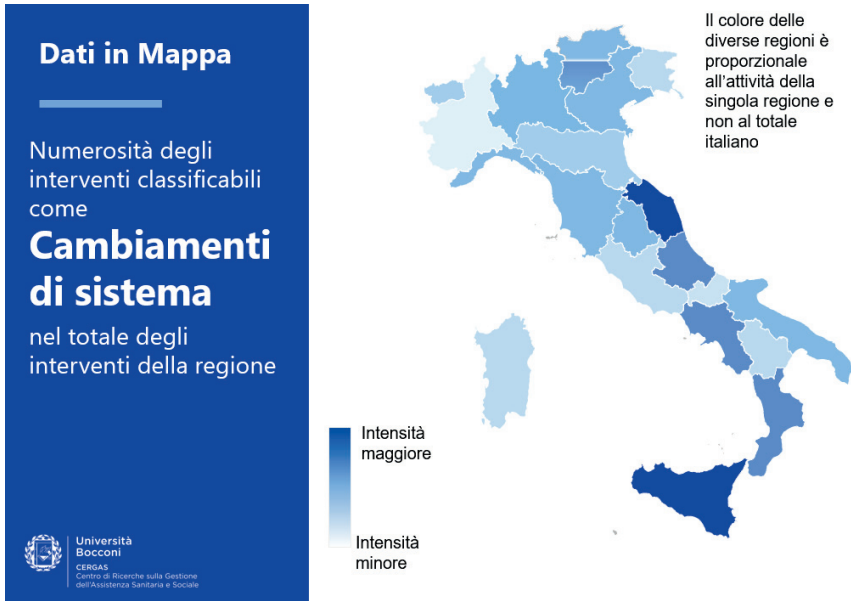


Figura 4.6 Cambiamenti di servizi pre-esistenti - Distribuzione degli elementi inclusi negli atti di cambiamento dei servizi delle regioni

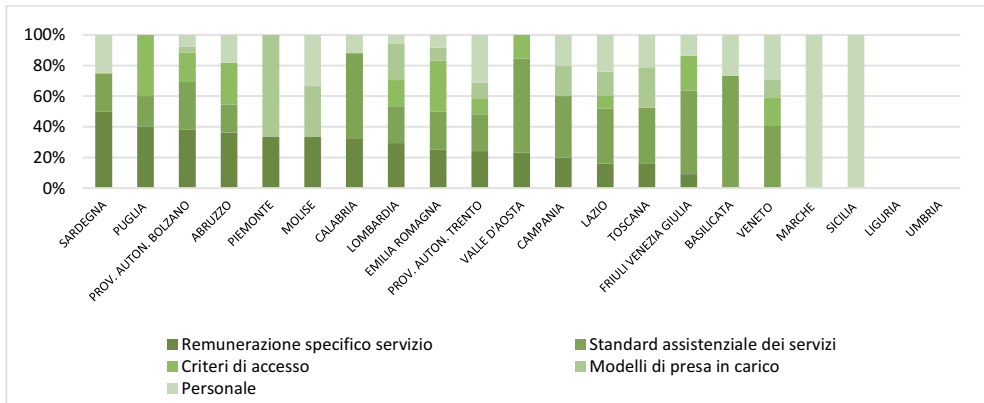
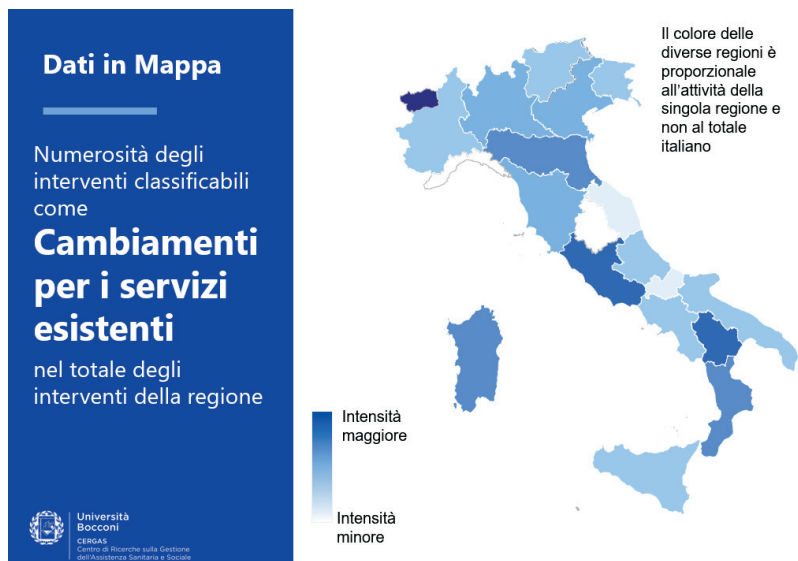


Figura 4.7 Cambiamenti di servizi pre-esistenti – Intensità dell'attività della regione sul tema rispetto al totale degli interventi promossi



4.5 Quali prospettive per i servizi? Innovazione per i servizi pre-esistenti e introduzione di nuovi servizi

Per quanto concerne invece la dimensione dei servizi, questa è stata declinata sia con riferimento ai cambiamenti di servizi pre-esistenti, che alla messa in essere di nuovi servizi. Gli atti normativi adottati dal 2015 al 2019 e classificati come cambiamenti di servizi pre-esistenti hanno riguardato principalmente il tema della remunerazione di uno specifico servizio, i criteri di accesso, il personale, gli standard assistenziali dei servizi e i modelli di presa in carico. La Figura 4.6 similmente ai paragrafi precedenti dettaglia la proporzione di queste tematiche per singola regione. La Figura 4.7 mostra invece le regioni che più si sono dedicate a questo tema. A differenza di quanto esposto fino ad ora, i dati mostrano come questo tema sia stato pressoché equamente trattato da tutte le regioni, senza distinzioni tra nord e sud del Paese e con una relativa eterogeneità dei contenuti promossi. A nostro avviso questo dipende, ancora più degli elementi già esposti, dalle caratteristiche delle singole regioni che quindi hanno cercato di agire sulla rete dei servizi a seconda delle specificità e necessità del si-

stema regionale. Le uniche regioni per le quali non sono stati individuate iniziative di questo tipo con riferimento alla rete dei servizi sociosanitari e sociali per anziani sono Liguria e Umbria.

Nello specifico (Figura 4.6):

- Tutte le regioni ad eccezione di Basilicata, Veneto, Marche, Sicilia (oltre a Liguria e Umbria) hanno dedicato almeno un provvedimento in 5 anni alla revisione delle tariffe di servizi residenziali, semi-residenziali, domiciliari;
- Tutte le regioni tranne Puglia, Piemonte, Valle d'Aosta (oltre a Liguria e Umbria) hanno dedicato almeno un provvedimento alla revisione degli standard di personale per gli stessi servizi;
- Tutte le regioni tranne Piemonte, Molise, Marche, Sicilia (oltre a Liguria e Umbria) hanno rivisto gli standard assistenziali per gli stessi servizi;
- Tutte le regioni tranne Sardegna, Piemonte, Molise, Marche, Sicilia (oltre a Liguria e Umbria) hanno rivisto i criteri di accesso ai servizi;
- PA Bolzano, Piemonte, Molise, Lombardia, Emilia Romagna, PA Trento, Campania, Lazio, Toscana e Veneto hanno introdotto modelli di presa in carico per la continuità assistenziale tra servizi.

Alcuni esempi sono:

- Interventi di ridefinizione delle soglie ISSE e delle tariffe (Emilia Romagna: DGR 875/2016 e DGR 273/2016);
- Nuovi standard per l'inserimento di operatori sociosanitari nei servizi (Lazio: DGR 274/2015)
- Nuovi criteri di accesso per l'assegno di cura (PA Trento: DGR 1246/2017)

Rispetto ai nuovi servizi, ovvero quelli introdotti ex novo per la prima volta nel periodo 2015-2019, la mappatura è stata orientata a identificare le diverse tipologie introdotte (Figura 4.9). Non si tratta necessariamente di servizi innovativi in modo assoluto quanto piuttosto di servizi “nuovi” per quella specifica regione. Non ci si dovrà stupire quindi di ritrovare in questo elenco soluzioni che in alcuni contesti sono affermate da tempo accostate ad iniziative che possono invece essere considerate a tutti gli effetti di frontiera. Durante l'analisi si è rilevato che la maggior parte di queste “novità” veniva introdotta come sperimentazione e non inserita nella rete di offerta istituzionale. Anche se temporanee e attive per brevi periodi sono comunque state analizzate e classificate. Rispetto a questo oggetto di analisi ancora più che per gli altri preme poi sottolineare che

sono state qui considerati solamente le innovazioni di servizio promosse a livello regionale, e non quelle promosse e adottate al livello locale. Le diverse tipologie di “nuovi” servizi includono:

- nuove soluzioni al domicilio,
- nuove soluzioni per l’abitare e l’housing sociale,
- nuove forme di residenzialità assistenziale,
- nuove forme di centri diurni,
- nuove modalità di presa in carico (PIC),
- counselling.

La Tabella 4.3 gli esempi di nuovi servizi che sono stati adottati nei vari contesti regionali. La Figura 4.8 mostra quali regioni abbiano dedicato gli sforzi più forti in questa direzione rispetto al complessivo. Questo non vuol dire che siano le regioni in assoluto più “innovative” proprio perché l’intensità è qui vista in rapporto alla produzione regionale sul tema anziani nel periodo 2015-2019, quindi relativo alla singola regione, e non assoluto a livello nazionale. Quello che colpisce maggiormente, più dei colori scuri sono in realtà quelli molto chiari, ovvero i territori dove in cinque anni non sono state promosse (o quasi) innovazioni a livello regionale.

Figura 4.8 Servizi “nuovi” – Intensità dell’attività della regione sul tema rispetto al totale degli interventi promossi

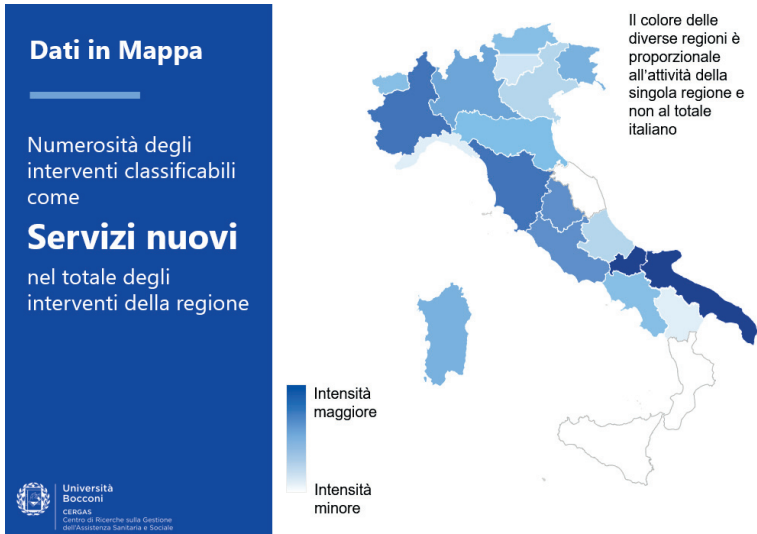


Figura 4.9 Macro tipologie di nuovi servizi introdotti nelle singole regioni

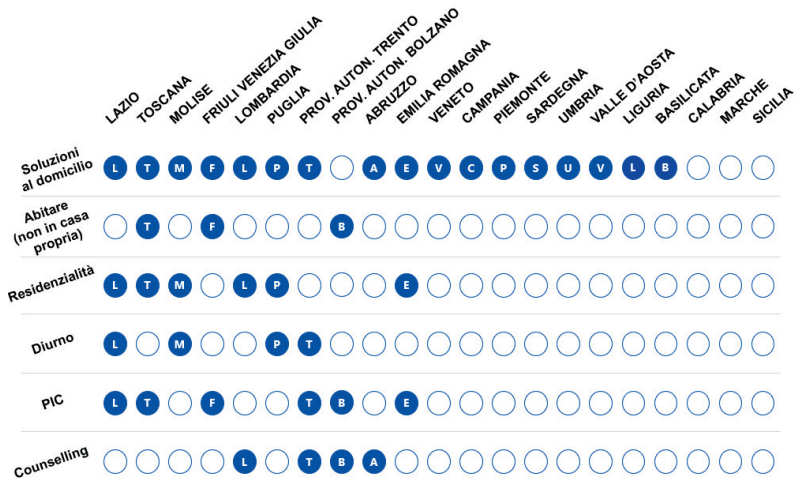


Tabella 4.3 Dettaglio dei nuovi servizi introdotti dalle regioni tra il 2015 e il 2019

Tipologia di servizio	Esempio
Domiciliare supporto per rimanere a casa e Abitare/housing	Buoni servizio e Voucher Sostegno economico in ore lavoro ADI e ADI per Alzheimer Registro Assistenti alla Persona Infermiera di Famiglia Libera scelta RSA – Domicilio Adattamento Domestico Teleassistenza e Telemonitoraggio Formazione del caregiver familiare Alloggi per anziani e appartamenti dedicati
Residenzialità e diurno	Istituzione Servizi Residenziali o Diurni Unità Geriatrica Post Ospedaliera Comunità Alloggio per Anziani Residenzialità a Bassa Intensità Assistenziale Appartamenti ambiente protetto Voucher Famiglie per contributo rette
Presa in carico e Counselling	Portale RSA Sportelli di orientamento e accesso ai servizi Centri Demenza Infermiera di famiglia Screening dello stato di fragilità della popolazione anziana APP Active Ageing e training agli anziani per le competenze ICT Sportelli di counseling per caregiver familiari Formazione alle cure per caregiver familiari e empowerment

4.6 Sintesi della mappatura degli interventi regionali 2015-2019

Al fine di completare l'exkursus fornito sui principali interventi riferiti ad anziani e LTC promossi dalle regioni tra il 2015 e il 2019 si riporta di seguito in modo sintetico per ogni regione una descrizione per punti delle iniziative più rilevanti. È opportuno ricordare in questa sede che lo sforzo per individuare e analizzare tutti gli interventi regionali rilevanti nel periodo è stato orientato a dare una lettura obiettiva e completa di quanto sta accadendo nelle regioni. Non si esclude però, considerando anche l'eterogeneità dei sistemi regionali, di non aver individuato alcuni atti che avrebbero potuto essere rilevanti. Per limitare questo rischio è stata chiesta conferma della completezza della mappatura svolta a tutte le regioni chiedendo autorizzazione a pubblicare la ricerca corredata da appendice normative consultabile in questo Rapporto.

ABRUZZO

- Riorganizzazione di ambiti e servizi territoriali.
- Riconversione Strutture Anziani residenziali e semiresidenziali.
- Modifica tariffe per RSA e strutture semiresidenziali per anziani.
- Aggiornamento criteri di accesso (ISEE).
- Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo.
- Definizione di piano sociale Regionale 2016-2018 (esteso al 2019): focus su presa in carico e permanenza a domicilio oltre che sull'integrazione sociosanitaria.
- Legge Regionale su caregiver familiare: obiettivi di azione per riconoscimento e sostegno.
- Stanziamento fondi per teleassistenza ad anziani in ADI.

BASILICATA

- Iniziative sperimentali in ambito domiciliare con il supporto del PO FSE.
- Orientamento alla migliore definizione della rete di offerta esistente e degli standard dei servizi.
- Avvio di un piano per l'invecchiamento attivo.

CALABRIA

- Focus principale è stata la riorganizzazione dell'assetto istituzionale sociale e sociosanitario: disciplina del sistema di accreditamento e delle tariffe, allocazione competenze, definizione degli standard assistenziali e del personale.
- Introduzione di direttive su invecchiamento attivo (2018).

CAMPANIA

- Ridefinizione delle politiche per gli anziani all'interno del Piano sociale regionale 2019 – 2021 e potenziamento delle forme di assistenza domiciliare (ADI).
- Rafforzamento della infrastrutturazione sociale e sostegno alla programmazione territoriale.
- Introduzione e valorizzazione del concetto di invecchiamento attivo.
- Riconoscimento a sostegno del caregiver familiare.
- Ridefinizione dell'accreditamento delle RSA.

EMILIA ROMAGNA

- Aggiornamento dei meccanismi di tariffazione e remunerazione dei servizi.
- Aggiornamento dei criteri di valutazione ISEE dei cittadini.
- Riconoscimento dei servizi Casa Famiglia tra le unità di offerta e individuazione di linee guida.
- Sviluppo di interventi per i caregiver famigliari e l'assistenza al domicilio.

FRIULI VENEZIA GIULIA

- Riclassificazione, riqualificazione e regolamentazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.
- Revisione dei contributi di finanziamento per le stesse con modifica delle tariffe.
- Definizione di nuovi criteri di accesso con modello multidimensionale.
- Nuove linee guida per RSA (Standard, Contenuti assistenziali, monitoring).
- Regolamentazione delle modalità di finanziamento tramite Fondo Regionale per l'Autonomia Possibile.
- Programmi triennali (2016-2018 e 2019-2021) su invecchiamento attivo.

LAZIO

- Focalizzazione sul funzionamento della rete dei servizi e sul perfezionamento dei criteri e delle regole del sistema di offerta.
- Promozione di possibili innovazioni in ambito sociale tramite lo strumento della co-progettazione.
- Focalizzazione su presa in carico e punti unici di accesso.
- Nel 2019 definizione di un nuovo piano strategico.

LIGURIA

- Riconfigurazione istituzionale di sistema con l'introduzione di ALISA.
- Sforzo di mettere ordine ai sistemi di autorizzazione e accreditamento con la pubblicazione dei nuovi manuali.
- Pubblicato il piano sociosanitario e altre norme di indirizzo per l'introduzione di sperimentazioni in tema Alzheimer e domiciliarità.
- Nel 2019 viene introdotta la RSA aperta.

LOMBARDIA

- Riorganizzazione della governance e della impostazione del modello di presa in carico (introdotto il Piano Cronicità).
- Rafforzamento dei servizi sul fronte domiciliare sia modificando il funzionamento dell’RSA aperta, sia con nuove misure per contribuire all’assunzione di assistenti famigliari.
- Riorganizzazione delle cure palliative e dell’ADI.
- Introduzione di una nuova unità di offerta sociale (C.A.S.A.).

MARCHE

- Ridefinizione delle priorità all’interno del Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2019 – 2021: accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi tra cui anziani non autosufficienti senza famiglia di riferimento, numero di persone over 65 con diagnosi di demenza (assistite a domicilio).
- Programmazione delle attività sociali a valenza socio-sanitaria (specifica di finanziamento e criteri di riparto).
- Creazione di un Fondo regionale straordinario per le non autosufficienze. Autorizzazione e accreditamento (2016).
- Stima del fabbisogno per le strutture residenziali e semiresidenziali.
- Avvio del laboratorio di Longevità attiva.

MOLISE

- Rafforzamento dei servizi domiciliari.
- Potenziamento dell’ADI per persone con Alzheimer e la rete di telesoccorso e teleassistenza.
- Introduzione nel 2018 di un voucher (finanziato con fondi europei) per caregiver adulte donne.

PIEMONTE

- Rafforzamento dei servizi sul fronte domiciliare sia modificando il modo in cui l’assistenza domiciliare viene gestita ed erogata (introduzione della RSA Aperta) sia con nuove misure rivolte all’assunzione di Assistenti famigliari.
- Il supporto alla domiciliarità si riscontra anche nella inclusione del target anziani tra i possibili destinatari di iniziative abitare protetto e edilizia di varia natura.
- Nel 2019 viene esplicitato il tema dell’invecchiamento attivo come indirizzo di policy.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

- Revisione dei sistemi di accreditamento per servizi sociali e sociosanitari e dei criteri di accesso degli utenti ai servizi.
- Regolamentato le residenze per anziani in termini di governance, funzionamento, standard assistenziali, accreditamento e tariffe.
- Nuove soluzioni abitative per anziani (Accompagnamento e Assistenza Abitativa) e di presa in carico / counseling (Sportelli Unici).

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

- Continuo assessment dei bisogni del territorio con conseguente ridefinizione dell'offerta accreditata.
- Revisione del sistema di accreditamento per garantire ulteriori requisiti di qualità (2015-2018)
- Invecchiamento attivo tra gli obiettivi di policy e implementato tramite progetto "Due Passi in Salute".
- Digitalizzazione del sistema sociosanitario e sanitario (TrentinoSalute 4.0) e teleassistenza.
- Creazione di Spazio Argento per un modello integrato di presa in carico e gestione del percorso dell'anziano non autosufficiente.
- Definizione di un percorso per caregiver familiari (2019).

PUGLIA

- Nuovi criteri per la selezione dei beneficiari dei buoni servizio per l'accessibilità dei servizi a ciclo diurno e domiciliari.
- Nel 2017, riorganizzazione delle strutture: istituzione della RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale.
- È stato istituito il fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari.

SARDEGNA

- Potenziamento del progetto "Ritornare a casa" con sperimentazione di nuove modalità di integrazione di assistenza domiciliare sanitaria e sociale.
- Revisione delle tariffe per RSA e dei requisiti e modalità di accreditamento per RSA e CDI.

SICILIA

- Interventi sul sistema di accreditamento tra cui emanazione Piano unico delle azioni e accreditamento (2017).

- Revisione dei meccanismi di riparto ai distretti socio-sanitari (2018).
- Definito il Primo step per la formazione degli assistenti familiari.

TOSCANA

- Modifica dei sistemi di accreditamento con introduzione della modalità di libera scelta anche con albo e portale online per RSA (Portale RSA Toscana).
- Sperimentazioni e implementazione di nuovi servizi di presa in carico, domiciliarietà e residenziale (Infermiere di famiglia, Pronto Badante, BIA, senior housing). Obiettivi e iniziative per invecchiamento attivo della popolazione.
- Attenzione al benessere e alla formazione del personale socio-sanitario (La Buona Cura).

UMBRIA

- Promozione dell'invecchiamento attivo, con corpus normativo avviato tra il 2012 e il 2014. Negli anni esaminati, si conferma l'attenzione a misure per favorire invecchiamento attivo, oltre ad interventi per il supporto al domicilio (contributo per pagare assistente familiare).
- Approvato nel 2015 il testo unico sanità e sociale che riorganizza e rivede le disposizioni normative in materia, oltre ad istituire il Fondo regionale per la non autosufficienza (FNNA, parte FSR, FSR, risorse private).
- Revisione requisiti e procedura di accreditamento e di autorizzazione.

VALLE D'AOSTA

- Approvazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali (LEP).
- Ridefinizione ISEE.
- Ridefinizione modalità di lavoro delle unità di valutazione geriatriche.
- Revisione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani.
- Istituzione di una rete di servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza.
- Promozione di progettualità per l'introduzione di nuove tecnologie e sistemi ICT a supporto dei servizi di comunità.

VENETO

- Riorganizzazione della governance del sistema e istituzione dell'Azienda Zero: Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto (nel 2016).
- Creazione di una rete di sostegno agli anziani con patologie croniche, declino cognitivo e demenze (Piano Socio-sanitario 2019 – 2023).
- Attive diverse sperimentazioni: promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo, progetto sollievo a favore delle persone affette da decadimento cognitivo, disciplina del servizio di affido a favore di anziani o di altre persone, a rischio o in condizione di disagio sociale, formazione dell'Amministrazione di sostegno.
- Aggiornamento dell'accreditamento (2016, 2017 e 2018) e delle modalità di erogazione delle Impegnative di Cure domiciliari (ICD).

4.7 La visione dei gestori: quali necessità di cambiamento emergono adottando la prospettiva dei servizi?

I dati presentati fino a qui mostrano quali siano stati i principali oggetti di lavoro su cui le regioni si sono concentrate con riferimento al settore anziani e LTC dal 2015 a oggi. Potendo beneficiare del confronto diretto con il Network Keyprovider del settore (cfr Capitolo 1, 20 tra i soggetti gestori di natura pubblica e privata tra i più grandi in Italia) si è chiesto loro, in una prospettiva dal basso, quali dovrebbero essere i temi prossimi oggetto di lavoro per le regioni. L'esito di una survey⁵ condotta nella primavera 2019 mostra i seguenti come i temi ritenuti prioritari dai gestori dei servizi (in ordine di importanza come emerso dalla survey):

1. Lavorare sul tema del **counseling alle famiglie** per orientarle al meglio rispetto a servizi pubblici sempre più scarsi e per essere meglio in grado di leggere i loro bisogni e attivare le risorse strettamente necessarie.
2. Lavorare sull'**integrazione tra pubblico e privato**: se la prospettiva è quella di un sempre maggior allargamento della forbice risorse pubbliche e bisogni dei cittadini è necessario che anche i policy makers ne prendano atto e attivino modalità di interlocuzione e integrazione tra privato (anche con forme di welfare aziendale o di intermediazione di altro tipo).
3. **Incentivare l'innovazione di servizi** (soprattutto al domicilio). La gamma dei servizi oggi presente nelle reti di offerta normate dal pubblico è molto stringente e ormai definita fin nei minimi dettagli. Si apre un periodo in cui è

⁵ A cui hanno risposto 17 delle 20 aziende presenti nel network, operanti nelle seguenti regioni: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Provincia Autonoma Trento, Puglia, Toscana, Veneto.

necessario lavorare sulle sperimentazioni, sulla flessibilità e sulla messa in discussione dei modelli tradizionali per portare a regime nuove soluzioni.

4. **Lavorare sull'integrazione della filiera.** Il sistema si sta sempre più polarizzando sulla presa in carico di specifiche casistiche che richiedano modello di presa in carico complessi e sempre più basati sul coordinamento e l'integrazione di attori e servizi diversi, azione non sempre agibile stante le attuali dinamiche del settore.

Questi temi, anche se rappresentativi della discussione avviata con una piccola rappresentanza di gestori, trovano conferma nei dati presentati nei Capitoli di questo Rapporto e nelle iniziative di mercato agite da alcuni dei nuovi players (ad esempio le assicurazioni, cfr Capitolo 3). Che sia il momento di abbandonare la “manutenzione ordinaria” del settore e ripensare più profondamente le sue caratteristiche?

4.8 La parola ai policy maker: due approfondimenti regionali Toscana e Friuli Venezia Giulia

4.8.1 Iniziative di policy per gli anziani in regione Toscana, di Barbara Trambusti⁶

Il sistema sociosanitario, con particolare riferimento alle tematiche afferenti agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità, risulta essere caratterizzato negli ultimi anni da una maggiore domanda di servizi a bassa, media e alta intensità. Tale fenomeno può essere ascrivibile a diversi fattori, in particolare: aumento del numero degli anziani, dovuto ad una maggiore longevità determinata dal miglioramento degli stili di vita e delle cure; maggiore consapevolezza da parte dei cittadini dei propri diritti anche conseguenza di una maggiore informazione sui servizi e sulle cure dovuta ad un ampio uso dei social media. Contestualmente, soprattutto con riferimento alla grande riforma sociosanitaria avviata con la legge quadro 328/00, le risorse economiche necessarie risultano fortemente contratte a causa della crisi economica che ha, a vario titolo, colpito tutti i paesi occidentali, ma anche della crisi sociale e culturale della società nel suo complesso. Anche le risorse in termini di personale risultano ridotte, per i diversi e vari limiti alle assunzioni, che avevano invece caratterizzato in modo massiccio il settore pubblico – compreso quello sanitario e sociosanitario – nei periodi precedenti.

⁶ Dirigente Settore Politiche per l'Integrazione sociosanitaria, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

A livello territoriale Regione Toscana presenta un alto tasso di invecchiamento (25% della popolazione è over 65) con una progressiva crescita nel tempo delle classi di età 75-84 e over 84 (i grandi anziani rappresentano complessivamente il 53% degli anziani). Il trend per i prossimi anni prevede una crescita rapida fino al 28,2% nel 2030.

Da tutto ciò deriva che l'attuale organizzazione e offerta dei servizi a parità di risorse impiegate, non riesce a fornire agli anziani ed alle famiglie risposte appropriate e sostenibili. Già da tempo Regione Toscana sta operando in ambito di LTC tenendo presente, quale obiettivo generale, il mantenimento del modello pubblico universalista affermato in modo chiaro con la L.R. 66/08 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", ma nella contestuale consapevolezza che nuovi provider devono condividere la gestione dei servizi nel sistema, allo scopo di unire competenza, esperienza e risorse in maniera sinergica e convergente verso un unico obiettivo: il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

Per fare questo sono stati attivati modelli di co-progettazione pubblico-privato, soprattutto con riferimento alla presentazione di progetti specifici da parte degli ambiti territoriali, insieme a soggetti del terzo settore, incluse le associazioni di disabili e le fondazioni di partecipazione. Abbiamo inoltre costituito una rete pubblico-privato fra i gestori delle strutture per anziani non autosufficienti (RSA) utilizzando lo strumento del Portale delle RSA toscane, che consente a tutte le strutture autorizzate, accreditate e firmatarie di uno specifico accordo con i servizi, di essere scelte dai cittadini, sulla base di ciò che offrono e delle loro peculiarità. Presupposto per l'accesso al sistema è essere preso in carico e valutato dai servizi, nonché ovviamente ricevere una chiamata che informi circa la disponibilità della copertura economica. Tale sistema consente al cittadino la libera scelta, al gestore (pubblico e privato) la promozione gratuita e trasparente della struttura, ai servizi il governo del sistema che resta saldamente nelle mani dagli ambiti territoriali.

Da quanto sopra emergono chiaramente altri due obiettivi cardine della Regione: sostenibilità e governance. In particolare questo secondo viene assicurato non solo attraverso la messa in rete dei diversi soggetti, il monitoraggio, la valutazione, la riprogrammazione degli interventi. Ma anche e prima di tutto attraverso l'ascolto, la condivisione delle buone prassi, la partecipazione dei diversi stakeholder e degli stessi diretti interessati.

Gli strumenti individuati per poter al meglio applicare quanto sopra, sono innanzi tutto una grande attenzione e coinvolgimento degli ambiti territoriali, oggetto di una riforma con L.R. 11/2017, che prevede una riduzione da 34 a 26 del relativo numero (per Regione Toscana zone distretto o Società della salute),

quale rafforzamento dei presidi territoriali a valle della precedente riforma attuato con L.R. 84/202015 di riduzione da 12 a 3 delle aziende sanitarie territoriali. Tale percorso è stato accompagnato da una attenta formazione dei direttori delle zone distretto e società della salute (consorzio facoltativo fra Aziende sanitarie e Comuni di un ambito territoriale, previsto dalla L.R. 40/2005 “Disciplina del sistema sanitario regionale” quale modello preferenziale per la gestione del sociosanitario ed eventualmente anche del sociale), da un lavoro puntuale sulla programmazione territoriale, attuato attraverso la condivisione con ANCI Toscana di un percorso di assistenza ai territori, la messa a disposizione di un sistema informativo ad hoc, la condivisione di un linguaggio e di una codifica unitaria che consenta ai diversi ambiti, pur nelle diversità determinate dalla componente sociale, di dialogare e di confrontarsi in modo costruttivo.

Successivi gruppi di lavoro misti – prima - e atti regionali – poi - hanno accompagnato il percorso, definendo gli strumenti della governane territoriale, il budget di risorse, il budget di personale, l’interazione a matrice fra la zona distretto e i Dipartimenti aziendali. Il lavoro, delineato con la Dgr 269/2018 “Governance delle reti territoriali” è in corso e necessita di continua attenzione e manutenzione, per restare al passo con i bisogni dei territori.

Abbiamo infine modificato le procedure di assegnazione e gestione delle risorse, facendo convergere sulle zone distretto i diversi fondi gestiti precedentemente in maniera singola sulla base delle diverse competenze progettuali, e attivato contestualmente un monitoraggio puntuale che ci consente di riallocare velocemente eventuali esuberanti e/o di far fronte ad eventuali carenze. Si è cercato in questo modo di dare veramente le gambe all’integrazione sociosanitaria della quale tanto si parla e per la quale poco si agisce.

Coerentemente con quanto sopra fra le più importanti novità, sia in ambito normativo che operativo, messe in campo negli ultimi anni possono essere ricordate il Reg 2/R/2018 che ha, dopo lunga sperimentazione, monitoraggio e valutazione, definitivamente messo a regime nuovi e diversi modelli in ambito sociale e sociosanitario, in particolare gli appartamenti per anziani con modesta dipendenza sociosanitaria, gli appartamenti per il Durante e il Dopo di noi, destinati a persone con disabilità, in applicazione della L. 112/2016, il modulo residenziale di Bassa Intensità (BIA) previsto per persone non autosufficienti con bassa intensità assistenziale e bassa complessità organizzativa. Tale progetto è stato accompagnato da una profonda revisione del sistema di accreditamento sociale e sociosanitario, sempre più orientato alla qualità delle strutture e dei servizi, la cui gestione diviene regionale (per le strutture) e calcolata puntualmente sulla base di requisiti e indicatori (L.R. 21/2017 “Nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema

sociale integrato”). È stato approvato con Dgr 1402/2017 il Piano regionale demenze che definisce, a valle di un lungo lavoro di programmazione con gli operatori sanitari sociosanitari e sociali, l’organizzazione di una rete per la cura e assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari. Sono state dal 2017 utilizzate risorse del Fondo sociale europeo per fornire risposte a persone vulnerabili in uscita da percorsi ospedalieri (continuità ospedale territorio), con possibilità di attivazione di moduli anche all’interno di RSA relativamente al livello di bassa complessità assistenziale, è stato approvato un bando per l’accompagnamento al lavoro di persone con disabilità, e di recente è stato approvato un avviso per la presentazione di progetti integrati a favore di persone con demenza da avviare alla frequentazione di Caffè Alzheimer e Atelier Alzheimer, oltre alla possibilità per loro e le relative famiglie di ricevere assistenza e supporto psicologico a domicilio, visitare con operatori museali ed educatori sociali musei della nostra Regione all’interno dei quali sono avviati da tempo percorsi dedicati, monitorati e valutati⁷. Abbiamo attivato un progetto che definisce misure urgenti di riqualificazione dei servizi in RSA per la sicurezza e la qualità dell’assistenza nei percorsi sociosanitari (Progetto la Buona cura, approvato con Dgr 1016/2015). Abbiamo integrato le Unità di valutazioni multidisciplinari con la figura di un architetto che può fornire una consulenza gratuita per l’adeguamento domestico, arricchendo in tal modo non solo la competenza degli operatori sociosanitari, ma portando nelle abitazioni dei cittadini direttamente la soluzione di problematiche quotidiane. (Dgr 1446/2018).

È possibile innovare, cercare soluzioni maggiormente attinenti ai diversi bisogni, mettere insieme soggetti diversi e risorse, incentivare l’integrazione fra Comuni e Aziende sanitarie, evitare duplicazioni, far lavorare insieme gestori pubblici e privati, famiglie e Servizi, costruire progetti personalizzati sulle singole persone, ma tutto questo deve essere accompagnato da una attenzione e un interesse costante da parte di tutti i soggetti coinvolti giuridicamente ed economicamente nella cura e nella presa in carico degli anziani e accompagnato da risorse economiche congrue e da personale adeguato sia quantitativamente che qualitativamente. La stessa università dovrebbe maggiormente indirizzare medici e infermieri verso questo settore che, oltre a costituire una priorità sociale, può rappresentare per molti una reale opportunità di impiego. Formazione e motivazione del personale devono essere costanti anche allo scopo di prevenire ed evitare comportamenti devianti e tipici delle zone grigie, delle “terre di nessuno”. Se vogliamo che il cittadino non ricorra inappropriatamente all’ospedale, dobbiamo coerentemente organizzare un territorio che lo sappia prendere

⁷ (<http://www.regione.toscana.it/-/musei-toscani-per-l-alzheimer>)

in carico e curare: ciò comporta, probabilmente, una revisione profonda dei modelli anche culturali in essere e una coerente riallocazione delle risorse destinate al sanitario.

4.8.2 Sperimentazioni per il futuro welfare regionale del Friuli Venezia Giulia di Ranieri Zuttion⁸

Se analizzassimo i dati dei principali indicatori demografici sulla struttura della popolazione del Friuli Venezia Giulia (FVG) di circa 15 anni fa (percentuale di persone con età uguale o maggiore di 65 anni, età media, indice di vecchiaia, indice di dipendenza strutturale degli anziani) scopriremmo che sono sostanzialmente molto simili ai valori che nel 2018 presentava la popolazione italiana nel suo complesso. Se poi osservassimo le proiezioni a livello di Unione Europea, avremmo modo di vedere che la popolazione del nostro continente, a sua volta, raggiungerà una struttura demografica simile a quella del FVG tra quasi 15 anni. Queste semplici considerazioni ci fanno già comprendere come le sfide che questa Regione ha di fronte rappresentino una novità assoluta per le politiche di welfare e, in particolare, per le politiche mirate a garantire cure di lunga durata alle persone non autosufficienti.

Nel corso degli ultimi due/tre decenni gli interventi normativi e programmatici hanno senz'altro favorito la costruzione di un solido impianto di servizi e interventi per la LTC. Una estesa rete di cure domiciliari sociali e sanitarie, un consistente investimento in termini di interventi economici di sostegno alle famiglie, assieme ad una considerevole offerta di servizi residenziali e semiresidenziali, costituiscono già oggi una importante garanzia per i cittadini in condizione di non autosufficienza e per le loro famiglie. Ciononostante, questo assetto comincia a mostrare in maniera sempre più evidente i suoi limiti quantitativi e qualitativi: eccessiva rigidità, frammentazione e standardizzazione delle risposte; impianti erogativi dei servizi troppo sbilanciati sul lato prestazionale degli interventi e, non da ultimo, inadeguata e squilibrata copertura del bisogno con seri problemi di prospettiva per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria del sistema.

Negli ultimi anni, accanto alla crescente consapevolezza della dimensione delle questioni legate a questo tema, si è sviluppata anche – forse in forma non sempre organica - la ricerca di nuove strade su cui far viaggiare le politiche per la LTC. Si è trattato di sperimentazioni le cui caratteristiche indicano quale potrebbe essere il possibile profilo di un rinnovato sistema di welfare regionale. Nelle questioni correlate all'invecchiamento della popolazione, infatti, non c'è

⁸ Direttore del Servizio integrazione sociosanitaria. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Area Politiche Sociali

in gioco “solamente” la riorganizzazione di un segmento dei servizi sociosanitari ma, soprattutto, l’opportunità di rifondare un nuovo patto di cittadinanza per l’intero impianto del sistema di protezione sociale del FVG. In gioco, mi spingo a dire, c’è il significato che vogliamo dare alle nostre forme di vita in comune, al senso che riveste la condizione di fragilità nello sviluppo di una comunità regionale.

Quali sono, dunque, i tratti definitivi che potrebbe assumere questo nuovo welfare regionale? Dovrà innanzitutto connotarsi come un welfare delle opportunità, che considera la persona nella sua integralità, che interviene in anticipo rispetto al formarsi del bisogno, che scommette sulle capacità perché si passi “dal riparare i danni al preparare le persone ad affrontare le sfide” e che perciò sa riconoscere e curare l’infrastruttura naturale, sociale e relazionale che per prima accoglie e costantemente accompagna la persona in situazione di bisogno. Sarà allora importante che questo welfare assuma configurazioni organizzative che sappiano valorizzare le funzioni e le competenze delle numerose e diverse risorse che le comunità sanno esprimere – dalle famiglie, all’associazionismo, al volontariato, all’imprenditorialità sociale – e che sostengano le molteplici relazioni che tali risorse sono in grado di attivare tra di esse e con le istituzioni pubbliche. Per questo è essenziale definire assetti istituzionali che sappiano rendere effettivi i principi della sussidiarietà verticale e orizzontale e che riescano a farli diventare lo strumento con cui sviluppare il capitale sociale delle comunità. Assetti che potranno emergere solo se le azioni di cambiamento verranno interpretate secondo una matrice culturale - organizzativa e professionale - abitata da logiche di promozionalità, di proattività, di integrazione, di capacità e di personalizzazione.

Su questi presupposti sarà allora possibile affrontare l’obiettivo che da anni gli atti pianificatori ripropongono come strategico per la LTC: ridurre l’istituzionalizzazione degli anziani e favorire la permanenza dei cittadini non autosufficienti nel proprio contesto naturale di vita. Su questi presupposti si potranno sviluppare e/o avviare le azioni di cambiamento che si possono così riassumere:

- **Azioni di sistema.** Si tratta degli interventi di riforma in atto per quanto riguarda la ridefinizione degli assetti istituzionali e di governance del complessivo sistema sociosanitario coinvolto nella presa in carico degli anziani non autosufficienti. Saranno centrali in questo senso il ruolo che verrà attribuito ai Distretti, alle gestioni associate dei servizi sociali dei Comuni, alle forme istituzionali dell’integrazione sociosanitaria e alle modalità di regolazione dei rapporti con i soggetti del terzo settore.

- **Azioni promozionali.** In linea con il percorso già avviato dalla Regione con la LR 22/2014, è necessario continuare a promuovere una cultura orientata all'invecchiamento attivo che consenta di superare la visione dell'età anziana come fase passiva dell'esistenza a favore di una visione della persona anziana come risorsa e protagonista all'interno delle comunità. Accanto al sostegno dell'invecchiamento attivo, dovrà essere dato maggior impulso alle sperimentazioni di screening della popolazione anziana fragile già avviate a livello regionale al fine di anticipare la presa in carico. Ci si riferisce in particolare all'intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità denominato PRISMA 7. L'intento di questo progetto è quello di individuare le persone anziane in condizione di fragilità non conosciute dai servizi e di realizzare in loro favore interventi di presa in carico "leggera" e anticipata rispetto al momento in cui il bisogno diventa domanda espressa. In questa forma proattiva di intervento risulterà determinante il coinvolgimento e la valorizzazione delle molte realtà di volontariato e di privato sociale operanti in questo campo. Nell'ambito delle azioni promozionali va anche ricordato che la regione FVG si è da poco dotata del sistema ACG (Adjusted Clinical Groups) ovvero di uno strumento che consente di misurare, analizzare e gestire la salute delle persone con patologie croniche e in condizioni di fragilità, attraverso interventi di medicina d'iniziativa.
- **Azioni di rafforzamento e innovazione della presa in carico:** se negli ultimi anni, la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata hanno conosciuto un importante sviluppo, rimane ancora molto da fare per quanto riguarda lo sviluppo di strumenti maggiormente flessibili, agili nell'utilizzo e in grado di rappresentare una effettiva risorsa per il lavoro dei professionisti e non un mero adempimento formale. Si dovrà porre particolare attenzione a sostenere i percorsi avviati per la costruzione di sistemi di accesso integrati ai servizi sociosanitari (PUA), di consolidare l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG e di rafforzare la capacità di predisporre progetti assistenziali personalizzati. Qui, in particolare, si tratta di rilanciare il ruolo strategico dell'Unità di valutazione distrettuale mettendola in condizione di operare scelte effettive anche sull'utilizzo delle risorse e di definire regole che facilitino l'individuazione del case manager tra le diverse figure coinvolte nella presa in carico, al fine di rendere più efficace l'esercizio di questo ruolo centrale per garantire unitarietà e continuità agli interventi sulla persona.

- **Azioni per lo sviluppo dei servizi e interventi domiciliari.** Accanto all'indispensabile potenziamento quantitativo dei servizi, in quest'ambito è necessario riprendere il cammino di innovazione segnato dall'esperienza dell'infermiere di comunità e di rivederlo secondo logiche organizzative maggiormente orientate al lavoro di équipe con gli altri professionisti del territorio. Nell'ambito dei servizi a sostegno delle persone non autosufficienti, la pianificazione dovrà riservare una importanza particolare alle sperimentazioni definite di "Abitare inclusivo" (abitare possibile e domiciliarità innovativa). In particolare, dovrà essere implementato e monitorato l'utilizzo del budget di salute (budget integrato sociosanitario) a sostegno dei progetti personalizzati degli anziani inseriti in queste sperimentazioni.
- **Azioni per la riqualificazione del sistema residenziale.** In tema di residenzialità, si proseguirà nella realizzazione delle attività previste per il completamento del processo di riqualificazione delle strutture residenziali con particolare riguardo alle nuove regole di promozione della qualità e di finanziamento del sistema. Lo sviluppo della residenzialità dovrà prevedere anche una ridefinizione e sviluppo della rete delle strutture intermedie al fine di renderla sempre più coerente e funzionale con il crescente e differenziato bisogno dell'utenza. In particolare, si dovrà potenziare l'attività di ricovero alternativo a quello ospedaliero per determinati pazienti e per specifiche finalità temporanee di cura, assistenza e sorveglianza sanitaria sulle 24 ore e in forte integrazione con il sistema delle cure primarie.
- **Azioni per la promozione dell'innovazione.** L'innovazione in questo ambito, per quanto possa utilmente attingere a elementi di innovazione tecnologica, è prioritariamente innovazione sociale e pertanto, in quanto tale, non programmabile. Si possono però creare condizioni istituzionali, organizzative e culturali che ne favoriscono l'emersione e, quando accade, occorre guardarla, studiarla, analizzarla per poter capire come valorizzare e integrare il suo apporto nella costruzione del welfare locale. I tipi di soluzioni che essa avanza sono infatti particolarmente potenti perché il processo per risolvere i problemi ha esso stesso una natura sociale, relazionale e comunitaria. Da un lato, quindi, occorre facilitare le sperimentazioni già presenti nelle comunità, come l'infermiere di comunità o le diverse forme di abitare inclusivo, sostenendo il protagonismo della società civile e, dall'altro, abbiamo bisogno di accompagnare l'innovazione perché diventi motore di riforma dell'intero sistema.

5. La prospettiva dei provider dei servizi: fotografia e traiettorie di innovazione nei servizi

di Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo

Dopo aver ricostruito (i) le tendenze in atto nel settore LTC, con l'avvento di nuovi attori e nuovi paradigmi per guardare all'anziano e ai suoi bisogni (cfr Capitolo 2 e Capitolo 3 di questo Rapporto), e (ii) il posizionamento dei *policy maker* pubblici dinnanzi ai temi di innovazione strategica e di sistema posti dalle sfide che attraversano il settore (cfr Capitolo 4); il presente Capitolo approfondisce la prospettiva di una componente cruciale del sistema sociosanitario: i *provider* di servizi.

In primis, in continuità con la precedente edizione del Rapporto¹, si propone un aggiornamento dei dati di fotografia di alcuni tra i maggiori player del settore. Segue una sezione interpretativa dei dati fin qui presentati, che sistematizza il punto di vista di un gruppo di partecipanti al Network Keyprovider dell'Osservatorio Long Term Care (cfr Capitolo 1) relativamente al futuro del settore LTC italiano; da ultimo, si propone un approfondimento sulla visione dei *provider* stessi sul tema dell'innovazione di servizio e tecnologica.

5.1 Il profilo del settore: la fotografia del Network Keyprovider

Quando parliamo di gestori intendiamo tutti i soggetti, di qualsiasi natura giuridica e forma organizzativa, che operano nel settore LTC gestendo un qualsiasi tipo di servizio. Per una rappresentazione esaustiva del settore dal punto di vista

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

dei *provider*, si rimanda al Capitolo 3, edizione 2018 del Rapporto, che si è occupato di ricostruire l'anatomia dei gestori di servizi LTC per anziani non autosufficienti, sistematizzando le fonti disponibili e arrivando a dare una stima del numero di gestori e strutture presenti sul territorio nazionale. In questa sede, si ritiene utile aggiungere alla mappatura precedente il report sulle strutture per anziani contenuto nell'Annuario delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno per l'anno 2017², che riporta – tra gli altri – il dato relativo al numero di strutture residenziali “che accolgono anziani non autosufficienti” al 31/12/2016, pari a 4.273. Il dato affina la stima fornita da Osservatorio SPI CGIL di circa 4.000 strutture, riportata nel Capitolo 3 edizione 2018.

Per completare il quadro del settore si propone un affondo sul profilo dei grandi *player* (aziende e gruppi) che erogano servizi di LTC, fornendo dati sulle loro caratteristiche e sul loro posizionamento in termini di business model e strategie aziendali. Per fare questo sono stati raccolti questionari³ e dati aziendali da 14 grandi *player* del settore tra quelli partecipanti al Network Keyprovider dell'Osservatorio Long Term Care (cfr Capitolo 1), selezionati per la loro dimensione in termini di fatturato e rilevanza nel territorio nazionale. Dove rilevante, i risultati verranno messi in relazione con quanto emerso dalla stessa rilevazione nello scorso anno per evidenziare trend e fenomeni in atto nel settore⁴.

5.1.1 Caratteristiche descrittive

I grandi *player* presentano diverse forme giuridiche (Figura 5.1):

- 5 cooperative;
- 4 sono aziende private for profit (3 aziende singole e 1 gruppo);
- 3 fondazioni, in tutti i casi di derivazione o connotazione ecclesiastica;
- 1 Azienda pubblica di servizi alle persone (ASP);
- 1 I.P.A.B.

Prevalgono quindi Enti di natura pubblica o cooperativa, pur registrando una quota consistente di attori privati. Delle 14 aziende, la maggioranza (Figura 5.2)

² Ministero dell'Interno, 2017, Annuario delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno per l'anno 2017.

³ Il questionario è stato diffuso online a giugno 2019 alle 18 aziende individuate come *key players* del settore. All'indagine hanno partecipato 14 Enti.

⁴ Le aziende rispondenti al questionario dell'edizione 2018 e 2019 sono in parte differenti: tuttavia, si ritiene che le due rilevazioni possano essere lette in maniera congiunta in virtù del fatto che le Aziende partecipanti al Network Keyprovider hanno caratteristiche omogenee e comparabili.

opera nel Nord Italia, alcune operano nel Centro Italia, solo una è presente anche nel Sud, mentre nessuna opera attualmente nelle Isole. Questo dato è coerente rispetto al fatto che nel Centro e Sud Italia siano meno diffusi servizi per anziani (i dati ISTAT infatti mostrano un livello di diffusione inferiore alla media nazionale) e che siano presenti prevalentemente gestori di singole strutture e piccolissime dimensioni e di conseguenza un numero esiguo di grandi *player*.

Figura 5.1 Natura giuridica dei grandi player, anno 2019

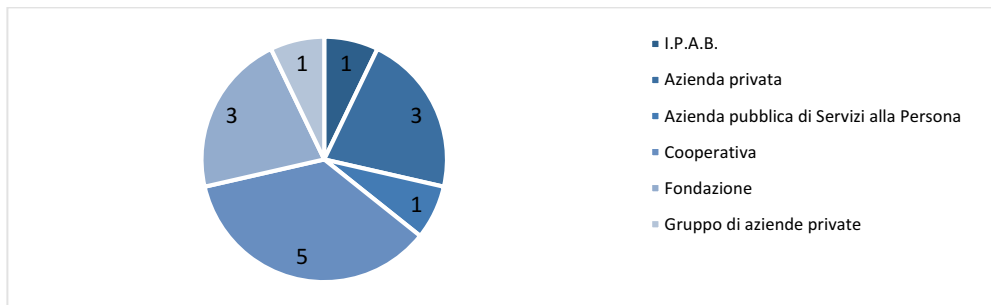
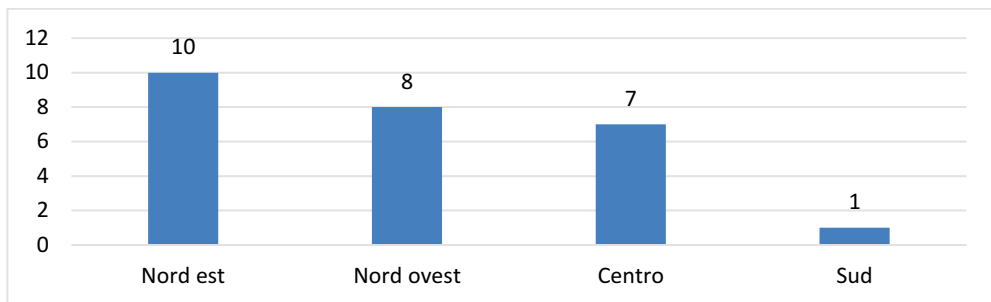


Figura 5.2 Collocazione geografica dei grandi player, anno 2019



5.1.2 Portafoglio di servizi e composizione del fatturato

I grandi *player* mostrano attività articolate e trasversali a più aree di business (Figura 5.3) segnalando un posizionamento strategico aperto alla diversificazione delle attività ma anche alla ricerca di sinergie e integrazione tra diverse aree assistenziali. Tutti i *player* sono posizionati sull'area dei servizi per anziani, molti di loro (9) anche sull'area disabilità, andando a ricomporre i più classici servizi per la Long Term Care ed evidenziando le sinergie tra i due comparti. Altri (8) 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. Sei di

loro sono attivi anche in altri comparti, quali contrasto alla povertà e emarginazione tra gli adulti e nuclei psichiatrici.

Guardando ai servizi (Figura 5.4) specificatamente destinati all'area anziani, emerge una grande varietà che segnala ancora una volta il tentativo di ricomporre filiere assistenziali (Figura 5.5).

Figura 5.3 Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2019

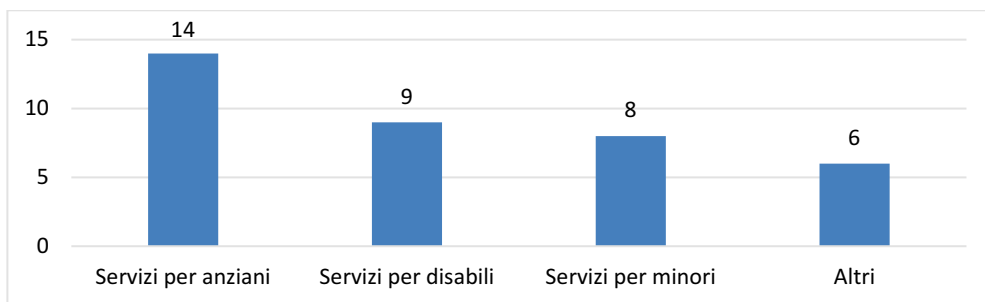


Figura 5.4 Servizi per anziani gestiti dai grandi player, anno 2019

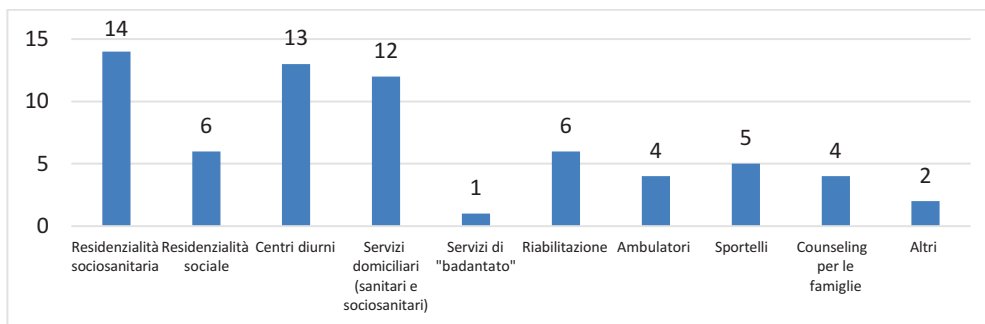
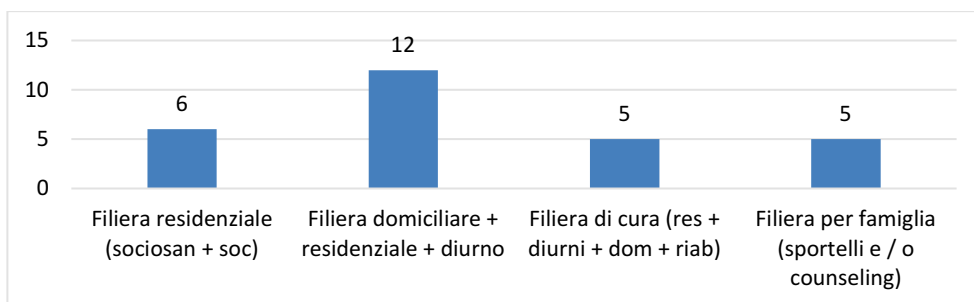


Figura 5.5 Presenza di filiera di servizi, anno 2019



Se da un lato tutti i grandi *player* gestiscono strutture sociosanitarie per anziani, è interessante osservare quali altri servizi sono presenti in abbinamento a queste:

- La maggioranza dei *player*, 12, abbinano alla gestione delle strutture residenziali sociosanitarie un'offerta di servizi diurni e domiciliari, andando a comporre la filiera sociosanitaria completa sui tre *setting* più tipici e presenti in tutti i contesti regionali;
- 6 di loro gestiscono anche servizi residenziali sociali per anziani, ovvero senza alcuna componente sanitaria o sociosanitaria, e quindi pagati prevalentemente dalle famiglie. Questi sono gruppi appartamento, residence, mini alloggi e altre modalità di abitare che prevede forme di aggregazione e servizi assistenziali connessi ma solo nell'ambito della socialità e vita quotidiana;
- Altri *player* hanno sviluppato la filiera non tanto andando a completare i *setting* sociosanitari o sociali, quanto includendo servizi di derivazione sanitaria come quelli di riabilitazione (sia ambulatoriale che residenziale) o offerta ambulatoriale di varia natura. 5 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 5 e 4 dei grandi *player* sono presenti anche sul mercato dei servizi alle famiglie a pagamento con servizi di sportello e *counseling*. Nel primo caso si tratta di servizi di presa in carico ed informativi per orientare e supportare le famiglie nell'accesso e nella frequenza ai servizi. Nel caso del *counseling* si tratta invece di servizi di consulenza operativa o psicologica per le famiglie, sempre a supporto della gestione della non autosufficienza;
- Se nella rilevazione 2018 nessuno dei grandi *player* risultava presente nel segmento di servizi di "badantato" (assistenza domiciliare di stampo assistenziale h24), quest'anno un *provider* ha segnalato di offrire servizi di questo tipo: nonostante molti di loro siano presenti nel segmento domiciliare, manca un posizionamento netto su servizi di questo tipo, ritenendo di fatto impossibile competere con il prevalere di forme contrattuali in grigio o in nero, acquisite direttamente dalle famiglie.

Dai dati sui 14 grandi *player* del settore LTC sembra emergere il consolidamento di un'offerta orientata alla filiera "tradizionale", che propone più *setting* di presa in carico alle famiglie e agli utenti nel tentativo di accompagnare l'evoluzione dei bisogni attraverso la possibilità di accedere a servizi con diversa inten-

sità assistenziale. A complemento di questi, diversi provider si stanno attrezzando anche rispetto ad una gamma più ampia di bisogni delle famiglie, includendo il tema dell'accompagnamento e del supporto psicologico. Questo segnala uno spostamento del settore verso servizi fino ad oggi considerati ancillari, che invece iniziano ad assumere una connotazione e forma propria.

Per quanto concerne il fatturato (Figura 5.6) i grandi *player* presentano comportamenti molto differenziati: se tutti gestiscono strutture residenziali per anziani, il fatturato derivante da queste attività si assesta su una media del 55% sul totale (nella scorsa edizione era il 69%), con 5 *player* su 10 che presentano dati sopra alla media (il valore massimo è pari al 90%). Il fatturato derivante da altre attività dedicate ad anziani è mediamente intorno al 7% - era il 6% nell'edizione 2018 - con 3 *player* con valori sopra alla media (il massimo corrisponde al 23%). Il fatturato derivante da altre aree (servizi non dedicati ad anziani) è mediamente pari al 38% ma raggiunge in un caso anche l'84%, mentre nella scorsa edizione si attestava in media al 25%. La residenzialità per anziani mantiene quindi il primato in termini di area di dimensioni maggiori, anche se in maniera sempre meno preponderante: stanno emergendo strategie di diversificazione del fatturato, con notevoli differenze tra *player*. Questo ci segnala come il processo di innovazione dei servizi e di integrazione dell'offerta finanziata dal pubblico e quella sostenuta dalle famiglie sia soltanto agli inizi. I grandi *players* ci segnalano un percorso possibile, che si sta affermando a diversi livelli di maturazione. Guardando alla natura giuridica delle singole aziende o alla loro collocazione geografica, non emergono particolari differenze, a segnalare che le scelte di posizionamento strategico dipendono dalle storie delle singole aziende più che dalla loro configurazione giuridica.

5.1.3 *Offerta pubblica e mercato privato*

Il settore sociosanitario si è sviluppato nel tempo intorno all'offerta pubblica e ai meccanismi di accreditamento, convenzionamento e budget⁵. Il settore sta però cambiando, sia con riferimento alla capacità del welfare pubblico di soddisfare una quota sempre minore del bisogno potenziale, sia con riferimento ai bisogni delle famiglie sempre più differenziati per cluster sociali e alla ricerca di personalizzazione. Tra i servizi tradizionalmente presenti (strutture residenziali, centri diurni e assistenza domiciliare) si iniziano a diffondere quote crescenti di posti e accessi dedicati al mercato privato e al libero accesso da parte delle famiglie. I primi a riposizionare la propria offerta in questa direzione sono stati i grandi *player*, che oggi presentano (con intensità differente) quote - seppur mi-

⁵ Cfr nota 1 per approfondimenti.

noritarie - di attività svolta al di fuori del regime pubblico. In Figura 5.7 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2018 per attività sociosanitaria tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico e servizi a mercato privato: in media l'85% del fatturato deriva dalla prima tipologia e il 15% dalla seconda. In tre casi la quota da privati supera il 20% (28, 24, 39%).

Figura 5.6 Scomposizione del fatturato 2018 per aree di attività⁶, grandi player del settore

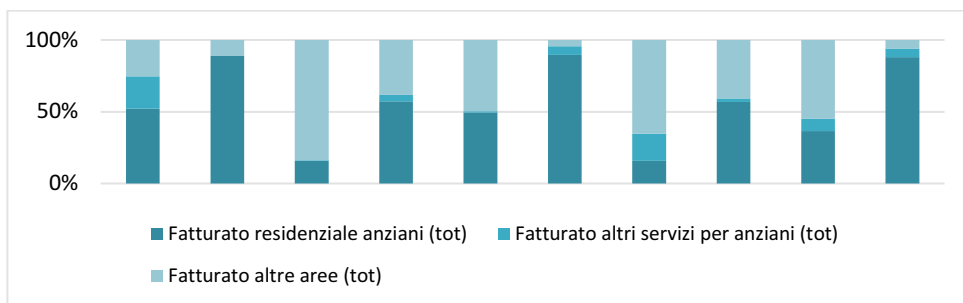
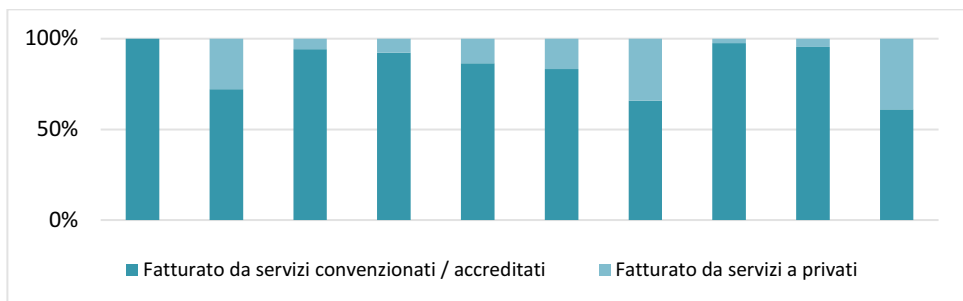


Figura 5.7 Scomposizione del fatturato 2018 per attività verso pubblico o verso privati⁷, grandi player del settore



Nella rilevazione riportata nel Capitolo 3, edizione 2018, i rispondenti del Network Keyprovider dell'Osservatorio Long Term Care (cfr Capitolo 1) coinvolti avevano segnalato che il fatturato generato dal mercato pubblico nelle loro aziende componeva mediamente il 92% del totale: il dato di quest'anno conferma il tentativo e la tendenza a diversificare il mix di fatturato. In generale, i

⁶ In questo grafico sono presenti 10 soggetti poiché per quattro dei 14 del gruppo non è stato possibile ottenere il dato in questione.

⁷ In questo grafico sono presenti 10 soggetti poiché per quattro dei 14 del gruppo non è stato possibile ottenere il dato in questione.

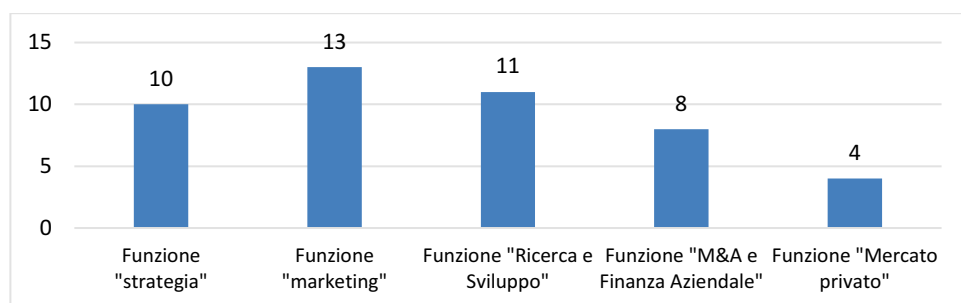
grandi *player* confermano ancora un posizionamento prevalentemente centrato su servizi a budget pubblico, con limitate aperture verso il mercato.

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

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

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

Figura 5.8 Presenza delle funzioni strategiche nell'organigramma aziendale, grandi player⁸, anno 2019



Un primo elemento oggetto di indagine ha riguardato la governance aziendale, e in particolare la presenza o meno di funzioni e direzioni dedicate alle strategie

⁸ A questa domanda hanno risposto 13 dei 14 soggetti rispondenti.

di sviluppo aziendale. Poiché il settore è popolato prevalentemente da produttori molto piccoli⁹, che inevitabilmente hanno una dotazione di logiche e strumenti manageriali modesta se non assente, ci si è chiesti se lo sviluppo dimensionale, a causa dei processi di acquisizione e fusione, comporti anche un cambio di paradigma gestionale, configurando, ad esempio una esplicita funzione aziendale dedicata allo sviluppo aziendale. Dal questionario emergono importanti segnali di formalizzazione delle funzioni di sviluppo strategico che sono collocate organizzativamente nel perimetro delle direzioni generali. Tutte le 13 aziende per cui è stato possibile ricostruire questo dato hanno attivato una struttura focalizzata su sviluppo e strategie, con una presenza di funzioni aziendali attinenti alle tematiche del riposizionamento strategico a geometria variabile (Figura 5.8).

Oltre alle tradizionali funzioni legate alla strategia e marketing è interessante osservare come 11 si siano dotate di una funzione ricerca e sviluppo (a segnalare l'attività di rinnovamento sulla propria offerta e servizi), 8 di una funzione di *Mergers & Acquisitions*, ovvero finanza aziendale (a segnalare la rilevanza delle operazioni straordinarie nel settore) e 4 di una funzione dedicata al mercato privato (a segnalare l'apertura progressiva verso questa parte di mercato), dato in aumento rispetto alla rilevazione precedente, a segnalare un livello crescente di attenzione posto su questo comparto.

Successivamente, si è indagato il tema delle operazioni straordinarie nel settore. Negli ultimi anni sono state attivate numerose operazioni di rimodulazione aziendale (Tabella 5.1), che hanno visto alcuni *player* su più tipologie di operazioni¹⁰. 7 su 13 grandi *player* hanno effettuato operazioni straordinarie nel biennio 2017-2018, prevalentemente acquisizioni (5). Nel 2019-2021 10 *player* su 13 saranno coinvolti in operazioni straordinarie, con una prevalenza di cessioni. 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 5.2), ovvero quelle operazioni più dinamiche che non necessariamente implicano un ridisegno aziendale, osserviamo come 10 aziende su 13 siano state parte attiva di acquisizioni (o nuove aperture) per un totale di 55 strutture.

⁹ Cfr nota 1

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

Tabella 5.1 Numero di operazioni straordinarie effettuate nel 2017-2018 e prospettiche per il 2019-2021 dai grandi player del settore¹¹

	2017-2018	2019-2021
<i>Players</i> coinvolti in operazioni straordinarie (su 13)	7	10
Coinvolti in fusione	4	5
Coinvolti in cessione	2	6
Coinvolti in acquisizione	5	3

Meno frequenti le situazioni in cui i grandi *player* hanno ceduto o chiuso strutture (5 *player* per 13). 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 5.2 Aperture/Acquisizioni e Chiusure/Cessioni di strutture per anziani, grandi player¹², anni 2017-2019

	Apertura / acquisizione di nuove strutture per anziani. 2017-2019	Chiusura / cessione di nuove strutture per anziani. 2017- 2019
<i>Player</i> coinvolti	10	5
Numero operazioni (totale)	55	20
Nel Nord Est	8	3
Nel Nord Ovest	5	3
Nel Centro	5	1
Nel Sud	1	0
Nelle Isole	1	0

5.2 Quale sviluppo per il settore si aspettano i Keyprovider?

I dati sin qui proposti nel Rapporto (cfr Capitolo 2 e paragrafo 4.1) aiutano a ricostruire l'anatomia del settore LTC e alcune delle tendenze in atto nella riorganizzazione di servizi e offerta. In questa sezione si propone una lettura interpretativa dei fenomeni descritti, resa possibile dalla sistematizzazione degli esiti di un focus group organizzato dal gruppo di ricerca dell'Osservatorio Long Term Care con 8 *provider* di servizi per anziani selezionati tra le aziende pubbliche, non profit e private di dimensioni maggiori nel settore. L'incontro è stato

¹¹ A questa domanda hanno risposto 13 dei 14 soggetti rispondenti.

¹² A questa domanda hanno risposto 13 dei 14 soggetti rispondenti.

strutturato in tre momenti distinti, con uno schema unico adottato in sequenza per la gestione dei momenti di discussione. In primis, sono stati presentati alcuni dati particolarmente significativi emersi dalle analisi sulla rete di offerta pubblica e sulle caratteristiche dei provider; a seguire, si è lasciato spazio al dibattito tra i partecipanti lungo alcune domande guida specifiche per ciascuna dimensione di analisi. La Tabella 5.3 riporta lo schema seguito nell'incontro. Da queste domande sono emerse alcune riflessioni tra loro sinergiche, che saranno pertanto presentate di seguito in maniera congiunta.

Con riferimento all'estensione dei bisogni delle famiglie, è opinione diffusa tra i gestori partecipanti che il servizio residenziale non possa più essere considerato la risposta principale e convenzionale per gli anziani non autosufficienti. Questa consapevolezza nasce a fronte di un trend ormai consolidato di sanitarizzazione delle strutture, che da un lato registrano un aggravamento del carico sanitario, e dall'altro non costituiscono *setting* di cura appropriati per soggetti che non registrano ancora un livello di compromissione delle proprie funzionalità tale da giustificare un inserimento in RSA.

Tabella 5.3 Dimensioni di analisi e domande guida nei focus group con i gestori di servizi per anziani

Dimensione di analisi	Domande per la discussione
Estensione della risposta ai bisogni delle famiglie tramite servizi pubblici e ricorso a servizi privati	1. Rispetto allo sviluppo del mercato privato, come pensate che evolverà il settore nei prossimi 5 anni? Prospettive e criticità 2. Quali servizi potranno supportare maggiormente lo sviluppo del mercato privato?
Filiera di servizi integrati e coordinati tra loro	1. Quanto sono sviluppate effettivamente filiere di servizi promossi dai gestori? 2. Quali ostacoli interni allo sviluppo della filiera?
Diffusione di innovazione e specifiche tecnologie	1. Quale futuro vedete per l'introduzione di tecnologie nei servizi per anziani? 2. Quali soggetti hanno maggiori chance rispetto all'introduzione di tecnologie e rispetto a fare cosa?

Infatti, si registra una domanda crescente di servizi “leggeri”, rivolti anche a persone ancora autosufficienti che desiderano mantenere la propria autonomia in un ambiente in cui si sentono protetti e monitorati grazie alla possibilità di contattare un professionista in caso di bisogno. Il settore di vero sviluppo nei prossimi anni sembra essere quello delle forme di residenzialità leggera, *senior living*, *co-housing*, appartamenti protetti e servizi di “badantato”. Questi non sono riconducibili alla definizione convenzionale di servizi residenziali o domiciliari, in quanto costituiscono un ibrido tra i due, integrandone i servizi. Ad oggi esiste una moltitudine di esperienze di questo tipo, che tuttavia sono difficili da mappare e conoscere a fondo, in quanto ne esistono in varie forme e sono influenzate da un lato dalle iniziative pubbliche regionali, e dall’altro da formule messe a punto dai privati che talvolta tardano ad essere conosciute dal pubblico (è il caso delle cd mini-comunità da massimo 6 posti letto presenti in Emilia-Romagna).

A fronte di primi tentativi di innovazione di servizi come quelli appena descritti, per attrezzarsi a rispondere in maniera olistica ai nuovi bisogni, è essenziale passare per una revisione degli altri due servizi sociosanitari “tradizionali”, attraverso:

- Un potenziamento dell’offerta **semiresidenziale**, anche alla luce di una forte domanda da parte delle famiglie per questo servizio;
- Il ripensamento dei servizi **domiciliari** così come attualmente concepiti, poiché a fronte di un’intensità assistenziale garantita molto contenuta (cfr Capitolo 2), gli utenti stessi richiedono meno il servizio per dirottare i propri sforzi e risorse verso risposte ritenute più coerenti con i propri bisogni.

Lo sviluppo della rete domiciliare e sul territorio è ritenuta una tendenza inevitabile, a fronte della crescita esponenziale della popolazione anziana e dato l’incremento del numero di over65 che presentano fragilità sociali e sanitarie, che tendono a isolarsi nelle proprie abitazioni perdendo abilità fisiche e relazionali e accelerando il processo di invecchiamento.

Un fattore che può fungere da supporto ai *provider* nel ripensamento dei servizi domiciliari è l’innovazione tecnologica, poiché permette di:

- **Favorire una permanenza al domicilio in autonomia e sicurezza**, creando le condizioni per garantire, tra le altre cose, monitoraggio (i) delle cure (es. promemoria per farmaci) e (ii) delle condizioni di salute dell’anziano (es. sensori con altimetro anti-caduta), oltre che (iii) comunicazione a distanza con *caregiver* formali e/o informali.

- **Mettere in rete gli attori che gravitano attorno all'anziano**, ovvero operatori, *caregiver* informali e la persona stessa, finché ne ha le capacità. Un esempio è il Progetto *ProAct* di ASP Bologna (progetto europeo che vede coinvolti più partner a livello internazionale, il capofila italiano è AIAS Bologna), dove partendo dall'idea che per garantire il benessere della persona sia necessario il trasferimento di informazioni tra chi se ne prende cura, è in programma la realizzazione di una piattaforma per il miglioramento e una maggiore integrazione del sistema di cure per persone affette da multi-morbilità.

Le potenzialità della tecnologia non sono messe in discussione, tuttavia si rileva come nel settore LTC queste siano lungi dall'essere sfruttate e sperimentate in maniera strutturata¹³.

Infine, la riflessione sul tema della domiciliarietà è stata legata al tema della filiera dei servizi, con particolare riferimento all'insieme di servizi a diversa intensità assistenziale offerti all'interno di ogni azienda/gruppo di aziende (e non tra diversi attori del territorio). Si è constatato come i passaggi da un *setting* all'altro, pur all'interno della stessa organizzazione, risultino tuttora faticosi e complessi, poiché esiste ancora una tendenza a lavorare per comparti separati tra loro non connessi (mantenendo le “canne d'organo”). A questo si accompagna un percepito di resistenza culturale interna maturata nei confronti dei servizi domiciliari, che sono stati storicamente percepiti come veri e propri concorrenti in grado di cannibalizzare l'offerta residenziale, che spesso viene ancora considerato il *core business* aziendale.

La soluzione a questa situazione può essere costituita dalla creazione di una piattaforma unica gestionale che tenga unita la filiera complessiva dei servizi erogati da un'azienda. Tuttavia, il percorso in questa direzione è limitato dalla cultura organizzativa interna, che fatica a ritrovarsi in un approccio olistico ai servizi e che supera i silos convenzionali nel processo di presa in carico. In questo senso, la scarsa diffusione di questo strumento non è quindi da legare a un tema di costi di sviluppo, quanto ad un approccio culturale ai servizi resistente alle logiche di filiera interne. Pertanto, il rischio è che nonostante molte aziende abbiano costruito un'offerta di filiera (cfr paragrafo 4.1), queste risultino tra loro non integrate, una somma di servizi prestazionali non connessi tra loro. Un tentativo di superare i silos interni è stato raccontato dal gruppo Korian-Segesta, che ha riportato l'esperienza aziendale di sviluppo di una piattaforma di Customer Relationship Management (CRM): la finalità dell'iniziativa è di integrare e offrire i servizi in filiera presenti in azienda, compatibilmente con

¹³ Per approfondimenti, si veda il Capitolo 4 del I° Rapporto OLTC.

i servizi a disposizione sul territorio di riferimento. La metrica del funzionamento di questo nuovo sistema è la valorizzazione della personalizzazione (privilegiando l'orientamento all'utente); mentre i servizi saranno sempre più clusterizzati per fasce di età (i servizi saranno molto diversificati su questo) e per bisogni sanitari (più o meno intensa).

Infine, un elemento trasversale che ha caratterizzato la discussione è stata la consapevolezza dell'importanza di aprire il settore al mercato privato in maniera più decisa di quanto non sia stato fatto finora. Questo passaggio può essere fatto da un lato, diversificando la propria offerta per rispondere alle esigenze di clienti in grado di sostenere la spesa privatamente, ponendo molta attenzione al rischio di creazione di un'offerta *premium* per solventi, in contrasto a una più essenziale per il mercato pubblico. Dall'altro lato, si vede con favore l'ingresso di nuovi player nel settore (assicurazioni, mutue, ...) che possono rappresentare un punto di forza in termini di capacità di aggregazione della domanda e di diffusione capillare sul territorio.

La Tabella 5.4 sistematizza i principali punti di attenzione emersi nel focus group.

Tabella 5.4 Punti di attenzione emersi nel focus group

Dimensione di analisi	Domande per la discussione	Che cosa è emerso nel FG?
Estensione della risposta ai bisogni delle famiglie tramite servizi pubblici e ricorso a servizi privati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto allo sviluppo del mercato privato, come pensate che evolverà il settore nei prossimi 5 anni? Prospettive e criticità 2. Quali servizi potranno supportare maggiormente lo sviluppo del mercato privato? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forte espansione dovuta a esplosione del bisogno e ingresso di nuovi player nel mercato. Attenzione al rischio offerta <i>premium</i> vs <i>basica</i> 2. Sviluppo crescente di servizi domiciliari e di residenzialità leggera (<i>co-housing</i> su tutti).
Filiera di servizi integrati e coordinati tra loro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quanto sono sviluppate effettivamente filiere di servizi promossi dai gestori? 2. Quali ostacoli interni allo sviluppo della filiera? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attualmente rischiano di essere la somma di <i>setting</i> prestazionali cui manca una governance strategica. 2. Approccio culturale a silos, convinzione che residenzialità anziani sia il core business e gli altri servizi lo cannibalizzano
Diffusione di innovazione e specifiche tecnologie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quale futuro vedete per l'introduzione di tecnologie nei servizi per anziani? 2. Quali soggetti hanno maggiori chance rispetto all'introduzione di tecnologie e rispetto a fare cosa? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esistono tecnologie ad alto potenziale, manca ancora la capacità di portarla nei <i>setting</i> LTC 2. Forte ancoraggio alle opportunità messe in campo dal pubblico (bandi, regolamentazione,...)

In sintesi, il quadro dipinto dai rappresentati di alcuni tra i maggiori provider di servizi sociosanitari rispetto al futuro del settore mette in luce alcuni aspetti:

- La necessità di diversificare i *setting* assistenziali per ampliare la platea dei beneficiari e rispondere a bisogni crescenti e sempre più complessi,

potenziando e ripensando il funzionamento e l'articolazione dei servizi domiciliari e di residenzialità leggera, che costituiscono sempre più spesso il luogo maggiormente adatto alla condizione di fragilità dell'anziano e coerente con il desiderio di permanenza al domicilio;

- L'esistenza di silos interni alle aziende che spesso costituiscono il primo ostacolo all'implementazione di una filiera di servizi in chiave strategica e non prestazionale;
- L'innovazione tecnologica è vista con grande potenzialità, tuttavia manca tuttora la capacità di darle forma nelle attività aziendali;
- Lo sviluppo del settore passerà inevitabilmente dallo sviluppo del mercato privato, sia in termini di aumento della domanda solvente di servizi; che in termini di nuovi attori presenti nel settore, in grado di aggregare domanda e dare risposta in maniera capillare sul territorio nazionale.

Nonostante i diversi sforzi portati avanti dalle aziende e dai professionisti del settore che sono stati fin qui presentati a titolo esemplificativo e certamente non esaustivo, gli stessi professionisti restituiscono un quadro in cui rimangono aperti ancora molti spazi di innovazione e revisione dei servizi esistenti.

5.4 I gestori dei servizi e l'innovazione

5.4.1 A che punto è oggi l'innovazione nel settore LTC

“Innovazione” è una delle parole chiave ricorrenti quando si parla del futuro del settore Long Term Care. In parte l'innovazione è percepita ormai come una necessità, un imperativo categorico a fronte della riduzione delle risorse pubbliche a disposizione e alla necessità di garantire una sostenibilità di lungo periodo. Un'altra prospettiva, che può convivere con la precedente, vede l'innovazione come un elemento che prescinde dalle pressioni del contesto esterno e si configura come leva per migliorare i servizi esistenti o per essere in grado di raggiungere una platea più ampia. Da qualunque lato si guardi al tema, siamo oggi in una fase storica in cui il settore LTC si interroga, solo per citare alcuni esempi, sull'innovazione dei modelli di servizio, sull'innovazione organizzativa, sull'innovazione dei modelli di business, sull'innovazione tecnologica digitale.

Tuttavia, quanto effettivamente i *provider* di servizi e i *policy maker* siano attrezzati per generare innovazione o favorire le condizioni affinché questa possa accadere con maggiore facilità è ancora da approfondire a pieno. La fotografia restituita dai dati presentati nei precedenti paragrafi mostra alcuni segnali di riposizionamento dei provider, in un settore che allo stesso tempo presenta ancora ampi spazi di innovazione.

Allo stesso modo, l'indagine riportata nel Capitolo 4, edizione 2018 focalizzata sulle innovazioni tecnologiche digitali ha mostrato un atteggiamento ancora timido da parte dei provider di servizi per anziani non autosufficienti. Rispetto alla presenza di innovazioni digitali all'interno dei servizi gestiti in sintesi emergeva che:

- La diffusione di tecnologie digitali (app, device smart, sensoristica, intelligenza artificiale, robotica, ecc...) è ancora molto limitata, basti pensare che solo il 47% delle strutture residenziali ha cercato di innovare i propri servizi in questa direzione;
- Anche laddove queste innovazioni tecnologiche hanno trovato spazio, si è trattato per lo più di sperimentazioni e non (ancora) di introduzione estesa nelle routine delle organizzazioni, privilegiando per altro quelle tipologie di innovazioni più "tradizionali" e già ampiamente adottate anche in altri settori e ambiti della vita quotidiana (principalmente app e device mobili);
- Una delle ragioni principali indicata dai provider per l'introduzione di questo tipo di innovazioni è la ricerca di efficientamenti e risparmi per l'organizzazione, non necessariamente la ricerca di nuovi modelli per aumentare qualità o portata dei propri servizi;
- Un tema ricorrente, nonché condizione abilitante (o fattore ostacolante quando non presenti) è quello delle risorse economiche, ritenute spesso insufficienti per muoversi nella direzione della trasformazione digitale;
- Un altro elemento cruciale per favorire l'innovazione tecnologica digitale all'interno dei servizi è stato indicato nell'orientamento strategico del vertice aziendale, che deve pertanto rappresentare una guida nel cambiamento.

La declinazione del concetto di innovazione per le tecnologie digitali esemplifica bene alcune delle principali difficoltà che il settore incontra oggi nel rinnovare i propri servizi. Tra gli elementi più interessanti da approfondire dato il quadro fin a qui ricostruito c'è dunque quello delle condizioni che rendono possibile innovare. Come indicato dalle stesse aziende provider dei servizi, uno degli snodi centrali riguarda il tema delle risorse (non solo finanziarie, ma anche in termini di capitale umano e di competenze), un aspetto che si intreccia con le condizioni organizzative.

I risultati della ricerca condotta nel 2018 sull'innovazione digitale e di altri studi sul tema "innovazione" realizzati nell'ultimo decennio, indicano che nel settore LTC la maggior parte delle aziende sembra ancora trovarsi in una fase

“esplorativa”, caratterizzata per lo più da un approccio imprenditoriale nei confronti dell’innovazione. Questo significa che le sperimentazioni esistenti, così come i cambi di modello di servizio o di business, derivano nella maggior parte dei casi da intuizioni isolate all’interno dell’organizzazione, grazie al ruolo che svolgono alcune persone che potremmo definire gli “imprenditori dell’innovazione”. In altre parole, persone che credono nel ruolo dell’innovazione e individuano i possibili strumenti per praticarla all’interno dei servizi, creando o trovando spazi all’interno delle organizzazioni per portare avanti questo approccio.

Questo tipo di situazione si contrappone invece al momento in cui il tema dell’innovazione diventa un pilastro organizzativo, poiché si inserisce in modo organico all’interno di una visione strategica aziendale che ne definisce il ruolo rispetto al presente e allo sviluppo futuro dei servizi erogati, supportata da competenze adeguate a portare avanti l’innovazione in modo coerente e sostenuta da risorse per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tabella 5.5 Possibili approcci aziendali all’innovazione

INNOVAZIONE “IMPRENDITORIALE”	INNOVAZIONE COME PILASTRO DELL’ORGANIZZAZIONE
Intuizioni del singolo Ricerca individuale degli spazi e delle condizioni organizzative per realizzare l’innovazione	Visione strategica Condizioni organizzative Competenze Risorse

È per questo motivo che l’approfondimento proposto nel rapporto di quest’anno ha un focus sulle organizzazioni e sulla loro capacità di creare le condizioni per l’innovazione.

5.4.2 Approfondimento sull’organizzazione dell’innovazione nel settore LTC

Per approfondire in che modo oggi i provider del settore LTC gestiscono a livello organizzativo l’innovazione, nella survey citata nel paragrafo 5.2 è stata inclusa una sezione dedicata in modo specifico a questi temi. L’indagine ha quindi esplorato i seguenti aspetti:

- La collocazione organizzativa di un’eventuale funzione correlata all’innovazione;
- Il tipo di attività in cui si concretizza tale funzione;
- Le risorse messe a disposizione in azienda per l’innovazione;

- L'esistenza (e la capacità da parte delle aziende di accedervi) di bandi e altre opportunità di finanziamento legate all'innovazione nel contesto nazionale o regionale.

È stato successivamente proposto un ulteriore approfondimento, di natura qualitativa, ai provider del settore per comprendere:

- Quali sono le condizioni o gli accorgimenti organizzativi che secondo voi sono in grado di supportare l'innovazione dei servizi;
- Che ruolo può avere l'innovazione tecnologica digitale per il futuro del settore.

La raccolta di questi elementi ha avuto la finalità di cogliere che ruolo attribuiscono all'innovazione i principali player del settore e se e come si stanno attrezzando per generarla.

5.4.3 Il ruolo dell'innovazione oggi per i Keyprovider del settore Long Term Care

Il primo dato che emerge dall'indagine è che da un punto di vista organizzativo, sempre più aziende (7 su 14, il 50% del nostro campione) prevedono nel proprio organigramma un'unità aziendale ad hoc che si occupa di innovazione di servizio. I restanti provider indicano comunque che l'attività è presente, ma viene svolta in via non esclusiva da altri uffici. In generale dunque nelle aziende interpellate esistono persone che si occupano di innovazione e generalmente si tratta di gruppi di lavoro che vanno da 1 a 5 persone (FTE dedicati).

Per quanto riguarda la collocazione all'interno del disegno organizzativo, quasi in tutti i casi le UU.OO. / Business Unit / Uffici dedicati all'innovazione riportano direttamente al Direttore Generale o comunque al vertice aziendale. Nella mappatura svolta emergono solamente tre eccezioni, in cui le persone che si occupano di innovazione riportano all'Operation Manager dell'azienda in un caso, al Direttore Assistenziale in un altro e infine in un altro caso ad un Project Manager. La prevalenza del riporto diretto alla Direzione conferma un elemento già messo in evidenza in precedenza, ossia la necessità di avere un collegamento diretto con chi definisce le strategie.

Approfondendo invece il tipo di attività che le unità dedicate all'innovazione di servizio svolgono all'interno delle aziende del settore, si evidenziano due principali possibilità. La prima è quella dello *scouting* e mappatura di innovazioni presenti sul mercato, con l'obiettivo di valutare quali potrebbero essere

utilizzate dall'azienda per lo sviluppo dei propri servizi. La seconda riporta invece la dimensione dell'innovazione all'interno del perimetro aziendale perché prevede un'attività diretta di ricerca e sviluppo di nuove soluzioni di servizio. È interessante notare al tempo stesso che nessuna delle aziende rispondenti svolge entrambe le funzioni, ma ciascuna si focalizza solo su una delle due tipologie di attività. Questo approccio potrebbe essere in parte collegato al tema delle competenze e risorse e necessarie per portare avanti entrambe le funzioni in parallelo.

A tal proposito, si intende innanzitutto evidenziare che ben 10 dei 14 provider interrogati non dispongono di un budget esplicitamente dedicato all'innovazione. In 3 casi è presente, ma questo incide per cifre inferiori all'1% del fatturato complessivo.

Tabella 5.6 L'identikit della funzione innovazione di servizio nell'organizzazione aziendale

CARATTERISTICHE PIÙ DIFFUSE PER LA U.O. DEDICATA ALL'INNOVAZIONE DI SERVIZIO NEL SETTORE LTC
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unità ad hoc che si occupa di innovazione di servizio ▪ Riporta al Direttore Generale o ai vertici aziendali (più raro il riporto al middle management) ▪ Attività di scouting e mappatura delle innovazioni sul mercato o ricerca e sviluppo di nuove soluzioni di servizio ▪ Assenza di budget dedicato all'innovazione (o molto limitato < 1% del fatturato complessivo)

Essendo quindi le risorse messe a disposizione dalle stesse aziende limitate, ci siamo interrogati sull'esistenza di bandi e altre opportunità di finanziamento a livello regionale o nazionale e, soprattutto, sulla capacità delle aziende di intercettarle. Questo era infatti già emerso nella *survey* realizzata nel 2018 con riferimento alle innovazioni digitali come uno dei principali fattori facilitanti per l'adozione delle nuove tecnologie all'interno dei servizi. Al momento però i dati raccolti all'interno del campione di aziende provider di servizi per la Long Term Care ci dicono che solo 1 provider (su 14) ha partecipato a progetti/bandi/call regionali legati all'innovazione tecnologica digitale (aggiudicandosi 80.000€), mentre 4 provider hanno partecipato a progetti/bandi/call promossi da altri enti diversi da quelli regionali (Enti nazionali / europei) legati all'innovazione digitale. In questo caso le risorse messe a disposizione variano dai 20.000€ ai 100.000€ circa. In due frangenti si è tratto di bandi legati alla più ampia innova-

zione dei servizi attraverso l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche digitali, mentre negli altri due casi della sperimentazione di strumenti innovativi specifici nei servizi (es. robot a domicilio/in struttura) e di adeguamento infrastrutturale e tecnologico dei servizi (installazione rete WiFi nelle strutture residenziali/semi-residenziali, installazione di sensori, domotica...). Come è possibile notare dagli elementi riportati, si tratta comunque di risorse molto limitate rispetto al fatturato dei principali provider di servizi per la non autosufficienza italiani e legati a perimetri molto specifici e delimitati.

5.5 Settore Long Term Care e innovazione dei servizi: una storia ancora da scrivere

L'approfondimento svolto in questo Rapporto sul ruolo dell'innovazione all'interno della visione futura dei provider di servizi del settore Long Term Care ha mostrato che le aziende stanno muovendo i primi passi in questa direzione, attrezzandosi dal punto di vista organizzativo, ma con ancora ampi margini di sviluppo ulteriore.

Il 50% delle aziende ha previsto all'interno del proprio disegno organizzativo un ufficio (in media sono almeno tre le persone dedicate a questa attività) che si occupa di innovazione dei servizi. Questo elemento indica senza dubbio la crescente attenzione al tema, confermando che i provider di servizi lo individuano come uno snodo sempre più centrale per la sostenibilità e lo sviluppo futuro dell'azienda e dei suoi servizi.

Accanto a questo dato che possiamo leggere positivamente, si rileva però che le risorse dedicate specificamente all'innovazione dei servizi sono ancora molto limitate. La maggior parte delle aziende intervistate non prevedono un budget specifico per l'innovazione e, anche coloro che ce l'hanno, dedicano risorse che impattano per meno dell'1% del fatturato complessivo.

È possibile associare questo dato anche alla tipologia di attività che svolgono la maggior parte delle unità organizzative dedicate all'innovazione: spesso si tratta di un'attività focalizzata alla mappatura e allo *scouting* di possibili innovazioni esistenti sul mercato, a cui si affianca in altri contesti una attività di ricerca e sviluppo di nuove soluzioni di servizio. In entrambi i casi si evidenzia quindi che i provider di servizi per la Long Term Care sono ancora in una fase "esplorativa" rispetto all'innovazione dei servizi, caratterizzata da un impegno crescente (confermato dal riconoscimento organizzativo della funzione), ma ancora finalizzato a orientarsi in un contesto in rapida evoluzione. L'impegno deriva anche dalla stretta connessione che esiste tra le UU.OO. dedicate all'innovazione di servizio e il vertice aziendale (quasi sempre riportano direttamente alla Direzione Generale), ma la mancanza di budget dedicati e il tipo di attività

svolta fanno pensare che ancora le aziende non siano del tutto pronte a passare a una fase implementativa e strutturata delle innovazioni all'interno dei modelli di servizio.

Appare da questo punto di vista anche emblematico l'approfondimento svolto sull'esistenza di bandi finalizzati all'innovazione nel contesto regionale o nazionale ed europeo. Nonostante emergesse nella *survey* sulle innovazioni digitali condotta nel 2018 che essi sono ritenuti un elemento molto importante per favorire la capacità di adottare la trasformazione digitale, tale occasione non sembra essere sfruttata a pieno. Solo cinque dei provider intervistati ha dichiarato di aver avuto accesso a opportunità di finanziamento di questo tipo negli ultimi cinque anni (si tratta soprattutto di bandi finalizzati all'innovazione tecnologica digitale), beneficiando di risorse anche in questo caso molto limitate (non più di 100.000€) e legate a perimetri di attività piuttosto circoscritti.

L'interpretazione del fenomeno può avere diverse spiegazioni, tutte comunque critiche rispetto alla capacità del sistema o delle aziende stesse di favorire l'innovazione. Si potrebbe infatti pensare, da un lato, che i bandi e le altre opportunità di finanziamento offerte da attori istituzionali e non, siano ancora troppo limitate (e/o la competizione troppo elevata). Si porrebbe da questo punto di vista un problema di domanda e offerta. Un'altra prospettiva è quella che vedrebbe i bandi oggi disponibili non necessariamente allineati alle esigenze dei provider di settore. Si tratterebbe in questo caso sempre di un problema di mancato incontro tra domanda e offerta, non più dal punto di vista quantitativo, ma dal punto di vista qualitativo. Infine, un'ulteriore possibile spiegazione riguarderebbe le aziende stesse e la loro capacità effettiva di monitorare e rispondere in modo efficace ai bandi in questione. Si tratta infatti di un'attività non banale, che richiede un investimento in termini di risorse umane e di competenze specifiche.

Quanto illustrato finora ci riporta i riflettori su due tematiche richiamate più volte nel corso di questo capitolo:

- La definizione del tipo di approccio e postura che i provider di servizi per la LTC vogliono adottare;
- Le competenze e le risorse che sono necessarie per agire in modo efficace tale postura.

Per approfondire ulteriormente questo aspetto, abbiamo deciso di porre due domande ai provider del settore¹⁴:

¹⁴ Si riportano di seguito le citazioni sintetiche delle risposte ottenute

- Quali sono le condizioni o gli accorgimenti organizzativi che secondo voi sono in grado di supportare l'innovazione dei servizi?
- Che ruolo può avere l'innovazione tecnologica digitale per il futuro del settore?

La prima questione è di ambito più generale e riguarda in che modo le aziende di servizi alla persona si possono muovere per facilitare e sostenere l'innovazione. La seconda domanda utilizza invece l'esemplificazione di una delle possibili leve di innovazione, quella delle tecnologie digitali, per capire che tipo di sviluppo futuro dei servizi i provider si immaginano.

Con riferimento alle condizioni o accorgimenti organizzativi a supporto dell'innovazione sono emersi tre principali spunti di riflessione:

- La necessità di dedicare sforzi e risorse alla sperimentazione finalizzate all'innovazione, in modo che diventi un elemento di cultura organizzativa;
- La definizione di ruoli organizzativi in grado di guidare il cambiamento (middle management, project manager), nonché il suo sviluppo (o acquisizione di competenze distintive);
- La costruzione di alleanze strategiche e di reti finalizzate all'innovazione.

Prima di approfondire questi aspetti, è bene sottolineare che anche le interviste hanno ribadito l'innovazione come una necessità sempre più irrinunciabile. Non si tratta dunque di una scelta, ma di una mossa quasi "obbligata", soprattutto in prospettiva.

"Nel prossimo futuro la crescita [delle aziende del settore] dipenderà sempre più dall'innovazione dei servizi o prodotti, dalla integrazione tra servizi tradizionali e nuove tendenze, e dalla diversificazione dell'utenza (dunque il mix tra pubblico, privato e privato sovvenzionato)." - Proges

Passando dunque alle modalità attraverso cui rendere concreta questa spinta verso l'innovazione, sembra che un primo step sia unanimemente identificato come quello di impegnare l'organizzazione in attività di sperimentazione. Questa tuttavia non può essere concepita come isolata e limitata nel tempo: l'introduzione di innovazioni richiede molto spesso vari tentativi e la pazienza da parte delle organizzazioni di accettare errori ed esperimenti che non sempre possono rivelarsi efficaci.

“Dedicare una rendicontazione degli investimenti/ritorni dei progetti innovativi separata dalla contabilità della normale operatività e possibilmente avere obiettivi operativi sull’innovazione separati da quelli che operano su processi consolidati” - Puntoservice

Prevedere meccanismi di rendicontazione diversi rispetto ad altre attività routinarie è sicuramente un modo per riconoscere ai processi di innovazione la loro specificità. L’altro passaggio fondamentale è rendere la sperimentazione di progetti innovativi un elemento insito nella cultura aziendale.

“Affinché l’innovazione non si limiti alla sperimentazione mirata e temporalmente limitata, la stessa deve inserirsi in una cultura aziendale che fa della sperimentazione e del cambiamento le leve per mutare, se necessario, il proprio posizionamento nel mercato” - ISRAA

Si torna dunque all’importanza dell’attività e della funzione di Ricerca e Sviluppo (R&D) già evidenziata attraverso la *survey*. Essa diventa il motore per poter sviluppare nuovi modelli di servizio e nuovi modelli di business.

“Una delle condizioni è sicuramente l’Investimento in R&D tramite la creazione di una funzione dedicata e l’assegnazione di un budget. La funzione R&D dovrà essere al servizio di logiche pragmatiche di Business Development: sviluppare nuovi servizi e qualificare gli esistenti grazie alla crescita dell’Azienda e viceversa.” - Proges

Le osservazioni dei provider riportate sottolineano dunque l’importanza di formalizzare una collocazione organizzativa alle attività legate all’innovazione. Questo però non è necessariamente sufficiente, poiché servono anche figure specifiche e competenze in grado di facilitare il perseguimento degli obiettivi legati all’innovazione.

“Bisogna puntare su risorse umane preparate e su investimenti produttivi, attivando processi che aumentino la competitività, la cooperazione e la capacità di innovazione” - Cooperativa Sociale Società Dolce

Più nello specifico, viene individuato come cruciale il ruolo del middle management e la necessità di individuare persone responsabilizzate su obiettivi legati all’innovazione.

“Identificare una funzione o una professionalità che si faccia carico del raggiungimento di obiettivi innovativi prefissati dal consiglio di amministrazione.” – Puntoservice

“Per passare dalla teoria alla pratica, in merito di innovazione, nella nostra esperienza è fondamentale il ruolo dei quadri (middle management), gli unici in grado di trasformare gli indirizzi strategici in realtà operative nei contesti quotidiani del lavoro” – ISRAA

Queste figure devono rappresentare dunque un punto di riferimento per i vertici, ma anche per il resto dell'organizzazione. Per farlo servono competenze specifiche.

“Una delle principali caratteristiche è la definizione del loro profilo dove deve emergere senza dubbio una competenza tecnico-cognitiva, accompagnata nella misura del doppio da una spiccata intelligenza emotiva e da una forte leadership motivazionale. I quadri condividono i valori aziendali e partecipano ordinariamente alle attività di coordinamento generale dell'azienda, fornendo feedback importanti per le scelte organizzative, tecniche, tecnologiche” – ISRAA

Infine, le condizioni organizzative non devono essere ricercate solo all'interno del perimetro della singola azienda, ma per sostenere l'innovazione è molto spesso cruciale riuscire a costruire alleanze strategiche con attori accomunati da questo obiettivo di fondo.

“L'innovazione di prodotti, servizi e processi è facilitata dalle alleanze strategiche. I processi d'innovazione non possono prescindere dalla “rete” e crescono sulle dimensioni sociali e relazionali con i fornitori, con i clienti e con le strutture esterne della formazione e della ricerca” – Cooperativa Sociale Società Dolce.

In termini concreti, abbiamo poi chiesto alle aziende del settore LTC di provare a ragionare su che tipo di ruolo possono avere le innovazioni digitali nel futuro sviluppo dei servizi, pur sempre tenendo conto che si tratta di una delle tante possibili declinazioni del concetto di innovazione. Sebbene ancora non siano protagoniste dei servizi, come dimostrato dalle evidenze raccolte nel Rapporto 2018, gli impatti previsti dai provider stessi sono decisamente trasformativi. Essi potrebbero infatti incidere sui seguenti aspetti:

- I contenuti dei servizi per la Long Term Care;
- Il ruolo che utenti e operatori avranno per l'erogazione e fruizione dei servizi;
- La capacità di raccogliere ed elaborare dati sugli utenti per personalizzare i servizi.

Innanzitutto, la trasformazione digitale è considerata ormai come un elemento centrale nella vita di tutte le persone, già sotto gli occhi di tutti.

“I device digitali, a partire dagli smartphone, sono già parte della nostra quotidianità: comunicare, fare acquisti, fare operazioni bancarie, controllare la casa quando si è fuori e controllarne i consumi energetici, ecc.... La contaminazione tra digitale e umano (inteso come assistenza da e per l’umano) è la nostra nuova sfida.” - ISRAA

Al di là del ruolo attuale che già hanno, le tecnologie digitali vengono guardate per il loro elevato potenziale trasformativo.

“L’innovazione tecnologica digitale svolge un ruolo fondamentale nel trasformare l’assistenza in un sistema più efficiente, con la persona al centro. L’accesso immediato alle informazioni assistenziali e sanitarie facilita la decisione sul percorso di cura, la partecipazione, l’integrazione e la personalizzazione nell’alleanza terapeutica. Le tecnologie digitali aiutano a costruire nuovi modelli di cura che coinvolgano i diversi attori del sistema socio-sanitario” – Cooperativa Sociale Società Dolce

“[L’innovazione digitale permetterà di] velocizzare la risposta operativa alle esigenze del mercato che mutano più velocemente dal passato, migliorare la qualità dell’erogazione dei servizi e raggiungere obiettivi più ambiziosi e dare risposte a domande che ad oggi non avrebbero soluzioni” - Puntoservice

È inevitabile che esse avranno impatti importanti sull’approccio e sulle competenze richieste agli operatori.

“La tecnologia imporrà al personale addetto all’assistenza di migliorare ed enfatizzare sempre più le skills che non sono sostituibili dalla tecnologia: approccio empatico, la capacità di leggere le situazioni, capacità di affrontare situazioni impreviste o di emergenza. Dall’altro canto gli addetti dovranno “sfruttare” la tecnologia nelle situazioni di routine, per ridurre le possibilità di errore umano, per tutelare la propria sicurezza e salute, per essere più veloci negli adempimenti burocratici a vantaggio del tempo di relazione.” - Proges

“Crediamo che l’innovazione tecnologica e digitale trasformerà il lavoro in sé, che diventerà dunque un lavoro diverso. Il gap a cui assistiamo è dato dalla biforcazione per cui da una parte l’intervento diventa sempre più tecnologicamente assistito, mentre il lavoro di assistenza è sempre più socialmente squalificato” – ISRAA

“[L’innovazione digitale consentirà di] Qualificare maggiormente l’intervento degli operatori concentrandolo su temi a maggior valore aggiunto e, al tempo stesso, aumentare l’attrattività del settore per professionisti e operatori” - Puntoservice

Dal punto di vista degli utenti, si prevede un altrettanto impattante cambiamento di ruolo, che in parte sta già avvenendo all'interno di altri settori e altre tipologie di servizio.

“È probabile che anche in questo settore si affacci la disintermediazione e quindi la necessità che i cittadini si organizzino, autonomamente e digitalmente, in un'operazione autonoma di auto organizzazione del servizio. In questo senso l'assistenza in remoto, con ovvio processo digitale, può rappresentare per le organizzazioni pubbliche chiamate comunque ad intervenire laddove l'isolamento combinato all'invecchiamento non riesce nell'auto organizzazione, a sviluppare nuovi modelli di assistenza in un combinato disposto umano/digitale in grado di rendere molto più efficiente il sistema” – ISRAA

I provider di servizi per la LTC, come dimostrano le evidenze presentate in tutto il capitolo, hanno ben presente che il futuro del settore passa attraverso la capacità di innovare i propri modelli di servizio e di business. Molte organizzazioni stanno già compiendo alcuni passi nella direzione della diversificazione delle attività per gli anziani, nel tentativo di intercettare nuovi target di utenza e di dare nuove prospettive di sostenibilità alla gestione aziendale. Anche dal punto di vista organizzativo, molti provider stanno compiendo scelte che testimoniano la volontà di investire nell'innovazione, anche se non sempre questi passi in avanti sono sostenuti dalla creazione di tutte le condizioni necessarie per favorire la spinta innovativa. Nell'immediato futuro servirà una riflessione sulla capacità di investire risorse e sviluppare (o attrarre) competenze che completano il quadro degli ingredienti indispensabili per rendere l'idea di innovazione un nodo centrale nelle organizzazioni e nella loro cultura.

Bibliografia

Ministero dell'Interno, 2017, *Annuario delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno per l'anno 2017*. Disponibile online: http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Le_statistiche_ufficiali_del_ministero_dell_interno_ed._2017-6683776.htm

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

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

6. Conclusioni: quali lezioni per il settore LTC?

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola

6.1 Una fotografia del settore

Il Rapporto presenta alcuni dati che è opportuno riprendere prima di tratteggiare alcune considerazioni utili per trarre delle lezioni per il futuro del settore LTC.

Il dato più eclatante, presentato nel Capitolo 2, riguarda la stima della popolazione con bisogni di LTC a oggi e nel prossimo futuro: tra il 2013 e il 2016 (anno per cui è possibile calcolare il dato più aggiornato) questa è passata da 2,7 milioni di cittadini a 2,9 milioni, segnando un aumento di circa 130.000 persone in quattro anni. L'aumento viene stimato tenendo conto solo del trend di invecchiamento complessivo della popolazione, senza considerare due altri fenomeni: la composizione interna di questa fascia della popolazione, dato l'aumento atteso dell'incidenza di over80 o in ogni caso dei grandi anziani sugli altri; l'incidenza anche di patologie cronico degenerative che sono sottostimate in questa stima per i motivi già espressi nel Capitolo 2. Il 25% delle condizioni di LTC sono accompagnate o causate da gravi forme di decadimento cognitivo che richiedono forme di assistenza molto diversificate rispetto alla pura non autosufficienza fisica. Lo scenario è aggravato dalla constatazione che in Italia il 44% delle famiglie registrano un solo adulto nel nucleo. Questo determina rilevanti problemi di solitudine per gli anziani e un indebolimento del tessuto familiare che storicamente è stato il perno dell'assistenza LTC. Il Capitolo 2 presenta anche i dati di dotazione dell'offerta di servizi pubblici e privati. Sul fronte del welfare pubblico si nota come sia aumentata la presenza di assistenza domiciliare (soprattutto ADI) che nel periodo ha visto un incremento dei soggetti inclusi ma non delle ore erogate per utente, allargando quindi potenzialmente la platea di anziani toccati dal servizio (che rimangono comunque meno del 40%

della popolazione considerando anche la rete residenziale e semiresidenziale) ma non l'intensità del servizio. Sul fronte della rete privata, la stima delle badanti attive (regolari ed irregolari) ha sfondato per l'anno 2018 il muro di 1 milione (precisamente 1.005.303 stimate), confermando il trend di sempre maggiore ricorso a questa soluzione. Si è cercato però anche di profilare le condizioni socioeconomiche degli anziani, tratteggiando un profilo di over65 italiano che in media ha un reddito adeguato al suo stile di vita e un patrimonio più solido di altre fasce della popolazione; trascorre la sua giornata in casa con attività legate a suoi interessi o a quelli sua famiglia e non ha particolari attese rispetto al futuro ne iniziative di risparmio orientate alla LTC.

In questo quadro, il Rapporto ha dedicato un capitolo (il numero 3) per portare una prospettiva diversa sulla "vicenda" assicurazioni LTC e loro diffusione in Italia. Il Capitolo mostra come i soggetti del mondo assicurativo abbiamo attivato e lanciato sul mercato una offerta di tutela LTC tutta dedicata al mondo *business to consumer*, ovvero all'acquisto di privati cittadini come prodotto out of pocket a integrazione o sostituzione di altri possibili interventi dedicati. Al contrario, si è sviluppato meno il mercato *business to business* ovvero quello verso imprese o soggetti pubblici, che nel tempo si è immaginato poter costituire una "terza gamba" del nostro welfare. I soggetti del mondo assicurativo hanno letto un bisogno nel mercato LTC a cui corrisponde tuttora un vuoto (come i dati del Capitolo 2 mostrano) e hanno sviluppato una offerta orientata a questo bisogno. Questo è ancora più forte per quei soggetti (citati nel Capitolo 3) che hanno saputo costruire una offerta orientata al counselling, alla presa in carico e alla funzione informativa e di orientamento. A oggi i soggetti assicurativi sono quelli che più di tutti si sono spinti in questo tipo di progettazione e potenzialmente (se le polizze da loro proposte si diffonderanno) potranno divenire i primi interlocutori per le famiglie con riferimento al case management, senza che i più accreditati soggetti del welfare pubblico intervengano. La sfida sul terreno è quella di modificare la postura dell'italiano e dell'anziano medio, che non considerano il rischio LTC (che in realtà non è un rischio remoto, ma una condizione altamente probabile per una quota sempre più ampia della popolazione) rilevante per un accumulo preventivo di risorse.

Quanto descritto fino ad ora è valido in media nazionale, ma assume significati differenziati e specifici spostando l'attenzione al livello regionale. Nel Capitolo 2 si è visto che l'articolazione della filiera dell'offerta vede delle importanti variazioni da regione a regione, con il peso sbilanciato sul carico assistenziale alle famiglie (dove prevalgono badanti e ruolo dell'indennità di accompagnamento), sul sistema sociosanitario (dove prevalgono i servizi residenziali o domiciliari) o sul sistema sanitario (dove prevale ruolo di ospedale e riabilitazione). Guardando invece all'attività normativa delle regioni (Capitolo 4)

emerge complessivamente una attività intensa negli ultimi cinque anni da parte del regolatore pubblico, ma orientata prevalentemente alla manutenzione ordinaria del sistema, con interventi sui servizi esistenti o sul miglioramento del sistema in essere, con poche spinte al cambiamento o all'azione su revisioni sistematiche del sistema di LTC o sui servizi. Dal confronto tra le esigenze dei gestori e l'attività normativa svolta questo emerge ancora più con chiarezza: se da un lato si riscontra la necessità di libertà e spinta alla flessibilità e alla sperimentazione di forme nuove di servizi, dall'altro si è visto un irrigidimento delle regole e un aumento dei paletti posti da parte dei policy-maker regionali del sistema.

Analizzando il profilo dei gestori (Capitolo 5) si conferma quanto già riscontrato nel 2018 ovvero che sono in atto numerose manovre di concentrazione e che il settore continua a essere dominato dal mercato degli appalti pubblici con una estensione delle quote di privato in solvenza ancora molto basse. Si conferma anche il tentativo dei grandi provider di allungare e completare la filiera della loro offerta, diversificando i servizi per le famiglie in più direzioni. Rispetto ai tentativi di innovazione (tecnologica e non), nonostante siano tante le sperimentazioni in atto, emerge come sia tuttora assente una potenza di fuoco rilevante e coerente all'entità del bisogno nelle soluzioni che si stanno testando, sia per assenza di strutture organizzative dedicate che di investimenti pubblici o privati. In sintesi, si potrebbe dire che sebbene il potenziale innovativo di alcuni servizi sia stato individuato, manca ancora nel sistema la forza e la consapevolezza necessaria per portarli a regime e dargli uno spazio e supporto adeguato a diffonderli nel settore. Uno dei motivi frenanti è la scarsa chiarezza sui confini delle responsabilità economico-finanziarie. La nitida consapevolezza che molte innovazioni dovranno trovare collocazione sul mercato a pagamento delle famiglie con una esplicita dichiarazione del settore pubblico in questa direzione, potrebbe rendere più nitido a tutti gli attori lo scenario del gioco.

6.2 Segnali di movimento ma non di cambiamento?

Nel corso degli anni 2000 si è prima avviato e poi sviluppato quella che è stata ad oggi la più grande innovazione del settore LTC in Italia, ovvero l'istituzionalizzazione del mercato delle badanti con le caratteristiche e le dimensioni che oggi conosciamo. È stata una innovazione perché ha avuto un impatto di cambiamento radicale nel settore, introducendo un modello di servizio che ad oggi non ha competitori efficaci e continua a dare soddisfazione ai bisogni delle famiglie. Ciò che impressiona è la dimensione del fenomeno con più di un milione di operatori, la cui entità si apprezza ancora meglio considerando che per i circa 300.000 posti letto in RSA oggi disponibili è possibile stimare che lavorino 225.000 operatori (0,75 operatori per PL). La "badante" diventa così l'unica

forma strutturata di servizio domiciliare conosciuta dalle famiglie: nessuna altra forma di assistenza rientra nell'immaginario collettivo italiano. È stata una innovazione carsica, progressiva e non guidata: tumultuosamente ed inesorabilmente il fenomeno si è fatto strada, di passa parola in passa parola, prescindendo dalle leggi e normative regionali e dalla volontà dei gestori dei servizi. È stato un cambiamento che non ha necessitato di infrastrutture e investimenti ma solo di manodopera, rispetto alla quale ben presto si sono attivati dei meccanismi di *recruitment* anche facendo leva su un preciso momento storico e sociale. Sappiamo che il fenomeno del badantato continua ad avere intrinsecamente dei processi di trasformazione interni, ancora oggi non guidati dal regolatore pubblico. Da un lato gli anni di permanenza media delle assistenti familiari nel nostro paese sono accresciuti significativamente, quindi quasi tutte hanno vissuto un processo di integrazione sociale, che le ha portate a stabilizzarsi, ad avere un domicilio proprio e proprie reti sociali. Questo ad esempio, rende più difficile o più costoso la formula dell'assistente convivente. D'altro canto diventa più facile trovare persone con molti anni di esperienza di assistenza LTC. La massiccia presenza delle badanti ha posizionato le RSA più sul periodo di fine vita (permanenza media degli ospiti oramai è di soli 12 mesi) modificandone la missione. Questo assetto tende però ad andare in crisi all'aumentare della prevalenza di forme di decadimento cognitivo, dove il modello "una badante un anziano" non regge più. La recente frenata di ogni forma di immigrazione, poco si correla con il costante aumento delle persone con bisogni di LTC e quindi determinerà presto la necessità di quale innovazione di policy, in un senso (nuove immigrazioni) o nell'altro (nuovi servizi).

Come dovrà essere la prossima innovazione che cambierà radicalmente il settore? Ancora non è chiaro nonostante i segnali di movimento siano numerosi e in varie direzioni. Non è chiaro in prima istanza l'obiettivo dell'innovazione ricercata: cosa si vorrà promuovere? Soluzioni per il domicilio? Per la residenzialità? Per la prevenzione? O cosa altro? Non è chiaro chi sarà l'attore protagonista: tante in questo momento sono le forze che dinamicamente stanno spingendo in una o nell'altra direzione senza però segnare una accelerazione rispetto alle altre. Sono il regolatore pubblico, i gestori del sociosanitario, nuovi attori mai affacciati prima a questo mondo, come le assicurazioni o le società di servizi alla persona. Non sono chiari nemmeno i requisiti e le condizioni affinché questa innovazione avvenga. I segnali sembrano dire che sarà necessario un investimento strutturale o di ricerca e sviluppo (per lo meno per la parte di innovazione tecnologica) e che difficilmente potrà essere di nuovo un cambiamento *labour intensive* visto anche considerando che le proiezioni statistiche già parlano di carenze strutturali di operatori nel prossimo futuro. Non è possibile a oggi diagnosticare in modo preciso quale sarà la strada del settore LTC (in Italia ed in

Europa) è possibile però dire che sono in atto numerosi tentativi ancora in cerca di una guida o di una rotta da seguire.

Nel profondo la vera questione che rimane da dirimere è se il regolatore pubblico vorrà essere regista delle trasformazioni necessarie, indicando una strada realistica e percorribile, o se, per l'ennesima volta vorrà nascondersi dietro la facciata di un universalismo formale, lasciando che solo le determinanti epidemiologiche, sociali, e di mercato costruiscano il futuro settore, così come è già accaduto negli ultimi 20 anni con il fenomeno delle badanti.

Appendice

Allegato normativo della mappatura delle policy

LTC nelle regioni Italiane

1 Gennaio 2015 – 30 Aprile 2019

A completamento di quanto presentato nel Capitolo 4 del Rapporto, si riporta di seguito l'elenco di tutti gli atti e i documenti analizzati per il periodo considerato ed ogni singola regione. Lo stesso elenco è stato inviato a tutte le Direzioni regionali con competenza sulla LTC per verifica ed integrazione.

Regione Abruzzo	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DCA 13/2015 del 26 Febbraio 2015	Modifiche ed integrazioni al Decreto del Commissario ad acta n. 105 del 18 settembre 2014.
DGR n. 149 del 26 Febbraio 2015	Costituzione della cabina di regia per il Piano Sociale Regionale 2016-2018.
DCA 32/2015 del 12 Marzo 2015	Linee negoziali per la regolamentazione di rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie assistenziali (RSA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2015.
DCA 38/2015 del 1 Aprile 2015	Procedimento di riorganizzazione della rete regionale dei servizi territoriali - Approvazione del programma di riconversione delle Strutture area anziani non autosufficienti - Disabilità – Riabilitazione.
DCA 67/2015 del 1 Luglio 2015	Modifiche al Decreto del Commissario ad acta n. 38/2015 del 23.03.2015, recante Riorganizzazione della Rete Territoriale dei Servizi a carattere residenziale e semiresidenziale. Approvazione del programma di riconversione delle Strutture Area Anziani non autosufficienti Disabilità Riabilitazione".
Decreto del Presidente della Giunta Regionale Num. 4/Reg del 5/8/2015	Linee Guida per il concorso alla spesa dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni socio-sanitarie semiresidenziali e residenziali per l'anno 2015.
DGR N. 677 del 7 Agosto 2015	Programma sociale regionale. Definizione Ambiti Territoriali Socio-Sanitari. Atto di indirizzo.
DCA 88/2015 del 31 Agosto 2015	Riorganizzazione della Rete Territoriale dei Servizi a carattere residenziale e semiresidenziale. Disposizioni per il completamento della Rete a copertura dei fabbisogni nelle Aree Assistenziali degli Anziani non autosufficienti e della Disabilità/Riabilitazione.
Anno 2016	
Legge Regionale n.12 del 2 maggio 2016	Modifiche ed integrazioni alla L.R. 31 luglio 2007, n. 32 (Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private) e successive modifiche ed integrazioni.
Legge Regionale n.16 del 9 Giugno 2016	Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo.
Verbale N. 70/4 del 9 Agosto 2016	Legge 8.11.2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Approvazione Piano Sociale Regionale 2016/2018.

Legge Regionale n.43 del 27 dicembre 2016	Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza).
DCA 34/2016 del 4 Aprile 2016	Determinazione delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali - Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti.
DGR n. 285 del 3 Maggio 2016	Atto di Indirizzo Applicativo per l'attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari della disciplina prevista dal D.P.C.M. 159/2013 (Indicatore della situazione economica equivalente ISEE).
DCR 70-3/2016 del 9 Agosto 2016	Definizione degli ambiti distrettuali regionali.
DCA 93/2016 del 12 Agosto 2016	Quote di compartecipazione relative all 'assistenza territoriale residenziale per anziani non autosufficienti, disabili e pazienti Alzheimer e Demenze in fase di lungodegenza e mantenimento - Modifiche ed integrazioni ai DCA n. 105/2014 del 18/09/2014 e n. 13/2015 del 23/02/2015 nonché integrazione al DCA n. 34/2016 del 04/04/2016.
DGR n. 552/P del 25 Agosto 2016	Atto di Indirizzo Applicativo per l'attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari della disciplina prevista dal D.P.C.M. 159/2013 (Indicatore della situazione economica equivalente ISEE) - Modifica parziale degli artt. 5 e 6 e richiesta del parere alla V Commissione consiliare.
DCA 117/2016 del 28 Settembre 2016	Riorganizzazione della rete territoriale - residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza, la disabilità, la riabilitazione e le dipendenze patologiche. Approvazione del documento tecnico "Piano del fabbisogno regionale - residenziale e semiresidenziale - Regione Abruzzo". Criteri metodologici e procedurali per la conclusione del processo di riorganizzazione.
D.G.R. n. 726 del 15 Novembre 2016	Atto di Indirizzo Applicativo per l'attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari della disciplina prevista dal D.P.C.M. 159/2013 (Indicatore della situazione economica equivalente ISEE) - Conferma del provvedimento già adottato con DGR n. 552/P del 25 agosto 2016.
Anno 2017	
DGR 191/2017 del 13 Aprile 2017	Verbale n. 70/4 con il quale il Consiglio Regionale nella seduta del 9 agosto 2016 ha approvato il Piano Sociale Regionale 2016/2018. Approvazione Linee di indirizzo per l'integrazione sociosanitaria in attuazione del Piano Sociale Regionale 2016/2018.
Anno 2018	
DGR 456/2018 del 29 Giugno 2018	Piano Sociale Regionale 2016-2018 - Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - Annualità 2017 - Approvazione Linee Guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza.

Regione Basilicata	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DGR 917 del 7 Luglio 2015	Linee Guida per la formazione dei nuovi piani intercomunali dei servizi sociali e socio sanitari 2016-2018.
Anno 2017	
DGR 1218 del 14 Novembre 2017	Approvazione definitiva dei requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi delle strutture sociosanitarie – provvedimento.
DGR 16 del 02 Marzo 2017	Definizione dei requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi delle strutture sociosanitarie – provvedimento.
DGR 504 del 01 Giugno 2017	Definizione dei requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi delle strutture sociosanitarie - provvedimento - modifiche e integrazioni - ulteriori integrazioni.
LR 29 del 20 Novembre 2017	Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni”.
DGR 714 del 10 Luglio 2017	Documento di ricognizione degli strumenti finanziari "welfare basilicata- servizi sociali e programmazione 2014-2020". presa d'atto.
DGR 194 del 09 Marzo 2017	Art.10, comma 1 lettera i) della l.r. n.4/2007. approvazione definitiva del manuale per l'autorizzazione dei servizi e delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-assistenziali e socio-educative dopo il parere n.1872/c della iv commissione consiliare permanente.
Anno 2018	
DGR 265 del 28 Marzo 2018	Definizione dei requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi delle strutture sociosanitarie - provvedimento - modifiche e integrazioni.
DGR n° 175 del 26 Febbraio 2018	"PO FSE BASILICATA 2014-2020 - Asse 2 Priorità 9IV - Obiettivo Specifico 9.3 - Azione 9.3.6 - Approvazione avviso pubblico per la presentazione di proposte progettuali a sostegno della domiciliarità e dell'autogoverno per persone con limitazioni nell'autonomia.
Anno 2019	
DGR n° 262 del 04 Aprile 2019	PO FSE BASILICATA 2014-2020 - DGR N. 29/2018 - dgr n. 170/2018 - incremento dotazione finanziaria dell'avviso pubblico per la presentazione di proposte progettuali innovative, finalizzate alla creazione di percorsi di accompagnamento a persone in particolari condizioni di vulnerabilità e fragilità sociale.

Regione Calabria	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
Legge Regionale n.11/2015	Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e procedurale (Collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2015).
DGR 210/2015	Ridefinizione degli ambiti territoriali intercomunali e riorganizzazione del sistema dell'offerta per la gestione dei Servizi Socio-assistenziali.
DGR 464/2015	Linee Guida Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2014.
DGR 365/2015	Integrazioni e modifica DGR n. 32/2016 – Riorganizzazione del Sistema dell'Offerta per la gestione dei servizi socio-assistenziali – Proroga termini”.
Anno 2016	
DCA 81/2016	PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018, Intervento 2.3.1.1 "Autorizzazioni E Accredimento" - Approvazione Nuovo regolamento Attlativo della L.R. n. 24/2008 - Approvazione 11110 Manuali di Autorizzazione e nuovi Manllali di Accredimento.
DGR 449/2016	Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali; Legge 8 novembre 2000, n.328 e Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23.
DGR 167/2016	Linee di indirizzo per la Formazione di base per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio-Sanitario - Modifica DGR n. 5 del 12/01/2009.
DCA n.102 del 11 Luglio 2016	Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - modifica e integrazione DCA 81/06 - Allegato 4 requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accredimento - modifica e integrazione DCA 15/2016 nella definizione della tariffa massima regionale per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).
Anno 2017	
Decreto 5677/2017	Istituzione e formalizzazione della piattaforma informatica per la ricognizione del debito socio-sanitario-art.5 legge di finanza regionale n.11/2015
DGR 52/2017	Modifiche al regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17 (regolamento sulle procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità) di cui dgr449/2016.
DGR 526/2017	Modifiche al regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17 (regolamento sulle procedure di autorizzazione, accreditamento e vi-

	gilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità)” di cui alla dgr n. 449/2016.
D.G.R. 633/2017	Modifiche al regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17 (regolamento sulle procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità).
DCA n.118 del 14 Settembre. 2017	Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - nuovi requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento e definizione della nuova tariffa massima regionale per le RSA. Revoca e sostituzione del DCA n.102dell.07.2017.
Anno 2018	
D.G.R. 545/2018	Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento della conferenza permanente per la programmazione socio-assistenziale regionale.
Decreto - n. 258 del 07 Dicembre 2018	Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante: "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (Rep. atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014) (G.U. n.9 del 13.1.2015; 15A00130) e dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, egli Enti Locali sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze" e "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" (Rep. atti n. 130/CU del 26 ottobre 2017).
Decreto n. 140 del 27 Giugno 2018	DCA n.118 del 14 settembre 2017 determinazioni - Requisiti strutturali ed organizzativi per le RSA anziani - definizione tariffe provvisorie.
Decreto n. 143 del 11 Luglio 2018	Integrazione al DCA n.81 del 22.07.2016 - Allegato 4. Requisiti specifici delle Strutture Semiresidenziali per Anziani e Strutture Semiresidenziali per persone affette da Demenze - Definizione tariffe.
Legge Regionale n.12/2018	Norme in materia di tutela, promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo.

Regione Campania	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DGR 401/2015	Azioni regionali atte a migliorare la qualita' della vita delle famiglie con carichi di cura a favore di minori, anziani non autosufficienti e persone con disabilita'.
Anno 2016	
DGR 821/2016	Anziani over 65 assistiti in ADI.
Anno 2017	
Legge Regionale n.33 del 2017	Riconoscimento e sostegno del caregiver familiare.
Anno 2018	
DGR n. 897 del 2018	Piano sociale regionale 2019-2021.
Legge Regionale n.2/2018	Norme per la promozione dell'invecchiamento attivo.
Decreto n.97 del 16 Novembre 2018	Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3).
Anno 2019	
DGR n.3 del 9 Gennaio 2019	Procedimento amministrativo per il rinnovo dell'accreditamento definitivo e con riserva di verifica delle "rsa: unita' di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3)" e "rsa: unita' di cure residenziali per adulti disabili non autosufficienti (RD3).

Regione Emilia-Romagna	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DGR 1423 del 6 Ottobre 2015	Integrazione e modifiche alla dgr 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento.
DGR 2146 del 21 Dicembre 2015	Proroga dgr n. 249/2015: isee per l'accesso delle prestazioni sociali agevolate in ambito sociosanitario.

DGR 249 del 16 Marzo 2015	Applicazione DPCM 159/2013: determinazioni in materia di soglie isee per l'accesso a prestazioni sociali agevolate in ambito sociale e sociosanitario.
Anno 2016	
DGR 273 del 29 Febbraio 2016	Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente.
DGR 990 del 27 Giugno 2016	Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze".
DGR 2308 del 21 Dicembre 2016	Determinazioni in materia di soglie isee per l'accesso a prestazioni sociali agevolate in ambito sociale e sociosanitario, dal 1/1/2017.
DGR 875 del 13 Giugno 2016	Proroga dgr n. 2146/2015: isee per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate in ambito sociosanitario.
Anno 2017	
DGR 664 del 22 Maggio 2017	Prime misure di aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi sociosanitari. Integrazioni e modifiche alle DGR n.564/2000 e DGR 514/2009.
DGR 858 del 16 Giugno 2017	Adozione delle linee attuative della legge regionale n.2 del 28 marzo 2014 "norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)".
DGR 643 del 15 Maggio 2017	Piano sociale e sanitario 2017-2019 (Proposta della Giunta regionale in data 15 maggio 2017, n. 643)
DGR 1423 del 2 Ottobre 2017	Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale. (In particolare, scheda 5, 20, 21, 28 e 30).
Anno 2018	
DGR 2055 del 03 Dicembre 2018	Fondo regionale per la non autosufficienza-programma anno 2018.
Indirizzi Regionali del 12 Luglio 2018	Indirizzi regionali per i regolamenti locali sulle Case Famiglia.
LEGGE REGIONALE 27 Luglio 2018, n. 11	Art. 36 Segnalazione certificata di inizio attività di case famiglia, appartamenti protetti, gruppi appartamento per anziani e disabili.
DGR 1516 del 17 Settembre 2018	Modifica della delibera di giunta regionale n.273/2016 e provvisorio adeguamento della remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati.
Anno 2019	
DGR 159 del 4 Febbraio 2019	Recepimento "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze" e "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze".

Regione Friuli Venezia-Giulia	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
D.P.Reg. 7/2015	Regolamento di attuazione del fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).
Delibera n. 670 del 14.04.2015	Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani. approvazione preliminare.
Delibera di Giunta Regionale 14 aprile 2015, n. 671	Sperimentazione regionale abitare possibile e domiciliarità innovativa. Approvazione linee guida.
Delibera n 672-2015 del 14 Aprile 2015	Fabbisogno regionale di posti letto per anziani non autosufficienti.
Delibera n 1363-2015 del 10 Luglio 2015	LR 49/1996, Art 16 e Art 20 - Programmazione Annuale 2015 del Servizio Sanitario Regionale.
D.P.Reg 144-2015	Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani.
Delibera 2151-2015 del 29 Ottobre 2015	Lr 17/2014, art 23. dgr 2673/2014 - linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali.
Delibera n 2220-2015	Recepimento dell'intesa, rep. 2.32/csr del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'art 8, comma 6, della l 131/2003, tra il governo, le regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie. istituzione dell'organismo tecnicamente accreditante.
Delibera n. 2559 del 22 Dicembre 2015	Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2016 : approvazione definitiva.
Anno 2016	
Delibera n. 310 del 25 Febbraio 2016	Lr 22/2014 (promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'art 9 della lr 15/2014). approvazione definitiva del programma triennale di cui all'art 3.
Delibera n. 349 del 04 Marzo 2016	Lr 49/1996, art 16 e art 20. programmazione annuale 2016 del servizio sanitario regionale.
Delibera n. 817 del 13 Maggio 2016	Lr 17/2014, art 23. dgr 2151/2015 - approvazione procedura e requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle rsa con livello assistenziale riabilitativo. modifica dgr 650/2013.
Delibera n. 1006 del 01 Giugno 2016	Programma di cooperazione interreg v-a italia-austria autorizzazione alla direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria,

	politiche sociali e famiglia a partecipare, in qualità di partner, alla proposta progettuale "healthnet" - percorsi di cura e assistenza integrata socio-sanitaria a domicilio attraverso il supporto di soluzioni ict.
D.PReg. 151/2016	Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali in attuazione degli articoli 48 e 49 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio-sanitaria).
Delibera n. 1614 del 02 Settembre 2016	Autorizzazione alla partecipazione della regione autonoma friuli venezia giulia - direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia al progetto cross-care 'approccio integrato transfrontaliero nella cura dell'anziano'.
Delibera n. 2550 del 23 Dicembre 2016	Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017: approvazione definitiva.
Anno 2017	
Legge regionale 19 febbraio 2017, n. 1	Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater.
Delibera n. 302 del 24 Febbraio 2017	LR 22/2014, art 3, comma 5. (promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'art 9 della lr 15/2014). approvazione del piano annuale 2017.
Delibera n. 736 del 21 Aprile 2017	LR 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale.
Delibera n. 1177 del 23 Giugno 2017	Autorizzazione alla partecipazione della regione autonoma Friuli Venezia Giulia - direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia al progetto 'AGECT age-friendly environment in a gect area'. programma di cooperazione transfrontaliera interreg v Italia/Austria 2014-2020.
Delibera n. 1179 del 23 Giugno 2017	Autorizzazione alla partecipazione della regione autonoma friuli venezia giulia - direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia al progetto 'systemic open innovation policies for supporting regional silver economy growth and innovation process - symed". programma di cooperazione transnazionale interreg europe 2014-2020.
Delibera n. 1178 del 23 Giugno 2017	Autorizzazione alla partecipazione della regione autonoma friuli venezia giulia - direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia al progetto 'alpine space transnational governance of active and healthy ageing - astahg'. programma di cooperazione transnazionale spazio alpino 2014-2020.
Delibera n. 1783 del 22 Settembre 2017	Dpcm 12.1.2017: aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (lea) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra lea).
Delibera n. n. 2089 del 26 Ottobre 2017	Linee guida per il perfezionamento delle sperimentazioni avviate ai sensi della dgr 671/2015 e per nuove sperimentazioni in materia di 'abitare possibile' e 'domiciliarità innovativa'. approvazione.

Delibera n. 2520 del 14 Dicembre.2017	Regolamento di modifica al regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, emanato con decreto del presidente della regione 13 luglio 2015, n. 144. approvazione definitiva.
DPREG 265/2017	Regolamento di cui all'articolo 9, comma 61, della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31 (assestamento del bilancio per gli anni 2017-2019 ai sensi dell'art.6 della l.r. 10.11.2015, n. 26), disciplinante i criteri per la concessione e le modalità di utilizzo dei contributi straordinari previsti dal comma 60 del medesimo articolo a sostegno delle sperimentazioni regionali in materia di abitare possibile e di domiciliarità innovativa, nonché le azioni di monitoraggio e di valutazione delle sperimentazioni.
Delibera n. 2381 del 01 Dicembre 2017	Lr 31/2017, art 9, comma 60 e comma 61. regolamento per la concessione dei contributi straordinari a sostegno della fase di avvio delle sperimentazioni regionali di abitare possibile e domiciliarità innovativa emanato con dpreg 265/2017. adozione avviso.
Legge regionale 1 dicembre 2017, n. 41	Interventi a sostegno delle Università della terza età e della libera età nell'ambito dell'apprendimento non formale.
Delibera n. 2667 del 28 Dicembre 2017	Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione preliminare.
Anno 2018	
Delibera n. 66 del 19 Gennaio 2018	Ristorazione nelle residenze per anziani: linee guida della regione FVG.
Delibera n. 9 del 12 Gennaio 2018	Lr 22/2014, art 3, comma 5. (promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'art 9 della lr 15/2004). approvazione del piano annuale 2018.
Delibera n. 20 del 12 Gennaio 2018	Lr 23/2012, art 9, comma 1 e comma 2: individuazione degli ambiti prioritari degli interventi progettuali di particolare rilevanza delle organizzazioni di volontariato da sostenere nel corso del 2018.
Delibera n. 429 del 02.03.2018	Modifiche al sistema di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti.
Delibera n. 1423 del 27 Luglio 2018	Lr 49/1996, art 16 e art 20: programmazione annuale 2018 del servizio sanitario regionale.
Delibera n. 1828 del 05 Ottobre 2018	Lr 10/1998 - incremento dei posti letto convenzionabili previsti per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, dalle "linee di gestione 2018" e definizione dei criteri per la loro attribuzione.
Delibera n. 2514 del 28 Dicembre 2018	Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2019. approvazione preliminare.
Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27	Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

Anno 2019	
Delibera n. 92 del 25 Gennaio 2019	Lr 10/1998: aggiornamento del progetto di introduzione del sistema di valutazione multidimensionale di cui all'allegato a della dgr 2052/2010 e adozione della nuova versione del sistema di valutazione multidimensionale val.graf. fvg 2019.
Delibera n. 262 del 22 Febbraio 2019	Programma triennale (2019-2021) degli interventi di attuazione della lr 22/2014 'promozione dell'invecchiamento attivo' e contestuale approvazione piano annuale 2019. approvazione definitiva.

Regione Lazio	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DGR 124 del 24 Marzo 2015	Requisiti per l'accreditamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali nella Regione Lazio.
DGR 274 del 9 Giugno 2015	Requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano servizi socioassistenziali. Modifiche alle deliberazioni n. 125 e n. 126 del 24 marzo 2015 e alle deliberazioni n. 1304 e n. 1305 del 23 dicembre 2004.
DGR 126 del 24 Marzo 2015	Modifiche alla DGR 1305/2004: "Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali ed organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'articolo 11 della l.r. n. 41/2003". Revoca delle DGR 498/2006, DGR 11/2010, DGR 39/2012. Revoca parziale della DGR 17/2011.
Anno 2016	
Legge Regionale 10 agosto 2016 n. 11	Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio.
DGR 223 del 03 Maggio 2016	"Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio.
Determinazione G02135 del 10 Marzo 2016	Modifica della Determinazione n. G14134 del 17 novembre 2015, avente ad oggetto "Linee attuative per l'impiego delle risorse destinate dalla Determinazione del 30 dicembre 2014, n. G19295, alla realizzazione ed implementazione della rete territoriale dei PUA".
Anno 2017	
DGR 88 del 28 Febbraio 2017	Servizi e interventi sociali di assistenza alla persona nella Regione Lazio. Attuazione l.r. 11/2016. Modifiche alla deliberazione della Giunta regionale 3 maggio 2016, n. 223.

DGR 326 del 13 Giugno 2017	Approvazione Linee guida in materia di co-progettazione tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo settore per la realizzazione di interventi innovativi e sperimentali nell'ambito dei servizi sociali.
Anno 2018	
DGR 131 del 27 Febbraio 2018	Modifiche alla DGR 1305/2004 in materia di requisiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e attuazione articolo 69 della L.r. 11/2016.
DGR 130 del 27 Febbraio 2018	Modifiche alla DGR 24 marzo 2015, n. 124. "Requisiti per l'accreditamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali nella Regione Lazio
DGR 155 2 Marzo 2018	Modifiche alla DGR 1305/2004 in materia di requisiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e attuazione articolo 69 della L.r. 11/2016. Rettifica parziale DGR 131 del 27 febbraio 2018
DGR 149 del 02 Marzo 2018	Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2
Anno 2019	
Deliberazione del Consiglio regionale 24 gennaio 2019, n. 1	Piano sociale regionale denominato 'Prendersi cura, un bene comune'.

Regione Liguria	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
LR 27/2015	Legge di stabilità della regione Liguria per l'anno finanziario 2016.
DGR 514/2015	Approvazione di indirizzi vincolanti in materia di politiche per le persone anziane, contrasto alla violenza e contrasto al disagio e grave emarginazione.
Anno 2016	
LR 17/2016	Istituzione dell'azienda ligure sanitaria della regione Liguria (A.L.S.A.) E indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria.
DGR 161/2016	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016.
LR 27/2016	Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (riordino del servizio sanitario regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (istituzione dell'azienda ligure sanitaria della regione

	Liguria (A.LI.SA.) E indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria.
Del. GR 324/2016	Registro regionale degli assistenti familiari.
Anno 2017	
DCS ALISA 1/2017	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2017. Proposta alla giunta regionale.
Del. GR 6/2017	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2017. Deliberazione di A.Li.Sa n. 1/2017.
DGR 55/2017	Indirizzi per il Piano regionale demenze. Determinazione di ARS n.105/2016.
LR 9/2017	Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
DGR 1185/2017	Approvazione documenti in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie: Manuale e procedura per l'accreditamento istituzionale.
DGR 1188/2017	Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali: elenco tipologie strutture; requisiti e procedure per l'autorizzazione.
DCR 52/2017	Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019.
Anno 2018	
DGR 944/2018	Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali: requisiti e procedure per l'autorizzazione. Allegato: manuale.
DCS ALISA 73/2018	Contratti con i soggetti erogatori accreditati dei servizi sanitari e sociosanitari. Approvazione documento recante "Modalità applicative del programma operativo", schema tipo degli accordi contrattuali e indicatori di qualità.
DGR 42/2018	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018. Deliberazione di A.Li.Sa. n. 6/2018.
DCS ALISA 181/2018	Fabbisogni aggiuntivi prioritari di residenzialità extraospedaliera per persone anziane. Piano di adeguamento della rete d'offerta.
DCS ALISA 6/2018	Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018.
Anno 2019	
DGR 290/2019	Avvio sperimentazione modello "Residenza aperta".

Regione Lombardia	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
LR 15/2015	Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari.
LR 23/2015	Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
DGR 4152/2015	Reddito di autonomia: determinazioni in merito a misure a sostegno della famiglia per favorire il benessere e l'inclusione sociale.
DGR 4702/2015	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016 - (di Concerto con l'Assessore Melazzini).
Anno 2016	
DGR 5648/2016	Approvazione del piano delle azioni regionali e delle linee guida per l'istituzione degli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri territoriali degli assistenti familiari in attuazione della l.r. n. 15/2015 - (di concerto con gli assessori Aprea e Gallera).
DGR 5672/2016	Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili.
DGR 5954/2016	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - (di Concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza).
DGR 5918/2016	Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario - (atto da trasmettere al consiglio regionale).
Anno 2017	
DGR 6164/2017	Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015.
DGR 6551/2017	Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009.
DGR 6503/2017	Attivazione sperimentale di un "punto di primo intervento geriatrico" presso l'Azienda di Servizi alla persona "Istituti milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio" di Milano per l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti anziani cronici e fragili che accedono al pronto soccorso dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco, in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 23/2015.

DGR 6766/2017	Attivazione sperimentale del progetto “STAR - Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale” presso la Fondazione Richiedei – Polo socio-sanitario di Gussago, in Attuazione dell’art. 9 della legge regionale n. 23/2015.
DGR 7038/2017	Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla dgr n. X/6551 del 04/05/2017: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009.
DGR 7655/2017	Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della dgr n. X/6551 del 04/05/2017.
DGR 7012/2017	Determinazioni in ordine alla misura innovativa a sostegno della famiglia per i carichi di cura accessori della persona ricoverata in unità d’offerta residenziali per anziani.
DGR 7600/2017	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2018 (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza).
Anno 2018	
DGR 7769/2018	Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: terzo provvedimento attuativo – consolidamento del percorso di attivazione e monitoraggio delle misure innovative previste dalla D.G.R. 2942/2014 in funzione della Qualificazione dei servizi offerti e della continuità assistenziale.
DGR 7770/2018	Interventi di programmazione in materia di assistenza domiciliare integrata.
DGR 7776/2018	Istituzione unità d'offerta del sistema sociale "Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)" - definizione requisiti minimi di esercizio - (a seguito di parere della commissione consiliare).
DGR 491/2018	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2018 –secondo provvedimento 2018 (di concerto con l'Assessore Davide Carlo Caparini).
DGR 912/2018	Determinazioni in ordine alla rimodulazione del budget in ambito sanitario e sociosanitario.
DGR 1046/2018	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2019 - (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini).
Decreto 19486/2018	Approvazione dell' avviso pubblico per l’implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili e di percorsi di autonomia finalizzati all’inclusione sociale delle persone disabili - por fse 2014-2020 - azione 9.3.6. E azione 9.2.1.
DGR 914/2018	Sostegno agli sportelli per l’assistenza familiare e istituzione del «Bonus assistenti familiari» in attuazione della l.r 15/2015 «Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari».

DGR 266/2018	Determinazioni in ordine alla produzione dell'assistenza domiciliare anno 2017.
--------------	---

Regione Marche	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DGR 1042/2015	Programma attuativo di allocazione delle risorse per aree di intervento del Fondo Nazionale per le non Autosufficienze.
DGR 1070 del 30/11/2015	Programmazione delle attività sociali e a valenza socio-sanitaria anno 2015, fonti di finanziamento e criteri di riparto.
Anno 2016	
Legge Regionale 21 del 2016	Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati.
Legge Regionale n.30/2016	Trasferimento agli Enti capofila di ATS, compreso ASP Ambito 9, della quota anziani del "Fondo regionale straordinario per le non autosufficienze".
Anno 2017	
DGR 1499/2017	Utilizzo del Fondo Nazionale per le non autosufficienze.
DGR 1105/2017	Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale.
Anno 2018	
DGR 429/2018	Criteri e modalità attuative del programma di sviluppo rurale 2014-2020, Laboratorio di Longevità attiva.
DGR n. 1697 del 2018	Criteri di riparto e modalità di utilizzo del Fondo Regionale per le non autosufficienze. Interventi a favore degli "anziani" e delle "disabilità gravissime". Annualità 2018.
Anno 2019	
DGR n.81 del 2019	Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2019 – 2021.
DGR n. 473 del 2019	Criteri di riparto e modalità di utilizzo del Fondo Nazionale per le non autosufficienze. Interventi a favore degli "anziani" e delle "disabilità Prot. Segr. gravissime" - Annualità 2018

Regione Molise	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DCA 21/2015	Linee guida per lo sviluppo della rete delle cure palliative nella regione Molise
DGR 50/2015	Programma attuativo regionale (PAR) a valere sul fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) 2007-2013. Asse IV "Inclusione e servizi sociali". Linea di intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale". Deliberazione della giunta regionale N.36 del 15 gennaio 2013. "Servizi socio-sanitari in favore degli anziani". Azione 10 "Assistenza tutelare di base". Approvazione progetto esecutivo - triennio 2015-2017".
DGR 55/2015	Programma attuativo regionale (PAR) a valere sul Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) 2007-2013. Asse IV "inclusione e servizi sociali". Linea di intervento IV.B "rete socio-sanitaria regionale". Deliberazione della giunta regionale n. 36 del 15 gennaio 2013. Servizi socio-sanitari in favore degli anziani. Azione 9 "Potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer (ADAH)". Approvazione progetto esecutivo - triennio 2015-2017.
DGR 59/2015	Regolamento di attuazione della legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali". Approvazione.
DGR 381/2015	Direttiva «programma attuativo regionale (PAR) a valere sul fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) 2007-2013; asse IV "Inclusione e servizi sociali". Attivazione linea di intervento IV.B "Rete socio – sanitaria regionale". Servizi socio sanitari in favore degli anziani. Servizio di telesoccorso - teleassistenza – telemedicina- direttiva per l'accesso al servizio
DGR 477/2015	Risorse FSC 2007-2013 – delibera del CIPE 11 luglio 2012, n. 79 – Obiettivo di servizio "servizi di cura per gli anziani" - indicatori s.06 e s.06 bis. Approvazione aggiornamento piano di azione e schede obiettivo e intervento.
DGR 592/2015	PAR FSC Molise 2007-2013. Asse IV "inclusione e servizi sociali" - linea di intervento IV.B "rete socio-sanitaria regionale". Piano di azione per l'obiettivo di servizio "servizi di cura alla persona – anziani" - azione n. 6 "qualificazione e sostegno del lavoro di cura ed assistenza agli anziani svolta da collaboratori privi di qualifiche professionali". Estensione del percorso formativo agli addetti all'assistenza di base (O.S.A.) e agli animatori socio-educativi.
Anno 2016	
DCA 34/2016	PDTA Frattura prossimale femore nell'anziano: il percorso preoperatorio.

DCA 46/2016	Riordino e nuova articolazione dei Distretti sanitari dell' Azienda Sanitaria Regionale del Molise - A.S.Re.M.
DCA 64/2016	Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimento 11. Riequilibrio Ospedale-Territorio; Intervento 11.3. Riorganizzazione della Rete Territoriale. Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Provvedimenti.
DCA 70/2016	Strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera - Classificazione dei Nuclei erogativi e relative tariffe di riferimento regionale per servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili. Revoca DCA n. 30/2016"Residenza Sanitaria Assistita per disabili (RSD) - Approvazione tariffe -Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune di residenza (All. C1 del DPCM 29/11/2001 -"Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza")", DCA n. 31/2016 "Presidi di riabilitazione extra-ospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78) - Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune di residenza - All. C1 delDPCM 29/11/2001 -"Definizione dei Livelli Essenziali d Assistenza"" e DCA n. 54/2016 "DCA n. 31/2016 "Presidi di riabilitazione extra-ospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26l. 833/78) - Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / Comune di residenza - all. C1 del DPCM 29/11/2001" -:"Definizione dei livelli Essenziali di Assistenza"". Modifiche ed integrazioni."
Anno 2017	
DCA 4/2017	L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". "Manuale di Autorizzazione", Manuale di Accreditamento" e Manuale delle Procedure". Approvazione.
DCA 27/2017	DCA n. 4 del 31.01-2017 "L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". "Manuale di Autorizzazione", "Manuale di Accreditamento" e "Manuale delle Procedure". Approvazione". Provvedimenti.
DCA 28/2017	DCA n. 64 del 25/11/2016 "Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimento 11. Riequilibrio Ospedale-Territorio; Intervento 11.3. Riorganizzazione della Rete Territoriale. Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Provvedimenti" - Modifiche ed integrazioni.
Anno 2018	
DCA 21/2018	Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale-Territorio" - "Documento riorganizzazione delle Reti Territoriali". Approvazione.

DGR 122/2018	POR FESR FSE Molise 2014-2020 – Asse 6 – occupazione – Azione 6.3.1 (8.2.1 ADP) voucher e altri interventi per la conciliazione (women and men inclusive). Approvazione scheda tecnica relativa all' "avviso pubblico per la concessione di voucher di conciliazione".
--------------	--

Regione Piemonte	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
D.G.R. 20 Aprile 2015, n. 18-1326	Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015.
D.G.R. 19 Ottobre 2015, n. 38-2292	"Il Patto per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017. Un percorso politico partecipato".
Anno 2016	
D.G.R. 13 Maggio 2016, 34-3309	Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica.
D.G.R. 23 Maggio 2016, n. 21-3331	Piano Tariffario 2016-2017 per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti. Proroga, in sanatoria, della D.G.R. 85-6287/2013.
D.G.R. 12 Dicembre 2016, n. 8-4336	Atto di Indirizzo contenente criteri e modalità per l'attuazione di un intervento a favore dell'Assistenza familiare.
Anno 2018	
D.G.R. 23 Marzo 2018, n. 16-6646	Approvazione della "Strategia per lo sviluppo di comunità solidali".
Anno 2019	
Legge regionale n. 17 del 09 Aprile 2019	Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo

Provincia autonoma di Bolzano	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
Delibera 16 Giugno 2015, n. 733	Determinazione della tariffa giornaliera per le prestazioni sanitarie e l'erogazione di dispositivi e farmaci erogati in strutture residenziali per anziani e sul territorio in Provincia di Bolzano a favore di persone

	assicurate all'estero - revoca della propria deliberazione 14 gennaio 2013, n. 55
Legge provinciale 17 Dicembre 2015, n. 16 - CAPO X	Disposizioni sugli appalti pubblici - servizi sociali e altri servizi specifici.
Anno 2016	
Delibera del 21 Giugno 2016, n. 689	Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020.
Delibera 28 Giugno 2016, n. 740	Approvazione della "Disciplina di autorizzazione e accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari" - Revoca della deliberazione n. 1753 del 29.06.2009, modificata con delibera n. 376 del 11.03.2013" modificata con delibera n. 79 del 24.01.2017.
Legge provinciale 24 Maggio 2016, n. 10 - Articolo 11/bis, 11/ter, 11/quarter	Modifiche di leggi provinciali in materia di salute, edilizia abitativa agevolata, politiche sociali, lavoro e pari opportunità.
Decreto del Presidente della Provincia 1 Agosto 2016, n. 22	Modifiche al regolamento relativo alle procedure per l'anticipazione della partecipazione tariffaria ai servizi residenziali per anziani e abrogazione del regolamento in materia di assistenza agli anziani.
Decreto del Presidente della Provincia 8 Agosto 2016, n. 25	Modifiche del regolamento di esecuzione relativo all'assistenza economica sociale e al pagamento delle tariffe nei servizi sociali.
Anno 2017	
Delibera 7 Febbraio 2017, n. 145	Residenze per anziani dell'Alto Adige - Revoca della deliberazione della Giunta provinciale 22 dicembre 2015, n. 1548.
Delibera 7 Marzo 2017, n. 254	Accompagnamento e assistenza abitativa per anziani (modificata con delibera n. 1420 del 18.12.2018).
Delibera 9 Maggio 2017, n. 509	Modifica dei criteri per il finanziamento delle spese di investimento degli enti gestori dei servizi sociali, nonché dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e del sistema di finanziamento dei servizi.
Delibera 13 Giugno 2017, n. 612	Linea guida per l'aggiudicazione di servizi sociali e altri servizi specifici (Capo X della legge provinciale 16/2015 e s.m.i.).
Delibera 4 Luglio 2017, n. 742	Criteri per il rimborso delle spese per l'assistenza sanitaria degli ospiti delle residenze per anziani.
Delibera 14 Novembre 2017, n. 1246	Criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza e per l'erogazione dell'assegno di cura - Revoca della delibera n. 73/2014.
Decreto del Presidente della Provincia 7 agosto 2017, n. 26	Modifiche del regolamento di esecuzione relativo all'assistenza economica sociale e al pagamento delle tariffe nei servizi sociali.
Anno 2018	
Delibera 20 Marzo 2018, n. 257	Assistenza medica agli ospiti delle residenze per anziani.

Delibera 10 Aprile 2018, n. 332	Criteri per la concessione di contributi ad enti pubblici e privati attivi in ambito sociale - Revoca della deliberazione della Giunta provinciale 13 giugno 2017, n. 661.
Delibera 5 Giugno 2018, n. 539	Modifica della domanda unificata di ammissione nella residenza per anziani.
Delibera 17 Luglio 2018, n. 704 Decreto Assessorile del 9 Agosto 2018, n. 15048	Sportelli unici per l'assistenza e la cura. Determinazione degli importi massimi - tariffe base delle residenze per anziani per anni 2019-2020.
Delibera 18 Dicembre 2018, n. 1419	Residenze per anziani dell'Alto Adige.
Anno 2019	
Decreto Assessorile 1° Aprile 2019, n. 4480	Determinazione dei contingenti di posti letto per le forme di assistenza specifica nelle residenze per anziani per gli anni 2020 – 2023.

Provincia autonoma di Trento	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
Delibera n. 477 del 23 Marzo 2015	Attuazione dell'articolo 18 della legge provinciale sulle politiche sociali. Introduzione in via sperimentale dell'indicatore ICEF al fine della determinazione della compartecipazione alle spese per la fruizione degli interventi socio-assistenziali.
Legge provinciale 2 Aprile 2015, n. 6	Modificazioni della legge provinciale sulla tutela della salute 2010 e della legge provinciale sulle politiche sociali 2007: programmazione integrata delle politiche sanitarie e delle politiche sociali.
Delibera n° 719 del 6 Maggio 2015	Approvazione del "Piano provinciale demenze - XV Legislatura".
Delibera n° 1034 del 22 Giugno 2015	Disposizioni attuative dell'articolo 10 della L.P. 24 luglio 2012, n. 15, per la concessione e l'erogazione dell'assegno di cura - approvazione nuovo disciplinare.
Delibera n° 1711 del 6 Ottobre 2015	Legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16, articolo 22, autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale. Rinnovo della Commissione tecnica provinciale per l'accreditamento di strutture sanitarie e socio-sanitarie (D.P.G.P. n. 30-48/2000, articolo 17). Recepimento delle intese Stato-Regioni 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015 in materia di accreditamento istituzionale.
Delibera n. 2309 del 11 Dicembre 2015	Direttive provinciali per la gestione, il finanziamento, l'autorizzazione e l'accreditamento dei Centri Diurni e indicazioni sul finanziamento del servizio di assistenza domiciliare denominato SAD in ADI, SAD in ADI-CP e il servizio di assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD) per l'anno 2016.

Delibera n. 2310 del 11 Dicembre 2015	Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2016 e relativo finanziamento.
Delibera n° 2389 del 18 Dicembre 2015	Approvazione del piano provinciale per la salute 2015-2025.
Delibera n. 2392 del 18 Dicembre 2015	Approvazione del progetto Cartella Clinica del Cittadino - terza fase (TreC 3). Evoluzione della piattaforma TreC a supporto di modelli sanitari innovativi centrati sui cittadini.
Anno 2016	
Delibera n° 936 del 31 Maggio 2016	Approvazione dei "Criteri e modalità per la concessione di contributi per l'acquisto di attrezzature, apparecchiature e arredamenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali - R.S.A.- e nelle altre strutture socio-sanitarie, ai sensi dell'art. 19bis della L.P. 28 maggio 1998 n. 6."
Delibera n° 938 del 31 Maggio 2016	Approvazione dei "Criteri e modalità per la concessione di agevolazioni per gli interventi in conto capitale per l'acquisto di attrezzature, apparecchiature ed arredi negli immobili sede di attività socio-assistenziali, ai sensi del comma 3 dell'articolo 36 della legge provinciale 12 luglio 1991, n. 14".
Delibera n° 1100 del 24 Giugno 2016	Approvazione dell'Avviso per la presentazione di proposte formative finalizzate all'inclusione lavorativa a favore di assistenti familiari (badanti).
Delibera n° 1601 del 16 Settembre 2016	Integrazione della deliberazione provinciale n. 2310 di data 11 dicembre 2015 e s.m. ad oggetto "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2016 e relativo finanziamento".
Delibera n° 1863 del 21 Ottobre 2016	Legge provinciale sulle politiche sociali, art. 10. Primo stralcio del programma sociale provinciale 2016 - 2018 e finanziamento delle attività socio-assistenziali di livello locale.
Delibera n° 2256 del 12 Dicembre 2016	Compartecipazione alle spese per la fruizione degli interventi di sostegno alla domiciliarità: estensione utilizzo indicatore ICEF all'intera area anziani e approvazione del nuovo disciplinare in sostituzione di quello approvato con deliberazione provinciale 477/2015 e s.m.
Delibera n° 2414 del 20 Dicembre 2016	Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2017 e relativo finanziamento" e del "Quadro sinottico criteri e priorità accoglienza in Residenza".
Delibera n° 2412 del 20 Dicembre 2016	Costituzione del Programma TrentinoSalute 4.0 per la promozione e lo sviluppo dell'innovazione del Servizio Sanitario Provinciale e della sanità digitale.
Delibera n° 2416 del 20 Dicembre 2016	Direttive provinciali per la gestione, il finanziamento, l'autorizzazione e l'accreditamento dei Centri Diurni e indicazioni sul finanziamento del servizio di assistenza domiciliare denominato SAD in ADI, SAD in ADI-CP e il servizio di assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD) per l'anno 2017 e ulteriori disposizioni per l'esercizio 2016.

Delibera n° 2537 del 29 Dicembre 2016	Approvazione delle "Direttive triennali 2017-2019 alle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona APSP) che gestiscono Residenze socio-sanitarie per il conseguimento degli obblighi previsti all'art. 79 dello Statuto e per la razionalizzazione e qualificazione delle spese".
Anno 2017	
Delibera n. 451 del 24 Marzo 2017	Programma di gestione 2017. Approvazione degli obiettivi, aggiornamento del Piano di miglioramento della Pubblica Amministrazione e individuazione degli "atti riservati" ai dirigenti generali.
Delibera n° 692 del 5 Maggio 2017	Adesione della Provincia autonoma di Trento ai progetti dell'Agenda Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: 1. La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" (codice CUP C65I16000170005); 2. Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).
Delibera n° 704 del 5 Maggio 2017	Approvazione del bando per la presentazione di proposte progettuali territoriali per il benessere delle famiglie ed il sostegno nelle fragilità. Legge regionale 11 luglio 2014, n. 4, articoli 12, 13 e 14 ed articolo 31 della legge di stabilità provinciale 2017 recante "Interventi finanziati dal fondo regionale per il sostegno della famiglia e dell'occupazione".
Delibera n° 742 del 12 Maggio 2017	Approvazione di un Protocollo collaborativo tra la Provincia autonoma di Trento - Assessorato alla Salute e Politiche Sociali e FAP Acli, Federazione Anziani e Pensionati per la realizzazione di un progetto volto alla promozione dell'invecchiamento attivo, denominato "Due passi in salute con le Acli".
Delibera n. 794 del 19 Maggio 2017	Modifica della deliberazione provinciale n. 2416 di data 20 dicembre 2016 ad oggetto "Direttive provinciali per la gestione, il finanziamento, l'autorizzazione e l'accreditamento dei Centri Diurni e indicazioni sul finanziamento del servizio di assistenza domiciliare denominato SAD in ADI, SAD in ADI-CP e il servizio di assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD) per l'anno 2017 e ulteriori disposizioni per l'esercizio 2016".
Delibera n. 966 del 16 Giugno 2017	Integrazione alla deliberazione provinciale n. 2414/2016 ad oggetto: "Approvazione delle Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2017 e relativo finanziamento e del Quadro sinottico criteri e priorità accoglienza in Residenza".
Delibera n. 1116 del 7 Luglio 2017	Autorizzazione all'avvio della sperimentazione di un nucleo di cure intermedie presso l'APSP Beato de Tschiederer.
Delibera n° 1548 del 22 Settembre 2017	Legge provinciale sulle politiche sociali, art. 10. Aggiornamento del primo stralcio del programma sociale provinciale 2016 - 2018 e del finanziamento delle attività socio-assistenziali di livello locale per gli anni 2017 e 2018.
Delibera n° 1559 del 22 Settembre 2017	Approvazione disegno di legge concernente "Riforma del welfare anziani. Modificazioni della legge provinciale 28 maggio 1998, n. 6 e di altre disposizioni provinciali in materia di politiche sociali e di tutela della salute".

Delibera n. 1911 del 16 Novembre 2017	Approvazione dei nuovi "Criteri e modalità per la concessione di contributi per l'acquisto di attrezzature, apparecchiature e arredamenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali - R.S.A. - e nelle altre strutture socio-sanitarie, ai sensi dell'art. 19bis della L.P. 28 maggio 1998 n.6."
Delibera n° 1914 del 16 Novembre 2017.	Approvazione del Piano triennale della formazione degli operatori del sistema sanitario provinciale, periodo 1/10/2017 - 30/09/2020.
Legge provinciale 16 Novembre 2017, n. 14	Riforma del welfare anziani: modificazioni della legge provinciale 28 maggio 1998, n. 6, e della legge provinciale 24 luglio 2012, n. 15, relative agli anziani e ai non autosufficienti, della legge provinciale sulle politiche sociali 2007 e della legge provinciale sulla tutela della salute 2010.
Delibera n° 2194 del 14 Dicembre 2017	Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2018 e relativo finanziamento".
Delibera n° 2350 del 28 Dicembre 2017	Approvazione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie".
Anno 2018	
Delibera n° 435 del 16 Marzo 2018	Approvazione del regolamento di esecuzione degli articoli 19, 20 e 21 della legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 (Politiche sociali nella provincia di Trento) in materia di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti che operano in ambito socio assistenziale.
Delibera n° 487 del 23 Marzo 2018	Approvazione di un Protocollo collaborativo tra la Provincia autonoma di Trento - Assessorato alla Salute e Politiche Sociali - TrentinoSalute4.0 e FAP Acli di Trento, Federazione Anziani e Pensionati finalizzato all'attuazione di azioni e iniziative congiunte per la promozione dell'invecchiamento attivo e dei sani stili di vita, anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie, e approvazione del progetto "Due passi IN SALUTE con le Acli - seconda edizione".
Delibera n° 535 del 29 Marzo 2018	Approvazione del progetto "Trentino Salute+: incentivazione sani stili di vita" in attuazione del macro-obiettivo 1 "Più anni di vita in buona salute" del Piano per la Salute del Trentino 2015-2025.
Decreto del presidente della provincia 9 Aprile 2018, n. 3-78/Leg	Regolamento di esecuzione degli articoli 19, 20 e 21 della legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 (Politiche sociali nella provincia di Trento) in materia di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti che operano in ambito socio assistenziale.
Delibera n. 1184 del 6 Luglio 2018	Approvazione del Catalogo dei servizi socio-assistenziali previsto dall'articolo 3 del Decreto del Presidente della Provincia n. 3- 78/Leg di data 9 aprile 2018, recante "Approvazione del regolamento di esecuzione degli articoli 19, 20 e 21 della legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 (Politiche sociali nella provincia di Trento) - Prima Parte.
Delibera n° 1287 del 20 Luglio 2018	Approvazione, ai sensi dell'articolo 3 comma 3 del Decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg., dei requisiti minimi e dei criteri di verifica del loro possesso per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività socio sanitaria denominata "Centro diurno per anziani".

Delibera n° 1655 del 7 Settembre 2018	Individuazione della documentazione e delle dichiarazioni da allegare alle domande di autorizzazione e di accreditamento per operare in ambito socio assistenziale e alle comunicazioni previste dal regime transitorio in attuazione del D.P.P. 9 aprile 2018, n. 3-78/Leg. recante Regolamento di esecuzione degli articoli 19, 20 e 21 della legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 (Politiche sociali nella Provincia di Trento) in materia di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti che operano in ambito socio assistenziale. Individuazione dei termini massimi di conclusione dei relativi procedimenti.
Delibera n. 1647 del 7 Settembre 2018	Approvazione, ai sensi dell'articolo 3 comma 3 del Decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg., dei requisiti minimi e dei criteri di verifica del loro possesso per l'autorizzazione all'esercizio socio sanitaria denominata "Comunità residenziale per religiosi" e precisazioni relative all'organizzazione e al convenzionamento dei posti letto.
Delibera n° 1848 del 5 Ottobre 2018	Approvazione, ai sensi del D.P.G.P. n. 30-48/2000 articolo 11 comma 3, dei nuovi requisiti ulteriori di qualità e dei criteri di verifica del loro possesso per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie, e contestuale approvazione del "Disciplinare generale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) della Provincia autonoma di Trento", istituito con deliberazione della Giunta provinciale n. 1711/2015, ai sensi dei vigenti indirizzi nazionali.
Delibera n° 1849 del 5 Ottobre 2018	Modifica del parametro relativo all'assistenza generica alla persona nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP).
Delibera n° 1850 del 5 Ottobre 2018	Recepimento del "Piano nazionale della cronicità" e linee di indirizzo per la sua attuazione in provincia di Trento.
Delibera n° 1972 del 12 Ottobre 2018	Definizione degli obiettivi generali in materia di politiche per gli anziani, ai sensi del comma 2 dell'articolo 3bis della LP 6/1998.
Delibera n° 1977 del 12 Ottobre 2018	Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, rep. atti. n. 14/CSR di data 2 febbraio 2017 concernente "Formazione continua nel settore salute".
Delibera n° 2099 del 19 Ottobre 2018	Approvazione delle linee di indirizzo per la costituzione del modulo organizzativo Spazio Argento, ai sensi dell'art. 4bis della LP 6/1998 e dei criteri e modalità per l'assegnazione di incentivi alle Comunità che si associano per la gestione condivisa di Spazio Argento, ai sensi dell'art. 23ter della LP 6/1998.
Delibera n° 2474 del 21 Dicembre 2018	Direttive provinciali per la gestione e il finanziamento dei Centri diurni per l'anno 2019 e ulteriori disposizioni in ordine a progetti in materia di demenze e iniziative a sostegno della domiciliarità - area anziani.
Delibera n° 2481 del 27 Dicembre 2018	Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2019 e relativo finanziamento".

Regione Puglia	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2016	
DR 1505/2016	Indirizzi operativi per la selezione dei beneficiari dei buoni servizio per l'accessibilità dei servizi a ciclo diurno e domiciliari.
Anno 2017	
Legge Regionale n.65/2017	Autorizzazione e accreditamento di strutture sanitarie e socio-sanitarie.
Legge Regionale n.53 del 2017	Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale.
Anno 2018	
DGR n. 1502 2018	Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari.
DGR 1957/2018	Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento.
Anno 2019	
Regolamento Regionale 21 Gennaio 2019	Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento - Centro diurno per soggetti non autosufficienti.

Regione Sardegna	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2016	
DGR 5/31 del 2016	Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le residenze sanitarie assistenziali. Proroga contratti.
DGR 7/5 del 2016	Delibere CIPE n. 82 del 3.8.2007 e n. 79 del 11.7.2012. Presa d'atto del "Piano d'Azione/Rapporto Annuale degli Obiettivi di Servizio (RAOS) 2012 - Settore Assistenza Domiciliare Integrata agli anziani (ADI)". Approvazione degli interventi da realizzarsi con le risorse del FSC. Delib.G.R. n. 52/18 del 3.10.2008 e n. 27/1 del 11.7.2013.
DGR 63/49 del 2016	Attivazione PAI integrato rivolto a persone anziane in cure domiciliari integrate, beneficiarie di un programma "Ritornare a casa". Obiettivo di servizio II- Servizi di cura agli anziani (ADI) Intervento 5 - Premialità 2007/2013. Delib.G.R. n. 7/5 del 9.2.2016. Delibere CIPE n. 82 del 3.8.2007 e n. 79 dell'11.7.2012.

DGR 70/13 del 2016	Programma “Ritornare a casa”. Linee d’indirizzo annualità 2017. Programmazione unitaria risorse regionali e statali per il Fondo per la non autosufficienza. Programma attuativo delle assegnazioni di cui al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016.
Anno 2017	
DGR 22/24 del 2017	Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei Centri diurni integrati. Aggiornamento delle “Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati”. Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le residenze sanitarie assistenziali.
DGR 34/4 del 2017	Attivazione PAI integrato rivolto a persone anziane in cure domiciliari integrate, beneficiarie di un programma “Ritornare a casa”. Obiettivo di servizio II - Servizi di cura agli anziani (ADI) Intervento 5 - Premialità 2007/2013. Delib.G.R. n. 7/5 del 9.2.2016. Integrazione Delib.G.R. n. 63/49 del 25.11.2016.
Anno 2018	
DGR 38/14 del 2018	Requisiti specifici per le singole tipologie di strutture sociali e disposizioni su autorizzazioni, accreditamento. Linee guida. L.R. 23 dicembre 2005, n. 23 e Decreto del Presidente della Regione n. 4/2008.
DGR 60/25 del 2018	Programma “Ritornare a casa”. Linee d’indirizzo annualità 2019. Programmazione risorse regionali e statali relative al Fondo per la non autosufficienza. Programma attuativo delle assegnazioni statali 2018.

Regione Sicilia	
Riferimento dell’atto	Titolo completo dell’atto
Anno 2016	
Decreto 9 dicembre 2016	Contributi destinati agli enti che erogano servizi socioassistenziali per fronteggiare gli oneri derivanti dall’applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro dei dipendenti di ruolo e a tempo determinato in forza presso tali istituzioni nell’anno 2016.
Anno 2017	
DGR n.32 del 4 Agosto 2017	Il Servizio socio-sanitario regionale; Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie.
Decreto 5 Dicembre 2017	Approvazione dell’Avviso n. 17/2017 per la realizzazione di percorsi per la formazione di assistenti familiari.
Anno 2018	
DDG. n.2469 del 04/12/2018	Riparto ai distretti sociosanitari 2018/2019.

Anno 2019	
DA 11 Aprile 2019	Istituzione dell'elenco degli operatori socio sanitari di pubblica consultazione.

Regione Toscana	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
l.r. 84/2015	Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale.
DGR 147/2015	Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze e del parere n. 102/2014 del Consiglio Sanitario Regionale.
DGR 398/2015	Percorso di attuazione del principio della libera scelta ai sensi dell'art. 2 comma 4 L.R. 82/2009 Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.
DGR 1016/2015	Misure urgenti di riqualificazione dei servizi in RSA per la sicurezza e qualità dell'assistenza nei percorsi socio-sanitari. Approvazione Progetto Persona-La Buona Cura.
DGR 693/2015	Approvazione Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018.
DGR 1194/2015	Approvazione Progetto di sperimentazione denominato: Percorsi assistenziali per Adulti inabili ed anziani non autosufficienti - Progetto Sole" § presso la Fondazione Casa Cardinal Maffi - RSA di San Pietro in Palazzi.
DGR 675/2015	Proposte di sperimentazione: A - "Nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale (BIA)- presso le strutture RSA Grassi Landi di Villetta S. Romano", B- "Progetto sperimentale nucleo a bassa intensità assistenziale (BIA) presso Centro Accoglienza Anziani (RSA) di Borgo a Mozzano", C- "Progetto modulo a bassa intensità assistenziale presso RSA Belvedere di Barga"-Approvazione.
Anno 2016	
DGR 1418/2016	Attività Fisica Adattata (AFA): approvazione dei nuovi protocolli di esercizi e indicazioni per lo sviluppo degli interventi per l'invecchiamento attivo della popolazione.
DD 12890/2016	Decreto dirigenziale n. 12305 del 16/11/2016: rettifica mero errore materiale e riapprovazione Allegato A.

DGR 995/2016	Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015.
Anno 2017	
L.R. 21/2017	Nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato. Modifiche alla l.r 82/2009 e alla l.r. 51/2009.
DGR 953/2017	Prosecuzione del Progetto "Persona - La buona cura". Approvazione della ricerca-intervento.
DGR 1402/2017	Piano Regionale Demenze e Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari in attuazione del Piano Nazionale Demenze. Recepimento del PDTA nazionale e delle Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per le demenze.
DGR 312/2017	Modello sperimentale Modulo a Bassa Intensità Assistenziale - BIA: approvazione relazione conclusiva redatta da ARS e Laboratorio MeS, approvazione documento "Attivazione modulo Bassa Intensità Assistenziale in RSA", proroga sperimentazioni in atto e chiusura sperimentazioni non attivate.
DGR 573/2017	Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione zonale (PIZ).
DGR 1405/2017	Accordo di collaborazione operativa fra Regione Toscana, Prefettura di Firenze, Associazione Penelope Onlus e Associazione AIMA per l'attuazione del "Piano di intervento coordinato per la ricerca e il soccorso delle persone affette da patologie neuro-degenerative".
Anno 2018	
DGR 597/2018	Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. approvazione e destinazione delle risorse.
L.R. 58/2018	Norme per la Cooperazione sociale in Toscana
dpgr 2/r 2018	Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).
DGR 1481/2018	Adeguamento dal 1° gennaio 2019 della quota sanitaria del modulo per la non autosufficienza stabilizzata, tipologia base, all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.)
Anno 2019	
pdd 22/2019	Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020.
DGR 269/2019	Governance delle Reti territoriali.
DGR 637/2019	Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, AIMA Firenze e ANCI Toscana finalizzato alla costruzione di una Comunità Consapevole e Solidale verso la Demenza, in attuazione di quanto previsto

	nel Piano Nazionale Demenze, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13/01/2015 e recepito dalla Regione Toscana con DGR n. 147 del 23/02/2015 e del Piano Regionale Demenze, approvato con DGR n. 1402 dell'11/12/2017.
DGR 66/2019	Progetto regionale Pronto Badante - Interventi di sostegno e integrazione nell'area dell'assistenza familiare in Toscana. Annualità 2019.

Regione Umbria	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
LR 11/2015	Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali.
Anno 2017	
Del. A.L. 156/2017	Nuovo Piano Sociale regionale.
DGR 1278/2017	Atto di indirizzo di approvazione delle modalità e dei criteri di attuazione per la presentazione di progetti rivolti alla promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo a valere sul Piano Operativo FSE Umbria 2014/2020 - Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà" – Obiettivo specifico RA:9.7 "Rafforzamento dell'economia sociale – Intervento Specifico: "Invecchiamento attivo", risorse € 250.000,00 a valere sul FSE 2014/2020 e risorse € 160.000,00 a valere sul Fondo Nazionale Sanitario (ai sensi della Legge regionale n. 11 del 2015 T.U. in materia di Sanità e Servizi sociali), mediante Avviso Pubblico in regime di concessione ex. Art. 12 L. 241/90. Determinazioni.
DGR 1251/2017	Approvazione della Linea guida in materia di assistenza familiare delle persone anziane in condizione di dipendenza assistenziale o di non autosufficienza.
DGR 1420/2017	Integrazione, ai sensi dell'art. 3, comma 3 degli accordi di collaborazione tra la Regione Umbria e le Zone sociali ai sensi dell'art. 15 della legge 07/08/1990 n. 241, per l'attuazione delle azioni Asse II "Inclusione e sociale e lotta alla povertà" del POR FSE - UMBRIA 2014-2020 relative a "Potenziamento delle autonomie possibili (sperimentazione di progetti di vita indipendente)" e "Non Autosufficienza (progetti di domiciliarità per anziani non autosufficienti e riduzione della residenzialità)".
RR 6/2017	Disposizioni in materia di autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, in attuazione della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali).
Anno 2018	
RR 10/2018	Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private.

Regione Valle d'Aosta	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DGR 37 del 16 Gennaio 2015	Approvazione Della Classificazione Delle Strutture Socio-Assistenziali Residenziali Per Anziani Pubbliche E Private In Valle D'Aosta In Applicazione Della Deliberazione Di Giunta Regionale N. 492/2014 Per Applicazione Del Costo Unitario Ottimale Ai Sensi Della L.R. 93/1982 E Modifica Del Punto 1.4.7 - Lettera C Dell' allegato A Alla Dgr 492/14.
DGR 488 del 03 Aprile 2015	Approvazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali (lep) rese nelle strutture residenziali protette per anziani nonché della carta regionale dei servizi per anziani, di cui alla legge regionale 93/1982.
Anno 2016	
DGR 360 del 18 Marzo 2016	Modalità di attuazione dell'art. 10, comma 3, della l.r. 19/2015 e definizione della disciplina in materia di servizi a favore di persone anziane e inabili per l'anno 2016.
DGR 1609 del 25 Novembre 2016	Approvazione di atto di indirizzo concernente nuove modalità semplificate per l'invio di dati alla struttura regionale competente, finalizzato all'erogazione dei finanziamenti dei servizi residenziali a favore di minori, disabili e anziani.
Anno 2017	
DGR 251 del 03 Marzo 2017	Approvazione delle modalità applicative, in via sperimentale, del nuovo indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), approvato con DPCM 5 dicembre 2013, n. 159, e delle modalità di contribuzione dei servizi per anziani di cui alla l.r. 93/1982.
DGR 495 del 21 Aprile 2017	Revisione delle modalità di funzionamento dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale (u.v.m.d.) rinominata in unità di valutazione multi dimensionale (u.v.m.d.). gestione delle graduatorie per l'accesso ai servizi e avvio della sperimentazione della piattaforma gestionale informatizzata a decorrere dall'anno 2017. revoca della deliberazione della giunta regionale n. 1040 in data 16/4/2010.
Anno 2018	
DGR 267 del 12 Marzo 2018	Approvazione delle direttive all'AUSL per l'istituzione della rete di servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza e dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitarie nei nuclei residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle persone affette da demenza, e delle relative tariffe. modificazioni alla dgr 495/2017, parziale revoca delle dgr 2050/2011 e 876/2013 e revoca delle dgr 2419/2006, 1030/2007 e 3745/2007.

Anno 2019	
DGR 281 del 08 Marzo 2019	Autorizzazione all'acquisizione di beni e servizi inerenti al progetto "un welfare comunitario e tecnologico per la popolazione anziana vulnerabile - welcomtech", nell'ambito del programma di cooperazione territoriale transfrontaliera Italia - Svizzera 2014/2020 (FESR). prenotazione di spesa.

Regione Veneto	
Riferimento dell'atto	Titolo completo dell'atto
Anno 2015	
DGR 1047/2015	Impegnativa Cura Domiciliare (ICD) - Aggiornamento alla DGR 1338/2013.
Legge Regionale n.3 del 2015	Disciplina del servizio di affido a favore di anziani o di altre persone, a rischio o in condizione di disagio sociale.
Anno 2016	
Legge Regionale n.19 del 25 Ottobre 2016	Istituzione dell'Ente di governance della sanità regionale venete denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero".
DGR 1463/2016	Prosecuzione del progetto regionale sollievo a favore delle persone affette da decadimento cognitivo.
Anno 2017	
Legge Regionale 23/2017	Promozione dell'invecchiamento attivo
DGR n. 1487 del 18 Settembre 2017	Disciplina dell'affido a favore di anziani o di altre persone a rischio condizione di disagio sociale.
DGR n. 2191 del 29 Dicembre 2017	Accreditamento istituzionale per le unità di offerta socio sanitarie area anziani non autosufficienti e disabili: conferme a valere dall'anno 2018.
DGR n. 1667 del 17 Ottobre 2017	Progetto di aggiornamento dei requisiti funzionali relativi alle unità di offerta RSA e CR nelle ex "Grandi strutture".
DGR n. 114 del 7 Febbraio 2017	Approvazione delle linee generali del "Progetto di Change Management".
DGR 1996/2017	Programmazione delle risorse per la Non Autosufficienza.
Legge Regionale 38/2017	Norme per il sostegno delle famiglie e delle persone anziane, disabili, in condizioni di fragilità o non autosufficienza, per la qualificazione e il sostegno degli assistenti familiari.
Legge Regionale n.10 del 2017	Norme per la valorizzazione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli.
DGR 1075/2017	Revisione delle Cure Domiciliari, indirizzi per le ULSS.

Anno 2018	
DGR 241/2018	Modello organizzativo delle strutture a supporto dell'amministrazione di sostegno.
Legge Regionale n.48 del 2018	Piano socio sanitario regionale 2019-2023.
DGR n. 1966 del 21 Dicembre 2018	Accreditamento istituzionale per le unità di offerta socio sanitarie area anziani non autosufficienti e disabili, dipendenze e minori.
DGR n. 1975 del 21 Dicembre 2018	Progetto regionale Sollievo a favore delle persone affette da decadimento cognitivo e malattia di Parkinson.
DGR n. 20 del 11 Gennaio 2018	Definizione e utilizzo di indicatori per la valutazione di esiti sensibili all'assistenza infermieristica: attivazione di un progetto pilota.
DGR n. 1834 del 4 Dicembre 2018	Prosecuzione della sperimentazione del Progetto di aggiornamento dei requisiti funzionali relativi alle unità di offerta RSA e CR nelle ex "Grandi strutture".
DGR n.525 del 17 Aprile 2018	Accreditamento istituzionale per le unità di offerta socio sanitarie area anziani e disabili: conferme a valere anno 2018.

Gli Autori

Sara Berloto è collaboratrice SDA Bocconi nell'Area Government, Health and Not For Profit, fa parte dell'area di ricerca Social Policy and Service Management e dell'Osservatorio Long Term Care presso CERGAS SDA Bocconi. Ha conseguito la Laurea Specialistica in Economics and Management of Government and International Organisations presso l'Università Bocconi. Dopo la laurea ha lavorato presso l'UNHCR di Ginevra. I suoi interessi di ricerca riguardano la filantropia globale e il settore non profit, le politiche sociali e i processi di innovazione nei sistemi di welfare, i diritti dei migranti e dei rifugiati e le relazioni internazionali con un focus sul sistema politico cinese. Contribuisce al Rapporto OASI ed è autrice del White Paper OCAP 2/2019 "Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi".

Giovanni Fosti è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. Presso SDA Bocconi è stato Direttore di numerosi master per il management pubblico (EMMAP, dal 2009 al 2013; EMMEL, dal 2008 al 2010 e MMP, dal 2006 al 2009). Le principali aree di ricerca sono: i processi di innovazione nei sistemi di welfare; public governance, assetti istituzionali e forme di gestione nei servizi sociali e socio sanitari; strategia e service management; network di programmazione e offerta dei servizi. È autore di numerosi saggi e articoli e contribuisce stabilmente al Rapporto OASI. L'ultimo libro pubblicato, nel 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, in Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of management. Coordina l'area Social Policy and Service Management del CERGAS SDA e l'Osservatorio Long Term Care. Presso CERGAS e SDA Bocconi ha partecipato a progetti di ricerca concernenti i temi della programmazione locale delle politiche sociali, del coordinamento e integrazione tra settore socio-sanitario e sanitario, dei servizi per la non autosufficienza e della innovazione nei servizi sociali, con attenzione alle tematiche di progettazione dei servizi e di applicazione delle teorie di sharing economy ed economia collaborativa. La sua attività di ricerca include anche l'area di bilancio pubblico. È autrice di un libro sulle politiche e i servizi per gli anziani non autosufficienti in Europa («Il welfare e la Long Term Care in Europa», Egea 2014). Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano e Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche).

Eleonora Perobelli è SDA Junior Fellow in Government, Health e Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, fa parte dell'area di ricerca Social Policy and Service Management e dell'Osservatorio Long Term Care presso CERGAS SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca riguardano il tema della programmazione locale delle politiche sociali, dell'integrazione tra settore socio-sanitario e sanitario e della progettazione di servizi. Presso SDA Bocconi ha partecipato a diverse iniziative di ricerca e formazione con riferimento al settore socio-sanitario e sociale, sui temi della progettazione dei servizi, management delle reti, integrazione socio-sanitaria, monitoraggio di interventi pubblici. Coordina i corsi di formazione executive per i manager delle Aziende Casa. Contribuisce al Rapporto OASI ed è autrice dei White Paper OCAP 1/2019 “L'innovazione digitale nei servizi di Welfare” e 2/2019 “Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi”.

Andrea Rotolo è SDA Lecturer di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. Presso SDA Bocconi ha coordinato

importanti attività di ricerca in ambito nazionale e internazionale. Ha partecipato e coordinato numerosi progetti di formazione executive che hanno coinvolto i più importanti attori del sistema sanitario e socio-sanitario italiano, collaborando con aziende sanitarie e operanti nel settore welfare sia in ambito pubblico, sia in ambito privato, Regioni, Comuni e industria farmaceutica. Ha anche il ruolo di «professore a contratto» dell'Università Bocconi, come docente del corso di Economia e Management delle Amministrazioni pubbliche. I suoi interessi di ricerca e le pubblicazioni scientifiche si concentrano attorno ai temi del management sanitario, in particolare il management strategico, il performance management e l'organizzazione e integrazione dei servizi sanitari e servizi socio-sanitari. È autore di articoli su riviste nazionali e internazionali come *Public Management Review*, *BMC Health Services Research*, *Mecosan* e *Welfare Oggi*. Ha anche contribuito al Rapporto OASI sullo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale, al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care e al Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche).

